

CUADERNOS METODOLÓGICOS

ISSN: 2215-681X

Instrumentos para la investigación de trastornos afectivos y psicóticos: Sistematización de la evidencia psicométrica

**Lara Mora Villalobos
Gloriana Brown Mata
Vanessa Smith Castro**

2025

Miembros del comité editorial

Dr. Benjamín Reyes Fernández (Coordinador)

Dra. Gloriana Rodríguez Arauz

Dra. Wendy Obando Leiva

Dr. Juan Diego García Castro

M. Sc. Armel Brizuela Rodríguez

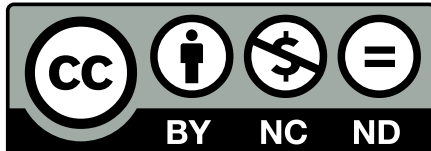
Diseñador y diagramador

Olger Daniel Durán Cáceres

CC.SIBDI.UCR - CIP/4382

Nombres:	Mora Villalobos, Lara, autora. Brown Mata, Gloriana, autora. Smith Castro, Vanessa, autora.
Título:	Instrumentos para la investigación de trastornos afectivos y psicóticos : sistematización de la evidencia psicométrica / Lara Mora Villalobos, Gloriana Brown Mata, Vanessa Smith Castro.
Descripción:	[San José, Costa Rica] : Universidad de Costa Rica, Instituto de Investigaciones Psicológicas, 2025. Cuadernos metodológicos, 2215-681X ; cuaderno 11.
Materias:	LEMB: Pruebas psicológicas. Psicometría. Esquizofrenia. ARMARC: Trastornos afectivos. Trastorno bipolar. Psicosis.
Clasificación:	CDD 150.287--ed. 23

Esta obra está protegida bajo la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es> o envíe una carta a Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.



Para dar crédito utilice la siguiente referencia bibliográfica:

Mora-Villalobos, L., Brown-Mata, G. & Smith-Castro, V. (2026). Instrumentos para la investigación de trastornos afectivos y psicóticos sistematización de la evidencia psicométrica. Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad de Costa Rica.

Tabla de contenido

Introducción.	5
1. Conceptos clave para comprender los resultados de esta compilación.	8
2. Características de las personas participantes de los estudios	12
3. Contenidos de las fichas técnicas.	15
4. Escala de Impulsividad de Barratt (BIS 11).....	18
5. Inventario NEO reducido de cinco factores (NEO-FFI).	27
6. Cuestionario de calidad de vida, disfrute y satisfacción, versión corta (Q-LES-Q-SF).....	39
7. Cuestionario de Personalidad Esquizotípica (SPQ) (versión corta).....	45
8. Cuestionario de ansiedad estado/rasgo (STAI).	52
9. Escala de temperamento de Memphis, Pisa, Paris y San Diego (TEMPS-A).....	62
10. Cuestionario para la evaluación de la discapacidad de la OMS (WHODAS 2.0).	73
Referencias.....	83

Introducción

El Centro de Investigación en Biología Celular y Molecular (CIBCM) es un centro que alberga una variedad de áreas, dentro de las que se encuentran la Genética y la Patología Humana. Estas incluyen proyectos de investigación destinados a estudiar enfermedades neuropsiquiátricas. Además, tienen como objetivo la caracterización de enfermedades como la esquizofrenia, el trastorno bipolar y demencias, en donde se han reclutado a personas con estos diagnósticos, sus familiares sin diagnóstico al momento del reclutamiento y controles sanos (super controles). El CIBCM tiene la misión de desarrollar y promover la investigación científica mediante un enfoque multidisciplinario para contribuir con la resolución de problemas del ser humano. Dentro de sus principales compromisos se encuentran la construcción de conocimiento y la divulgación de los resultados al público especializado y a la población en general.

Dentro del CIBCM, el grupo de psiquiatría genética ha desarrollado estudios de investigación sobre esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos afectivos y psicóticos por más de 20 años. Para realizar estos estudios, el equipo ha recorrido gran parte del territorio nacional visitando familias y personas con estas condiciones. Esta compilación forma parte de los esfuerzos por proporcionar información sobre el comportamiento y la distribución de las variables estudiadas en la población que se ha visitado. Además, se ocupa de sistematizar las evidencias de validez y confiabilidad de los instrumentos administrados en algunos de estos estudios. De esta manera, esperamos poner a disposición información valiosa para las personas profesionales que se dedican a la clínica, la docencia, la investigación y la acción social, así como también para estudiantes que deseen desarrollar sus estudios de graduación.

Específicamente, se presentan siete fichas técnicas con información sobre la calidad técnica de instrumentos utilizados en los estudios genéticos de esquizofrenia, trastorno bipolar y trastornos afectivos y psicóticos. Asimismo, se consideran instrumentos que hayan cumplido con los criterios para poder aplicar las técnicas de la Teoría Clásica de los Test (TCT) y

así poder describir sus propiedades psicométricas básicas. Estos son:

- Escala de Impulsividad de Barratt (BIS 11)
- Inventario de personalidad NEO
- Cuestionario de calidad de vida, disfrute y satisfacción (Q-LES-Q-SF)
- Cuestionario de Personalidad Esquizotípica (SPQ)
- Cuestionario de ansiedad estado/rasgo (STAI)
- Escala de temperamento de Memphis, Pisa, Paris y San Diego (TEMPS-A)
- Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0).

La necesidad de contar con instrumentos validados en nuestro contexto ha sido un tema de interés recurrente. Por ejemplo, en el año 2014 el Instituto de Investigaciones Psicológicas (IIP) publicó una sistematización de instrumentos psicosociales y sus propiedades psicométricas (Smith-Castro, 2014). Asimismo, en una de las encuestas de capacitaciones más recientes del Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica (CPPCR), se plasmó la necesidad de las personas agremiadas de mayor capacitación sobre instrumentos adaptados en el área clínica, de pruebas psicológicas y psicométricas varias (CPPCR, 2018). Esperamos contribuir con esta compilación a aumentar el acervo de instrumentos que puedan ser útiles a nivel académico y profesional para responder ante esta sentida necesidad.

El presente documento inicia con una breve descripción de conceptos clave de medición y psicometría que permiten comprender los resultados de los análisis que realizamos, así como algunas advertencias importantes sobre las limitaciones de la información que se presenta. Posteriormente, se hace una descripción de las características sociodemográficas de las muestras con las que se trabajó, ya que nuestros análisis e inferencias deben considerarse a la luz de las características de las personas participantes. Luego, se realiza una descripción del contenido de cada ficha técnica, así como el tipo de análisis y los criterios

técnicos utilizados para la interpretación de la información psicométrica. Finalmente, se presentan las siete fichas técnicas de los instrumentos.

Esta compilación no habría sido posible sin el apoyo de personas e instancias clave del CIBCM y la UCR. Agradecemos por en primer lugar a los doctores Gabriel Macaya, Rodrigo Gámez y Pedro León quienes tuvieron la visión de crear un Centro de Investigación En Biología Celular y Molecular (CIBCM) cuya misión es de promover la investigación científica mediante un enfoque multidisciplinario, que cuente con la participación de disciplinas y unidades que dispongan de la capacidad de trabajar en conjunto para atender a las necesidades de la población costarricense. También debemos mencionar a las personas investigadoras principales de los proyectos estudiados, a la Dra. Henriette Raventós y al Dr. Javier Contreras, agradeciéndoles profundamente por la colaboración al proporcionarnos los datos y la orientación necesarios para realizar esta recopilación.

Reconocemos también el apoyo de la Vicerrectoría de Investigación y del Consejo Científico del CIBCM que permitieron y posibilitaron la ejecución del proyecto. Finalmente, agradecemos la colaboración del Instituto de Investigaciones Psicológicas, por la disposición de contribuir a desarrollar proyectos interdisciplinarios en temas tan relevantes.

1. Conceptos clave para comprender los resultados de esta compilación

En la investigación de rasgos psicológicos complejos se suele trabajar con “constructos”, “conceptos no observables” o “variables latentes”, los cuales son conceptos abstractos o teóricos que no pueden observarse directamente. Los constructos que abarca esta compilación (ansiedad, depresión, esquizotipia, personalidad, discapacidad o calidad de vida) son ejemplos típicos de un constructo, pues sobrepasan la observación empírica y, por ello, deben ser claramente operacionalizados. La operacionalización de este tipo de variables consiste en definir los datos mediante los cuales se puede determinar su presencia, ausencia o magnitud en las personas. De esta forma, es posible inferir dichos constructos a partir de las puntuaciones que arrojan los instrumentos diseñados para su medición (véase Bollen, 2002; Montero, 2008).

Las escalas, inventarios o test psicométricos que presentamos en esta compilación producen conjuntos de indicadores numéricos que operacionalizan un rasgo o un dominio de comportamiento específico (Tornimbeni, Pérez y Olaz, 2008). La medición implica derivar reglas de asignación numérica que permitan generar correspondencias claras entre un sistema empírico y un sistema numérico. La psicometría es el área de la psicología que se especializa, entre otras cosas, en proponer formas de enlazar los acontecimientos empíricos a los números (Martínez et al., 2006).

Ahora bien, cualquier intento de medición trae consigo dos preguntas fundamentales: a) ¿En qué medida los instrumentos producen datos numéricos que permitan hacer inferencias fidedignas y adecuadas sobre el constructo que pretenden captar? y b) ¿En qué medida son los puntajes precisos y confiables? Sabemos que cualquier instrumento de medición es imperfecto, algunas veces miden más de lo que pretenden (lo que se conoce como varianza irrelevante al constructo), en ocasiones miden menos de lo que deben abarcar (lo que se conoce como subrepresentación del dominio a medir) y, por supuesto, en su aplicación se

producen errores de medición aleatorios. La psicometría trata también de proporcionar las herramientas para determinar si nuestros instrumentos miden de manera consistente (confiabilidad) lo que realmente se pretende medir (validez).

La validez de un instrumento, en su concepción más moderna, se refiere al grado de propiedad de las inferencias o interpretaciones que se realizan a partir de los resultados de su aplicación (Messick, 1989; AERA, APA y NCME, 2014). Esto implica, entre otras cosas, que no se puede juzgar esta propiedad per se en el instrumento, sino que para valorarla se debe conocer cuál es el propósito específico de la medida, la población a la que va dirigida y el tipo de interpretaciones e inferencias que se desean obtener (Messick, 1989; Montero, 2013).

La validez no es una propiedad del instrumento en sí mismo, sino de las inferencias que se pueden realizar con las puntuaciones. Esta tampoco se estima en términos absolutos o dicotómicos, sino que es una cuestión de grado, de manera tal que las personas evaluadoras están en la obligación de tratar de obtener la mayor cantidad de evidencia empírica posible para documentar si el grado de validez es aceptable para el uso particular que se le pretende dar al instrumento, es decir, si las puntuaciones están captando fielmente el constructo que se desea medir y si no están muy contaminadas con varianza irrelevante al constructo. Uno de los aportes más significativos de la noción moderna de validez es reconocer que las consecuencias generadas por la aplicación de las pruebas forman parte intrínseca de la validez misma. De esta forma, los equipos de construcción de pruebas también deben preocuparse por los usos de los instrumentos y las consecuencias derivadas de su aplicación (Messick, 1989; Montero, 2013; Moreira-Mora et al., 2022; Villarreal et al., 2015).

La confiabilidad de un instrumento, por su parte, se refiere a su precisión en una población determinada y en las condiciones normales de aplicación. Otra forma de entender la confiabilidad es en términos de la replicabilidad de las puntuaciones que obtuvieron las mismas personas en momentos distintos; esto es, si una prueba es aplicada a las mismas personas en dos distintas ocasiones (por ejemplo), se espera que ambas puntuaciones arrojen resultados similares, ya que están midiendo lo mismo en las mismas personas, bajo el supuesto

de que el nivel en el constructo de cada persona en la primera aplicación es igual al nivel en el constructo en la segunda aplicación.

La confiabilidad también puede entenderse como la consistencia entre las puntuaciones que obtienen los mismos sujetos en dos o más conjuntos de reactivos equivalentes, porque si los conjuntos de estos son equivalentes, se esperaría que las puntuaciones fueran similares (AERA, APA y NCME, 2014; Anastasi, 1982). Al igual que la validez, la confiabilidad no es absoluta y depende no solo del contenido del ítem, sino también de los sujetos, las condiciones de uso del instrumento, la persona evaluadora y el método de evaluación (AERA, APA y NCME, 2014).

Existen varios tipos de evidencias de validez, las cuales se basan en a) el contenido (redacción) de los ítems; b) el proceso de respuesta del instrumento; c) la estructura interna de la prueba; d) las asociaciones de la prueba con otras variables (ej., validez convergente y discriminante), y en e) las consecuencias de su aplicación. También existen muchas formas de recopilar evidencias de confiabilidad, entre las que destacan a) la estabilidad de los resultados o puntuaciones, b) la consistencia interna y c) la congruencia entre calificadores (AERA, APA y NCME, 2014; Tornimbeni et al., 2008).

Para todos estos casos, la psicometría moderna utiliza técnicas estadísticas en el marco de los modelos de medición de la TCT (y más recientemente de la Teoría de Respuesta al Ítem [TRI]). Dentro de estas técnicas, se encuentran las correlaciones bivariadas, la comparación de promedios (Pruebas t y Análisis de Varianza Simple), y el Análisis Diferencial del Ítem (DIF), así como análisis multivariados más sofisticados, como el Análisis de Varianza Múltiple, el Análisis de Regresión Múltiple, los Modelos Lineales Jerárquicos y los Modelos de Ecuaciones Estructurales (Smith-Castro, 2014). En la presente compilación aplicamos algunas de las técnicas básicas. Más adelante explicaremos los criterios de su uso en este compendio.

Es necesario resaltar que los instrumentos que presentamos en esta compilación han sido adaptados o desarrollados para fines de investigación en poblaciones específicas, elegidas intencionalmente para resolver problemas concretos o probar hipótesis particulares. En

1. Conceptos clave para comprender los resultados de esta compilación

En la investigación de rasgos psicológicos complejos se suele trabajar con “constructos”, “conceptos no observables” o “variables latentes”, los cuales son conceptos abstractos o teóricos que no pueden observarse directamente. Los constructos que abarca esta compilación (ansiedad, depresión, esquizotipia, personalidad, discapacidad o calidad de vida) son ejemplos típicos de un constructo, pues sobrepasan la observación empírica y, por ello, deben ser claramente operacionalizados. La operacionalización de este tipo de variables consiste en definir los datos mediante los cuales se puede determinar su presencia, ausencia o magnitud en las personas. De esta forma, es posible inferir dichos constructos a partir de las puntuaciones que arrojan los instrumentos diseñados para su medición (véase Bollen, 2002; Montero, 2008).

Las escalas, inventarios o test psicométricos que presentamos en esta compilación producen conjuntos de indicadores numéricos que operacionalizan un rasgo o un dominio de comportamiento específico (Tornimbeni, Pérez y Olaz, 2008). La medición implica derivar reglas de asignación numérica que permitan generar correspondencias claras entre un sistema empírico y un sistema numérico. La psicometría es el área de la psicología que se especializa, entre otras cosas, en proponer formas de enlazar los acontecimientos empíricos a los números (Martínez et al., 2006).

Ahora bien, cualquier intento de medición trae consigo dos preguntas fundamentales: a) ¿En qué medida los instrumentos producen datos numéricos que permitan hacer inferencias fidedignas y adecuadas sobre el constructo que pretenden captar? y b) ¿En qué medida son los puntajes precisos y confiables? Sabemos que cualquier instrumento de medición es imperfecto, algunas veces miden más de lo que pretenden (lo que se conoce como varianza irrelevante al constructo), en ocasiones miden menos de lo que deben abarcar (lo que se conoce como subrepresentación del dominio a medir) y, por supuesto, en su aplicación se

2. Características de las personas participantes de los estudios

Para el desarrollo de esta compilación se tomaron los resultados de los instrumentos aplicados en distintos proyectos de investigación. Específicamente, los proyectos “Caracterización de una forma mendeliana de esquizofrenia en una población genéticamente aislada”, “Genética del trastorno bipolar en poblaciones latinas” y “Rasgos de ansiedad como marcador biológico para el trastorno bipolar”.

En estos estudios se trabajó con dos grandes muestras. La primera muestra (Muestra 1) proviene del estudio titulado “Caracterización de una forma mendeliana de esquizofrenia en una población genéticamente aislada”, coordinado por la Dra. Henriette Raventós Vorst iniciado en el año 2012 (Proyecto 801-B2-521, según codificación de la Universidad de Costa Rica). Este estudio tenía como objetivo utilizar secuenciación exómica completa para identificar un gen que participa en el desarrollo de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en esta familia. En este estudio participaron 216 personas provenientes de una sola familia.

Los análisis se realizaron con una población de 203 casos con información completa para nuestros fines. De esta muestra un 44% ($n = 90$) corresponde a personas diagnosticadas principalmente con trastorno bipolar tipo 1 con psicosis, psicosis no especificada o depresión mayor sin psicosis, entre otros, según DSM-IV. Este grupo estaba compuesto por 49 mujeres y 41 hombres, entre los 19 y los 86 años ($M = 46.17$ años, $DE = 17.08$ años) al momento de finalizar la recolección de datos, con un nivel de escolaridad promedio de 7 años ($DE = 3.66$ años). La mayoría (42%) no se habían casado al momento de la recolección de datos, seguidos por un 33% de personas casadas, un 10% de personas divorciadas, un 7% de personas separadas y un 6% de personas viudas. Más de la mitad de las mujeres de este grupo (55%) realizaba labores domésticas, un 8% se encontraba sin empleo o en jubilación y el resto laboraba en los sectores de servicios, administrativos, de construcción o vigilancia. De los hombres, un 44% se dedicaban a la agricultura, un 24% se encontraba sin empleo o pensionado y un 12% trabajaba

en construcción, mientras que el resto se encontraban estudiando o laboraban en servicios de vigilancia, ventas y mantenimiento.

El grupo de familiares sin diagnóstico estaba compuesto por 64 mujeres y 49 hombres, con edades entre los 17 y los 81 años ($M = 42$ años, $DE = 17.81$ años) al momento de finalizar la recolección de datos, con un nivel de escolaridad promedio de 8 años ($DE = 3.24$ años). La mayoría de las personas participantes (43%) se encontraban casadas al momento de la recolección de datos, seguidas por un 41% en unión libre, mientras que el resto se encontraban separadas, eran viudas o solteras. En este grupo, las mujeres se dedicaban en su mayoría a las labores domésticas (52%), un 15% se dedicaba al estudio exclusivamente, un 8% se encontraba sin empleo o en jubilación y el resto laboraba en los sectores de servicios, administrativos, de ventas y agricultura. Los hombres de este grupo laboraban principalmente en agricultura (46%), seguidos por quienes se encontraban desempleados o jubilados (24%), un 12% laboraba en el sector de la construcción, mientras que el resto se dedicaba al estudio exclusivamente o a laborar en servicios de vigilancia o mantenimiento, principalmente.

Es importante mencionar que, para efectos de la recopilación de evidencias de validez, el grupo de personas diagnosticadas sin distinción del tipo de diagnóstico ($n = 471$), fueron comparadas con las personas familiares no diagnosticadas ($n = 202$) y super controles ($n = 41$). Estas últimas no son familiares directos de los participantes focales. Además, no están diagnosticadas con ningún trastorno del eje I y tampoco cuentan con familiares en primer grado diagnosticados.

La segunda muestra (Muestra 2) proviene del estudio titulado "Genética del trastorno bipolar en poblaciones latinas". Este estudio tenía como objetivo localizar genes de susceptibilidad a la enfermedad bipolar en la población latinoamericana, con énfasis en población de origen mexicano y centroamericano. Así mismo, la segunda muestra también fue estudiada en el proyecto "Rasgos de ansiedad como marcador biológico para el trastorno bipolar" (proyecto 801-B0-344, según código de la Universidad de Costa Rica). Su investigador principal fue Javier Contreras Rojas durante los años de 2010 a 2016 y su objetivo fue probar

que el síntoma ansioso (ansiedad-rasgo) cumple con los criterios descritos en la literatura médica para un fenotipo del trastorno bipolar tipo I.

En este caso, los análisis psicométricos se basaron en 728 casos con información completa para nuestros fines. La muestra está conformada por 315 mujeres (43%) y 413 hombres (57%), entre los 15 y los 85 años ($M = 40.5$ años, $DE = 16.6$ años) al momento de finalizar la recolección de datos, con un nivel de escolaridad promedio de 9 años ($DE = 5$ años). No se cuenta con información específica sobre el tipo de empleo en esta muestra, solamente se consigna en nuestras bases que el 41% de mujeres y el 74% de hombres se encontraban empleados durante el estudio.

3. Contenidos de las fichas técnicas

Cada ficha está compuesta por una descripción del constructo, sus autores originales y su conceptualización. Posteriormente, se presenta la descripción de cada instrumento y sus propiedades psicométricas en los estudios originales, así como en otra literatura anterior. Después, se presentan los resultados descritos anteriormente de la validación del instrumento en los estudios realizados por un centro de investigación, estos aportan evidencias de consistencia interna y de validez, tanto convergente como discriminante, así como los estadísticos descriptivos y de distribución de las escalas aplicadas a nuestro contexto. Las fichas técnicas contienen, además, observaciones y advertencias sobre el uso de cada instrumento emanadas de su aplicación en nuestros estudios. Finalmente, se presenta cada escala con las instrucciones de aplicación e instrucciones de calificación.

Para comprender más claramente la información de cada ficha técnica se debe recordar que la consistencia interna es una forma de estimar la confiabilidad de las escalas y puede estimarse a través de coeficientes como el alfa de Cronbach, el cual es básicamente el promedio de las correlaciones de los ítems que componen cada escala. Alfas superiores a .70 son consideradas adecuados para fines de investigación. También presentamos las correlaciones ítem-total de los ítems. Estas correlaciones son indicadores de lo que se conoce como capacidad de discriminación de los reactivos. Específicamente, indican que los ítems son capaces de discriminar entre valores bajos y altos del constructo a medir y que se correlacionan adecuadamente con el resto de los ítems. Correlaciones ítem-total superiores a .30 se consideran adecuadas. Si un reactivo presenta una correlación ítem-total menor a .30, se puede considerar su eliminación siempre y cuando su exclusión no afecte el coeficiente alfa de Cronbach de la escala total.

La validez convergente se define como la evidencia de que las puntuaciones de un instrumento correlacionan positivamente con las puntuaciones de otras medidas que miden constructos similares (comorbilidades o convergentes). La validez discriminante se observa si

las puntuaciones de la escala que se está validando no correlacionan con las puntuaciones de escala que miden algo diferente (que no representa el constructo de interés). Para estimar estos tipos de validez se suele utilizar el coeficiente de correlación simple r de Pearson o cualquier otro coeficiente de asociación entre variables. También se pueden recopilar evidencias de validez comparando grupos en los cuales se espera que las puntuaciones de la escala sean significativamente distintas. Tales comparaciones se realizan mediante pruebas t o mediante análisis de varianza.

Los estadísticos descriptivos que presentamos incluyen el promedio simple y la desviación estándar de las puntuaciones de las escalas o subescalas de cada instrumento, así como la moda (puntaje más común de la distribución) y la mediana (valor que divide la distribución en dos mitades). Las medidas de distribución que se presentan incluyen el percentil 25 y el percentil 75, los cuales indican el puntaje al cual llega el 25% y 75% de la muestra, respectivamente. Adicionalmente, proporcionamos pruebas de normalidad que nos permiten saber si las distribuciones de las puntuaciones se alejan significativamente de una distribución normal (pruebas Kolmogorov-Smirnov); un resultado estadísticamente significativo indica que la distribución de las puntuaciones observadas no es normal.

En todos los casos manejamos un umbral o valor alfa de .05 para estimar la significancia estadística de las comparaciones y asociaciones. Así, consideramos que valores de p menores a .05 son indicadores de que las diferencias y asociaciones encontradas son poco probables si se asume que las diferencias y asociaciones son iguales a 0, es decir, si se asume que la hipótesis nula es verdadera.

La valoración de la calidad técnica de los instrumentos que aquí se reseñan depende en mucho del diagnóstico del trastorno respectivo. El proceso para llegar a un mejor estimado diagnóstico es minucioso. Primero, la persona es entrevistada por una persona profesional en psiquiatría o psicología mediante una entrevista llamada "Entrevista Diagnóstica para Estudios Genéticos", en inglés conocida como "Diagnostic Interview for Genetics Studies" (DIGS). Luego, otra persona profesional entrenada aplica la Entrevista Familiar para Estudios Genéticos, en

inglés “Family Interview for Genetics Studies” (FIGS), a un familiar cercano. Además, se contaba con un resumen del expediente médico. La información recolectada de esas tres fuentes se enviaba a dos personas profesionales clínicas que no conocían a la persona entrevistada y que analizaban por separado esta información, esperando a que ambos llegaran a un mejor estimado diagnóstico. De esta manera, se intentaba garantizar el diagnóstico de la persona. Una descripción detallada del proceso de entrevista de estos instrumentos se puede consultar en el siguiente enlace:

<https://www.nimhgenetics.org/resources/clinical-instruments>.

Resulta necesario aclarar que a lo largo del documento se mencionan tanto las diversas condiciones, enfermedades, trastornos o rasgos como los distintos instrumentos que los miden. En el caso de los primeros procuramos escribirlos en minúscula en virtud de que son nombres comunes (tal y como lo recomienda el Manual de Estilo APA); mientras que los nombres de los instrumentos se presentan como nombres propios, por lo que se escriben con mayúscula (por ejemplo, Inventario de Personalidad, Subescala de Neuroticismo, etc.).

4. Escala de Impulsividad de Barratt (BIS 11)

Nombre original del instrumento. Barrat Impulsive Scale, versión 11.

Autor. Ernest S. Barratt.

Constructo. Impulsividad.

Descripción del constructo. De acuerdo con la Sociedad Internacional de Investigación sobre la Impulsividad (s. f.), el constructo de impulsividad se define como un comportamiento sin un pensamiento previo adecuado; la tendencia a actuar con menos precaución que la mayoría de las personas de igual capacidad y conocimiento; o una predisposición a reacciones rápidas y no planificadas a estímulos internos o externos sin tener en cuenta las consecuencias negativas de estas reacciones.

Descripción del instrumento. La escala BIS-11 se construyó en 1959 con el objetivo de evaluar el constructo de impulsividad, bajo la premisa de que esta, a diferencia de la ansiedad, se relaciona con fluctuaciones momentáneas en la forma en la que un organismo responde a un estímulo. Uno de los cambios más importantes respecto a la versión original es la modificación de la escala para la integración de las tres subdimensiones de la impulsividad: Impulsividad Cognitiva, Impulsividad Motora y No Planificación. La escala cuenta con 30 ítems sobre formas de actuar y pensar en la vida cotidiana. Las personas deben contestar para cada actividad la frecuencia con que presentan cada acción. Los reactivos se contestan en una escala Likert de 4 puntos de 1 (raramente o nunca) a 4 (siempre o casi siempre). Una puntuación de 72 o más en la escala es clasificada como impulsividad alta y puntuaciones de 52 a 71 son consideradas como indicadores de impulsividad típica, mientras que las puntuaciones de 52 o menos indican control extremo o la persona participante no contestó la escala de forma honesta. Los

datos de evaluaciones psicométricas de la escala original muestran coeficientes alfa de Cronbach superiores .83 y correlaciones superiores a .60 con medidas como Behavioral Inhibition/Activation Scales (BIS/BAS), lo cual aporta evidencia de validez convergente (Stanford et al., 2009; Reise et al., 2013).

Usos o propósitos típicos del instrumento. El instrumento se ha utilizado tanto para la investigación como en ámbitos clínicos, dado que altos niveles de impulsividad se han identificado en trastornos como el abuso de sustancias, trastorno del estado de ánimo, el trastorno por déficit de atención, entre otros (Stanford et al., 2009).

Evidencias de confiabilidad. En la Muestra 2, los ítems de la Subescala de Impulsividad Cognitiva obtuvieron un alfa de Cronbach .73, con correlaciones ítem-total superiores a .30. Por su parte, los reactivos de la Subescala de No Planificación presentaron un alfa de Cronbach de .60, con correlaciones ítem-total superiores a .30, con excepción de tres reactivos, los cuales fueron eliminados porque su omisión no contribuía a una disminución en el alfa de Cronbach. Finalmente, los reactivos de la Subescala de Impulsividad Motora presentaron un coeficiente de consistencia interna de .60. En esta subescala, 5 de los 11 ítems que la componen presentaron correlaciones ítem-total inferiores a .30 y su eliminación no contribuía a una disminución importante del coeficiente alfa de Cronbach.

Evidencias de validez. Algunas evidencias de validez del puntaje de estas subescalas se establecieron a partir de las correlaciones entre las tres subescalas, así como entre éstas y las puntuaciones que obtuvieron los participantes en las otras medidas aplicadas. Adicionalmente se obtuvieron evidencias de validez a partir de las diferencias esperadas en los puntajes entre las personas con diagnóstico, sus familiares sin diagnóstico y, cuando era el caso, los súper controles.

Se encontraron correlaciones positivas superiores a $r = .50$ entre las tres subescalas. Adicionalmente, todas las subescalas se correlacionaron positivamente con las puntuaciones del WHODAS, con correlaciones entre $.29$ y $.37$. Como la literatura previa lo sugiere, elevados niveles de impulsividad se encuentran vinculados a déficit cognitivos (Jiménez et al., 2012). Además, las subescalas de impulsividad se correlacionaron negativamente (entre $-.31$ y $-.38$) con el cuestionario Q-LES-Q-SF. En lo que respecta a las medidas de ansiedad de rasgo y de estado del STAI, los resultados mostraron correlaciones positivas entre todos los perfiles de impulsividad y dichas medidas (entre $r = .19$ y $r = .38$). En cuanto a las medidas de personalidad y temperamento, las tres subescalas de impulsividad se correlacionaron positivamente con Neuroticismo, Clotimia, Depresión, Irritabilidad y Ansiedad (entre $.21$ y $.59$) del TEMPS-A. En cambio, las escalas de Extraversión, Amabilidad y Conciencia del NEO-FFI se correlacionaron negativamente con las tres subescalas de Impulsividad (entre $-.17$ y $-.42$). Finalmente, la Subescala de Hipertimia del TEMPS-A se correlacionó con la Subescala de No Planificación ($r = -.12$).

El patrón de correlaciones entre las tres medidas de impulsividad así como entre estas y las medidas de personalidad también resultaron coherentes con la teoría y la investigación previa, pues los perfiles de personalidad y temperamento neuróticos, ansiosos, ciclotímicos, depresivos e irritables comparten rasgos con los indicadores de ansiedad que se recogen en los perfiles de impulsividad medidos con las subescalas del STAI y las subescalas del Barrat (Fico et al., 2020; Vazquez et al., 2018).

Tal y como se espera según el DSM-IV y los resultados de investigaciones antecedentes (Victor et al., 2011), las personas participantes con diagnóstico del Eje 1 (esquizofrenia, bipolar, depresión mayor, psicosis no especificada, etc.) reportaron niveles de impulsividad significativamente mayores que sus parientes sin diagnóstico y estos a su vez presentaron más impulsividad que los controles en la combinación lineal de las dimensiones o subescalas. Específicamente, en la Subescala de Impulsividad Cognitiva las personas con diagnóstico presentaron un promedio de 2.24 ($DE = 0.68$), mientras que sus parientes sin diagnóstico presentaron un promedio de 1.92 ($DE = 0.56$), y los súper controles presentaron un promedio

de 1.75 ($DE = 0.48$), ($F(2,711) = 25.07, p < .001, \eta^2 = .07$), aunque en este caso las comparaciones post hoc no fueron significativas entre los participantes sin diagnóstico y los súper controles.

Por su parte, en la Subescala de Impulsividad Motora las personas con diagnóstico presentaron un promedio de 2.07 ($DE = 0.48$), mientras que sus parientes sin diagnóstico presentaron un promedio de 1.79 ($DE = 0.36$) y los súper controles un promedio de 1.68 ($DE = 0.30$), ($F(2,711) = 42.75, p < .001, \eta^2 = .11$). En este caso, las comparaciones post hoc de los tres grupos resultaron estadísticamente significativas ($p < .05$). Finalmente, en la Subescala de No Planificación, las personas participantes con diagnóstico presentaron una media de 2.32 ($DE = 0.50$), mientras que sus parientes presentaron una puntuación media de 2.11 ($DE = 0.42$) y los súper controles de 1.93 ($DE = 0.45$), ($F(2,711) = 23.20, p < .001, \eta^2 = .06$). Las pruebas post hoc evidenciaron diferencias significativas en las comparaciones entre todos los grupos ($p < .05$).

Ahora bien, se encontraron diferencias significativas en los niveles de impulsividad en función de la empleabilidad de los y las participantes. Así, las personas desempleadas presentaron un promedio en la Subescala de Impulsividad Cognitiva de 2.18 ($DE = 0.65$), mientras que las personas con empleo presentaron un promedio en la Subescala de Impulsividad Cognitiva levemente menor de 2.07 ($DE = 0.64$) ($t = -2.15, gl = 630, p = .032$). Para la Subescala de Impulsividad Motora, las personas desempleadas presentaron un promedio de 2.01 ($DE = 0.46$), mientras que las personas empleadas presentaron un promedio de 1.92 ($DE = 0.47$) ($t = -2.31, gl = 630, p = .021$). Finalmente, las personas desempleadas presentaron niveles en la Subescala de No Planificación alrededor de 2.28 ($DE = 0.52$), mientras que las personas con empleo presentaron niveles alrededor de 2.18 ($DE = 0.47$) ($t = -2.49, gl = 630, p = .013$). Estas diferencias son esperables según la investigación previa que vincula la impulsividad con la disfunción social (Lecomte et al., 2020).

Estadísticos descriptivos y distribución. El puntaje de cada subescala se obtuvo a partir del promedio de las respuestas a los ítems que la componen. La Subescala de Impulsividad Cognitiva presentó puntuaciones en un rango de 1 a 4, con un promedio de 2.12, una desviación estándar de 0.66, una moda de 1.75 puntos y una mediana de 2.0, en donde el 25% de la muestra presenta puntuaciones iguales o menores a 1.63 (percentil 25) y el 75% de la muestra reporta niveles leves de discapacidad de 2.50 puntos o menos (percentil 75). Por su parte, la Subescala de Impulsividad Motora presentó puntajes entre 1 y 3.73, con un promedio de 1.97 ($DE = 0.46$), con una moda de 2 puntos y con una mediana de 1.91, en donde el 25% de la muestra presenta puntuaciones iguales o menores a 1.64 (percentil 25) y el 75% de la muestra reporta niveles leves de discapacidad de 2.27 puntos o menos (percentil 75). Finalmente, las puntuaciones medias de la Subescala de No Planificación oscilaron entre 1 y 3.73, con una media de 2.24 ($DE = 0.49$), con una moda de 2 puntos y una mediana de 2.18 en donde el 25% de la muestra presenta puntuaciones iguales o menores a 1.91 (percentil 25) y el 75% de la muestra reporta niveles leves de discapacidad de 2.55 puntos o menos (percentil 75).

Las respectivas pruebas Kolmogorov-Smirnov indicaron que todas las subescalas se desviaron de una distribución normal, ya que todas las D de Kolmogorov-Smirnov fueron mayores a 0.06 ($p < .001$), con presencia de más valores bajos que altos.

Observaciones. A pesar de ser una escala concebida para ser autoadministrada, en este estudio se decidió administrar la prueba mediante entrevista, ya que se observaron dificultades de parte de las personas participantes para completarla por su propia cuenta. En algunos casos, los problemas se basaron en la comprensión de los reactivos, mientras que en otros se observó un uso limitado de la escala de respuesta o limitaciones logísticas y de tiempo.

Fuentes

- International Society for Research on Impulsivity (s. f.). *BIS 11*.
<http://www.impulsivity.org/measurement/bis11>
- Jiménez, E., Arias, B., Castellví, P., Goikolea, J. M., Rosa, A. R., Fañanás, L., Vieta, E. y Benabarre, A. (2012). Impulsivity and functional impairment in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 136*(3), 491–497. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.044>
- Lecomte, T., Giguère, C. É., Cloutier, B., Potvin, S., y Signature Consortium. (2020). Comorbidity profiles of psychotic patients in emergency psychiatry. *Journal of Dual Diagnosis, 16*(2), 260-270. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15504263.2020.1713425>
- Reise, S. P., Moore, T. M., Sabb, F. W., Brown, A. K., y London, E. D. (2013). The Barratt Impulsiveness Scale–11: Reassessment of its structure in a community sample. *Psychological Assessment, 25*(2), 631–642. <https://doi.org/10.1037/a0032161>
- Stanford, M. S., Mathias, C. W., Dougherty, D. M., Lake, S. L., Anderson, N. E. y Patton, J. H. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences, 47*(5), 385–395. <https://doi.org/10.1037/a0032161>
- Vazquez, G.H., Gonda, X., Lolic, M., Tondo, L., y Baldessarini, R.J. (2018). Suicidal risk and affective temperaments, evaluated with the TEMPS-A scale: A systematic review. *Harvard Review of Psychiatry 26*(1), 8–18. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000153>.

Escala de Impulsividad de Barrat (Bis-11)

Instrucciones. Las personas tienen diferentes maneras de actuar y pensar en diferentes situaciones. Este es un cuestionario para evaluar alguna de las maneras en que usted actúa y piensa. Por favor, lea cada afirmación cuidadosamente y llene el círculo apropiado a la derecha de cada afirmación. Conteste pronta y honestamente, utilizando la siguiente escala:

1	2	3	4
Raramente o nunca	Ocasionalmente	A menudo	Casi siempre

Código	Ítem				
bis_1*	Yo planeo mis tareas cuidadosamente.	1	2	3	4
bis_2	Yo hago cosas sin pensar.	1	2	3	4
bis_3	Yo tomo decisiones rápidamente.	1	2	3	4
bis_4*	Soy una persona contenta y despreocupada.	1	2	3	4
bis_5	Tiendo a no prestar atención.	1	2	3	4
bis_6	Tengo pensamientos que corren aprisa en mi mente.	1	2	3	4
bis_7*	Yo planeo mis viajes con mucha anticipación.	1	2	3	4
bis_8*	Se controlarme a mí mismo.	1	2	3	4
bis_9*	Me concentro fácilmente.	1	2	3	4
bis_10*	Yo ahorro regularmente.	1	2	3	4

bis_11	Me retuerzo en mi asiento en funciones o clases.	1	2	3	4
bis_12*	Soy una persona que piensa cuidadosamente.	1	2	3	4
bis_13*	Hago planes para mantener un trabajo seguro (estable).	1	2	3	4
bis_14	Yo digo cosas sin pensar.	1	2	3	4
bis_15*	Me gusta pensar sobre problemas complicados.	1	2	3	4
bis_16	Cambio de trabajo con frecuencia.	1	2	3	4
bis_17	Yo actúo basado en impulsos.	1	2	3	4
bis_18	Me aburro fácilmente cuando estoy resolviendo problemas que requieren pensar mucho.	1	2	3	4
bis_19	Yo actúo bajo el impulso del momento.	1	2	3	4
bis_20*	Soy estable para pensar (puedo mantener mi mente en una sola cosa).	1	2	3	4
bis_21	Yo me mudo de casa con frecuencia.	1	2	3	4
bis_22	Yo compro cosas impulsivamente.	1	2	3	4
bis_23	Yo solo puedo pensar en un problema al mismo tiempo.	1	2	3	4
bis_24	Yo cambio de pensamientos frecuentemente.	1	2	3	4
bis_25	Yo gasto más de lo que gano.	1	2	3	4
bis_26	Se me vienen ideas irrelevantes cuando estoy pensando.	1	2	3	4

bis_26	Se me vienen ideas irrelevantes cuando estoy pensando.	1	2	3	4
bis_27	Me interesa el presente más que el futuro.	1	2	3	4
bis_28	Me pongo inquieto en clases o en conferencias.	1	2	3	4
bis_29*	Me gusta hacer rompecabezas.	1	2	3	4
bis_30*	Yo hago planes para el futuro.	1	2	3	4

Nota. Los ítems marcados con asterisco deben recodificarse antes de calcular los promedios de cada subescala. Subescala de Impulsividad Motora: promedio de las respuestas a los ítems 2, 3, 4, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 25 y 30. Subescala de Impulsividad Cognitiva: promedio de las respuestas a los ítems 5, 6, 9, 11, 20, 24, 26 y 28. Subescala de No Planificación: promedio de las respuestas a los ítems 1, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 27 y 29. A mayor puntaje, mayor presencia del rasgo. En otras aplicaciones se ha utilizado la suma en lugar del promedio.

5. Inventario NEO reducido de cinco factores (NEO-FFI)

Nombre original del instrumento. Inventario NEO reducido de cinco factores.

Autores. Paul T. Costa y Robert R. McCrae.

Constructo. Factores de la personalidad.

Descripción del constructo. La personalidad hace referencia a la organización intrínseca del mundo mental de un individuo que es estable en el tiempo y consistente en diversas situaciones. El modelo de cinco factores de la personalidad es una clasificación de rasgos de personalidad en los constructos neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad (Costa y McCrae, 1992, 2002; McCrae y John, 1992).

El neuroticismo hace referencia al nivel de susceptibilidad a sufrir perturbaciones psicológicas, a tener ideas irracionales, a un menor control de los impulsos y a problemas para enfrentar el estrés. La extraversión describe a personas sociables a quienes se les facilitan los vínculos con otras personas y el desenvolvimiento en grupo. Tienden a ser personas asertivas, activas, alegres, enérgicas y optimistas. Las personas abiertas se caracterizan por su interés en el mundo interior y el exterior. Se las describe como poco convencionales y se encuentran dispuestas a considerar ideas nuevas. La apertura tiene relación con el pensamiento divergente y la creatividad (Costa y McCrae, 1992, 2002; McCrae y John, 1992).

El constructo de amabilidad se refiere a características interpersonales como altruismo, tendencia a ayudar a los demás y disposición a luchar por los intereses de otras personas. Finalmente, el constructo de responsabilidad se refiere a la tendencia a la autodisciplina, escrupulosidad y a la capacidad de decisión (Costa y McCrae, 2002).

Descripción del instrumento. El inventario NEO reducido de cinco factores (NEO-FFI) es una versión adaptada del instrumento original (Revised NEO Personality Inventory, NEO-PI-R). Cuenta con 60 ítems en total, 12 ítems para cada uno de los cinco rasgos de la personalidad: neuroticismo (N), extraversión (E), apertura (O), amabilidad (A), responsabilidad o conciencia (C). Las opciones de respuesta se presentan en una escala Likert de cinco puntos que va de 0 (completamente en desacuerdo) a 4 (completamente de acuerdo) (Aluja et al., 2009). Las puntuaciones se obtienen al promediar las puntuaciones de los ítems que corresponden a cada factor, una vez recodificados los reactivos inversos.

En el estudio sobre datos psicométricos realizado por Aluja et al. (2009), con una muestra de 1679 personas participantes voluntarias, los resultados indican que la consistencia interna es adecuada, con valores entre .66 y .81. Los resultados del análisis de componentes principales confirmaron la estructura interna del inventario, ya que los cinco componentes seleccionados explicaron un 34,6% de la varianza total de los ítems. Además, los cinco componentes presentaron altas correlaciones con los factores del NEO-PI-R, entre .86 y .96.

Usos o propósitos típicos del instrumento. El inventario ha sido utilizado ampliamente en investigaciones sobre los cinco rasgos de la personalidad, sin embargo, se recomienda utilizar la versión ampliada del inventario en el ámbito clínico para obtener información detallada de los rasgos de la personalidad definidos (Costa y McCrae, 1992).

Evidencias de confiabilidad. En la Muestra 2, la Subescala de Neuroticismo presentó un alfa de .74 si se elimina dos reactivos que presentaron correlaciones ítem-total negativas a pesar de que fueron adecuadamente recodificados (“Yo no soy una persona que se preocupa mucho” y “Algunas veces me siento completamente sin méritos”). Una vez eliminados dichos reactivos, los demás ítems presentaron correlaciones ítem-total superiores a .20.

Para la Subescala de Extraversión, cuatro reactivos presentaron correlaciones ítem-total negativas a pesar de que fueron adecuadamente recodificados, por lo que fueron eliminados. Estos son: "Normalmente prefiero hacer las cosas solo(a)", "Usualmente parezco tener prisa", "Preferiría seguir mi camino que ser líder de los demás" y "Con frecuencia siento que estoy explotando de energía". Los ocho reactivos restantes presentaron un alfa de Cronbach de .69, con correlaciones ítem-total superiores a .22. Su eliminación no implicaba un aumento sustancial del alfa, por tanto, fueron retenidos.

La Subescala de Apertura presentó un coeficiente de consistencia interna de .43. Los reactivos presentaron correlaciones ítem-total menores a .28. Dados estos resultados esta subescala no se sometió a los análisis posteriores.

La Subescala de Amabilidad presentó un coeficiente de consistencia interna de .68 y los reactivos presentaron correlaciones ítem-total aceptables, con excepción de los reactivos "Prefiero cooperar que competir con los demás", "Si no me gusta la gente, se lo digo", los cuales obtuvieron correlaciones ítem total menores a .20. No obstante, estos se retuvieron debido a que su eliminación no contribuía a mejorar sustancialmente el coeficiente de consistencia interna. Además, se estaba procurando dejar las medidas lo más intactas posibles.

La Subescala de Responsabilidad obtuvo un alfa de .75 y sus reactivos presentaron correlaciones ítem-total adecuadas con excepción del ítem "No soy una persona metódica", el cual presentó una correlación ítem total menor a .20. Sin embargo, su eliminación no contribuía a mejorar sustancialmente el coeficiente de consistencia interna, por lo que se decidió retener.

Evidencias de validez. Algunas evidencias de validez de las puntuaciones de las subescalas del NEO-FFI se establecieron a partir de su relación con las Subescalas de Ansiedad de Estado y de Rasgo, de las subescalas del BIS-11 y del Q-LES-Q de calidad de vida, así como a partir de las diferencias esperadas en las características de personalidad de los grupos diagnósticos presentes en la Muestra 2.

En esta muestra, el patrón de correlaciones entre las dimensiones de personalidad y las medidas de ansiedad e impulsividad resultaron coherentes con la teoría y la investigación previa. Las puntuaciones de la Subescala de Neuroticismo, por ejemplo, se relacionaron positivamente y de manera significativa con todas las medidas de ansiedad e impulsividad ($r_s = .25$ a $.47$), mientras que el resto de las características de personalidad (extraversión, amabilidad y conciencia) presentaron relaciones significativamente negativas con estos instrumentos ($r_s = -.11$ y $-.42$). Estos datos proporcionan importantes evidencias de validez del constructo, pues el neuroticismo hace referencia a una persona ansiosa, con altos niveles de preocupación y frecuentes cambios de humor en los que se incluyen estados depresivos. Una persona con altos niveles de neuroticismo es muy emotiva, reacciona con una mayor valencia que las demás personas ante todo tipo de estímulos y le cuesta trabajo estabilizar sus emociones después de esta respuesta (Bello-Villanueva et al., 2015; Eysenck y Eysenck, 2007). Igualmente, la Subescala de Neuroticismo se correlacionó negativamente con la medida de calidad de vida ($r = -.48$), en concordancia con la observación de que “las personas con alto neuroticismo son a menudo tímidas, pueden tener problemas para controlar impulsos y demorar la gratificación. En particular, (...) las personas altamente neuróticas tienden a percibir generalmente una menor calidad de vida” (Simkin y Cermesoni, 2014, p. 8).

Por una parte, y en concordancia con las características que presentan las personas con algún diagnóstico del Eje 1 descritas en el DSM-IV, éstas presentaron niveles de neuroticismo ($M = 1.96$, $DE = 0.67$) significativamente mayores que sus parientes sin diagnóstico ($M = 1.58$, $DE = 0.56$) y que los súper controles ($M = 1.37$, $DE = 0.47$) ($F(2,707) = 36.03$, $p < .001$, $\eta^2 = .09$). Las comparaciones *post hoc* indicaron diferencias significativas entre las personas diagnosticadas y el resto de los grupos de comparación ($p < .05$).

Por otra parte, las personas diagnosticadas presentaron niveles de extroversión ($M = 2.56$, $DE = 0.67$) significativamente menores que sus parientes sin diagnóstico ($M = 2.77$, $DE = 0.58$) y que los súper controles ($M = 2.89$, $DE = 0.51$) ($F(2,707) = 10.78$, $p < .001$, $\eta^2 = .03$). Las comparaciones *post hoc* indicaron diferencias significativas entre las personas diagnosticadas

y el resto de los grupos de comparación ($p < .05$).

Así mismo, las personas diagnosticadas presentaron niveles de amabilidad ($M = 2.47, DE = 0.56$) significativamente menores que sus parientes no diagnosticados ($M = 2.62, DE = 0.45$) y que los super controles ($M = 2.93, DE = 0.43$) ($F(2,707) = 18.99, p < .001, \eta^2 = .05$). Aquí, las comparaciones post hoc indicaron diferencias significativas entre todos los grupos de comparación ($p < .05$).

Finalmente, las personas diagnosticadas presentaron niveles de responsabilidad ($M = 2.85, DE = 0.56$) significativamente menores que sus parientes sin diagnóstico ($M = 2.99, DE = 0.49$) y que los súper controles ($M = 3.23, DE = 0.42$) ($F(2,707) = 12.32, p < .001, \eta^2 = .03$). Aquí, las comparaciones post hoc indicaron igualmente diferencias significativas entre todos los grupos de comparación ($p < .05$).

Estadísticos descriptivos y distribución. Las puntuaciones medias de la Subescala de Neuroticismo oscilaron entre 0 y 4 puntos, con una media de 1.81 puntos y una desviación estándar de 0.67. La distribución de los puntajes evidencia bajos niveles de neuroticismo en la muestra total, con una moda de 2 puntos y una mediana de 1.82, en donde el 25% de la muestra presenta puntuaciones iguales o menores a 1.36 (percentil 25) y el 75% de la muestra reporta niveles de neuroticismo de 2.18 puntos o menos (percentil 75). La prueba Kolmogorov-Smirnov indicó que las puntuaciones se desviaron significativamente de una distribución normal ($D_s = 0.06, p < .001$), con presencia de más valores bajos que altos.

Las puntuaciones medias de la Subescala de Extraversión, por su parte, oscilaron entre 0 y 4 puntos, con una media de 2.65 puntos y una desviación estándar de 0.65. La distribución de los puntajes evidencia niveles moderadamente altos de extraversión en la muestra total, con una moda de 3 puntos y una mediana de 2.63, en donde el 25% de la muestra presenta puntuaciones iguales o menores a 2.25 (percentil 25) y el 75% de la muestra reporta niveles leves de Extraversión de 3.13 puntos o menos (percentil 75). La prueba Kolmogorov-Smirnov indicó que las puntuaciones se desviaron significativamente de una distribución normal ($D_s =$

0.07, $p < .001$), con presencia de más valores altos que bajos.

En el caso de las puntuaciones medias de la Subescala de Amabilidad, estas oscilaron entre 0.92 y 3.83 puntos, con una media de 2.54 puntos y una desviación estándar de 0.54. La distribución de los puntajes evidencia niveles moderados de amabilidad en la muestra total, con una moda de 2.50 puntos y una mediana de 2.58, en donde el 25% de la muestra presenta puntuaciones iguales o menores a 2.17 (percentil 25) y el 75% de la muestra reporta niveles leves de Amabilidad de 2.91 puntos o menos (percentil 75). La prueba Kolmogorov-Smirnov indicó de nuevo que las puntuaciones se desviaron significativamente de una distribución normal ($D_s = 0.05$, $p < .001$), con presencia de más valores altos que bajos.

Finalmente, las puntuaciones medias de la Subescala de Responsabilidad o Conciencia oscilaron entre 0.67 y 4 puntos, con una media de 2.92 puntos y una desviación estándar de 0.54. La prueba Kolmogorov-Smirnov indicó que las puntuaciones se desviaron significativamente de una distribución normal ($D_s = 0.06$, $p < .001$), con presencia de más valores altos que bajos. La distribución de los puntajes evidencia niveles moderadamente altos de responsabilidad o conciencia en la muestra total, con una moda de 2.75 puntos y una mediana de 2.91, en donde el 25% de la muestra presenta puntuaciones iguales o menores a 2.58 (percentil 25) y el 75% de la muestra reporta niveles leves de discapacidad de 3.33 puntos o menos (percentil 75).

Observaciones. Aunque el instrumento puede ser autoadministrado, en el estudio se recurrió a la entrevista, debido a que se observaron dificultades de parte de las personas participantes para completar por su propia cuenta la medida. En algunos casos se observaron problemas en la comprensión de los reactivos y un uso limitado de la escala de respuesta. Adicionalmente, en este instrumento se observaron reactivos de difícil comprensión, sobre todo cuando el ítem incluye negaciones y en aquellos casos en los que la traducción no era la más acorde al contexto costarricense. Futuras investigaciones con esta medida deberán prestar particular atención a la traducción y redacción de los reactivos. Particularmente, la Subescala de Apertura

presentó indicadores de consistencia interna inaceptables, que impidieron profundizar en su análisis en esta ocasión, por lo que en futuras investigaciones deberá ser mejorada.

Fuentes

- Aluja, A., Blanch, A., Solé, D., Dolcet, J.-M., y Gallart, S. (2009). Versiones cortas del NEO-PI-R: El NEO-FFI frente al NEO-FFI-R [Shortened versions of the NEO-PI-R: The NEO-FFI versus the NEO-FFI-R]. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual: Revista Internacional Clínica y de la Salud*, 17(2), 335–350.
- Bello-Villanueva, A. M., Palacio, J., Rodríguez-Díaz, M., y Oviedo-Trespalcacios, O. (2015). Correlación entre la personalidad y los factores de la Teoría del Comportamiento Planeado (TCP) en adolescentes escolarizados de 11-19 años del Caribe Colombiano. *Terapia Psicológica*, 33(3), 169-180.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000300002>
- Costa, P.T. y McCrae, R. R. (1992). *NEO-PI-R Professional Manual. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI)*. Odessa. FL.: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (2002). *Inventario de Personalidad de Neo Revisado (NEO-PI-R)*. (A. Cordero, A. Palmos y N. Seisdedos, Trad). TEA Ediciones
- Eysenck, M. y Eysenck, W. (2007). Four-factor theory and the anxiety disorders. *Ansiedad y Estrés*, 13(2/3), 283-289.
- McCrae, R. R., y John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60(2), 175–215.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x>
- Simkin, H., y Cermesoni, D. (2014). Factores de la personalidad, espiritualidad y su relación con la calidad de vida. *Calidad de Vida*, 11(1), 7-17.

Inventario NEO reducido de cinco factores (NEO-FFI)

Instrucciones. Haga un círculo alrededor de la respuesta que corresponde mejor con sus coincidencias y desacuerdos. CD = si está completamente en desacuerdo con la afirmación, D = si está en desacuerdo con la afirmación, N = si la afirmación es casi igualmente cierta o falsa, si usted no puede decidirse, o si es neutral en cuanto la afirmación, A = si se encuentra de acuerdo con la afirmación, y CA = si se encuentra completamente de acuerdo con la afirmación. No hay respuestas buenas o malas y usted no tiene que ser un(a) experto(a) para completar el cuestionario. Descríbase sinceramente y presente sus opiniones lo más preciso posible. Responda a todas las afirmaciones. Fíjese que todas las afirmaciones estén marcadas. Si comete un error o si cambia de opinión -no borre-, escriba una "X" sobre la respuesta incorrecta y después ponga un círculo sobre la respuesta correcta.

Código	Ítem	CD	D	N	A	CA
neo1*	Yo no soy una persona que se preocupa mucho.	0	1	2	3	4
neo_2	Me gusta tener muchas personas a mi alrededor.	0	1	2	3	4
neo_3*	No me gusta perder el tiempo en ensueños.	0	1	2	3	4
neo_4	Trato de ser cortés con todos los que me encuentro.	0	1	2	3	4
neo_5	Mantengo mis pertenencias ordenadas y limpias.	0	1	2	3	4
neo_6	Con frecuencia me siento inferior a los demás.	0	1	2	3	4
neo_7	Fácilmente me río.	0	1	2	3	4

neo_8*	Una vez que descubro la forma correcta de hacer algo, sigo haciéndola.	0	1	2	3	4
neo_9*	Con frecuencia tengo discusiones con mi familia y con compañeros de trabajo.	0	1	2	3	4
neo_10	Soy muy hábil midiendo mis pasos para terminar las cosas a tiempo.	0	1	2	3	4
neo_11	Cuando estoy bajo presión, algunas veces me siento como si me rompiera en pedazos.	0	1	2	3	4
neo_12*	No me considero especialmente alegre.	0	1	2	3	4
neo_13	Me siento intrigado(a) por las semejanzas que encuentro en el arte y la naturaleza.	0	1	2	3	4
neo_14*	Algunas personas piensan que soy interesado(a) y egoísta.	0	1	2	3	4
neo_15*	No soy una persona muy metódica.	0	1	2	3	4
neo_16*	Casi nunca estoy triste o deprimido(a).	0	1	2	3	4
neo_17	Verdaderamente disfruto de hablar con las personas.	0	1	2	3	4
neo_18*	Creo que si dejamos que los estudiantes escuchen a oradores controversiales aquéllos serán confundidos.	0	1	2	3	4
neo_19	Prefiero cooperar con los demás que competir con ellos.	0	1	2	3	4
neo_20	Trato de realizar conscientemente todas las tareas que se me asignan.	0	1	2	3	4
neo_21	Con frecuencia me siento tenso(a) y sobresaltado(a).	0	1	2	3	4
neo_22	Quiero estar donde está la acción.	0	1	2	3	4
neo_23*	La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí.	0	1	2	3	4

neo_24*	Tiendo a ser cínico(a) e incrédulo(a) de las intenciones de los demás.	0	1	2	3	4
neo_25	Tengo un conjunto de metas claras y me esfuerzo por alcanzarlas de una forma ordenada.	0	1	2	3	4
neo_26	Algunas veces me siento completamente sin méritos.	0	1	2	3	4
neo_27*	Normalmente prefiero hacer las cosas solo(a).	0	1	2	3	4
neo_28	Con frecuencia pruebo comidas nuevas y extranjeras.	0	1	2	3	4
neo_29*	Creo que casi toda la gente se aprovechará de uno(a) si uno(a) se lo permitiera.	0	1	2	3	4
neo_30*	Pierdo mucho tiempo antes de ponerme a trabajar.	0	1	2	3	4
neo_31*	Raramente me siento atemorizado(a) o ansioso(a).	0	1	2	3	4
neo_32	Con frecuencia me siento que estoy explotando de energía.	0	1	2	3	4
neo_33*	Rara vez me doy cuenta de los estados de ánimo o de las emociones que producen ambientes diferentes.	0	1	2	3	4
neo_34	Le caigo bien a la mayoría de la gente que conozco.	0	1	2	3	4
neo_35	Trabajo duro para alcanzar mis metas.	0	1	2	3	4
neo_36	Con frecuencia me enfada como la gente me trata.	0	1	2	3	4
neo_37	Soy una persona alegre y animosa.	0	1	2	3	4
neo_38*	Creo que debemos inspirarnos en nuestras autoridades religiosas para la resolución de cuestiones morales.	0	1	2	3	4
neo_39*	Algunas personas me consideran frío(a) y calculador(a).	0	1	2	3	4

neo_40	Cuando me comprometo, siempre se puede contar conmigo.	0	1	2	3	4
neo_41	Con mucha frecuencia, cuando las cosas van mal, me desaliento y tengo ganas de rendirme.	0	1	2	3	4
neo_42*	No soy un(a) optimista animado(a).	0	1	2	3	4
neo_43	Algunas veces cuando leo poesía o miro una obra de arte, siento un escalofrío o profunda emoción.	0	1	2	3	4
neo_44*	Soy testarudo(a) y obstinado(a) en mis actitudes.	0	1	2	3	4
neo_45*	Algunas veces no soy digno de confianza o tan confiable como debería serlo.	0	1	2	3	4
neo_46*	Raramente me siento solo(a) o triste.	0	1	2	3	4
neo_47*	Usualmente, parezco tener prisa.	0	1	2	3	4
neo_48*	Tengo poco interés en divagar sobre la naturaleza del universo y la condición humana.	0	1	2	3	4
neo_49	Generalmente trato de ser atento(a) y considerado(a).	0	1	2	3	4
neo_50	Soy una persona productiva que siempre cumple con su trabajo.	0	1	2	3	4
neo_51	A veces me siento desvalido(a) y quiero que otras personas resuelvan mis problemas.	0	1	2	3	4
neo_52	Soy una persona muy activa.	0	1	2	3	4
neo_53	Tengo mucha curiosidad intelectual.	0	1	2	3	4
neo_54*	Si no me gusta la gente, se lo digo.	0	1	2	3	4
neo_55*	Parece que nunca puedo organizarme.	0	1	2	3	4
neo_56	A veces me he sentido tan avergonzado(a) que solo quiero esconderme.	0	1	2	3	4

neo_57*	Preferiría seguir mi camino que ser líder de los demás.	0	1	2	3	4
neo_58	Con frecuencia disfruto darles vueltas en la cabeza a teorías e ideas abstractas.	0	1	2	3	4
neo_59*	Si es necesario estoy dispuesto a manipular a la gente para conseguir lo que quiero.	0	1	2	3	4
neo_60	Me esfuerzo por alcanzar un nivel de excelencia en todo lo que hago.	0	1	2	3	4

A. He tratado de contestar todas estas preguntas con sinceridad y precisión. (Marque con un círculo) Sí No
B. ¿Ha respondido usted a todas las afirmaciones? (Marque con un círculo) Sí No
C. ¿Ha marcado sus respuestas en el lugar correcto? (Marque con un círculo) Sí No

Nota. Los ítems marcados con asterisco deben recodificarse antes de calcular los promedios de cada subescala. Subescala de Neuroticismo: 1, 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56. Subescala de Extraversión: 2, 7, 12, 17, 22, 27, 32, 37, 42, 47, 52, 57. Subescala de Apertura a la Experiencia: 3, 8, 13, 18, 23, 28, 33, 38, 43, 48, 53, 58. Subescala de Amabilidad: 4, 9, 14, 19, 24, 29, 34, 39, 44, 49, 54, 59. Subescala de Conciencia: 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60. A mayor puntaje, mayor presencia del rasgo. En otras aplicaciones se ha utilizado la suma en lugar del promedio.

6. Cuestionario de calidad de vida, disfrute y satisfacción (Q-LES-Q-SF)

Nombre original del instrumento. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire Short form.

Autores. Jean Endicott, John Nee, Wilma Harrison y Richard Blumenthal.

Constructo. Calidad de vida.

Descripción del constructo. El constructo de calidad de vida se refiere al grado de disfrute y satisfacción experimentado en diversas áreas del funcionamiento diario, es decir, cómo un individuo percibe el impacto de una condición de salud o tratamiento en su vida diaria (Stevanovic, 2011).

Descripción del instrumento. El cuestionario Q-LES-Q-SF cuenta con 16 ítems que evalúan las actividades generales incluidas en la versión larga del cuestionario (Q-LES-Q): salud física, estado de ánimo, trabajo, actividades domésticas y de ocio, relaciones sociales y familiares, funcionamiento diario, vida sexual, situación económica, bienestar general y medicamentos. Cada ítem se puntúa en una escala Likert de 1 a 5, donde 1 representa "muy mala" y 5 representa "muy buena". Se ha demostrado que la fiabilidad test-retest para el Q-LES-Q-SF es de .86 y la consistencia interna (alfa de Cronbach) varía de .86 a .90 (NIDA, 2016).

Usos o propósitos típicos del instrumento. El instrumento se utiliza en investigaciones para realizar comparaciones entre grupos de pacientes y en contextos clínicos se emplea con el fin de evaluar el cambio a nivel individual (Stevanovic, 2011).

Evidencias de confiabilidad. En la Muestra 2, las puntuaciones medias de los 16 ítems, que son contestados mediante una escala Likert, presentaron un alfa de Cronbach de .91, con correlaciones ítem-total superiores a .40.

Evidencias de validez. Algunas evidencias de validez del puntaje del cuestionario se establecieron a partir de sus correlaciones con las otras medidas aplicadas en los diferentes estudios. Adicionalmente, se obtuvieron evidencias de validez a partir de asociaciones esperadas con respecto a variables sociodemográficas (como, por ejemplo, el estatus de empleabilidad). Finalmente, se obtuvieron evidencias de validez a partir de las diferencias esperadas en los puntajes entre las personas con diagnóstico, sus familiares sin diagnóstico y los súper controles.

Tal y como se esperaba, las puntuaciones de calidad de vida presentaron una correlación negativa y significativa ($r = -.48$) con la escala de discapacidad (WHODAS). Mayores niveles de discapacidad se asociaron con menores niveles de satisfacción con la calidad de vida en concordancia con resultados de investigación previa (Victor et al., 2011). Por otro lado, las medidas de ansiedad (STAI de Estado y Rasgo) y los perfiles de impulsividad del Barrat se observaron negativamente correlacionados con los indicadores de calidad de vida del Q-LES-Q (entre $-.32$ y $-.40$).

En relación con las medidas de personalidad y temperamento, se encontraron correlaciones positivas con las puntuaciones de las subescalas de Extraversión, Amabilidad, Conciencia e Hipertimia (entre $r = .22$ y $r = .40$) y negativas con las puntuaciones de las subescalas de Neuroticismo, Ciclotimia, Depresión e Irritabilidad (entre $r = -.36$ y $r = -.48$). Así como se ha reportado en la literatura previa, la calidad de vida puede verse seriamente comprometida en personas con perfiles impulsivos, ansiosos y en fenotipos depresivos (Victor, et al., 2011). Asimismo, y en concordancia con las limitaciones que presentan las personas con algún diagnóstico del Eje 1 descritas en el DSM IV, éstas presentaron niveles de satisfacción con la calidad de vida ($M = 3.67$, $DE = 0.77$) significativamente menores que sus parientes sin

diagnóstico ($M = 4.05$, $DE = 0.60$), los cuales a su vez reportaron niveles de satisfacción significativamente menores que los súper controles ($M = 4.38$, $DE = .48$) ($F(2,71) = 32.50$, $p < .001$, $\eta^2 = .08$). Las comparaciones post hoc indicaron diferencias significativas en todos los grupos ($p < .001$) (Guan et al., 2011).

Finalmente, en concordancia con la investigación previa (Shafie et al., 2021), las personas empleadas presentaron mayores niveles de satisfacción ($M = 3.91$, $DE = 0.70$) que aquellas personas sin empleo ($M = 3.75$, $DE = 0.76$). Se trata de un tamaño de efecto pequeño (D de Cohen = 0.22), pero estadísticamente significativo ($t = -8.20$, $gl = 609$, $p < .001$).

Estadísticos descriptivos y distribución. Las puntuaciones medias de la escala oscilaron entre 1 y 5 puntos, con una media de 3.82 puntos y una desviación estándar de 0.75. La distribución de los puntajes evidencia niveles altos de calidad de vida en la muestra total, con una moda de 4 puntos y una mediana de 4.94, en donde el 25% de la muestra presenta puntuaciones iguales o menores a 3.44 (percentil 25) y el 75% de la muestra reporta niveles leves de discapacidad de 4.33 puntos o menos (percentil 75). La prueba Kolmogorov-Smirnov indicó que las puntuaciones se desviaron significativamente de una distribución normal ($D_s = 0.09$, $p < .001$), con presencia de más valores altos que bajos.

Observaciones. El instrumento consta de 16 reactivos. Sin embargo, un ítem de respuesta dicotómica sobre medicación no se incluyó en los análisis, debido a su formato de respuesta, aunque debe ser administrado junto al resto de reactivos. A pesar de que el instrumento puede ser autoadministrado, en el estudio se recurrió a la entrevista, debido a que se observaron dificultades de parte de las personas participantes para completar por su propia cuenta la medida, en algunos casos debido a problemas en la comprensión de los reactivos, debido a un uso limitado de la escala de respuesta, en otros casos debido a limitaciones logísticas y de tiempo.

Fuentes

- Endicott, J., Nee, J., Harrison, W., y Blumenthal, R. (1993). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. *Psychopharmacology Bulletin*, 29(2), 321–326.
- Guan, B., Deng, Y., Cohen, P., y Chen, H. (2011). Relative impact of Axis I mental disorders on quality of life among adults in the community. *Journal of Affective Disorders*, 131(1-3), 293–298. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.01.010>
- National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2016). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire Short Form. <https://datashare.nida.nih.gov/instrument/quality-of-life-enjoyment-and-satisfaction-questionnaire-short-form>
- Shafie, S., Samari, E., Jeyagurunathan, A., Abdin, E., Chang, S., Chong, S. A., y Subramaniam, M. (2021). Gender difference in quality of life (QoL) among outpatients with schizophrenia in a tertiary care setting. *BMC Psychiatry*, 21(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03051-2>
- Stevanovic D. (2011). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-short form for quality of life assessments in clinical practice: a psychometric study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(8), 744–750. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01735.x>
- Victor, S. E., Johnson, S. L., y Gotlib, I. H. (2011). Quality of life and impulsivity in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 13(3), 303–309. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2011.00919.x>

Cuestionario de calidad de vida, disfrute y satisfacción (Q-LES-Q-SF)

Instrucciones. A continuación, se presentan preguntas sobre su calidad de vida. Por favor conteste las preguntas de acuerdo con las siguientes opciones de respuesta:

Muy insatisfecho(a)	Insatisfecho(a)	Ni satisfecho(a) ni insatisfecho(a)	Satisfecho(a)	Muy satisfecho(a)
1	2	3	4	5

Tomando en cuenta todo, en los últimos siete días ¿qué tan satisfecho/satisfecha estuvo con su/s...

Código	Ítem					
qles_1	...salud física?	1	2	3	4	5
qles_2	...estado de ánimo?	1	2	3	4	5
qles_3	...trabajo?	1	2	3	4	5
qles_4	...actividades domésticas?	1	2	3	4	5
qles_5	...relaciones con otras personas?	1	2	3	4	5
qles_6	...relaciones con familiares?	1	2	3	4	5
qles_7	...actividades en su tiempo libre?	1	2	3	4	5
qles_8	...su capacidad para desempeñarse en la vida diaria?	1	2	3	4	5
qles_9	...su deseo, interés en desempeño sexual?	1	2	3	4	5
qles_10	...situación económica?	1	2	3	4	5
qles_11	... condiciones de la vida (vivienda, personas que viven con usted)?	1	2	3	4	5
qles_12	...capacidad para desplazarse sin sentirse mareado(a), inestable o que se va a caer?	1	2	3	4	5
qles_13	...visión, es decir, ver lo suficientemente bien para realizar trabajos o pasatiempos?	1	2	3	4	5

qles_13	...visión, es decir, ver lo suficientemente bien para realizar trabajos o pasatiempos?	1	2	3	4	5
qles_14	...sensación general de bienestar?	1	2	3	4	5
qles_15	...la medicación? (si no recibe medicinas, marque aquí ___ con una x y deje la pregunta en blanco)	1	2	3	4	5
qles_16	¿Cómo evaluaría su nivel general de satisfacción con la vida en los últimos días?	1	2	3	4	5

Nota. La puntuación total se obtiene calculando el promedio de las respuestas de los primeros 14 ítems. A mayor puntuación, mayor nivel de satisfacción con la calidad de vida. Los dos últimos ítems (ítems 15 y 16), preguntan sobre medicación y satisfacción general, y son ítems independientes; no se incluyen en el puntaje total. En otras aplicaciones se ha utilizado la suma en lugar del promedio.

7. Cuestionario de Personalidad Esquizotípica (SPQ) (versión corta)

Nombre original del instrumento original. Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ) – brief.

Autores. Adrian Raine y Deana Benishay.

Constructo. Personalidad esquizotípica (trastorno esquizotípico de la personalidad; TEP).

Descripción del constructo. Las personas con personalidad esquizotípica se caracterizan por presentar ideas de referencia (interpretaciones inusuales sobre eventos externos e incidentes causales, que la persona considera que le son atinentes sin necesariamente serlo); creencias extrañas o pensamiento mágico; experiencias perceptivas inusuales e ilusiones corporales; pensamiento y habla extraños; sospecha o ideación paranoica; afecto inapropiado o restringido; comportamiento o apariencia extraña, excéntrica o peculiar; falta de amigos cercanos o confidentes, que no sean parientes de primer grado; ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse con miedos paranoicos. Al menos cinco de los síntomas anteriores se requieren para que una persona sea diagnosticada con un trastorno esquizotípico de la personalidad (Rosell et al. 2014).

Descripción del instrumento. La versión original de la medida fue desarrollada en 1991 por Adrian Raine para evaluar la presencia de características de la personalidad esquizotípica de acuerdo con los criterios propuestos en el DSM-III-R. Los estudios de construcción y validación se realizaron con una muestra de 495 estudiantes universitarios. La versión corta se deriva de la versión original y cuenta con 22 ítems divididos en tres subescalas: Déficit Interpersonal, Déficit Cognitivo-perceptual y Desorganización (Mata, Mataix-Cols y Peralta, 2005). La Subescala Interpersonal incluye reactivos tendientes a medir ansiedad social, carencia de amistades,

afecto aplanado e ideación paranoide. Por su parte, la Subescala Cognitivo-Perceptual incluye contenidos que reflejan, principalmente, ideas de referencia, pensamiento mágico y experiencias perceptuales inusuales.

Finalmente, la Subescala de Desorganización incluye reactivos que miden comportamiento y lenguaje inusual e inapropiado. Cada uno de los ítems se contesta con sí o no para indicar la presencia o ausencia de los síntomas. Los estudios de validación se llevaron a cabo con una muestra de 450 estudiantes universitarios en California. En cuanto a las propiedades psicométricas, en el estudio desarrollado por Mata, Mataix-Cols y Peralta (2005) la consistencia interna va de .72 a .80 para las subescalas. El coeficiente de estabilidad test-retest se encuentra entre .86 y .95. La validez de criterio fue analizada comparando cada una de las subescalas con la escala original; las correlaciones son moderadas para la escala en general y para las Subescalas Interpersonal (.73) y Cognitiva-Perceptual (.63), pero bajas para la Subescala de Desorganización (.36).

Usos o propósitos típicos del instrumento. Esta escala fue diseñada como alternativa a la versión original para su aplicación cuando se dispone de poco tiempo, principalmente, en el ámbito de la investigación. También se ha utilizado en ámbitos clínicos como parte de la evaluación (Mata, Mataix-Cols y Peralta, 2005).

Evidencias de confiabilidad. En la Muestra 1, los ítems de la Subescala de Desorganización obtuvieron un alfa de Cronbach .67, con correlaciones ítem-total superiores a .38. Por su parte, los reactivos de la Subescala de Déficit Cognitivo-Perceptual presentaron un alfa de Cronbach de .67, con correlaciones ítem-total superiores a .30. Finalmente, los reactivos de la subescala de Déficit Interpersonal presentaron un coeficiente de consistencia interna de .77, con coeficientes ítem-total de .40 en adelante.

Evidencias de validez. Algunas evidencias de validez de las puntuaciones de las subescalas se establecieron a partir de las relaciones entre las subescalas y entre éstas y la Escala de Discapacidad (WHODAS), así como a partir de diferencias esperadas en los puntajes según variables sociodemográficas, los criterios diagnósticos e indicadores de empleo. Tal y como se esperaba, se encontraron correlaciones altas y positivas entre las tres subescalas ($r_s > .46$), lo cual indica que las medidas reflejan tres dimensiones de un mismo constructo general. Adicionalmente, todas las subescalas se correlacionaron positivamente con las puntuaciones del WHODAS con correlaciones entre .15 y .34 que, si bien son correlaciones moderadas y bajas, resultaron estadísticamente significativas y con el signo esperado. De la manera en que la literatura previa lo sugiere, elevados niveles de rasgos esquizotípicos se encuentran vinculados a un deterioro en el funcionamiento del dominio de las actividades de la vida cotidiana (Kojesnikova et al., 2020). Asimismo, en concordancia con la presencia de comorbilidades entre el Eje I y el Eje II (Pulay et al., 2009), las personas con algún diagnóstico del Eje I presentaron un mayor déficit cognitivo-perceptual ($M = 0.29, DE = 0.27$) que las personas sin diagnóstico ($M = 0.15, DE = 0.18$), así como mayores déficit interpersonales ($M = .51, DE = 0.27$) que sus familiares sin diagnóstico ($M = 0.43, DE = 0.27$), y mayores niveles de desorganización ($M = 0.43, DE = 0.31$) que sus parientes sin diagnóstico ($M = 0.31, DE = 0.28$) ($t_s(150) > 2.17, ps < .031$).

Estadísticos descriptivos y distribución. Los puntajes de cada subescala se obtuvieron a partir del promedio de las respuestas a los ítems que la componen, los cuales oscilan entre 0 (ausencia de sintomatología) y 1 (presencia de todos los síntomas). La Subescala de Desorganización presentó un promedio de 0.36 puntos, una desviación estándar de 0.30, una moda de 0.20 y una mediana de 0.40. El 25% de la muestra presentó puntuaciones iguales o menores a 0.20 (percentil 25) y el 75% de la muestra reportó niveles leves de Desorganización de 0.60 puntos o menos (percentil 75). Por su parte, la Subescala de Déficit Cognitivo-Perceptual presentó un promedio de .21 ($DE = 0.23$) con una moda de 0.00 y una mediana de 0.14. El 25% de la muestra presentó puntuaciones iguales o menores a 0.00

(percentil 25) y el 75% de la muestra reportó niveles leves de Déficit Cognitivo Perceptual de 0.29 puntos o menos (percentil 75).

Finalmente, las puntuaciones medias de la Subescala de Déficit Interpersonal presentaron una media de .47 ($DE = 0.27$), con una moda de 0.50 puntos y una mediana de 0.50. El 25% de la muestra presentó puntuaciones iguales o menores a 0.30 (percentil 25) y el 75% de la muestra reportó niveles leves de déficit interpersonal de 0.70 puntos o menos (percentil 75). Las respectivas pruebas Kolmogorov-Smirnov indicaron que todas las subescalas se desviaron de una distribución normal con presencia de más valores bajos que altos ($D_s > 0.24, p < .001$).

Observaciones. Aunque el instrumento puede ser autoadministrado, en el estudio se recurrió a la entrevista, debido a que se observaron dificultades de parte de las personas participantes para completar por su propia cuenta la medida, en algunos casos debido a problemas en la comprensión de los reactivos y en otros casos debido a limitaciones logísticas y de tiempo.

Fuentes

- Koļesņikova, J., Perepjolkina, V., Sudraba, V., Mārtinsone, K., y Stepens, A. (2020). Relationship between personality disorders scales, pathological personality traits, and six domains of functioning in sample with alcohol use disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 498. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00498>
- Mata, I., Mataix-Cols, D., y Peralta, V. (2005). Schizotypal Personality Questionnaire-Brief: factor structure and influence of sex and age in a nonclinical population. *Personality and Individual Differences*, 38(5), 1183–1192. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.08.001>
- Pulay, A. J., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Huang, B., Saha, T. D., Smith, S. M., Pickering, R. P., Ruan, W. J., Hasin, D. S., y Grant, B. F. (2009). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV schizotypal personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Primary Care companion Journal of Clinical Psychiatry*, 11(2), 53–67. <https://doi.org/10.4088/pcc.08m00679>
- Raine, A. (1991). The SPQ: a scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophrenia Bulletin*, 17(4), 555–564. <https://doi.org/10.1093/schbul/17.4.555>
- Raine, A., Reynolds, C., Lencz, T., Scerbo, A., Triphon, N., y Kim, D. (1994). Cognitive-perceptual, interpersonal, and disorganized features of schizotypal personality. *Schizophrenia Bulletin*, 20(1), 191-201., <https://doi.org/10.1093/schbul/20.1.191>
- Rosell, D. R., Futterman, S. E., McMaster, A., y Siever, L. J. (2014). Schizotypal personality disorder: a current review. *Current Psychiatry Reports*, 16(7), 452. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0452-1>

Cuestionario de Personalidad Esquizotípica (SPQ) (versión corta)

Instrucciones. Responda a cada pregunta poniendo un círculo sobre la palabra 'Sí' o a la palabra 'No', según sea su modo de pensar o sentir. Por favor, responda a todas las preguntas.

Código	Ítem	Si	No
SPQ_1	A veces la gente me encuentra reservado y distante.	1	0
SPQ_2	¿Ha tenido alguna vez la sensación de que alguna persona o fuerza está cerca de usted, aun cuando no puede ver a nadie?	1	0
SPQ_3	A veces la gente hace comentarios acerca de mis gestos o hábitos inusuales.	1	0
SPQ_4	¿Está a veces seguro de que otras personas pueden decir lo que usted está pensando?	1	0
SPQ_5	¿Ha notado alguna vez que un hecho u objeto común pareciera ser una señal especial para usted?	1	0
SPQ_6	Hay gente que piensa que soy una persona muy extraña.	1	0
SPQ_7	Siento que debo estar a la defensiva incluso con mis amigos.	1	0
SPQ_8	Algunas personas me encuentran poco claro y evitativo durante una conversación.	1	0
SPQ_9	¿Suele usted captar amenazas o indirectas en lo que la gente dice o hace?	1	0
SPQ_10	Cuándo está comprando, ¿suele tener la sensación de que otras personas están pendientes de lo que usted hace?	1	0

SPQ_11	Me siento muy incómodo en situaciones sociales con gente poco conocida.	1	0
SPQ_12	¿Ha tenido usted experiencias con la astrología, predicción del futuro, OVNIS, percepción extrasensorial o un sexto sentido?	1	0
SPQ_13	A veces utilizo palabras de un modo poco usual.	1	0
SPQ_14	¿Ha pensado que es mejor no permitir que la gente sepa mucho sobre usted?	1	0
SPQ_15	Tiendo a mantenerme en un segundo plano en los actos sociales.	1	0
SPQ_16	¿Alguna vez se ha visto súbitamente distraído por sonidos distantes a los que normalmente no está acostumbrado?	1	0
SPQ_7	¿Suele tener que estar atento para que la gente no se aproveche de usted?	1	0
SPQ_18	¿Siente que no puede tener relaciones cercanas con la gente?	1	0
SPQ_19	Soy una persona extraña, inusual.	1	0
SPQ_20	Encuentro difícil comunicar claramente lo que quiero decir a la gente.	1	0
SPQ_21	Me siento muy incómodo hablando con gente que no conozco bien.	1	0
SPQ_22	Tiendo a guardar mis sentimientos para mí mismo.	1	0

Nota. Promediar los respectivos ítems de cada subescala. Subescala de Desorganización: ítems 1, 3, 6, 8, 19. Subescala de déficit Interpersonal: ítems 7, 9, 11, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 22. Subescala de déficit cognitivo-perceptual: ítems 2, 4, 5, 10, 12, 13, 16. A mayor puntaje, mayor presencia de rasgos esquizotípicos. En otras aplicaciones se ha utilizado la suma en lugar del promedio y se ha calculado sobre el total de ítems, no sobre las subescalas.

8. Cuestionario de ansiedad estado/rasgo (STAI)

Nombre original del instrumento. State-Trait Anxiety Inventory (STAI).

Autores. Charles D. Spielberger, Richard L. Gorsuch y Robert E. Lushene.

Constructo. Ansiedad Estado/Rasgo.

Descripción del constructo. La ansiedad-estado corresponde a un estado transitorio en el que se perciben tensión y aprehensión de forma consciente y hay una activación del sistema nervioso autónomo. Varía en tiempo e intensidad. La ansiedad-rasgo es una tendencia o propensión relativamente estable en una persona en virtud de la cual una situación se percibe como amenazadora, lo cual da como resultado la elevación de la ansiedad-estado (Buela-Casal et al., 2015).

Descripción del instrumento. La escala STAI se desarrolló para ser autoadministrada y se contesta seleccionando la opción que se adapta más a la intensidad de cómo se sienten las personas. Cuenta con dos subescalas: la primera está compuesta por 20 ítems sobre cómo se siente la persona al momento de contestar la escala. Las opciones de respuesta se acomodan en una escala Likert de cuatro puntos que van de 0 (nada) a 3 (mucho). La segunda, en cambio, se compone de 20 ítems que abordan cómo se siente la persona generalmente. Las opciones de respuesta se acomodan en una escala Likert de cuatro puntos que van de 0 (casi nunca) a 3 (casi siempre). Para obtener la puntuación total de las subescalas, se promedian las respuestas de los respectivos reactivos una vez recodificados los ítems inversos.

Los estudios originales de construcción y validación se realizaron con una muestra de aproximadamente 6800 participantes (personas estudiantes universitarias, privadas de libertad y pacientes quirúrgicas). Las propiedades psicométricas de la escala indican que el

coeficiente de confiabilidad test-retest para la Subescala de Ansiedad-Rasgo es alto, pero bajo para la Subescala de Ansiedad-Estado, lo cual es esperable dadas sus características. Las puntuaciones del coeficiente alfa de Cronbach van de .86 a .95 en diversas muestras (Spielberger et al., 1983).

Usos o propósitos típicos del instrumento. El instrumento se ha utilizado en investigación y en ámbitos clínicos como herramienta diagnóstica (Spielberger et al., 1983).

Evidencias de confiabilidad. En la Muestra 1 los reactivos de la Subescala de Ansiedad- Estado obtuvieron un alfa de Cronbach de .90, con correlaciones ítem-total mayores a .40, mientras que la Subescala de Ansiedad- Rasgo mostró un coeficiente de consistencia interna de .88, con correlaciones ítem total superiores a .30 con excepción del ítem 34 que obtuvo una correlación ítem-total de .25. Sin embargo, se decidió mantener este reactivo pues su eliminación no implicó un aumento sustantivo en el alfa de Cronbach.

En la Muestra 2, los reactivos de la Subescala de Ansiedad-Estado obtuvieron un alfa de Cronbach de .94, con correlaciones ítem-total mayores a .30, con excepción de dos ítems con correlaciones ítem total alrededor de .20. Sin embargo, estos se retuvieron debido a que su eliminación no implicaba un aumento sustancial en el alfa total. Por su parte, la Subescala de Ansiedad-Rasgo presentó un coeficiente de consistencia interna de .89, con correlaciones ítem total superiores a .30 con excepción de dos ítems con correlaciones ítem-total menores al criterio utilizado. No obstante, se decidió mantener este reactivo pues su eliminación tampoco implicaba un aumento sustantivo en el alfa de Cronbach de dicha subescala.

Evidencias de validez. Algunas evidencias de validez del puntaje de estas subescalas se establecieron a partir de sus correlaciones con las puntuaciones en las otras escalas, con variables sociodemográficas y a partir de diferencias esperadas entre las personas con diagnóstico, sus familiares sin diagnóstico y, cuando es el caso, los súper controles. En la

Muestra 1 se encontraron correlaciones positivas y significativas entre las Subescalas de Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo ($r = .59$) con las puntuaciones del WHODAS, que mide funcionalidad ($r = .30$ y $r = .44$, respectivamente), así como con las puntuaciones de las subescalas del SPQ, que miden esquizotipia ($r_s > .28$, $p_s < .001$). En concordancia con la teoría y la investigación previa, a mayor ansiedad, tanto de rasgo como de estado, mayores son las dificultades reportadas para afrontar los retos de la vida cotidiana (Hendriks et al., 2016) y mayores son los niveles de esquizotipia (Rosell et al., 2014).

Adicionalmente, tal y como se espera en los trastornos de ansiedad (Remes et al., 2016), un análisis de varianza de 2 (diagnóstico) x 2 (sexo) para la Subescala de Ansiedad-Estado indicó diferencias significativas según diagnóstico ($F(1, 199) = 7.83$, $p = .006$), pero restringidas por una interacción con el sexo de las personas participantes ($F(1, 199) = 9.16$, $p < .003$). Específicamente, las personas con diagnóstico del Eje 1 (ej., bipolar, depresión mayor, psicosis no especificada, etc.) presentaron mayores niveles de ansiedad de Estado que sus parientes sin diagnóstico en el grupo de mujeres ($M_{diagnosticadas} = 0.85$, $DE = 0.57$ vs $M_{sanas} = 0.51$, $DE = 0.34$), pero no así en los hombres ($M_{diagnosticados} = 0.58$, $DE = 0.32$ vs $M_{parientes sin diagnóstico} = 0.59$, $DE = 0.33$).

En el caso de la Subescala de Ansiedad-Rasgo, y en concordancia con investigaciones previas (Goncalves y Rodríguez, 2015), las mujeres tendieron a presentar puntuaciones más altas que los hombres ($F(1, 195) = 16.08$, $p < .001$), pero estas diferencias dependían a su vez del diagnóstico ($F(1, 195) = 6.14$, $p = .014$). Específicamente, en el grupo de personas diagnosticadas, las mujeres presentaron mayores puntajes en la Subescala de Ansiedad-Rasgo ($M_{diagnosticadas} = 1.29$, $DE = 0.54$) que los hombres ($M_{diagnosticados} = 0.81$, $DE = 0.43$).

En la Muestra 2 se encontró una alta correlación positiva entre las dos subescalas del STAI ($r = .83$, $p < .001$). Además, se encontraron correlaciones positivas de menor magnitud, pero significativas entre las subescalas del STAI y la escala WHODAS de funcionalidad ($r = .29$ y $r = .36$, respectivamente). Consecuentemente, las dos subescalas de ansiedad se correlacionaron negativamente con la Escala de Calidad de Vida (Q-LES-Q-SF), entre $-.35$ (Ansiedad-Estado) y $-.40$ (Ansiedad-Rasgo). Estos resultados son coherentes con la evidencia

científica que apunta a que la calidad de vida se ve comprometida en personas con rasgos ansiosos. En términos de las medidas de impulsividad, se encontraron correlaciones positivas entre las dos subescalas y las Subescalas de Impulsividad Atencional, Impulsividad Motora y No Planificación entre .19 y .30. En cuanto a las medidas de personalidad y temperamento, las dos subescalas del STAI correlacionaron positivamente y de manera estadísticamente significativa ($p < .05$) con la Subescala de Neuroticismo ($r_s = .25$ y $.49$) y negativamente con las Subescalas de Amabilidad, Extraversión y Conciencia (entre $-.11$ y $-.25$).

Finalmente, se presentaron correlaciones positivas entre las dos subescalas de ansiedad del STAI y las Subescalas de Ciclotimia, Depresión, Irritabilidad y Ansiedad del TEMPS-A (r_s entre $.14$ y $.47$), así como correlaciones negativas alrededor de $-.11$ con la Subescala de Hipertimia ($p < .05$). El patrón de correlaciones entre el STAI y las medidas de personalidad e impulsividad resultaron también coherentes con la teoría y la investigación previa, pues los perfiles de personalidad y temperamento neuróticos, ansiosos, ciclotímicos, depresivos e irritables comparten rasgos con los indicadores de ansiedad que se recogen en las medidas del STAI (Fico et al., 2020; Vazquez et al., 2018).

En la muestra 2, el Análisis de Varianza de 2 (diagnóstico) x 2 (sexo) para la Escala de Ansiedad de Estado indicó diferencias significativas según diagnóstico ($F(2, 646) = 9.04, p < .001$). No se encontraron diferencias basadas en el sexo ($F(1, 646) = 3.50, p = .062$) y tampoco fue significativa la interacción ($F(2, 646) = 2.39, p = .09$). Específicamente, las personas con diagnóstico del Eje 1 presentaron niveles de ansiedad de Estado significativamente mayores que sus parientes sin diagnóstico ($M_{diagnosticados} = 1.17, DE = 0.68$ vs $M_{parientes\ sin\ diagnóstico} = 1.06, DE = 0.71, p = .046$) y estos a su vez presentaron niveles de ansiedad de Estado significativamente superiores que los súper controles ($M_{súper\ controles} = 0.68, DE = 0.65, p < .001$) en las pruebas post hoc.

Por su parte, el análisis de varianza para la Escala de Ansiedad-Rasgo indicó también diferencias significativas según diagnóstico ($F(2, 648) = 20.54, p < .001$). En esta muestra tampoco se encontraron diferencias por sexo ($F(1, 648) = 2.14, p = .14$) y tampoco fue significativa la interacción ($F(2, 648) = 2.41, p = .08$). Específicamente, las personas con

diagnóstico del Eje 1 presentaron niveles de Ansiedad- Estado significativamente mayores que sus parientes sin diagnóstico ($M_{diagnosticados} = 1.31, DE = 0.61$ vs $M_{parientes \text{ sin diagnóstico}} = 1.10, DE = 0.61, p < .001$) y estos a su vez presentaron puntajes en la Subescala de Ansiedad-Estado significativamente superiores que los súper controles ($M_{súper \text{ controles}} = 0.71, DE = 0.52, p < .001$) en las comparaciones post hoc.

Recuérdese que los súper controles son 41 participantes sin ningún diagnóstico psiquiátrico y cuyos familiares en primer grado tampoco presentan diagnóstico alguno. Como se puede observar, los resultados de las comparaciones proporcionan evidencia sobre la capacidad de ambas subescalas para diferenciar los niveles de ansiedad en los grupos clínicos estudiados.

Estadísticos descriptivos y distribución. En la Muestra 1 las puntuaciones de la Subescala de Ansiedad-Estado presentaron un mínimo de 0 y un máximo de 2.75 puntos, con un promedio de 0.63 puntos y una desviación estándar de 0.42 puntos. La distribución de los puntajes evidenció bajos niveles de ansiedad en la muestra total, con una moda de 0.35 y una mediana de 0.60. El 25% de la muestra presentó puntajes menores a 0.35 (percentil 25) y el 75% de la muestra reportó niveles leves de ansiedad de 0.80 puntos o menos (percentil 75). Por su parte, la Subescala de Ansiedad-Rasgo presentó un mínimo de 0 y un máximo de 2.70 puntos, con un promedio de 0.88 puntos y una desviación estándar de 0.56 puntos. La distribución de los puntajes evidenció también bajos niveles de ansiedad, con una moda de 0.45 y una mediana de 0.80. El 25% de la muestra presentó 0.45 puntos o menos (percentil 25) y el 75% de la muestra reportó niveles leves de ansiedad de 1.25 puntos o menos (percentil 75). En ambos casos, la prueba Kolmogorov-Smirnov corroboró que la distribución de los puntajes se aleja significativamente de una distribución normal, ya que se observó una asimetría positiva, es decir, muchas puntuaciones bajas y pocas puntuaciones altas ($Ds = 0.10, ps < .001$).

8. Cuestionario de ansiedad estado/rasgo (STAI)

Nombre original del instrumento. State-Trait Anxiety Inventory (STAI).

Autores. Charles D. Spielberger, Richard L. Gorsuch y Robert E. Lushene.

Constructo. Ansiedad Estado/Rasgo.

Descripción del constructo. La ansiedad-estado corresponde a un estado transitorio en el que se perciben tensión y aprehensión de forma consciente y hay una activación del sistema nervioso autónomo. Varía en tiempo e intensidad. La ansiedad-rasgo es una tendencia o propensión relativamente estable en una persona en virtud de la cual una situación se percibe como amenazadora, lo cual da como resultado la elevación de la ansiedad-estado (Buela-Casal et al., 2015).

Descripción del instrumento. La escala STAI se desarrolló para ser autoadministrada y se contesta seleccionando la opción que se adapta más a la intensidad de cómo se sienten las personas. Cuenta con dos subescalas: la primera está compuesta por 20 ítems sobre cómo se siente la persona al momento de contestar la escala. Las opciones de respuesta se acomodan en una escala Likert de cuatro puntos que van de 0 (nada) a 3 (mucho). La segunda, en cambio, se compone de 20 ítems que abordan cómo se siente la persona generalmente. Las opciones de respuesta se acomodan en una escala Likert de cuatro puntos que van de 0 (casi nunca) a 3 (casi siempre). Para obtener la puntuación total de las subescalas, se promedian las respuestas de los respectivos reactivos una vez recodificados los ítems inversos.

Los estudios originales de construcción y validación se realizaron con una muestra de aproximadamente 6800 participantes (personas estudiantes universitarias, privadas de libertad y pacientes quirúrgicas). Las propiedades psicométricas de la escala indican que el

Fuentes

- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme A. y Seisedos Cubero N. (2015). *STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Manual. TEA Ediciones.
- Goncalves, Y. y Rodríguez, M. (2015). Diferencias entre hombres y mujeres en la evaluación de la ansiedad en población argentina. *VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-015/935>
- Hendriks, S. M., Spijker, J., Licht, C. M., Hardeveld, F., de Graaf, R., Batelaan, N. M., Penninx, B. W., y Beekman, A. T. (2016). Long-term disability in anxiety disorders. *BMC Psychiatry*, 16, 248. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0946-y>
- Remes, O., Brayne, C., van der Linde, R., y Lafortune, L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and Behavior*, 6(7), e00497. <https://doi.org/10.1002/brb3.497>
- Rosell, D. R., Futterman, S. E., McMaster, A., y Siever, L. J. (2014). Schizotypal personality disorder: a current review. *Current Psychiatry Reports*, 16(7), 452. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0452-1>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., y Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.

Cuestionario de ansiedad estado/rasgo (STAI)

Mucho	Bastante	Algo	Nada
3	2	1	0

Código	Ítem				
Stai_1*	Me siento calmado(a).	3	2	1	0
Stai_2*	Me siento seguro(a).	3	2	1	0
Stai_3	Estoy tenso(a).	3	2	1	0
Stai_4	Estoy contrariado(a) (disgustado/a).	3	2	1	0
Stai_5*	Me siento cómodo(a) (estoy a gusto).	3	2	1	0
Stai_6	Me siento alterado(a).	3	2	1	0
Stai_7	Estoy preocupado(a) ahora por posibles desgracias futuras.	3	2	1	0
Stai_8*	Me siento descansando(a).	3	2	1	0
Stai_9	Me siento angustiado(a).	3	2	1	0
Stai_10*	Me siento confortable.	3	2	1	0
Stai_11*	Tengo confianza en mí mismo(a).	3	2	1	0
Stai_12	Me siento nervioso(a).	3	2	1	0
Stai_13	Estoy desasosegado(a).	3	2	1	0
Stai_14	Me siento muy "atado(a)" (como comprimido).	3	2	1	0
Stai_15*	Estoy relajado(a).	3	2	1	0
Stai_16*	Me siento satisfecho(a).	3	2	1	0
Stai_17	Estoy preocupado(a).	3	2	1	0
Stai_18	Me siento aturdido y sobreexcitado(a).	3	2	1	0
Stai_19*	Me siento alegre.	3	2	1	0
Stai_20*	En este momento me siento bien.	3	2	1	0

Casi siempre	A menudo	A veces	Casi nunca
3	2	1	0

Código	Ítem				
Stai_21*	Me siento bien.	3	2	1	0
Stai_22	Me canso rápidamente.	3	2	1	0
Stai_23	Siento ganas de llorar.	3	2	1	0
Stai_24	Me gustaría ser tan feliz como otros.	3	2	1	0
Stai_25	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.	3	2	1	0
Stai_26*	Me siento descansado(a).	3	2	1	0
Stai_27*	Soy una persona tranquila, serena y sosegada.	3	2	1	0
Stai_28	Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.	3	2	1	0
Stai_29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	3	2	1	0
Stai_30*	Soy feliz.	3	2	1	0
Stai_31	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.	3	2	1	0
Stai_32	Me falta confianza en mí mismo(a).	3	2	1	0
Stai_33*	Estoy seguro de mí mismo(a).	3	2	1	0
Stai_34	No suelo afrontar las crisis o dificultades.	3	2	1	0
Stai_35	Me siento triste (melancólico/a).	3	2	1	0
Stai_36*	Estoy satisfecho(a).	3	2	1	0

Stai_37	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.	3	2	1	0
Stai_38	Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos.	3	2	1	0
Stai_39*	Soy una persona estable.	3	2	1	0
Stai_40	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y agitado(a).	3	2	1	0

Nota. Los ítems del 1 al 20 corresponden a la Subescala de Ansiedad-Estado, mientras que los ítems del 21 al 40 corresponden a la Subescala de Ansiedad-Rasgo. Antes de calcular los promedios de cada subescala se deben invertir los ítems marcados con asterisco. A mayor puntaje, mayores niveles de ansiedad. En otras aplicaciones se ha utilizado la suma en lugar del promedio.

9. Escala de temperamento de Memphis, Pisa, Paris y San Diego (TEMPS-A)

Nombre original instrumento. Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire (TEMPS-A).

Autores. Hagop S. Akiskal, Mauro V. Mendlowicz, Girardin Jean-Louis, Mark H. Rapaport, John R. Kelsoe, J. Christian Gillin y Tom L. Smith.

Constructo. Temperamento afectivo.

Descripción del constructo. Akiskal y Akiskal (2005) definen el temperamento como un rasgo de comportamiento temporalmente estable con fuerte reactividad afectiva. Las variaciones temperamentales se clasifican en ciclotimia, depresión, irritabilidad, hipertimia y ansiedad.

El temperamento ciclotímico se refiere a personas que presentan fluctuaciones en el estado de ánimo, cambios de energía, oscilación entre disfrute y pérdida de interés, entre otros. Una de las características temperamentales más sobresalientes para este grupo es que se enamoran y se desenamoran fácilmente (Akiskal y Akiskal, 2005). El temperamento irritable se caracteriza por cambios repentinos en el estado de ánimo y constante involucramiento en disputas (Akiskal, 1992).

El temperamento hipertímico engloba características como rasgos exuberantes de la personalidad, optimismo, altos niveles de energía y confianza. El temperamento depresivo se caracteriza por preocupación excesiva, sensibilidad hacia el sufrimiento, abnegación y entrega a los demás. Por último, el temperamento ansioso hace referencia a personas que presentan una disposición exagerada hacia la preocupación (Akiskal y Akiskal, 2005).

Descripción del instrumento. El instrumento original fue desarrollado y validado por Hagop Akiskal. Se compone de una serie de entrevistas semiestructuradas dirigidas a evaluar síntomas de depresión, ciclotimia, irritabilidad e hipertimia. A partir de dicho procedimiento se desarrolló la Escala de temperamento de Memphis, Pisa, Paris y San Diego, en su versión autoaplicada (TEMPS-A). Esta versión fue validada por el mismo autor en 1998, con la participación de una muestra de 1010 estudiantes de 14 a 25 años (Akiskal y Akiskal, 2005). La versión utilizada en los estudios del CIBCM está compuesta por 39 ítems de falso (0) y verdadero (1), distribuidos en cada uno de los cinco dominios que mide el instrumento, a saber, ciclotimia, depresión, irritabilidad, hipertimia y ansiedad. La selección de estos 39 ítems se llevó a cabo a partir de un análisis de componentes principales de la versión original en una muestra de 510 personas voluntarias, 113 familiares y 95 controles (Akiskal et al., 2005).

La consistencia interna de la versión corta es de .91 para la Subescala de Temperamento Ciclotímico, .81 para la Subescala de Temperamento Depresivo, .77 para la Subescala de Temperamento Irritable, .76 para la Subescala de Temperamento Hipertímico y .67 para la Subescala de Temperamento Ansioso. Para identificar evidencias de validez, se les pidió a las personas participantes completar el Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-125) (Cloninger et al., 1991) y se correlacionaron los resultados de ambas escalas con ayuda del coeficiente de correlación de Pearson para proporcionar evidencias de validez concurrente y discriminante.

Usos o propósitos típicos del instrumento. La escala suele ser utilizada tanto en ámbitos clínicos como en investigación (Akiskal et al., 2005).

Evidencias de confiabilidad. En la Muestra 2, la Subescala de Temperamento Ciclotímico presentó un alfa de .86 y sus 12 ítems presentaron inter-correlaciones superiores a .41. Por su parte, la Subescala de Temperamento Depresivo presentó un alfa de .75 y sus ocho reactivos presentaron correlaciones ítem-total superiores a .33. La Subescala de Temperamento Irritable

obtuvo un alfa de .80 con ocho reactivos, cuyas correlaciones ítem-total superaron el umbral recomendado de .30. La Subescala de Temperamento Hipertímico presentó un alfa de Cronbach de .71, con ocho ítems, cuyas correlaciones ítem-total oscilaron entre .29 y .46. Finalmente, la Subescala de Temperamento Ansioso presentó un alfa de Cronbach de .70. Los tres reactivos que configuran esta medida presentaron correlaciones ítem-total superiores a .50.

Evidencias de validez. Algunas evidencias de validez de las puntuaciones de las subescalas del TEMPS se establecieron a partir de su relación con las subescalas de Ansiedad-Estado y de Ansiedad-Rasgo, las subescalas de impulsividad del Test Barrat (BIS-11) y la Escala Q-LES-Q-SF de calidad de vida, así como a partir de las diferencias esperadas en las características de personalidad de los grupos diagnósticos presentes en la muestra (personas con diagnóstico, parientes sin diagnóstico y súper controles).

En esta muestra, el patrón de correlaciones entre los tipos de temperamento y las medidas de ansiedad e impulsividad resultaron coherentes con la teoría y la investigación previa. Las puntuaciones de las Subescalas de Ciclotimia, Depresión, Irritabilidad y Ansiedad se relacionaron positivamente y de manera estadísticamente significativa con todas las medidas de ansiedad e impulsividad ($r_s = .14$ a $.59$), mientras que la Subescala de Hipertimia presentó relaciones negativas de baja magnitud, pero estadísticamente significativas ($p < .05$), con las Subescalas de Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo, y la Subescala de No Planificación del test BIS-11 ($r_s = -.11$ y $-.14$).

Ahora bien, las subescalas de temperamento presentaron correlaciones significativas con las subescalas de personalidad del NEO en línea, con la teoría y los resultados empíricos previos. Por un lado, las Subescalas de Ciclotimia, Depresión, Irritabilidad y Ansiedad se correlacionaron positivamente con la Subescala de Neuroticismo ($r_s = .34$ a $.53$), mientras que la Subescala de Hipertimia se correlacionó negativamente con esta última ($r = -.15$). Por otro lado, estas mismas subescalas de temperamento se correlacionaron negativamente con las Subescalas de Extraversión, Amabilidad y Responsabilidad del NEO-FFI ($r = -.13$ y $-.53$).

Finalmente, las Subescalas de Ciclotimia, Depresión, Irritabilidad y Ansiedad se correlacionaron negativamente con el Q-LES-Q-SF ($r = -.21$ a $-.44$), mientras que la Subescala de Hipertimia presentó una correlación positiva con esta medida de calidad de vida de $r = .22$.

Asimismo, en concordancia con los tipos de temperamento que presentan las personas con algún diagnóstico del Eje 1 descritas en el DSM IV, las personas diagnosticadas presentaron niveles de ciclotimia ($M = 0.46$, $DE = 0.31$) significativamente mayores que sus parientes sin diagnóstico ($M = 0.28$, $DE = 0.24$) y que los súper controles ($M = 0.14$, $DE = 0.16$) ($F(2, 710) = 44.99$, $p < .001$, $\eta^2 = .11$). Las comparaciones post hoc indicaron diferencias significativas entre todos los grupos de comparación ($p < .05$).

Igualmente, las personas diagnosticadas presentaron niveles de depresión ($M = 0.29$, $DE = 0.27$) significativamente mayores que sus parientes sin diagnóstico ($M = 0.16$, $DE = 0.19$) y que los súper controles ($M = 0.05$, $DE = 0.08$) ($F(2, 710) = 31.88$, $p < .001$, $\eta^2 = .08$). Las comparaciones post hoc indicaron también diferencias significativas entre todos los grupos de comparación ($p < .05$).

De la misma forma, las personas diagnosticadas presentaron niveles de Irritabilidad ($M = 0.36$, $DE = 0.30$) significativamente mayores que sus parientes sin diagnóstico ($M = 0.24$, $DE = 0.23$) y que los súper controles ($M = 0.11$, $DE = 0.15$) ($F(2, 710) = 23.68$, $p < .001$, $\eta^2 = .06$). Las comparaciones post hoc indicaron diferencias significativas entre las personas diagnosticadas y el resto de los grupos de comparación ($p < .05$), no así entre los parientes sin diagnóstico y los súper controles.

Así mismo, las personas participantes con diagnóstico presentaron niveles de Ansiedad ($M = 0.56$, $DE = 0.39$) significativamente mayores que sus parientes sin diagnóstico ($M = 0.45$, $DE = 0.38$) y que los súper controles ($M = 0.33$, $DE = 0.35$) ($F(2, 710) = 10.12$, $p < .001$, $\eta^2 = .03$). Aquí, las comparaciones post hoc indicaron también diferencias significativas entre todos los grupos de comparación ($p < .05$).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en Hipertimia.

En general, estos datos proporcionan importantes evidencias de validez del constructo,

pues las condiciones de ciclotimia, depresión, ansiedad e irritabilidad comparten rasgos con trastornos del estado de ánimo como el neuroticismo, así como con los indicadores de ansiedad que se recogen en las medidas del STAI y los perfiles de impulsividad medidos por el Barrat. Igualmente, existe evidencia científica que apunta a que la calidad de vida se ve comprometida en personas con rasgos temperamentales ansiosos, irritables, depresivos o ciclotímicos. Por su parte, un fenotipo hipertímico aparece como un factor protector de los trastornos del estado de ánimo y conductas suicidas.

De acuerdo con varios autores, los rasgos del temperamento pueden influir en la calidad de vida, la adherencia y la respuesta a los tratamientos farmacológicos y a la gravedad de las condiciones mentales, así como al funcionamiento global. Por ejemplo, los temperamentos ciclotímico, depresivo o irritable, en combinación con trastornos del estado de ánimo diagnosticado pueden presentar un riesgo de comportamiento suicida mayor (Fico et al., 2020; Vazquez et al., 2018). Finalmente, las comparaciones entre las personas con diagnóstico, sus familiares sin diagnóstico y los súper controles evidenciaron que las puntuaciones del instrumento permiten diferenciar los tipos de temperamento que presentan las personas con algún diagnóstico del Eje 1 descritas en el DSM IV con respecto a población no clínica.

Estadísticos descriptivos y distribución. Las puntuaciones medias de las subescalas varían entre 0 y 1 debido a la escala de respuesta en donde 0 indica ausencia de las características medidas y 1 presencia de estas. Las puntuaciones de la Subescala de Temperamento Ciclotímico presentaron una media de 0.40 puntos, una desviación estándar de 0.31, una moda de 0.00 y una mediana de 0.33, en donde el 25% de la muestra presenta puntuaciones iguales o menores a 0.12 (percentil 25) y el 75% de la muestra reporta niveles de Ciclotimia de 0.67 puntos o menos (percentil 75). La prueba Kolmogorov-Smirnov indicó que las puntuaciones se desviaron significativamente de una distribución normal ($D = 0.13, p < .001$), con presencia de más valores bajos que altos.

Las puntuaciones medias de la subescala de Depresión presentaron una media de 0.25 puntos, una desviación estándar de 0.26, una moda de 0.00 y una mediana de 0.12, en donde el 25% de la muestra presenta puntuaciones iguales o menores a 0.00 (percentil 25) y el 75% de la muestra reporta niveles de Depresión de 0.38 puntos o menos (percentil 75). La prueba Kolmogorov-Smirnov indicó que las puntuaciones se desviaron significativamente de una distribución normal ($D = 0.20, p < .001$), también con presencia de más valores bajos que altos.

Por su parte, las puntuaciones medias de la subescala de Irritabilidad presentaron una media de 0.31 puntos, una desviación estándar de 0.28, una moda de 0.00 puntos y una mediana de 0.25, en donde el 25% de la muestra presenta puntuaciones iguales o menores a 0.12 (percentil 25) y el 75% de la muestra reporta niveles de Irritabilidad de 0.50 puntos o menos (percentil 75). La prueba Kolmogorov-Smirnov indicó de nuevo que las puntuaciones se desviaron significativamente de una distribución normal ($D = 0.18, p < .001$), con presencia de más valores bajos que altos.

Las puntuaciones medias de la subescala de Hipertimia presentaron una media de 0.59 puntos, una desviación estándar de 0.28, una moda de 0.75 puntos y una mediana de 0.63, en donde el 25% de la muestra presenta puntuaciones iguales o menores a 0.38 (percentil 25) y el 75% de la muestra reporta niveles de Hipertimia de 0.88 puntos o menos (percentil 75). La prueba Kolmogorov-Smirnov indicó de nuevo que las puntuaciones se desviaron significativamente de una distribución normal ($D = 0.13, p < .001$), pero en este caso con mayor presencia valores altos que bajos.

Finalmente, las puntuaciones medias de la subescala de Ansiedad presentaron una media de 0.52 puntos, una desviación estándar de 0.39, una moda de 1.00 puntos y una mediana de 0.67, en donde el 25% de la muestra presenta puntuaciones iguales o menores a 0.00 (percentil 25) y el 75% de la muestra reporta niveles de Ansiedad de 1.00 puntos o menos (percentil 75). La prueba Kolmogorov-Smirnov indicó que las puntuaciones se desviaron significativamente de una distribución normal ($D = 0.19, p < .001$), con presencia de más valores bajos que altos.

Observaciones. Aunque el instrumento puede ser autoadministrado, en el estudio se recurrió a la entrevista, debido a que se observaron dificultades de parte de las personas participantes para completar por su propia cuenta la medida, en algunos casos debido a problemas en la comprensión de los reactivos, debido a un uso limitado de la escala de respuesta, en otros casos debido a limitaciones logísticas y de tiempo. Adicionalmente, en este instrumento se observan reactivos de difícil comprensión, sobre todo cuando el ítem incluye negaciones y en aquellos casos en las que la traducción no es la más acorde al contexto costarricense. Futuras investigaciones con esta medida deberán prestar particular atención a la traducción y redacción de los reactivos. Particularmente, la subescala de Apertura presentó indicadores de consistencia interna inaceptables, que impidieron profundizar en su análisis en esta ocasión, por lo que en futuras investigaciones deberá ser más trabajada.

Fuentes

- Akiskal, H. S. (1992). Delineating irritable and hyperthymic variants of the cyclothymic temperament. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 326–342.
<https://doi.org/10.1521/pedi.1992.6.4.326>
- Akiskal, H. S., Mendlowicz, M. V., Jean-Louis, G., Rapaport, M. H., Kelsoe, J. R., Gillin, J. C., y Smith, T. L. (2005). TEMPS-A: Validation of a short version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament. *Journal of Affective Disorders*, 85(1-2), 45–52.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.10.012>
- Akiskal, K. K., y Akiskal, H. S. (2005). The theoretical underpinnings of affective temperaments: implications for evolutionary foundations of bipolar disorder and human nature. *Journal of Affective Disorders*, 85(1-2), 231–239.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.08.002>
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., & Svrakic, D. M. (1991). The Tridimensional Personality Questionnaire: U.S. normative data. *Psychological reports*, 69(3 Pt 1), 1047–1057.
<https://doi.org/10.2466/pr0.1991.69.3.1047>
- Fico, G., Luciano, M., Sampogna, G., Zinno, F., Steardo Jr, L., Perugi, G., ... y Maj, M. (2020). Validation of the brief TEMPS-M temperament questionnaire in a clinical Italian sample of bipolar and cyclothymic patients. *Journal of Affective Disorders*, 260, 458-462.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.034>
- Vazquez, G.H., Gonda, X., Lolic, M., Tondo, L., y Baldessarini, R.J. (2018). Suicidal risk and affective temperaments, evaluated with the TEMPS-A scale: A systematic review. *Harvard Review of Psychiatry* 26(1), 8–18.
<https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000153>.

Escala de temperamento de Memphis, Pisa, Paris y San Diego (TEMPS-A)

Instrucciones. Marque la V (verdadero) en aquellas frases que sean aplicables a usted durante la mayor parte de su vida. Marque la F (falso) para el resto de las frases que no sean aplicables a usted la mayor parte de su vida.

Código	Ítem	V	F
tempa_1	(25) Mi habilidad para pensar varía mucho, pasando de ser aguda a torpe sin ningún motivo aparente.	1	0
tempa_2	(30) Paso constantemente de ser vital a ser inactivo.	1	0
tempa_3	(23) Tengo cambios repentinos de humor y energía.	1	0
tempa_4	(38) La manera en que veo las cosas es a veces intensa, pero otras veces apagada (sin vida).	1	0
tempa_5	(29) Mi estado de ánimo cambia sin ningún motivo	1	0
tempa_6	(35) Paso de ser abierto(a) a ser retraído(a) con los demás.	1	0
tempa_7	(24) Mi estado de ánimo y energía son altos o bajos, raramente normales.	1	0
tempa_8	(34) Paso de tener mucha confianza en mí mismo a sentirme inseguro(a).	1	0
tempa_9	(37) Mi necesidad de dormir cambia mucho, pasando de necesitar pocas horas de sueño a más de 9 horas.	1	0
tempa_10	(32) A veces me voy a la cama sintiéndome fenomenal y me levanto por la mañana sintiendo que no vale la pena vivir.	1	0

tempa_11	(26) Puedo pasar de que alguien me guste mucho a perder totalmente el interés en esa persona.	1	0
tempa_12	(39) Soy el tipo de persona que puede estar triste y contenta a la vez.	1	0
tempa_13	(2) La gente me dice que soy incapaz de ver el lado bueno de las cosas.	1	0
tempa_14	(19) Soy el tipo de persona que duda de todo.	1	0
tempa_15	(81) Soy una persona muy escéptica.	1	0
tempa_16	(65) Soy una persona insatisfecha por naturaleza.	1	0
tempa_17	(1) Soy una persona triste, infeliz.	1	0
tempa_18	(4) Pienso que a menudo las cosas salen mal/peor (resultan en lo peor).	1	0
tempa_19	(5) Abandono fácilmente, me doy por vencido(a) fácilmente.	1	0
tempa_20	(66) Me quejo mucho.	1	0
tempa_21	(73) La gente me dice que exploto por nada.	1	0
tempa_22	(77) Puedo ponerme tan furioso(a) que podría herir (dañar) a alguien.	1	0
tempa_23	(71) A menudo me enfado (enojado/a) tanto que lo destrozaría todo.	1	0
tempa_24	(72) Cuando estoy de mal humor podría enzarzarme en una pelea.	1	0
tempa_25	(61) Cuando no estoy de acuerdo con alguien puedo meterme en una discusión acalorada.	1	0
tempa_26	(74) Cuando me enfado (enojo) contesto mal.	1	0
tempa_27	(79) La gente dice que digo muchas palabrotas (maldiciones).	1	0
tempa_28	(80) Me han dicho que me pongo violento con solo unas copas.	1	0

tempa_29	(51) Tengo un don para el habla, convengo e inspiro a los demás.	1	0
tempa_30	(48) A menudo tengo grandes ideas.	1	0
tempa_31	(52) Me gusta emprender nuevos proyectos, aunque sean arriesgados.	1	0
tempa_32	(45) Me gusta contar chistes, la gente me dice que soy divertido(a).	1	0
tempa_33	(58) Tengo habilidades y conocimientos en muchas áreas.	1	0
tempa_34	(54) Me siento totalmente cómodo(a), incluso estando con personas que apenas conozco.	1	0
tempa_35	(55) Me encanta estar con mucha gente.	1	0
tempa_36	(60) Soy el tipo de persona a quien le gusta ser el jefe.	1	0
tempa_37	(99) A menudo temo que alguien de mi familia contraiga una enfermedad grave.	1	0
tempa_38	(100) Siempre estoy pensando que alguien pueda darme malas noticias sobre un miembro de mi familia.	1	0
tempa_39	(98) Cuando alguien tarda en volver a casa temo que haya tenido un accidente.	1	0

Nota. La puntuación de cada subescala se obtiene al sumar o promediar las respuestas a los ítems de cada subescala. Ciclotimia = ítems del 1 al 11, Depresión = ítems del 12 al 20, Irritabilidad = ítems del 21 al 28, Hipertimia = ítems del 29 al 36 y Ansiedad = ítems del 37 al 39. El número entre paréntesis corresponde al número del ítem en la versión de 110 reactivos. A mayor puntaje, mayor presencia del rasgo. En otras aplicaciones se ha utilizado la suma en lugar del promedio.

10. Cuestionario para la evaluación de la discapacidad de la OMS (WHODAS 2.0)

Nombre original del instrumento. World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0).

Autor. Organización Mundial de la Salud (OMS).

Constructo. Discapacidad.

Descripción del constructo. De acuerdo con la OMS (2015), la discapacidad abarca aquellos problemas que afectan de alguna forma una estructura o función del cuerpo, lo cual dificulta la ejecución de acciones o tareas y restringe la participación en algunas situaciones de la vida cotidiana.

Descripción del instrumento. El cuestionario WHODAS se desarrolló con el fin de crear un método estandarizado para medir la discapacidad en diversas culturas. El cuestionario original se creó en 1988 para la evaluación de pacientes psiquiátricos. La versión actual WHODAS 2.0 se desarrolló a partir de los niveles de funcionamiento y discapacidad propuestos en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF). Este cuestionario cuenta con 96 preguntas que se agrupan en seis dominios o factores, a saber: cognición, movilidad, cuidado personal, relaciones interpersonales, actividades de la vida diaria y participación (social y comunitaria).

Existe una versión reducida de 12 preguntas que se utiliza para realizar evaluaciones cortas o estudios sobre evolución de la salud con fines principalmente de investigación. Los 12 reactivos describen actividades de la vida cotidiana. Las personas deben contestar para cada actividad el grado de dificultad que presenta cada acción. Los reactivos se contestan en una

escala Likert de 5 puntos, de 1 (ninguna dificultad) a 5 (extrema dificultad/no logra realizar la tarea). Los estudios originales de construcción y validación se realizaron con personas de 19 países (con $n = 1565$ para estudios de validez y confiabilidad, y $n = 1431$ para estudios de reducción de preguntas y viabilidad). La OMS reporta coeficientes de estabilidad test-retest de la versión completa superiores a .80 en estas muestras y coeficientes alfa de Cronbach superiores a .90. Estudios posteriores con la versión de 12 ítems, como el desarrollado por Axelsson et al. (2017) proporciona evidencias de unidimensionalidad con cargas factoriales superiores a .5 en un factor general, un coeficiente alfa de Cronbach de .83 y correlaciones de -.71 con la escala Índice de Habilidades para el Trabajo (Work Ability Index, WAI), lo cual es evidencia de validez nomológica.

Usos o propósitos típicos del instrumento. Se utiliza como cribado para valorar de manera genérica la discapacidad y salud en diversas culturas (WHO, 2015).

Evidencias de confiabilidad. En la Muestra 1, los 12 reactivos presentaron un coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach de .83. Todos los ítems presentaron coeficientes de discriminación (correlaciones ítem-total) superiores a .30, con excepción del ítem “concentrarse en hacer algo durante 10 minutos”, el cual tuvo una correlación ítem-total de .27. Sin embargo, se decidió retener dicho reactivo pues su eliminación no implica un aumento sustancial en el alfa de Cronbach. En la Muestra 2, los reactivos presentaron un alfa de Cronbach .88, con correlaciones ítem total superiores a .45.

Evidencias de validez. Algunas evidencias de validez del puntaje de esta escala se establecieron a partir de las correlaciones de la medida con variables sociodemográficas, con las puntuaciones que obtuvieron los participantes en las otras escalas aplicadas y a partir de las diferencias esperadas entre las personas con diagnóstico y sus familiares sin diagnóstico.

En la Muestra 1 se encontró una correlación positiva y significativa de $r = .26$ entre el nivel de discapacidad reportada y la edad de los participantes, lo cual evidencia, tal y como se observa en la teoría y en la investigación previa, que conforme aumenta la edad también lo hacen las dificultades reportadas. Adicionalmente, las puntuaciones de WHODAS se encontraron positivamente correlacionadas con las Subescalas de Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo del STAI ($r = .30$ y $r = .44$, respectivamente). En concordancia con la teoría y la investigación previa, la ansiedad, tanto de rasgo como de estado, se ven asociadas a mayores dificultades para afrontar los retos de la vida cotidiana (Hendriks et al., 2016). En esta muestra, adicionalmente, se encontraron correlaciones positivas entre las subescalas del SPQ, que mide esquizotipia, y las puntuaciones del WHODAS ($r = .15$ y $r = .34$). En concordancia con la literatura empírica, elevados niveles de rasgos esquizotípicos se encuentran vinculados a un deterioro en el funcionamiento en el dominio de las actividades de la vida cotidiana (Kojesnikova et al., 2020).

Además, tal y como se ha reportado en otros estudios (Hernández-Orduña et al., 2017), las personas participantes con diagnóstico del Eje 1 (esquizofrenia, bipolar, depresión mayor, psicosis no especificada, etc.) reportaron mayores niveles de discapacidad ($M = 1.50$, $DE = 0.68$) que sus parientes sin diagnóstico ($M = 1.30$, $DE = 0.43$). Esto proporciona evidencia de la capacidad del instrumento para medir adecuadamente el constructo de interés (validez de criterio) ($t = -2.79$, $gl = 160$, $p = .006$).

En la Muestra 2, igualmente se encontró una correlación positiva de menor magnitud, pero significativa ($r = .13$) entre el nivel de discapacidad reportada y la edad de las personas participantes. Igualmente, en la Muestra 2 se encontraron correlaciones positivas y significativas entre el WHODAS y las dos subescalas de STAI ($r = .29$ y $r = .36$, respectivamente). Adicionalmente, se encontró una asociación significativa, pero negativa entre las puntuaciones del WHODAS y la escala de calidad de vida (Q-LES-Q-SF) ($r = -.48$). Mayores niveles de discapacidad se asociaron con menores niveles de satisfacción con la calidad de vida, tal y como lo muestran otros resultados de investigación previa (Victor et al., 2011). Finalmente, se encontraron correlaciones positivas entre las puntuaciones del WHODAS y las subescalas del BIS-11, que mide impulsividad.

Así como la literatura previa lo sugiere, elevados niveles de impulsividad se encuentran vinculados con capacidades cognitivas disminuidas (Jiménez et al., 2012).

En esta muestra, las personas participantes con diagnóstico del Eje 1 reportaron niveles de discapacidad ($M = 1.67$, $DE = 0.68$) significativamente mayores que sus parientes sin diagnóstico ($M = 1.43$, $DE = 0.56$), los que a su vez presentaron niveles de discapacidad significativamente mayores que los súper controles ($M = 1.13$, $DE = 0.20$) ($F(2, 708) = 21.22$, $p < .001$, $\eta^2 = .06$). Las comparaciones *post hoc* indicaron diferencias significativas en los tres ($p < .01$), lo cual es evidencia de la capacidad de la medida para detectar la discapacidad (validez de criterio).

Adicionalmente, en la Muestra 2 se contó con información sobre la empleabilidad de las personas participantes, lo cual permite recopilar más evidencias de validez de criterio. De acuerdo con la investigación previa y los datos de la OMS, las personas con mayor discapacidad presentan mayores limitaciones para acceder al empleo y mantenerlo, por lo que se esperaría que los niveles de discapacidad sean diferentes entre quienes se encuentran empleados y quienes no (Shafie, et. al, 2021). Los datos indicaron que en efecto los niveles de discapacidad eran mayores entre las personas desempleadas ($M = 1.65$, $DE = 0.67$) que entre quienes tenían empleo ($M = 1.50$, $DE = 0.61$) ($t = -2.87$, $gl = 560$, $p = .023$).

Estadísticos descriptivos y distribución. El puntaje en la escala se calculó utilizando el método simple (OMS, 2015), promediando las respuestas de los 12 reactivos, en donde altos puntajes indican mayores niveles de discapacidad. En la Muestra 1 las puntuaciones de la escala presentaron un mínimo de 1 y un máximo de 3.50 puntos, en una escala de 5 puntos en donde 1 indica ninguna dificultad, 3 indica dificultad moderada y 5 indica extrema dificultad o incapacidad para realizar las tareas descritas en los reactivos. El puntaje general en el total de la muestra presentó un promedio de 1.39 puntos y una desviación estándar de 0.51 puntos. La distribución de los puntajes evidencia bajos niveles de discapacidad en la muestra total, con una moda de 1 punto y una mediana de 1.17. El 25% de la muestra presenta puntuaciones

iguales o menores a 1 (percentil 25) y el 75% de la muestra reporta niveles leves de discapacidad de 1.58 puntos o menos (percentil 75). La prueba Kolmogorov-Smirnov corrobora que la distribución de los puntajes no es normal ($D = 0.22$, $p < .001$), con una mayor presencia de niveles bajos que de altos.

En el caso de la Muestra 2, la escala presentó un mínimo de 1 y un máximo de 4.17 puntos en la escala de 5 puntos. El puntaje total presentó un promedio de 1.57 puntos y una desviación estándar de 0.64 puntos. Al igual que en la Muestra 1, la distribución de los puntajes evidencia bajos niveles de discapacidad, con una moda de 1 punto y una mediana de 1.33. El 25% de la muestra presentó un puntaje igual o menor a 1.08 (percentil 25), mientras que el 75% de la muestra reporta niveles leves de discapacidad de 1.83 puntos o menos (percentil 75). En este estudio, la prueba Kolmogorov-Smirnov igualmente evidenció que la distribución de los puntajes no es normal ($D = 0.19$, $p < .001$); predominan puntuaciones bajas de discapacidad.

Observaciones. A pesar de ser una escala concebida para ser autoadministrada, en ambas muestras se optó por administrar la prueba mediante entrevista, ya que se observaron dificultades de parte de las personas participantes para completar por su propia cuenta la medida, en algunos casos debido a problemas en la comprensión de los reactivos, debido a un uso limitado de la escala de respuesta, en otros casos debido a limitaciones logísticas y de tiempo. El instrumento original, además de los 12 ítems analizados, contiene las siguientes cuatro preguntas que se incluyeron en el análisis general, pero no se utilizaron para el análisis de las propiedades psicométricas del cuestionario.

En los últimos 30 días ¿cómo ha sido su salud en general?

- ¿En forma general, en qué medida han interferido estos problemas con su vida?
- ¿En forma general, en los últimos 30 días durante cuántos días ha tenido esas dificultades?
- En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días ha sido totalmente incapaz de realizar sus actividades cotidianas o su trabajo, debido a cualquier “condición de salud”?
- En los últimos 30 días y sin contar los días en los que estuvo totalmente incapacitado(a), ¿durante cuántos días redujo sus actividades cotidianas o su trabajo, debido a cualquier “condición de salud”?

Fuentes

- Axelsson, E., Lindsäter, E., Ljótsson, B., Andersson, E., y Hedman-Lagerlöf, E. (2017). The 12-item Self-Report World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0 administered via the internet to individuals with anxiety and stress disorders: A psychometric investigation based on data from two clinical trials. *JMIR Mental Health*, 4(4), e58. <https://doi.org/10.2196/mental.7497>
- Hendriks, S. M., Spijker, J., Licht, C. M., Hardeveld, F., de Graaf, R., Batelaan, N. M., Penninx, B. W., y Beekman, A. T. (2016). Long-term disability in anxiety disorders. *BMC Psychiatry*, 16, 248. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0946-y>
- Hernández-Orduña, O., Robles-García, R., Martínez-López, N., Muñoz-Toledo, C., González-Salas, A., Cabello, M., Domínguez-Martínez, T., & Medina-Mora, M. E. (2017). WHODAS and the evaluation of disability among people with mental disorders with and without psychotic symptoms. *Salud mental*, 40(5), 209-218. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2017.027>
- Koļesņikova, J., Perepjolkina, V., Sudraba, V., Mārtinsone, K., y Stepens, A. (2020). Relationship between personality disorders scales, pathological personality traits, and six domains of functioning in sample with alcohol use disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 498. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00498>
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Medición de la salud y la discapacidad: manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS*. Argentina: Servicio Nacional de Rehabilitación.
- Shafie, S., Samari, E., Jeyagurunathan, A., Abdin, E., Chang, S., Chong, S. A., y Subramaniam, M. (2021). Gender difference in quality of life (QoL) among outpatients with schizophrenia in a tertiary care setting. *BMC Psychiatry*, 21(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03051-2>

Cuestionario para la evaluación de la discapacidad de la OMS (WHODAS 2.0)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE DISCAPACIDADES II Versión de 12 puntos autoadministrado	Pop.	Residencia - Independiente - Con asistencia - Hospitalizado
	- Gen	
	- Drg	
	- Alc	
	- Mah	
	- Pbys	
	- Otra	

B7 H1E	En los últimos 30 días. ¿cómo ha sido su salud en general?	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala
		1	2	3	4	5

Instrucciones. Este cuestionario pregunta sobre las dificultades debido a “condiciones de salud” que la gente a veces tiene. Esta “condición de salud” incluye enfermedades u otros problemas de salud de corta o larga duración, lesiones, problemas mentales o emocionales (o de los nervios) y problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas. Piense sobre los últimos 30 días y conteste estas preguntas pensando cuántas dificultades tuvo en realizar las siguientes actividades. Para cada pregunta, por favor marque, únicamente, una respuesta, de acuerdo con las siguientes opciones de respuesta:

Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/ no puede hacerlo
1	2	3	4	5

En los últimos 30 días, ¿Cuántas dificultades ha tenido para...

	Ítem					
S1	...estar de pie por largos períodos como, por ejemplo, 30 minutos?	1	2	3	4	5
S2	...ocuparse de sus responsabilidades domésticas?	1	2	3	4	5
S3	...aprender una nueva tarea, por ejemplo, aprender cómo llegar a un nuevo lugar?	1	2	3	4	5
S4	...participar en actividades de su comunidad (por ejemplo, festividades, actividades religiosas o de otro tipo) de la misma forma que cualquier otra persona?	1	2	3	4	5
S5	...cuánto ha sido afectado emocionalmente por su condición de salud?	1	2	3	4	5
En los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para...						
S6	...concentrarse en hacer algo durante diez minutos?	1	2	3	4	5
S7	...caminar una larga distancia como un kilómetro [o equivalente]?	1	2	3	4	5
S8	...lavarse o bañarse todo el cuerpo?	1	2	3	4	5
S9	...vestirse?	1	2	3	4	5
S10	...relacionarse con personas que no conoce?	1	2	3	4	5
S11	...mantener una amistad?	1	2	3	4	5
S12	...llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares diarias?	1	2	3	4	5

P6.1 H2 E	¿Generalmente, en qué medida han interferido estos problemas con su vida?	1	2	3	4	5
P6.2 H3 E	Generalmente, en los últimos 30 días ¿ durante cuántos días ha tenido esas dificultades?	anote el número de días _____				
B10 H4 E	En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días ha sido totalmente incapaz de realizar actividades cotidianas o su trabajo, debido a cualquier "condición de salud"?	anote el número de días _____				
B11 H5 E	En los últimos 30 días y sin contar los días en los que estuvo totalmente incapacitado, ¿durante cuántos días redujo sus actividades cotidianas o su trabajo debido a cualquier condición de salud?	anote el número de días _____				

Nota. El puntaje total se calcula promediando las respuestas a los reactivos del S1 al S12. A mayor puntaje, mayor presencia de discapacidad. En otras aplicaciones se ha utilizado la suma en lugar del promedio.

Referencias

- Akiskal, H. S. (1992). Delineating irritable and hyperthymic variants of the cyclothymic temperament. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 326–342. <https://doi.org/10.1521/pedi.1992.6.4.326>
- Akiskal, H. S., Mendlowicz, M. V., Jean-Louis, G., Rapaport, M. H., Kelsoe, J. R., Gillin, J. C., y Smith, T. L. (2005). TEMPS-A: Validation of a short version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament. *Journal of Affective Disorders*, 85(1-2), 45–52. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.10.012>
- Akiskal, K. K., y Akiskal, H. S. (2005). The theoretical underpinnings of affective temperaments: implications for evolutionary foundations of bipolar disorder and human nature. *Journal of Affective Disorders*, 85(1-2), 231–239. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.08.002>
- Aluja, A., Blanch, A., Solé, D., Dolcet, J.-M., y Gallart, S. (2009). Versiones cortas del NEO-PI-R: El NEO-FFI frente al NEO-FFI-R [Shortened versions of the NEO-PI-R: The NEO-FFI versus the NEO-FFI-R]. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual: Revista Internacional Clínica y de la Salud*, 17(2), 335–350. www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/09.Aluja_17-2oa-1.pdf
- American Educational Research Association, American Psychological Association, and National Council on Measurement in Education [AERA, APA, NCME]. (2014). *Standards for Educational and Psychological Testing*. American Educational Research Association.
- Anastasi, A. (1982). *Psychological testing* (5th ed.). New York, NY: Macmillan.
- Axelsson, E., Lindsäter, E., Ljótsson, B., Andersson, E., y Hedman-Lagerlöf, E. (2017). The 12-item Self-Report World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0 administered via the internet to individuals with anxiety and stress disorders: A psychometric investigation based on data from two clinical trials. *JMIR Mental Health*, 4(4), e58. <https://doi.org/10.2196/mental.7497>

- Bello-Villanueva, A. M., Palacio, J., Rodríguez-Díaz, M., y Oviedo-Trespalacios, O. (2015). Correlación entre la personalidad y los factores de la Teoría del Comportamiento Planeado (TCP) en adolescentes escolarizados de 11-19 años del Caribe Colombiano. *Terapia Psicológica*, 33(3), 169-180. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000300002>
- Bollen, K. A. (2002). Latent variables in psychology and the social sciences. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 605–634. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135239>
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme A. y Seisdedos Cubero N. (2015). *STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Manual. TEA Ediciones. <https://web.teaediciones.com/ejemplos/stai-manual-extracto.pdf>
- Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica (CPPCR). (2018). Resultados del diagnóstico de necesidad de capacitación 2018. <https://psicologiacr.com/resultados-diagnostico-de-necesidades-de-capacitacion-2018/>
- Costa, P.T. y McCrae, R. R. (1992). *NEO-PI-R Professional Manual. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI)*. Odessa. FL.: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (2002). *Inventario de Personalidad de Neo Revisado (NEO-PI-R)*. (A. Cordero, A. Palmos y N. Seisdedos, Trad). TEA Ediciones.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., & Svrakic, D. M. (1991). The Tridimensional Personality Questionnaire: U.S. normative data. *Psychological reports*, 69(3 Pt 1), 1047–1057. <https://doi.org/10.2466/pr0.1991.69.3.1047>
- Cronbach, L.J. y Meehl, P.E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 52, 281-302. <https://doi.org/10.1037/h0040957>
- Endicott, J., Nee, J., Harrison, W., y Blumenthal, R. (1993). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. *Psychopharmacology Bulletin*, 29(2), 321–326.

- Eysenck, M. y Eysenck, W. (2007). Four-factor theory and the anxiety disorders. *Ansiedad y Estrés*, 13(2-3), 283-289.
- Fico, G., Luciano, M., Sampogna, G., Zinno, F., Steardo Jr, L., Perugi, G., ... y Maj, M. (2020). Validation of the brief TEMPS-M temperament questionnaire in a clinical Italian sample of bipolar and cyclothymic patients. *Journal of Affective Disorders*, 260, 458-462. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.034>
- Goncalves, Y. y Rodríguez, M. (2015). Diferencias entre hombres y mujeres en la evaluación de la ansiedad en población argentina. *VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-015/935>
- Guan, B., Deng, Y., Cohen, P., y Chen, H. (2011). Relative impact of Axis I mental disorders on quality of life among adults in the community. *Journal of Affective Disorders*, 131(1-3), 293–298. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.01.010>
- Hendriks, S. M., Spijker, J., Licht, C. M., Hardeveld, F., de Graaf, R., Batelaan, N. M., Penninx, B. W., y Beekman, A. T. (2016). Long-term disability in anxiety disorders. *BMC Psychiatry*, 16, 248. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0946-y>
- Hernández-Orduña, O., Robles-García, R., Martínez-López, N., Muñoz-Toledo, C., González-Salas, A., Cabello, M., Domínguez-Martínez, T., & Medina-Mora, M. E. (2017). WHODAS and the evaluation of disability among people with mental disorders with and without psychotic symptoms. *Salud mental*, 40(5), 209-218. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2017.027>
- International Society for Research on Impulsivity (2022). *BIS 11*. <http://www.impulsivity.org/measurement/bis11>
- Jiménez, E., Arias, B., Castellví, P., Goikolea, J. M., Rosa, A. R., Fañanás, L., Vieta, E., y Benabarre, A. (2012). Impulsivity and functional impairment in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 491–497. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.044>

- Koļesņikova, J., Perepjolkina, V., Sudraba, V., Mārtinsone, K., y Stepens, A. (2020). Relationship between personality disorders scales, pathological personality traits, and six domains of functioning in sample with alcohol use disorder. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 498. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00498>
- Lecomte, T., Giguère, C. É., Cloutier, B., Potvin, S., y Signature Consortium. (2020). Comorbidity profiles of psychotic patients in emergency psychiatry. *Journal of Dual Diagnosis, 16*(2), 260-270. <https://doi.org/10.1080/15504263.2020.1713425>
- Martínez, R. Hernández, M.J. y Hernández, M.V. (2006). *Psicometría*. Alianza
- Mata, I., Mataix-Cols, D., y Peralta, V. (2005). Schizotypal Personality Questionnaire-Brief: factor structure and influence of sex and age in a nonclinical population. *Personality and Individual Differences, 38*(5), 1183–1192. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.08.001>
- McCrae, R. R., y John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality, 60*(2), 175–215. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x>
- Messick, S. (1989). Meaning and values in test validation: The science and ethics of assessment. *Educational Researcher, 18*(2), 5-11. <https://doi.org/10.3102/0013189X018002005>
- Messick, S. (1995). Validity of psychological assessment: Validation of inferences from persons' responses and performances as scientific inquiry into score meaning. *American Psychologist, 50*, 741-749. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.50.9.741>
- Montero, E. (2008). Escalas o Índices para la medición de constructos: El dilema del analista de datos. *Avances en Medición, 6*, 15–24.
- Montero, E. (2013). Referentes conceptuales y metodológicos sobre la noción moderna de validez de instrumentos de medición: implicaciones para el caso de personas con necesidades educativas especiales. *Actualidades en Psicología, 27*(114), 113-128. <https://doi.org/10.15517/ap.v27i114.7900>

- Moreira-Mora, T.E., Alfaro-Rojas, L., Brizuela-Rodríguez, A., Chacón-Vega, C., Gómez-González, E., Jiménez-Alfaro, K., Jiménez-Segura, F., Mena-Castillo, P., Montero-Rojas, E., Picado-Barrantes, H., Rojas-Rojas, G., Rojas-Torres, L., Smith-Castro, V., Solórzano-Salas, M. J. y Villarreal-Galera, M.P. (2022). *Estándares de calidad para pruebas de alto impacto en el contexto académico y profesional costarricense*. Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad de Costa Rica. ISSN 2215-681X
- National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2016). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire Short Form. <https://datashare.nida.nih.gov/instrument/quality-of-life-enjoyment-and-satisfaction-questionnaire-short-form>
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Medición de la salud y la discapacidad: manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS*. Argentina: Servicio Nacional de Rehabilitación.
- Pulay, A. J., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Huang, B., Saha, T. D., Smith, S. M., Pickering, R. P., Ruan, W. J., Hasin, D. S., y Grant, B. F. (2009). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV schizotypal personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Primary Care Journal of Clinical Psychiatry*, 11(2), 53–67. <https://doi.org/10.4088/pcc.08m00679>
- Raine, A. (1991). The SPQ: a scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophrenia Bulletin*, 17(4), 555–564. <https://doi.org/10.1093/schbul/17.4.555>
- Raine, A., Reynolds, C., Lencz, T., Scerbo, A., Triphon, N., y Kim, D. (1994). Cognitive-perceptual, interpersonal, and disorganized features of schizotypal personality. *Schizophrenia Bulletin*, 20(1), 191-201. <https://doi.org/10.1093/schbul/20.1.191>
- Reise, S. P., Moore, T. M., Sabb, F. W., Brown, A. K., y London, E. D. (2013). The Barratt Impulsiveness Scale–11: Reassessment of its structure in a community sample. *Psychological Assessment*, 25(2), 631–642. <https://doi.org/10.1037/a0032161>

Referencias

- Akiskal, H. S. (1992). Delineating irritable and hyperthymic variants of the cyclothymic temperament. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 326–342. <https://doi.org/10.1521/pedi.1992.6.4.326>
- Akiskal, H. S., Mendlowicz, M. V., Jean-Louis, G., Rapaport, M. H., Kelsoe, J. R., Gillin, J. C., y Smith, T. L. (2005). TEMPS-A: Validation of a short version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament. *Journal of Affective Disorders*, 85(1-2), 45–52. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.10.012>
- Akiskal, K. K., y Akiskal, H. S. (2005). The theoretical underpinnings of affective temperaments: implications for evolutionary foundations of bipolar disorder and human nature. *Journal of Affective Disorders*, 85(1-2), 231–239. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.08.002>
- Aluja, A., Blanch, A., Solé, D., Dolcet, J.-M., y Gallart, S. (2009). Versiones cortas del NEO-PI-R: El NEO-FFI frente al NEO-FFI-R [Shortened versions of the NEO-PI-R: The NEO-FFI versus the NEO-FFI-R]. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual: Revista Internacional Clínica y de la Salud*, 17(2), 335–350. www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/09.Aluja_17-2oa-1.pdf
- American Educational Research Association, American Psychological Association, and National Council on Measurement in Education [AERA, APA, NCME]. (2014). *Standards for Educational and Psychological Testing*. American Educational Research Association.
- Anastasi, A. (1982). *Psychological testing* (5th ed.). New York, NY: Macmillan.
- Axelsson, E., Lindsäter, E., Ljótsson, B., Andersson, E., y Hedman-Lagerlöf, E. (2017). The 12-item Self-Report World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0 administered via the internet to individuals with anxiety and stress disorders: A psychometric investigation based on data from two clinical trials. *JMIR Mental Health*, 4(4), e58. <https://doi.org/10.2196/mental.7497>

- Bello-Villanueva, A. M., Palacio, J., Rodríguez-Díaz, M., y Oviedo-Trespalacios, O. (2015). Correlación entre la personalidad y los factores de la Teoría del Comportamiento Planeado (TCP) en adolescentes escolarizados de 11-19 años del Caribe Colombiano. *Terapia Psicológica*, 33(3), 169-180. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000300002>
- Bollen, K. A. (2002). Latent variables in psychology and the social sciences. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 605–634. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135239>
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme A. y Seisdedos Cubero N. (2015). *STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Manual. TEA Ediciones. <https://web.teaediciones.com/ejemplos/stai-manual-extracto.pdf>
- Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica (CPPCR). (2018). Resultados del diagnóstico de necesidad de capacitación 2018. <https://psicologiacr.com/resultados-diagnostico-de-necesidades-de-capacitacion-2018/>
- Costa, P.T. y McCrae, R. R. (1992). *NEO-PI-R Professional Manual. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI)*. Odessa. Fl.: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (2002). *Inventario de Personalidad de Neo Revisado (NEO-PI-R)*. (A. Cordero, A. Palmos y N. Seisdedos, Trad). TEA Ediciones.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., & Svrakic, D. M. (1991). The Tridimensional Personality Questionnaire: U.S. normative data. *Psychological reports*, 69(3 Pt 1), 1047–1057. <https://doi.org/10.2466/pr0.1991.69.3.1047>
- Cronbach, L.J. y Meehl, P.E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 52, 281-302. <https://doi.org/10.1037/h0040957>
- Endicott, J., Nee, J., Harrison, W., y Blumenthal, R. (1993). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. *Psychopharmacology Bulletin*, 29(2), 321–326.