UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Trabajo Final de Graduación
bajo la modalidad de Seminario
para optar por el grado de Licenciatura en Psicología

Estudio psicométrico para la validación cruzada del Inventario Dimensional de Psicopatología de la Personalidad (IDPP): una perspectiva basada en evidencia empírica para la medición de dimensiones desadaptativas de la personalidad

Nombre de los proponentes:
Shirley Calderón Morera, carné 960535
Paola Cartín Granados, carné A10773
Sally Paola Gómez González, carné 941492
Gustavo Morales, carné 979325
Gabriela Segura, carné 943373

Comité asesor:
M.Sc. Carlos Saborío Valverde, Director
M.Psc. Shirley Barquero Gómez, Lectora.
M.Psc. Juan Carlos Miranda Orozco, Lector

Mayo, 2023

HOJA DE APROBACIÓN

Dr. Jorge Sanabria León

Presidente del Tribunal Examinador

Dra. Ana María Jurado Solórzano

Profesor (a) invitad(a)

M.Sc. Carlos Saborío Valverde

Director(a) del Trabajo Final de Graduación

M.Psc. Juan Carlos Miranda Orozco

Lector(a)

Ausente

M.Psc. Shirley Barquero Gómez

Lector(a)

Paola Cartín Granados

Sustentante

Shirley Calderón Morera

Sustentante

Sally Paola Gómez González

Sustentante

José Gustavo Morales Moncada

Sustentante

María Gabriela Segura Montero

Sustentante

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

ACTA DE PRESENTACIÓN DE REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN No. 261

Sesión del Tribunal Examinador celebrada el día viernes veintiséis de mayo del dos mil veintitrés, a las quince horas, con el objeto de recibir el informe oral de la presentación pública de las y el sustentante:

SUSTENTANTES	CARNE	AÑO DE EGRESO
José Gustavo Morales Moncada	972325	2-2006
Paola Cartín Granados	A10773	2-2008
Shirley Calderón Morera	960535	1-2020
María Gabriela Segura Montero	943373	2-2003
Sally Paola Gómez González	941492	1-2021

Quienes se acogen al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación bajo la modalidad de **Seminario de Graduación,** para optar al grado de **Licenciatura en PSICOLOGÍA.**

El tribunal examinador procede a presentarse y brindar su nombre completo, ubicación, su papel como miembro en el tribunal examinador, además indican que reciben video, audio y datos.

Dr. Jorge Sanabria León	**Presidente**
Dra. Ana María Jurado Solórzano	**Profesora Invitada**
M.Sc. Carlos Saborío Valverde	**Director de T.F.G.**
M.Psc. Juan Carlos Miranda Orozco	**Miembro del Comité Asesor**
M.Psc. Shirley Barquero Gómez	**Miembro del Comité Asesor**

ARTICULO I

El Presidente informa que el expediente de las personas postulantes contiene todos los documentos de rigor. Declara que cumplen con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que procedan a hacer la exposición.

ARTICULO II

Las personas postulantes hacen la exposición oral de su trabajo final de graduación titulado: **"Estudio psicométrico para la validación cruzada del Inventario Dimensional de Psicopatología de la Personalidad (IDPP): una perspectiva basada en evidencia empírica para la medición de dimensiones desadaptativas de la personalidad".**

ARTICULO III

Terminada la disertación, el Tribunal Examinador hace las preguntas y comentarios correspondientes durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.

ARTICULO IV

De acuerdo con el Artículo 39 del Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, el Tribunal Examinador considera el Trabajo Final de Graduación:

APROBADO ( ) APROBADO CON DISTINCIÓN (✓) NO APROBADO ( )

Observaciones: Difundir resultados con Adaptación Social y otras organizaciones de interés. Publicar resultados

ARTICULO V

El Presidente del Tribunal le comunica a las personas postulantes el resultado de la deliberación y las declara acreedoras al grado de Licenciatura en PSICOLOGÍA.

Se les indica la obligación de presentarse al Acto Público de Juramentación, al que serán oportunamente convocadas.

Se da lectura al acta que firman los Miembros del Tribunal Examinador y las personas postulantes. A las 6:30 pm se levanta la sesión.

Nombre:	Firma:
Dr. Jorge Sanabria León	
Dra. Ana María Jurado Solórzano	
M.Sc. Carlos Saborío Valverde	
M.Psc. Juan Carlos Miranda Orozco	
M.Psc. Shirley Barquero Gómez	Ausente.

José Gustavo Morales Moncada	
Paola Cartín Granados	Paola Cartín
Shirley Calderón Morera	
María Gabriela Segura Montero	
Sally Paola Gómez González	

Agradecimientos y dedicatoria

A Dios cuya misericordia me alcanza cada día de mi vida.
A mis hijos, son y serán el motor que me impulsa a nunca rendirme.
A mi madre y a mi padre, quien desde el cielo me ilumina para seguir adelante.
A Theo y a Eva, compañeros incondicionales, amores escogidos.
A todos, gratitud infinita

"Semper fi"

Shirley Calderón Morera

Al MSc. Carlos Saborío, por acompañarnos y guiarnos a lo largo de todo este proceso con la paciencia, compromiso y cariño que lo caracterizan, tanto hacia nosotros como a la academia. Para todo el equipo de investigadores que participaron en este estudio, especialmente a Esteban Ramírez a quien siempre tenemos presente en el corazón. Finalmente, a toda mi familia por no perder la fe y celebrar conmigo este momento maravilloso.

Paola Cartín Granados

Agradezco a la vida y su Creador por darme la oportunidad de haber estudiado una carrera que amo, en una Universidad que admiro, con compañeros y compañeras que me acompañaron en el camino y de quienes aprendí.
Agradezco a las personas que caminaron conmigo, a mi familia, a mis amigos, amigas, profesores y profesoras que de alguna u otra forma hicieron algo significativo para lograr terminar y celebrar este objetivo.
Y finalmente me agradezco por permanecer a lo largo de los años, a pesar de todos los imposibles, creyendo que algún día culminaría un requisito más para hacer lo que tanto me apasiona.

Sally Paola Gómez González

Al MSc. Carlos Saborío, al profe por toda la guía, acompañamiento y el soporte para lograr desarrollar y concluir esta investigación. A Esteban Ramírez compañero y amigo. A la Fuente Divina y sus guías, a mi familia y amigos que me apoyaron todo este tiempo. A mi Padre que no la pudo ver concluida, a mi Madre que sí. A Caro por todo el apoyo y comprensión. A Lola y Greto que me acompañaron siempre a cualquier hora.

Gustavo Morales

Al finalizar esta tesis quiero agradecer enormemente a:
A Dios porque tus tiempos son perfectos.
A mi familia y amigos por insistir y persistir en que terminara con este pendiente.
A Alex por siempre creer en mí y creer que era posible
A Lulú mi compañera fiel.

Gabriela Segura

A la Escuela de Psicología y a Jorge Sanabria por todo el apoyo y seguimiento de nuestro proyecto. A MSc. Carlos Saborío, por la paciencia, dedicación, por guiarnos y llevarnos a terminar el proyecto, a nuestro equipo asesor, M.Psc. Shirley Barquero Gómez y M.Psc. Juan Carlos Miranda Orozco, por todo el apoyo y sugerencias para nuestro trabajo, así como la lectura y seguimiento del proyecto. A Esteban Ramírez que sin su apoyo y aportes este trabajo no se hubiera concluido.

Gracias infinitas de parte del equipo de tesis

Tabla de contenido

1 Introducción 10

2 Antecedentes de Investigación 13

2.1 Antecedentes de investigación nacionales 13

2.2 Antecedentes de investigación internacionales 16

3 Marco Teórico-Conceptual 22

Enfoques en la comprensión de la psicopatología 22

3.1 Enfoque Categórico 22

3.1.1 El Modelo del DSM 22

3.1.2 El Modelo del CIE 28

3.2 Revisión Crítica del Modelo Categórico 35

3.2.1 Críticas al Modelo Categórico como Sistema Clasificatorio 36

3.2.1.1 Exclusividad 37

3.2.1.2 Exhaustividad 37

3.2.1.3 Discrecionalidad 38

3.3 Críticas al Modelo Categórico dentro del contexto de la psicopatología 39

3.3.1 Comorbilidad y Co-ocurrencia 39

3.3.2 Heterogeneidad Categórica 42

3.3.3 Confiabilidad y validez 45

3.3.4 Continuidad vs. Discontinuidad 47

3.3.5 Critica al Diagnóstico 48

4 Modelo dimensional 50

4.1 Modelos factoriales de la personalidad 50

4.2 Modelo alternativo de trastornos de personalidad (DSM-5, sección III) 61

4.2.1 Medidas de Evaluación 62

4.2.2 Formulación Cultural 64

4.3 Modelo alternativo del DSM-5 para los trastornos de personalidad 65

4.4 Inventario de Personalidad del DSM-5 (PID-5) 72

4.5 Modelo RDOC 75

4.5.1 Retos de este modelo 77

4.5.2 Reto 1: énfasis excesivo en las unidades y medidas biológicas 77

4.5.3 Reto 2: no tener en cuenta el error de medición 79

4.5.4 Reto 3: limitaciones biológicas y psicométricas de los endofenotipos 81

4.5.5 Reto 4: distinguir las predisposiciones biológicas de sus manifestaciones conductuales 82
4.6 Comparación con el DSM y el CIE 85
4.7 Comparación con el HiTOP 86
4.8 Modelo HiTOP 91
4.8.1 Las dimensiones del modelo HiTOP 95
4.8.2 Espectros del HiTOP 97
4.8.2.1 Superespectro de Externalización 97
4.8.2.1.1 Desinhibición 98
4.8.2.1.1.1 Subfactores Desinhibición 98
4.8.2.1.2 Antagonismo: 101
4.8.2.1.2.1 Subfactores Antagonismo 101
4.8.2.2 Avances en investigación 102
4.8.2.3 Operacionalización: detalle de los subfactores y cómo se manifiestan 105
4.8.2.4 Escalas del Espectro de Antagonismo 106
4.8.2.5 Escalas del Espectro de Desinhibición 109
4.8.2.6 Líneas de investigación a futuro 114
4.8.3 Superespectro de Internalización 115
4.8.3.1 Definición del espectro 115
4.8.3.2 Afecto negativo 115
4.8.3.3 Avances en investigación 116
4.8.3.4 Operacionalización: detalle de los subfactores y cómo se manifiestan 118
4.8.3.5 Líneas de investigación a futuro 120
4.8.4 Superespectro de Psicoticismo 122
4.8.4.1 Definición del espectro 122
4.8.4.2 Trastornos del pensamiento 122
4.8.4.3 Síntomas positivos 123
4.8.4.4 Síntomas negativos 125
4.8.4.5 Avances en investigación 131
4.8.4.6 Operacionalización: detalle de los subfactores y cómo se manifiestan 132
4.8.5 Desapego 134
4.8.5.1 Operacionalización: detalle de los subfactores y cómo se manifiestan 136
4.8.5.2 Líneas de investigación a futuro 137
5 Diseño Metodológico 140

5.1 Problematización y objetivos 140
5.1.1 Problematización 140
5.1.2 Objetivo General 141
5.1.2.1 Objetivos específicos 141
5.1.3 Diseño metodológico 142
5.1.4 Descripción del tipo de estudio 145
5.1.5 Descripción de la población y muestra 145
5.1.6 Especificidades para la aplicación 149
5.1.7 Confidencialidad y protección a los participantes 151
5.1.8 Definición de las técnicas e instrumentos para la recolección de los datos 152
5.1.8.1 Inventario Dimensional de Psicopatología de la Personalidad (IDPP) 152
5.1.8.2 Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, versión 2 (MMPI-2) 153
5.1.8.3 Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI) 153
5.1.8.4 Inventario de Personalidad para el DSM-5 (PID-5) 154
5.1.9 Descripción de las estrategias para la sistematización y análisis de los datos 154
5.1.9.1 Análisis desde el Modelo de Rasch 154
5.1.9.2 Análisis desde la Teoría Clásica de los Tests 159
6 Resultados 162
6.1 Evidencias de Validez de Constructo, Contenido y Confiabilidad 162
6.1.1 Análisis desde el Modelo de Rasch 162
6.1.1.1 Superespectro de Externalización - Dominio de Antagonismo 162
6.1.1.1.1 Escala Búsqueda de Atención 163
6.1.1.2 Escala de Rasgos Manipulatorios 168
6.1.1.3 Escala Tendencia al Engaño 173
6.1.1.4 Escala Rasgos de Grandiosidad 179
6.1.1.5 Escala de Insensibilidad Interpersonal 184
6.1.2 Superespectro de Externalización - Dominio de Desinhibición 186
6.1.2.1 Escala de Irresponsabilidad 186
6.1.2.2 Escala de Rasgos Impulsivos 191
6.1.2.3 Escala de Necesidad de Estímulos y Toma de Riesgos. 196
6.1.2.4 Escala de Distractibilidad 201
6.1.2.5 Escala de Potencial a la Adicción 206
6.1.3 Superespectro de Internalización - Dominio de Afecto Negativo 212

6.1.3.1 Escala Rasgos Depresivos 212
6.1.3.2 Escala de Rasgos Ansiosos 218
6.1.3.3 Escala de Inestabilidad Emocional 223
6.1.3.4 Escala de Rasgos Hostiles 228
6.1.3.5 Escala de Rigidez Perseverativa 234
6.1.3.6 Escala de Rasgos de Inseguridad Vincular 239
6.1.3.7 Escala de Vulnerabilidad al Estrés 244
6.1.4 Superespectro de Psicoticismo - Dominio de Psicoticismo 250
6.1.4.1 Escala de Creencias y Experiencias Inusuales 250
6.1.4.2 Escala de Suspicacia/Paranoia 256
6.1.4.3 Escala de Desregulación Perceptual y Cognitiva 261
6.1.4.4 Escala de Excentricidad 266
6.1.4.5 Escala Tendencias Hipomaniacas 271
6.1.5 Dominio de Desapego 276
6.1.5.1 Escala Tendencia al Aislamiento 276
6.1.5.2 Escala de Afecto restringido 281
6.1.5.3 Escala Negación de problemas 291
6.2 Evidencias de Validez de Constructo desde la TCT 296
6.3 Caracterización de la muestra 296
6.3.1 Pruebas *t* por sexo para muestra la muestra normativa 302
6.3.1.1 Espectro de Antagonismo 302
6.3.1.2 Espectro de Desinhibición 306
6.3.2 Espectro de Afecto Negativo 310
6.3.3 Espectro de Desapego 314
6.3.4 Espectro de Psicoticismo 316
6.3.5 Pruebas *t* Student para muestras normativa y Policial 319
6.3.5.1 Espectro de Antagonismo 319
6.3.5.2 Espectro de Desinhibición 321
6.3.5.3 Espectro de Afecto Negativo 324
6.3.5.4 Espectro de Desapego 327
6.3.5.5 Espectro de Psicoticismo 329
6.3.6 Pruebas *t* para muestras independientes de la muestra Normativa y Penitenciaria 332
6.3.6.1 Espectro de Antagonismo 332

6.3.6.2 Espectro de Desinhibición 335
6.3.6.3 Espectro de Afecto Negativo 338
6.3.6.4 Espectro de Desapego 342
6.3.6.5 Espectro de Psicoticismo 344
6.4 Análisis Factorial Exploratorio 347
6.5 Evidencias de Validez Externa o de Criterio 356
6.5.1 Correlaciones del IDPP con el MMPI-2, el PAI y el PID-5 356
6.5.1.1 Espectro de Externalización 357
6.5.1.1.1 Faceta Búsqueda de Atención 357
6.5.1.2 Faceta Rasgos Manipulatorios 359
6.5.1.3 Faceta de Tendencia al Engaño 361
6.5.1.4 Faceta Rasgos de Grandiosidad 365
6.5.1.5 Faceta de Insensibilidad Interpersonal 369
6.5.2 Espectro de Desinhibición 372
6.5.2.1 Faceta Irresponsabilidad 372
6.5.2.2 Faceta Rasgos Impulsivos 374
6.5.2.3 Faceta Necesidad de Estímulos y Toma de Riegos 377
6.5.2.4 Faceta Distractibilidad 379
6.5.2.5 Faceta Potencial a la Adicción 382
6.5.3 Espectro de Internalización 383
6.5.3.1 Faceta Rasgos Depresivos 383
6.5.3.2 Faceta Rasgos Ansiosos 386
6.5.3.3 Faceta Inestabilidad Emocional 388
6.5.3.4 Faceta Rasgos Hostiles 391
6.5.3.5 Faceta Rigidez Perseverativa 393
6.5.3.6 Faceta Rasgos de Inseguridad Vincular 395
6.5.3.7 Faceta de Vulnerabilidad al Estrés 398
6.5.4 Espectro de Psicoticismo 404
6.5.4.1 Faceta Creencias y Experiencias Inusuales 404
6.5.4.2 Faceta Suspicacia / Paranoia 407
6.5.4.3 Faceta Desregulación Perceptual y Cognitiva 413
6.5.4.4 Faceta Excentricidad 419
6.5.4.5 Faceta Tendencias Hipomaniacas 425

6.5.5 Espectro de Desapego 427
6.5.5.1 Faceta Tendencia al aislamiento 427
6.5.5.2 Faceta Afecto Restringido 429
6.6 Evidencias de Estabilidad Temporal 430
6.6.1 Correlaciones IDPP Test-Retest 431
6.6.2 Alfa de Cronbach y Omega de McDonald 434
7 Discusión 438
7.1 Aspectos conceptuales 438
7.1.1 Evidencias obtenidas desde el Modelo de Rasch 439
7.1.2 Evidencias de validez externa 442
7.1.2.1 Dimensión de Antagonismo 442
7.1.2.2 Dimensión de Desinhibición 443
7.1.2.3 Dimensión de Afecto Negativo 444
7.1.2.4 Dimensión de Psicoticismo 444
7.1.2.5 Dimensión de Desapego 445
7.1.3 Diferencias por sexo en dimensiones del IDPP 446
7.1.4 Diferencias entre las muestra normativa y policial en dimensiones del IDPP 447
7.1.5 Diferencias entre la muestra normativa y penitenciaria en dimensiones del IDPP 447
7.1.6 Evidencias sobre validez estructural 449
7.1.7 Evidencias de confiabilidad y estabilidad temporal 450
8 Conclusiones 452
9 Limitaciones 456
10 Recomendaciones 457
11 Bibliografía 459
12 Anexos 497

1 Introducción

Las disciplinas psicológicas y sus diversos enfoques implican necesariamente una visión acerca de lo que es un ser humano, qué es normal para este, qué es una vida saludable y qué recursos están a nuestro alcance para alcanzar una existencia en plenitud.

En un tiempo históricamente corto, las comunidades científicas dedicadas a las ciencias de la mente han dado pasos agigantados para dar soluciones prácticas al problema del sufrimiento psíquico y social que afrontan millones de personas cada día. Ante la vasta complejidad de la experiencia humana, la necesidad de generar cuerpos de conocimiento y guías prácticas uniformes ha dado origen a la disciplina de la psicopatología. Con ella, también a sus guías estandarizadas para el diagnóstico de trastornos, tales como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE).

Sin embargo, las investigaciones más recientes en campos como la psicología clínica, las neurociencias (junto a otras disciplinas médicas o sociales) han comenzado a confluir en el reconocimiento de cuánto del bienestar de cualquier persona no depende exclusivamente de sí en cuanto entidad consciente y única. Pesan también el contexto, nivel socioeconómico, la clase social y la historia en las que se crecen. A esto puede sumarse la dificultad que implica adaptarse con rapidez suficiente a un entorno social cuyas demandas y problemas más agudos no existían o eran significativamente distintas apenas décadas atrás.

Esto obliga a un enfoque más integral y flexible acerca de lo que es la mente, cómo funciona, qué es la experiencia humana en salud y qué es realmente una psicopatología, lo cual a su vez modifica cómo aproximarse a ella en cuanto comprensión, diagnóstico y tratamiento. El

enfoque dimensional de la psicopatología de la personalidad es producto de este proceso interdisciplinario de investigación y de una revisión profunda de las premisas del funcionamiento de la mente. Ofrece un enfoque capaz de reunir lo antes mencionado, además de una perspectiva en la cual las personas con padecimientos mentales no solo caben en una etiqueta o categoría dentro de un estándar clínico. Por el contrario, son sujetos complejos cuya experiencia se da dentro un continuo dinámico en el cual su situación puede ser entendida y atendida de manera integral, dando el alivio de saber que atraviesa desadaptaciones a un entorno complejo en vez de solo ser alguien "enfermo".

Las premisas de este innovador enfoque, junto con sus detalles y consecuencias, son justo lo que se exponen en esta Memoria de Seminario de Graduación, el cual tiene como meta principal realizar un aporte al desarrollo del Modelo Jerárquico de la Taxonomía de la Personalidad (Modelo HiTOP) y la investigación sobre psicometría a nivel nacional. De forma inicial se presenta una descripción del estado de la cuestión en el país, llevando a cabo tanto una revisión de la investigación realizada en temas relacionados, como una discusión enriquecedora que profundiza en el entendimiento del Modelo Dimensional, contrastándolo con otros modelos comúnmente empleados para el entendimiento de la psicopatología, lo cual funciona como fuente para la elaboración de la propuesta teórica que refuerza el instrumento Inventario Dimensional de Psicopatología de la Personalidad (IDPP).

El diseño metodológico, responde a la necesidad de aportar muestras de confiabilidad de validez para el IDPP, a la vez que permitiera garantizar el aporte de evidencia empírica que apoye en la generación de normas que orienten en la interpretación de sus resultados. De esta manera, se cuenta con procesos de análisis desde el Modelo de Rasch y la Teoría Clásica de los Test, que permiten abarcar de manera exitosa los objetivos en cuestión. A lo anterior se suma, el reto de

llevar a cabo el proceso de recolección de datos de manera digital como respuesta a la declaratoria de emergencia nacional, pronunciada en Costa Rica en abril de 2020; como medida de seguridad y salud pública ante la pandemia de COVID-19.

La etapa de investigación aplicada contó con la participación de una muestra de 1084 personas, compuesta de la siguiente manera: 829 para la muestra normativa, 219 para la submuestra policial, 91 para la submuestra penitenciaria; adicional una submuestra de 72 sujetos que completaron un retest del instrumento, tras un período de tiempo promedio de 16 semanas posteriores a la primera aplicación. Todos los participantes son mayores 18 años, costarricenses o con residencia fija en el país, con un nivel educativo mínimo de 6 año de primaria.

El resultado final de la investigación permite presentar un instrumento robusto y reducido que pase de 415 ítems a 320 ítems, organizados en 24 escalas, las que a su vez se dividen en 5 dimensiones de la psicopatología, las cuales son: Afecto Negativo, Antagonismo, Desinhibición, Desapego y Psicoticismo. Adicional, incluye dos escalas de control para moderar el efecto de respuesta en concordancia con la Deseabilidad Social y la Negación y/o Exageración de Problemas.

2 Antecedentes de Investigación

2.1 Antecedentes de investigación nacionales

La investigación sobre antecedentes nacionales se basó en los trabajos finales de graduación presentados hasta el 2018 en la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica, los cuales realizaron acercamientos a pruebas psicológicas que contemplan la propuesta de dimensionalidad en la evaluación de trastornos de la personalidad. Las investigaciones respecto al tema han sido escasas, de carácter más bien exploratorio. También se detectó la existencia de estudios que sugieren la necesidad de explorar este campo más a profundidad.

En 1990 Alfaro, Garnier y Leandro proponen en su tesis de licenciatura un intento de crear los baremos nacionales para el Mini-Mult. Su objetivo fue el desarrollo de baremos para calificar dicha prueba, que posteriormente fue nombrada Mini-Mult-82. Contaron con una muestra de 1343 sujetos. Los resultados recomendaron la necesidad de mayor investigación de la prueba, para maximizar los indicadores de confiabilidad y validez, además de visibilizar la necesidad de abordar la eficacia de la prueba respecto a la distinción entre los diferentes trastornos psicopatológicos con otras poblaciones, tales como la infantil y la adolescente.

Posteriormente, demostrando la popularidad del Mini-Mult-82 a nivel nacional, dicha prueba se utilizó para generar perfiles de ciertos rasgos psicopatológicos, lo cual llevó a su uso en diferentes estudios de investigación. Algunos de los cuales se mencionan a continuación:

- Reyes y Quirós (1993), lo emplearon para medir las características de 68 pacientes con síntomas depresivos y en un grupo control de 39 sujetos.

- Céspedes y Salazar (1994), evaluaron el contexto interpretativo de la escala de histeria de esta prueba, para ello contaron con una muestra de 60 pacientes hipocondríacos.
- Morales y Quesada (1997), lo usaron para caracterizar al paciente histérico costarricense, evaluando un grupo de 35 pacientes y otro control de 40 personas.
- Bogarín y Vargas (1997), caracterizaron un grupo de pacientes esquizofrénicos nacionales, a partir de una muestra de 60 pacientes con síntomas esquizofrénicos y 30 sujetos como grupo control.

La característica común de estos cuatro estudios es lo reducido de sus muestras, lo que no permite generalizar sus resultados a nivel nacional.

A pesar de desprenderse del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI), el Mini-Mult es una prueba distinta, que no tiene las rigurosas propiedades psicométricas de la primera. Esto ha dado lugar a distintas críticas que llevaron a que dejara de utilizarse en Estados Unidos, entre ellas su confiabilidad baja y la carencia de un manual interpretativo. Esto, en consecuencia, también desacredita el uso del Mini-Mult-82 en Costa Rica.

Motivados por estas razones es que Miranda et al. (2010) integran un seminario de graduación para optar por el Grado de Licenciatura en Psicología en donde buscan proporcionar indicadores psicométricos del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2), para la población costarricense. Basados en la confiabilidad, validez y establecimiento de grupos normativos, buscaron también sistematizar distintas estrategias de interpretación de los múltiples indicadores de validez y desajuste psicológico que proporciona el mismo. Incluyendo la obtención de datos normativos para Costa Rica del entonces novedoso grupo de escalas Psicopatológicas de la Personalidad (PSY-5), antecedente importante de las concepciones actuales sobre la

psicopatología dimensional. Este trabajo sintetiza la estandarización para Costa Rica del MMPI-2, cuya prueba es una revisión llevada a cabo en 1989 de la versión original en su formato definitivo de 1951, desarrollada por Butcher et al. (1992).

En 2010 Arias et al., integran otro seminario de graduación en la Universidad de Costa Rica, que propone el Proceso de Adaptación del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A). Desde su aparición en 1992, el MMPI-A ha sido considerado un instrumento de suma importancia en los procesos de evaluación de la personalidad y los trastornos emocionales en la población adolescente.

Por otro lado, la tesis realizada por Gil en 2005, "La codependencia como trastorno de la personalidad", hace referencia a la limitación que existe con el DSM: a pesar de que este proporciona una clasificación de los trastornos mentales, realmente no existe una definición que especifique adecuadamente los límites conceptuales de cada uno de los trastornos. Menciona a su vez diversos enfoques basados en la propuesta de la dimensionalidad. El principal aporte de este trabajo fue la elaboración de un instrumento dirigido a expertos en psicología clínica y psiquiatría para tipificar la codependencia como trastorno.

En 2018, Orozco y Quesada, en su trabajo de graduación "Elaboración de un modelo de evaluación del riesgo de violencia para portación de armas de fuego", proponen un modelo de evaluación psicológica para identificar factores de riesgo asociados con la competencia para portar armas de fuego. Usaron como referencia el desarrollo de un modelo de personalidad y psicopatología de tipo dimensional (Van den Broeck et al., 2014; Yam y Simms, 2014; Krueger y Deyoung, 2016; Forbes et al., 2017) que sirvió como sustento para la nueva propuesta de trastornos de personalidad del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) y la taxonomía jerárquica de la psicopatología (*Hierarchical Taxonomy of Psychopathology,* HiTOP) (Kotov et al., 2017).

Construyeron 25 escalas, que aportaron evidencias de confiabilidad y validez y desarrollaron datos normativos para la población costarricense.

Referente a la investigación sobre la propuesta de la dimensionalidad de la psicopatología en la evaluación de la personalidad, en 2022 Artavia y Chinchilla, presentaron el trabajo de graduación "Creación de una prueba psicométrica de auto reporte para la evaluación dimensional de la psicopatía en población forense y general". En él presentaron la construcción de un instrumento de auto reporte basado en un modelo dimensional de la personalidad, adaptado a las necesidades lingüísticas de la población costarricense, desde un abordaje con técnicas cualitativas y cuantitativas, basadas en el modelo CAPP para orientar su enfoque dimensional.

De lo anterior, se rescata la necesidad que prevalece en el país de desarrollar instrumentos que permitan explorar los trastornos de personalidad y que estos cuenten con constructos que hayan pasado por el proceso de verificación de su confiabilidad y validez. Se propone el presente seminario de graduación con la finalidad de aportar más evidencias que brinden apoyo empírico para el inventario desarrollado por Orozco y Quesada (2018).

2.2 Antecedentes de investigación internacionales

A nivel internacional, la propuesta de contar con un modelo multidimensional de la psicopatología ha sido desarrollada gracias a los aportes de científicos que se han dado a la tarea de llevar a cabo diversos estudios con base empírica. Su finalidad es brindar explicaciones más integrales en relación con la psicopatología, capaces de facilitar una comprensión más clara de los trastornos psicológicos, sus rasgos y sintomatología. Algunos de ellos se mencionan a continuación.

En 2006, Krueger y Markon observan que, aunque las distintas versiones del DSM han sido una herramienta fundamental para el entendimiento y la investigación en psicopatología, no se pueden dejar de lado algunos aspectos que influyen de manera directa en la misma. Entre estos se cuentan las contribuciones de variables genéticas, la personalidad y las perspectivas de investigación con que se aborda el tema. De igual manera, se pone en entredicho el que sea correcto concebir a la psicopatología como categorías discretas, alejándose de esta manera estos autores del enfoque del DSM.

Wright et al. publican en 2012 un estudio en el que proponen un modelo multidimensional que permite organizar por niveles la estructura de la mayoría de las formas psicopatológicas. Este modelo presenta 25 rasgos primarios, que a su vez se organizan en cinco dimensiones superiores (afecto negativo, desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo). Al aplicar el instrumento a una muestra de 2461 estudiantes y analizar sus resultados a través de un análisis factorial, logran determinar que este modelo funciona como un marco para dar estructura a la psicopatología a través de un modelo de personalidad basado en rasgos.

Posteriormente, Krueger et al. (2012), parte del equipo asesor del DSM-5, desarrollan un estudio sobre la necesidad de recomendar un modelo que permita diagnosticar pacientes que también sea un instrumento de evaluación preliminar que se aleje de la categorización usual en la que se basaba el trabajo clínico. Para el establecimiento del instrumento recomiendan una lista inicial de rasgos y dominios específicos derivados de las revisiones de literatura para la conformación del DSM-5 y las discusiones que se obtienen de los grupos de trabajo. Luego de aplicar el mismo en una muestra control, realizan una verificación de resultados bajo el enfoque analítico de teoría de respuesta al ítem. De ello obtiene una medición confiable de 25 elementos

descriptores de la personalidad y establecen su organización en cinco dominios: afecto negativo, desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo.

Por su parte, Gutiérrez et al. (2015), desarrollan una adaptación al español del Inventario de Personalidad sugerido en el DSM-5, Sección III, al aplicar el instrumento a dos muestras de 446 sujetos clínicos y 1036 sujetos control. Tras analizar los resultados, definen que las escalas para cada dominio presentan consistencia interna en ambas muestras, así como permiten diferenciar entre los resultados de ambos grupos de sujetos. El resultado se obtiene al demostrar que todas las escalas, a excepción de la toma de riesgos, son unipolares, lo cual indica que los resultados en polos superiores son indicadores de patología y los polos inferiores reflejan normalidad.

Lahey et al. (2017), recomiendan una organización de la psicopatología basada en patrones de causas compartidas. Estas causas se identificaron después de realizar una revisión de un gran número de estudios multivariados, los cuales hacen diferencia entre el comportamiento genético y las influencias del medioambiente respecto a la psicopatología. En un primer nivel definieron las dimensiones a partir de las correlaciones entre los síntomas y los organizaron en dos grandes dimensiones o dominios (internalización y externalización). Parten del hecho de que existen algunas correlaciones fenotípicas fuertes dentro de las dimensiones de primer orden, que reflejan una jerarquía de influencias cada vez más específicas.

Mientras que el “factor p” (factor de psicopatología) demuestra un aumento en el riesgo para todas las dimensiones de primer orden de la psicopatología, existen algunos factores etiológicos que no son tan específicos, pero que sí aumentan el riesgo, particularmente para algunos dominios dentro del orden. Resaltan que cada dimensión de primer orden posee influencias causales únicas. Las influencias genéticas y ambientales comunes a los miembros de

la familia son inespecíficos; las influencias ambientales únicas de cada individuo son más específicas de cada dimensión y están moderadas por el sexo y el proceso de desarrollo. En resumen, diferentes personas que muestran síntomas similares podrían estar influenciados por diferentes combinaciones de factores etiológicos de cada uno de los tres niveles de la jerarquía.

Finalmente, cabe resaltar que no solo el DSM ha ido presentando cambios en cuanto a su manera de comprender y organizar la psicopatología. El CIE-11 también presenta cambios sustanciales que permiten entender a la misma como un modelo complejo de dimensiones en cuanto a sus rasgos.

En 2018, Oltmanns y Widiger llevan a cabo una validación para el Inventario de Personalidad propuesto por el CIE-11, desarrollando un instrumento autoaplicado que abarca el modelo propuesto de rasgos no adaptativos organizado en cinco dominios: afecto negativo, desapego, disocial, desinhibición y anancásico (esta última caracterizada por la preocupación patológica por el perfeccionismo y el orden). Con el objetivo de desarrollar y proporcionar una validación de la escala, realizan 3 recopilaciones de datos iniciales que evaluaron el rendimiento potencial de la misma. En los dos primeros estudios, se recolecta la información de muestras independientes y se compara con los resultados de otras escalas aplicadas de manera simultánea, mientras que en el tercer estudio se aplica la misma batería de pruebas a ambas muestras y se comparan sus resultados. De esto se obtiene la validez de la escala y se demuestra que la escala construida brinda una medida directa de autoinforme para evaluar el modelo de rasgos no adaptativos recomendado en el CIE-11.

La línea de investigación más innovadora sobre este tema está representada por la *Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología* (HiTOP, por sus siglas en inglés), cuyos objetivos son avanzar en la clasificación de la psicopatología para maximizar su utilidad para la

investigación y la práctica clínica. La HiTOP pretende abordar las limitaciones de las nosologías tradicionales, como el DSM-5 y la CIE-10, incluyendo los límites arbitrarios entre la psicopatología y la normalidad, los límites a menudo poco claros entre los trastornos, la frecuente co-ocurrencia de trastornos, la heterogeneidad dentro de los trastornos y la inestabilidad del diagnóstico.

El HiTOP aborda estos problemas, llevando a cabo una búsqueda empírica de estructuras psicopatológicas, empezando por los bloques de construcción más básicos y procediendo al nivel más alto de generalidad: combinando signos y síntomas individuales en componentes o rasgos homogéneos, ensamblándolos en síndromes derivados empíricamente, y finalmente agrupándolos en espectros psicopatológicos. Este enfoque reduce la heterogeneidad dentro del trastorno, agrupando los síntomas relacionados y asignando los síntomas no relacionados a diferentes componentes. Hace que la comorbilidad sea una característica explícita y predecible del modelo al clasificar juntos los síndromes relacionados. Por último, describe los fenómenos psiquiátricos dimensionalmente, abordando los problemas de límites y la inestabilidad diagnóstica.

El sistema HiTOP pretende avanzar significativamente en la investigación y la atención en salud mental, proporcionando una forma eficaz de transmitir información sobre los factores de riesgo, la etiología, la fisiopatología, la fenomenología, el curso de la enfermedad y la respuesta al tratamiento, mejorando así en gran medida la utilidad del diagnóstico de los trastornos mentales. Se han desarrollado medidas dimensionales para evaluar muchos aspectos del sistema, y varios dominios del HiTOP están listos para aplicaciones clínicas y de investigación.

Esta tarea internacional de investigación, junto a los diversos profesionales y grupos de investigación trabajando en nutrir este modelo, se identifican como el Consorcio HiTOP. Su trabajo ha sido mayoritariamente en países de habla inglesa, pero esfuerzos desde países de habla

hispana también se han incorporado en los últimos años. Buena parte del esfuerzo está siendo coordinado por personal de la Universidad Estatal de Nueva York en Stony Brook, Estados Unidos.

Dicho Consorcio valora la diversidad y se compromete a reclutar e incluir a miembros de orígenes diversos y poco representados, pues creen en una membresía diversa, que incluya a personas con diferentes experiencias e identidades vividas (por ejemplo, las definidas por el género, la raza/etnia, la nacionalidad, la orientación sexual, el estatus socioeconómico, la discapacidad). Es fundamental para lograr sus objetivos de comprender la experiencia de la psicopatología como una condición humana compartida (Universidad de Stony Brook, *About HiTOP*, citado en 2022).

Este último es el esfuerzo internacional al que este trabajo busca sumarse a nombre de la Universidad de Costa Rica.

3 Marco Teórico-Conceptual

Enfoques en la comprensión de la psicopatología

3.1 Enfoque Categórico

3.1.1 El Modelo del DSM

Uno de los sistemas de clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales más utilizado por los profesionales en psiquiatría y psicología ha sido el *Manual Estadístico y Diagnóstico de los Desórdenes Mentales,* o DSM, por sus siglas en inglés, elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). En el año 2013, sale a la luz su quinta edición (DSM-5), en la cual se presentan cambios importantes en cuanto a formato, así como en incorporación de un modelo alternativo para la comprensión y estudio de la psicopatología de la personalidad. Para comprender el porqué de su aceptación y uso a lo largo del tiempo es crucial revisar algunos aspectos básicos sobre su desarrollo.

El DSM-I salió a la luz en 1952. Según Del Barrio (2009), fue la Segunda Guerra Mundial la que definitivamente promocionó la clasificación estadounidense, puesto que los soldados que participaron de la misma hicieron determinante la necesidad de un lenguaje clasificatorio a partir del cual se pudiesen diagnosticar los padecimientos psicológicos que presentaban como producto de su experiencia. Por esta razón, psiquiatras y psicólogos se unieron en un esfuerzo por cubrir esta necesidad, dando origen a esta primera versión del manual.

Esta versión se caracterizó por incluir tres grandes grupos de trastornos: psicosis orgánicas, neurosis psicógenas y trastornos del carácter (Sandín, 2014). Su redacción estuvo influida directamente por teorías psicoanalíticas, por lo que el contenido fue escrito en estilo prosa con un contenido realmente escaso respecto a la definición de las categorías y una descripción global de los trastornos mentales, los cuales eran definidos como reacciones de la personalidad a factores psicosociales (Blashfield et al., 2010).

Todavía en 1968, cuando se publica el DSM-II, no se contaba con un lenguaje homogéneo para definir los trastornos mentales, puesto que se continuaba careciendo de una descripción formal de criterios que permitieran definir los límites de cada trastorno. Las descripciones de síntomas continuaban siendo muy pobres y de estilo psicoanalítico. La principal diferencia entre la primera y la segunda versión del manual se basa principalmente en que la palabra "reacción" fue eliminada de la mayoría de los diagnósticos, lo que presentaba la posibilidad de que se incorporará al manual un enfoque teórico más biologicista de la enfermedad mental. Sin embargo, el equipo a cargo del proceso de revisión del DSM negó que este fuera el caso. En cambio, se orientó hacia el hecho de que lo que se buscaba era prescindir de los sesgos teóricos en la clasificación cuando se tratara de casos que no tenían una explicación etiológica conocida. Lo anterior finalmente repercutió en la incorporación de un importante número de trastornos, los cuales no contaban con criterios formales para su diagnóstico y tratamiento.

En resumen, las dos primeras versiones del DSM partían de modelos psicodinámicos de la psicopatología y concebían los síntomas como un mero reflejo de la psicodinámica de los mecanismos subyacentes, o como reacciones de los individuos ante los sucesos y dificultades de la vida. Críticas psicosociales a este enfoque señalaban que se corrían riesgos importantes al utilizar un sistema de clasificación que etiquetara o inclusive llevara a los pacientes por un camino

de profecías autocumplidoras, adoptando comportamientos descritos directamente por la etiqueta con la que se les diagnosticaba (Blashfield et al., 2010).

A mediados de los años 70 surge la preocupación por poder dotar al manual de una estructura que permitiera la homogeneización del lenguaje para el diagnóstico de los trastornos mentales, así como eliminar la ambigüedad conceptual. Con esto se busca dar paso a la estabilización y creación de categorías que permitieran ahondar en el desarrollo de la investigación científica y clínica en el área. Es por lo anterior, que un grupo de profesionales de la Universidad de Washington en Saint Louis, se dan a la tarea de delimitar y organizar el contenido que se considera pertinente incluir en la próxima versión del manual, definiendo un modelo que incluyese (Blashfield et al., 2010):

- Descripción de síntomas.
- Estudios de laboratorio de los desórdenes.
- Distinción de las categorías de los desórdenes.
- Estudios de seguimiento de los desórdenes.
- Estudios familiares.

Se adopta un enfoque de clasificación en el cual se considera a los trastornos mentales como entidades discretas cuya etiología puede ser definida a partir de estudios científicos rigurosos.

El DSM-III, publicado en 1980, fue considerado la primera revolución en la clasificación de los trastornos mentales, ya que esta se vuelca por completo a un enfoque neokrapeliano de clasificación de la enfermedad mental y deja de lado la propuesta psicoanalítica. Su principal

cualidad es su carácter ateórico, puesto que la organización del DSM-III para la categorización y definición de los trastornos fue multiaxial. Los cinco ejes sobre los que se divide son:

- Eje I: trastornos clínicos y otras enfermedades que pueden ser objeto de atención clínica.
- Eje II: desórdenes de personalidad y retraso mental, así como los mecanismos de defensa.
- Eje III: desórdenes médicos y físicos que van acompañados de un desorden mental, por lo cual resultan relevantes.
- Eje IV: factores medioambientales y psicosociales que tienen un impacto sobre los trastornos.
- Eje V: deterioro o discapacidades en general, en su nivel de funcionamiento.

En 1987 se publica una nueva versión del manual: el DSM-III-R. El principal motivo para su publicación fue la actualización de los criterios diagnósticos, integrando los resultados de las recientes investigaciones en cada una de sus áreas. Algunas de las características de esta nueva publicación son: el cambio en los nombres de algunos de los desórdenes, la modificación de criterios específicos para algunos de los desórdenes ya descritos, la reorganización de algunas de las categorías ya existentes, así como la salida de seis categorías específicas (lo que obedeció a consideraciones sociopolíticas). A eso se le suma la integración de 33 categorías diagnósticas completamente nuevas, llegando a un total de 297 categorías diagnósticas dentro del manual.

En 1994, la APA publica la cuarta versión del manual: el DSM-IV. Comparado con la versión anterior, incrementa el número de categorías diagnósticas a 354 y su extensión es de 886 páginas. La elaboración de esta nueva versión tomó seis años de trabajo y se creó un comité ejecutivo y trece grupos de trabajo, los cuales se dedicaron a realizar la comprobación rigurosa de

material científico con miras a construir los criterios diagnósticos, así como los trabajos de campo para probar la fiabilidad de los mismos.

En el año 2000 sale a la luz el DSM-IV-TR, el cual solo contenía una mera revisión de texto. De acuerdo con Sandín (2014), uno de los aportes más importantes que hace esta nueva versión es la de incluir de forma explícita y específica los criterios de significación clínica, como por ejemplo el requerimiento de que exista deterioro o malestar clínicamente significativo, para poder hacer el diagnóstico respectivo.

Este período fue el de mayor aceptación del DSM y su utilización se generalizó. La APA decide dejar pasar una mayor cantidad de tiempo antes de la siguiente publicación, con miras a obtener el retorno de la inversión efectuada para la publicación de este. De acuerdo con esto, la siguiente versión sería publicada hasta 2013 y su preparación inició en el año 2006.

La preparación del material que conformaría el DSM-5, fue llevada a cabo por un comité ejecutivo, trece grupos de trabajo y la participación de diversas organizaciones relacionadas con salud mental (universidades, sociedades, asociaciones, institutos de investigación, etc.), junto a más de 400 comités o equipos de trabajo específicos. Según Regier et al. (2012), mencionado por Sandín (2014), se encargaron de abordar temas adicionales específicos, por ejemplo: los espectros de diagnósticos, los puntos relacionados con el desarrollo o ciclo vital, la expresión de síntomas de acuerdo con el sexo y la cultura, la confluencia de la medicina general y los trastornos, la evaluación del deterioro funcional y los instrumentos de evaluación diagnóstica. Esta fortaleza en cuanto a la organización y colaboración de los equipos de trabajo es uno de los aportes más significativos con que cuenta el manual. Esto permitió establecer criterios diagnósticos más concisos y explícitos que facilitaran la evaluación objetiva de presentación de síntomas, establecer un sistema de diagnóstico aplicable en diversidad de contextos con independencia teórica e incluir

información actualizada que fuera de utilidad para investigadores y clínicos. Esto aplica en áreas como las características clínicas de los trastornos, datos epidemiológicos, factores de vulnerabilidad, sintomatología asociada a la edad, marcadores y evidencias de la investigación biológica relacionada con la genética, neuroimagen, neuroquímica, etc.

En cuanto a su estructuración, un aspecto relevante del DSM-5, es que el mismo desecha el sistema multiaxial que había sido tan exitoso para el DSM-III y DSM-IV. La separación del Eje I y el Eje II nunca se sustentó en una evidencia científica de calidad que permitiera demostrar la existencia de una diferencia cualitativa entre ellos. Esto a su vez generó la existencia de una alta comorbilidad en el momento de desarrollar los diagnósticos, ya que no existían límites bien definidos entre algunos de los síntomas para algunos de los trastornos mentales. La solución diseñada por la APA ante esta situación fue la de incrementar los tipos de trastornos y el uso de subtipos de especificadores para cada uno de ellos.

Finalmente, el aspecto que hace que la última versión del DSM sea tan innovadora es el reconocimiento oficial de la existencia de un carácter continuo de los trastornos mentales. Se introdujo la idea de la existencia de una dimensionalidad en la psicopatología al reconocer que muchas de las enfermedades consideradas dentro del Eje I son sustentadas por dimensiones muy similares o idénticas a las que sustentan las condiciones de las enfermedades clasificadas dentro del Eje II (Lilienfeld et al. 2017).

Debido a esto, se integra en la sección III del manual un apartado denominado “Modelo DSM-5 alternativo para los Trastornos de Personalidad”, el cual, en vez de estructurarse como el antiguo modelo categórico basado en síntomas, se basa en variantes desadaptativas de la personalidad, que se integran imperceptiblemente entre sí y con la normalidad. De acuerdo con Sandín (2014), este nuevo modelo clasifica seis categorías de trastornos de personalidad

(antisocial, de evitación, límite, narcisista, obsesivo-compulsivo y esquizotípico) sobre la base del deterioro del funcionamiento personal (Criterio A: identidad, autodirección, empatía e intimidad) y cinco rasgos desadaptativos de personalidad patológica (afectividad negativa, desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo). Dicho modelo se revisará en detalle más adelante en este documento.

3.1.2 El Modelo del CIE

La clasificación de los trastornos mentales tiene sus raíces en la antigüedad, cuando fenómenos naturales como las enfermedades mentales se atribuían a menudo a orígenes sobrenaturales (Clark et al, 2017). Hoy en día, las teorías científicas sobre las bases biológicas de las enfermedades mentales hacen referencia a estructuras cerebrales y a diversos procesos biológicos, así como a diversas influencias psicosociales. Sin embargo, la comprensión de cómo influyen exactamente los múltiples factores en el desarrollo y la evolución de la mayoría de los trastornos mentales más comunes es todavía incompleta. Como resultado, nuestros sistemas de clasificación se basan casi exclusivamente en los comportamientos observables (signos) y en los sentimientos y pensamientos (síntomas), más que en sus mecanismos causales subyacentes (Clark et al., 2017).

En temas de salud mental, Clark et al. (2017) señalan que para describir y clasificar los trastornos mentales es necesario mencionar tres organizaciones clave. La primera es la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual va por la 11.ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). La segunda es la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA), que publicó la quinta edición de su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos

Mentales (DSM, por sus siglas en inglés) en 2013. Por último, está el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH), que lanzó sus Criterios de Dominio de Investigación (RDoC) en 2009. Los enfoques adoptados por estas tres organizaciones para entender y clasificar los trastornos mentales tienen tanto puntos de coincidencia como claras diferencias, debido a sus distintos objetivos institucionales y a las distintas finalidades de sus sistemas.

La propuesta del CIE fue elaborada mediante un sistema de estudios de grupos de pacientes con sintomatologías homogéneas. Sus criterios se fundamentaban en causas orgánicas: hereditarias, metabólicas, endocrinas y alteraciones cerebrales. Es por esto, que las clasificaciones actuales comenzaron solo por las enfermedades mentales con causa orgánica. La CIE, promocionada por la OMS, únicamente incluyó este tipo de alteraciones en sus cuatro primeras ediciones (Del Barrio, 2009).

Dentro de un marco contextual, para Clark (2017), puede verse que el linaje histórico de la CIE se remonta al siglo XIX y es sustancialmente anterior a la fundación de la OMS. La primera versión de la CIE tuvo su origen en el primer Congreso Internacional de Estadística, cuando se pidió que prepararan una clasificación de causas de muerte uniforme y aplicable internacionalmente. La clasificación resultante organizaba las enfermedades por causa anatómica y proporcionó la base conceptual para la posterior Lista Internacional de Causas de Muerte. A partir de entonces, el gobierno francés convocó reuniones de revisión aproximadamente cada década, hasta la conferencia de 1938, que produjo la quinta revisión de la clasificación de la mortalidad. En ese momento se reconocía cada vez más la necesidad de integrar los trabajos de clasificación de la morbilidad (es decir, las causas de enfermedad) con la de la mortalidad (OMS, 1992). Posteriormente, el Comité de Causas de Muerte, que incluía a representantes de la APA, junto con representantes de los gobiernos de Canadá y Reino Unido y de la Sección de Salud de la

Liga de Naciones, propuso dicha clasificación integrada. Esta fue designada como Clasificación Estadística de Enfermedades, Lesiones y Causas de Muerte. La clasificación resultante se probó en ensayos de campo en los Estados Unidos, el Reino Unido y Canadá, y se modificó sobre la base de otras aportaciones internacionales (Clark et al., 2017).

Para Martín-Vegue (2002) el CIE, bajo varios nombres, ha sido durante muchas décadas el instrumento esencial que ha permitido la comparación nacional e internacional en el campo de la salud pública. Al principio, se usó para clasificar las causas de muerte, pero con las sucesivas revisiones ha ido extendiendo su capacidad clasificatoria a los estudios de morbilidad. Señala Martín-Vegue (2002) que su propósito consiste en permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recogidos en diferentes países o áreas y en diferentes épocas.

Clark et al. (2017) señalan que la sexta corrección de la Lista Internacional de Causas de Muerte y el establecimiento de las Listas Internacionales de causas de morbilidad, se encomendó a la Comisión Interina de la OMS en 1946, en donde el sistema de clasificación resultante, la Clasificación Internacional de Enfermedades, Lesiones y Causas de Muerte, pasó a conocerse como CIE-6. Esta versión fue la primera en utilizar el título de la CIE y en integrar la mortalidad y morbilidad y lo que es más importante para nuestros fines, en incluir una clasificación de los trastornos mentales. Así pues, la importancia y el impacto de la CIE, surgen de su función y enfoques para clasificar los trastornos mentales como un lenguaje común global para definir y comunicar las enfermedades y las condiciones de salud.

Con respecto a la CIE-7, esta fue bien recibida y ampliamente adoptada en la clasificación de los trastornos mentales por un número muy reducido de países (Fulford y Sartorius, 2009). Un

informe encargado por la OMS para determinar el motivo de esta situación destacó la necesidad de separar los constructos teóricos de los descriptivos. Durante la década siguiente, hubo una importante colaboración entre la OMS y la APA para desarrollar las clasificaciones de los trastornos mentales para la CIE-8 (OMS, 1967) y DSM-II (APA, 1968). Tras la aprobación de la CIE-8, la OMS decidió que se necesitaba una orientación adicional para la aplicación significativa de sus categorías en el ámbito clínico y publicó un glosario de términos (OMS, 1974) que proporcionaba definiciones para la mayoría de las categorías de trastornos mentales en este documento, así como para otros conceptos diagnósticos clave (Clark et al., 2017).

Señalan Clark et al. (2017) que esta declaración de la OMS dejó claro que la CIE-8 no solo pretendía ser un sistema de clasificación estadística, sino también para información útil para la asignación de diagnósticos en el ámbito clínico, que a su vez nutriría los datos que se agregarían para los informes estadísticos. La declaración también reconoce la necesidad de estandarizar los términos y conceptos en un momento en que la práctica diagnóstica entre los países estaba fragmentada por definiciones idiosincráticas. Dicho material se incorporó en gran medida en el capítulo de la CIE-9, que es el único capítulo con definiciones operativas para cada categoría y que fue rápidamente adoptado por casi todos los estados miembros de la OMS.

De acuerdo con Clark et al. (2017), debido a la diversidad de los grupos de la OMS, la CIE-10, que estuvo en vigor desde 1990 hasta 2022, se publicó en varias versiones diferentes para satisfacer una serie de necesidades. La versión que los estados miembros de la OMS utilizan como base para las estadísticas sanitarias, se denomina Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados. Esta versión estadística enumera todas las condiciones de salud y está pensada para que la empleen los codificadores o de referencia para la compatibilidad con otras clasificaciones. Al igual que en la CIE-9, el capítulo “Trastornos mentales

y del comportamiento" es el único de la clasificación estadística de la CIE-10 con un glosario de definiciones para cada condición. La OMS reconoció que estas definiciones no proporcionaban suficiente información para una aplicación fiable de la versión estadística de la clasificación "no se recomienda su uso por parte de los profesionales de la salud mental" (OMS, 1992). Para ello, la OMS desarrolló como parte de la CIE-10 La Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Guías de Diagnóstico (CDDG), la cual está destinada al empleo clínico, general, educativo y de servicios.

La CDDG describe las principales características clínicas y asociadas de cada categoría de trastorno mental, seguidas de para ayudar a los médicos a realizar diagnósticos. Asimismo, publicó una versión de la CIE-10, "Trastornos mentales y del comportamiento" para su utilización en entornos globales de atención primaria (OMS, 1996). Ese volumen contiene solo 26 categorías de trastornos; excluye condiciones que son raras en los entornos de atención primaria, por ejemplo, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y combina trastornos con necesidades de gestión similares en el ámbito de la atención primaria (por ejemplo, los trastornos psicóticos agudos). Esta versión pretende ofrecer una cobertura adecuada de los trastornos más prevalentes, los que suponen la enfermedad y los que se presentan con mayor frecuencia en los centros de atención primaria. También se incluyen directrices para el manejo de cada trastorno, diseñadas para ser aplicadas por profesionales de la salud no especializados en entornos de atención primaria en todo el mundo.

Cabe señalar que, desde su publicación inicial, la CIE-10 (OMS, 1992) se actualizó periódicamente mediante un proceso intergubernamental formal, añadiendo nuevas categorías de enfermedades emergentes y las características de estas enfermedades.

Finalmente, según Lindmeier (2018), 18 años después de la publicación de la CIE-10, la OMS presentó una versión de la CIE-11 para que los estados miembros tuvieran tiempo de planificar su aplicación. Luego fue presentada a la Asamblea de la Salud en 2019 para su adopción por parte de los países participantes, y fue publicada para su adopción general en febrero de 2022. Esta versión representa una gran mejora con respecto a su predecesor.

En primer lugar, se ha actualizado para el siglo XXI y refleja avances significativos en ciencia y medicina. Segundo, puede integrarse bien en las aplicaciones sanitarias, electrónicas y los sistemas de información. Esta nueva versión es totalmente electrónica, es significativamente más fácil de aplicar, lo que reducirá el número de errores y permite registrar más detalles. Todo ello hará que la herramienta sea mucho más accesible, especialmente en entornos de pocos recursos. Una tercera característica importante es que la CIE-11 ha sido producida de una manera transparente y colaborativa.

La clasificación CIE-11 de los trastornos mentales y del comportamiento sirve como medio principal para identificar individuos que necesitan servicios. Como tal, está totalmente conectada con el "Plan de Acción de Salud Mental" de la OMS. Este apoya al Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de dicha institución, al proporcionar una mejor herramienta para ayudar a identificar no solo a las personas que necesitan de servicios de salud mental, sino también los tratamientos y las estrategias de gestión con más probabilidades de ser efectivas. El objetivo final es ayudar a los estados miembros de la OMS a reducir la carga de enfermedad asociada a los trastornos mentales.

La CIE sigue estructurada como sistema taxonómico categórico porque este formato es necesario para su aplicación como sistema de clasificación, para las estadísticas sanitarias

mundiales y en gran medida, para su uso en los sistemas clínicos (por ejemplo, en la selección del tratamiento y la determinación de la elegibilidad de la atención sanitaria). Por esta razón, la CIE sigue reglas y convenciones particulares que tienen profundas raíces históricas y están bien aceptadas como base para la clasificación en otras áreas de la medicina, aunque se pueden señalar muchos aspectos de las condiciones de salud en diversas áreas de la medicina. Este requisito impone restricciones diferentes y mucho más estrictas a su modelo de clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, que el RDoC o, teóricamente, incluso el DSM.

Tanto la CIE como el DSM, cada uno a su manera, han realizado modificaciones para reconocer la existencia de características dimensionales que son relevantes para los trastornos mentales y para incorporar características dimensionales en sus sistemas de diagnóstico y clasificación. Agregan Clark et al. (2017) que la CIE-11 y el DSM-5 deben responder a la necesidad de los usuarios para decidir cosas, como quién debe ser considerado que padece un determinado trastorno en las estadísticas sanitarias nacionales y quién debe ser elegible para recibir y estar cubierto económicamente por un determinado tipo de servicio sanitario. De hecho, la determinación de la "casuística"—si una persona tiene o no una determinada afección— implica explícitamente el establecimiento de un umbral entre el trastorno y el no trastorno, y es quizás el requisito fundamental de estos sistemas.

Finalmente, para Clark et al. (2017) el capítulo de trastornos mentales y conductuales de la CIE-11, representa un paso importante para la nosología psiquiátrica y de la salud mental global. Por lo que no cabe duda de que es necesario seguir trabajando para mejorar la fiabilidad, validez y utilidad clínica de la metaestructura y las entidades diagnósticas tanto en el DSM-5 como en la CIE-11 y en el RDoC. Sin embargo, es oportuno celebrar el progreso realizado en esta última edición de la CIE.

3.2 Revisión Crítica del Modelo Categórico

Si bien es cierto, como lo hemos visto en los apartados anteriores, la hegemonía del DSM y el CIE se mantienen en la actualidad y por ende tienen mucha relevancia para los ámbitos Psicológicos y Psiquiátricos, también a la par de esta consolidación, se desarrolló una serie de investigaciones sobre modelos alternativos, modelos complementarios y críticas en torno a la validez del modelo, en el cual estos manuales se encuentran basados, es decir, el modelo categórico.

Es así como partir de estos desarrollos investigativos y como respuesta a los vacíos del modelo categórico, se empezaron a desarrollar las bases del modelo dimensional, hasta que en el año 2017, el consorcio HiTOP, presenta el modelo dimensional, como un enfoque creado para superar las limitaciones científicas del modelo categórico (Kotov et al., 2017).

Desde esta perspectiva, el modelo dimensional ha surgido como un sistema que supera las falencias del modelo categórico, debilitado en el paso del tiempo por importantes limitaciones como: el clasificar las psicopatologías como categorías, la co-ocurrencia, sesgos en la confiabilidad, comorbilidad, heterogeneidad entre los trastornos, inestabilidad diagnostica, uso del otro no específico, así como limites poco claros entre los trastornos y la definición de psicopatología y normalidad (Kotov, 2019; Pianowski 2019).

En el presente apartado vamos a analizar los hallazgos que fundamentan la crítica al modelo categórico. Para este fin vamos a presentar las críticas al modelo desde dos perspectivas, la primera desde el punto de vista de los requisitos de un sistema clasificatorio como un todo y la segunda sobre las características de este modelo dentro del contexto de la psicopatología.

3.2.1 Críticas al Modelo Categórico como Sistema Clasificatorio

El modelo categórico, como lo hemos podido constatar en los apartados anteriores, es un modelo de clasificación de las distintas manifestaciones de la psicopatología. De acuerdo con Millon (1991) para que sea clasificatorio debe de tener como procedimiento la creación de categorías, estas categorías deben de poder ser identificadas como entidades independientes dentro del sistema clasificatorio, por lo que es necesario que estén compuestas por elementos específicos que las constituyan como únicas e independientes.

Estos elementos o factores de cada categoría deben de compartir atributos entre sí que ayudan a definir la categoría como una entidad de la cual forman parte. Por último, todos estos atributos o factores homogéneos van a permitir identificarla y/o diferenciarla frente a otras categorías dentro del sistema de clasificación (Millon, 1991).

De esta forma, para que este sistema de clasificación pueda realmente clasificar los trastornos bajo un modelo científico, de acuerdo con la perspectiva de los DSM y CIE, debe de tener como base o partir de una nosología, de la cual se deriva de la taxonomía (Millon, 1991). De acuerdo con esta conceptualización, el modelo categórico debe establecer un sistema categórico basado en principios y reglas que permita realizar las identificaciones correctas de las entidades categóricas, esto solo se logra dentro del marco de la taxonomía.

Ahora bien, de acuerdo con esta relación, el modelo categórico debe cumplir con los parámetros taxonómicos heredados de la biología, estos parámetros los desarrolla Ramírez (2013) citando a Simpson (1961) y Widiger y Samuel (2005) los cuales incluyen:

- la exclusividad
- la exhaustividad
- la discrecionalidad

3.2.1.1 Exclusividad

Para Ramírez (2013) la exclusividad significa que cada categoría debe ser mutuamente excluyente, es decir, no pueden mezclarse y no deberían de compartir elementos unas de otras, por lo tanto, ya en un sistema de clasificación, cada grupo clínico es homogéneo, es independiente del otro y fácilmente diferenciable (Brown y Barlow, 2005; Widiger y Samuel, 2005).

En relación con este concepto de la exclusividad, Krueger et al. (2014) nos indican que diversos estudios han demostrado que personas que han sido diagnosticadas con una psicopatología específica, pueden compartir los síntomas o elementos de otros trastornos, produciéndose un traslape de criterios diagnósticos en distintas categorías.

3.2.1.2 Exhaustividad

De acuerdo con Simpson (1961) las categorías se entienden como exhaustivas, porque deben de poder aplicarse y clasificar todos los casos existentes. Al contrario, para Ruggero, et al. (2019) la evidencia empírica ha demostrado que esta característica es imposible, ya que los estudios clínicos y de clasificación cada vez son más precisos y han podido demostrar que la pretendida exhaustividad no es sinónimo de precisión o alcance. Además, para estos autores el

supuesto de exhaustividad entra en contradicción con los factores de co-ocurrencia de las categorías y la comorbilidad, como lo veremos más adelante.

3.2.1.3 Discrecionalidad

Por último, de acuerdo con este principio se considera que las categorías son discretas, ya que son binarias, es decir, las características de una categoría pertenecen a esta o no, hay una lógica de descarte del sí o no, en este caso si la persona tiene el trastorno o no (Kraemer, 2007).

Así, para este modelo, en el diagnóstico clínico solo existe un conjunto de factores que son la causa de una psicopatología, es decir, solo puede existir un grupo de criterios definidos que forman la categoría y que representan la patología y, en consecuencia, todos los trastornos son diferentes de otros (Durand y Barlow, 2007).

Desde la perspectiva del modelo dimensional, esto no es factible, ni posible de probar empíricamente, por el hecho de que las características de un trastorno implican la cantidad y grado en el que se manifiestan dentro de este (Kotov, et al., 2017). Es decir, para el modelo dimensional, al contrario del modelo categórico, existen entidades o características intermedias dentro de un trastorno que no pueden descartarse, sino integrarse dentro de la clasificación. Esta integración es por grados de manifestación dentro de una dimensión y trastorno (Krueger, et al., 2014).

De esta forma, en la historicidad de un trastorno hay etapas de manifestación y de evolución de las características del trastorno. Así no son entidades estáticas, sino que se mueven en grados dentro de un continuo en la dimensión (Ruggero, et al., 2019).

En conclusión, el modelo dimensional rechaza la lógica binaria, de si está o no está presente el trastorno, al no identificarlo como una entidad concreta y estática a través del tiempo (Hair y Anderson,1999).

3.3 Críticas al Modelo Categórico dentro del contexto de la psicopatología

En este apartado vamos a analizar la crítica al modelo categórico desde la perspectiva de la psicopatología, es decir, desde el diagnóstico y la aplicabilidad clínica del modelo. La crítica desde esta perspectiva abarca desde la comorbilidad y co-ocurrencia, la heterogeneidad categórica, la confiabilidad y validez, la continuidad Vrs discontinuidad hasta finalmente el aspecto del diagnóstico desde el modelo como tal.

3.3.1 Comorbilidad y Co-ocurrencia

Para Feinstein (1970) y Cerdá et al. (2008), la comorbilidad, se puede entender como el fenómeno, que se da en la historia clínica de un paciente, cuando este ha sido diagnosticado con una psicopatología o trastorno específico, y al mismo tiempo se identifica que ha existido o coexiste otro trastorno diferente al diagnosticado durante el estudio clínico de su psicopatología.

Para nuestros efectos se define como la situación donde más de dos trastornos diferentes se pueden diagnosticar en el mismo paciente (Krueger et al., 2014; Lilienfeld et al.,1994), por ejemplo, el trastorno depresivo y el trastorno de ansiedad generalizada (Krueger, 2003).

Este fenómeno de la Comorbilidad se da, por lo tanto, en el modelo categórico, diversas investigaciones partiendo del modelo diagnóstico de este sistema, es decir, el DSM y el CIE, han podido demostrar que un porcentaje muy alto de pacientes, han tenido durante su vida, más de cuatro diagnósticos de trastornos diferentes (Krueger y Piasecki, 2002). Es la misma situación descrita por Lilienfeld y Waldman (2004), quienes han indicado que los datos de sus investigaciones han demostrado cómo dos o más psicopatologías o trastornos descritos en el DSM se manifiestan o coexisten en la misma persona.

De acuerdo con lo anterior, la Comorbilidad afecta los diagnósticos basados en el DSM y se convierte en un problema no solo epistémico, sino que también práctico y clínico, además le resta validez empírica tanto al modelo, como a la investigación y al diagnóstico clínico (Widiger y Core, 2004).

Finalmente, podemos pasar al concepto de la co-ocurrencia, esta la podemos definir siguiendo a Widiger y Gore (2014), quienes consideraron que, por la frecuencia de la comorbilidad dentro del marco categórico, era mejor llamarla dentro del modelo dimensional, co-ocurrencia. Para estos autores, la co-ocurrencia, no conlleva una falencia diagnóstica como lo es la comorbilidad, sino que es un elemento fundamental, ya que se considera que la descripción de los trastornos no es estática, sino por grados dentro de un continuo o dimensión, dado que no existen categorías puras, sino dimensionales.

Basándose en lo anterior Forbes et al. (2017), indican que la co-ocurrencia desde el modelo dimensional es una característica de este modelo, y que se da precisamente por la presencia de los elementos que comparten los espectros de una psicopatología en una de las dimensiones específicas. Para estos autores, estos elementos se permean entre los límites de los diagnósticos,

lo cual es un problema para el modelo categórico, pero que es parte del sistema en el modelo dimensional.

Lilinfeld y Waldman (2004), sostienen que se han realizado diversas propuestas para superar la comorbilidad en el modelo categórico; sin embargo, estos autores consideran que estas propuestas solo han sido una careta para ocultar el problema fundamental de este modelo. Para estos autores, el problema está ejemplificado en los DSM y en su enfoque categórico, ya que muchas de las categorías no reflejan las características reales de cada trastorno o psicopatología. sino más bien, queda en evidencia como producto de la co-ocurrencia - comorbilidad, se pueden ver las intersecciones dimensionales, en el continuo que representa cada trastorno, por su propia naturaleza dimensional.

De esta forma, durante las investigaciones clínicas de los trastornos, se ha podido constatar la existencia de la comorbilidad en niveles muy altos en los manuales DSM. Esto ha provocado que, en la práctica clínica, el diagnóstico a través de estos manuales, no pueda ser un diagnóstico único y central (Krueger et al., 2014). Por lo tanto, la comorbilidad intrínseca tanto en las categorías, como en el uso de estos manuales ha dificultado la investigación y el diagnóstico.

Como ejemplo, tenemos el caso que nos describen Brown et al. (2001) los cuales, dentro de sus investigaciones, encontraron que el 95% de los individuos que cumplen con los criterios de depresión mayor o distimia de por vida, también cumplen con los criterios para un trastorno de ansiedad actual o pasado. Estos autores, también nos remiten otro ejemplo, donde en una muestra ambulatoria, destacaron los hallazgos de comorbilidad diagnóstica del DSM-IV en personas con ansiedad y trastornos del estado de ánimo.

Así, este problema de la comorbilidad en el modelo categórico y por ende, presente en el DSM y en los diagnósticos clínicos, ha sido, y es objeto de discusiones como de planteamientos

para encontrar soluciones, entre las cuales, la principal ha sido el intento de modificar el DSM y acercarlo más al modelo dimensional (Krueger, et al., 2014). De esta forma, las categorías diagnósticas del modelo categórico carecen de validez por este factor de comorbilidad (Kendell y Jablensky, 2003; Livesley, 2000; Maj, 2014; Mineka et al.,1998). Además, el problema no se puede superar, puesto que el mismo modelo categórico lo impide.

Siguiendo esta línea, Ruggero, et al. (2019), afirman que distintas investigaciones realizadas en torno a los diferentes tipos de trastornos y los límites entre uno y otro concluyen, de forma decisiva, que la validez sobre la cual se pueden diferenciar los trastornos es no conceptualizarlos de forma categórica como distintos, sino dentro de un modelo dimensional.

Por lo tanto, con la propuesta dimensional, se supera el problema de la comorbilidad y podemos hablar de la co-ocurrencia; así Krueger y Eaton (2015) nos indican que tanto la experiencia clínica como la evidencia empírica ha podido demostrar que hay una dimensionalidad subyacente en los trastornos mentales y que esta dimensionalidad no puede ser entendida desde un modelo categórico.

3.3.2 Heterogeneidad Categórica

De la comorbilidad se desprende el problema de la heterogeneidad diagnóstica del modelo categórico. Esta heterogeneidad viene intrínseca al dinamismo de la psicopatología, es decir, tanto el modelo categórico como el modelo dimensional buscan ordenar de la forma más homogénea posible los criterios de diagnóstico, en aras de poder explicar el surgimiento, desarrollo y posible tratamiento de un trastorno (Widiger y Core, 2005).

Sin embargo, como lo hemos visto anteriormente con el tema de la comorbilidad, este esfuerzo no se ve reflejado en el modelo categórico. Por ejemplo, Krueger et al. (2014), nos indican que las más recientes investigaciones sobre la comorbilidad han identificado que personas que cumplen con los criterios para un trastorno de la personalidad específico, difieren en algunos criterios diagnósticos del mismo trastorno. Estos casos presentan lo que podemos llamar heterogeneidad diagnóstica producto de la estructura interna del modelo categórico y de la comorbilidad.

Esta es una de las principales críticas al modelo categórico, y se refiere a que los pacientes que se agrupan en un diagnóstico específico pueden cumplir un porcentaje importante de los criterios diagnósticos de un trastorno y al mismo tiempo diferir en algunos otros criterios del total, generando diferencias importantes que no permiten categorizarlos dentro del mismo diagnóstico. Esto, a su vez, puede generar que el paciente durante su vida reciba diferentes diagnósticos, un ejemplo es cuando un paciente ha tenido cuatro diagnósticos diferentes durante su vida (Lilienfeld et al., 2017).

Otro de los problemas que se han evidenciado con respecto a la heterogeneidad, según Ruggero et al. (2019), es que de acuerdo con las investigaciones de Clark et al. (1995); Hasler et al. (2004); Zimmerman et al. (2015); es que las personas con el mismo diagnóstico pueden tener síntomas totalmente diferentes durante su historia clínica. Por ejemplo, en la investigación de Wright et al. (2013), en pacientes con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, lograron encontrar que estos difieren en la homogeneidad de la manifestación de sus problemas de control de impulsos, de conducta antisocial, de las autolesiones y de los intentos de suicidio pasados.

De este modo, también se evidencia otro problema de la heterogeneidad categórica y es que en el ámbito de un tratado de psicopatología, las categorías son homogéneas, pero en la

realidad diagnóstica ocurre lo contrario, ya que en la práctica, las categorías son heterogéneas (Krueger et al., 2014). Así, esta diferencia entre los supuestos o categorías del modelo categórico y la realidad diagnostica, no permite definir el trastorno y, por tanto, el posible marco de intervención clínico, por el hecho de que los pacientes de estos grupos varían mucho por su heterogeneidad. Esto es lo que se ha llamado el fenómeno de la heterogeneidad en el diagnóstico clínico de los trastornos, es decir, en la realidad psicopatológica siempre se van a encontrar límites superpuestos entre los trastornos y condiciones heterogéneas de los mismos (Krueger et al., 2014).

Un ejemplo de esto nos lo dan Widiger y Core (2005) donde nos indican que es visible que, dentro del modelo categórico, por la misma heterogeneidad de las categorías y la comorbilidad, hay un problema fundamental para el diagnóstico. A su vez, estos autores comentan que los defensores del modelo categórico han buscado solucionarlo tratando de crear nuevas categorías de diagnóstico, un caso particularmente importante es el de usar la nomenclatura de "no especificado de otra manera" (NOS), una muletilla para poder solventar los problemas sistémicos del modelo categórico ante la heterogeneidad de las distintas manifestaciones de psicopatología.

Finalmente, de acuerdo con Trull y Durrett (2005), el modelo dimensional es la mejor alternativa para la comprensión de la heterogeneidad de las categorías y la falta de límites claros entre los diagnósticos categóricos. Siguiendo esta línea, Kotov et al. (2020), nos indican que el modelo dimensional, busca agrupar por medio de la evidencia empírica, no por supuestos, los constructos por medio de los síntomas relacionados y los síntomas no relacionados los asigna a otras dimensiones, donde la comorbilidad se reconoce como parte del sistema.

Es por esto que Waszczuk et al. (2017) nos indican que el modelo dimensional, resuelve los problemas de la heterogeneidad y a su vez los de la comorbilidad, ya que se centran en los síntomas y no en los límites del diagnóstico, como sucede con el modelo categórico.

3.3.3 Confiabilidad y validez

La confiabilidad y la validez es indispensable en cualquier sistema de clasificación, puesto que nos permite tener diagnósticos más precisos, intervenciones clínicas más adecuadas y por supuesto continuar con el avance científico e investigativo de la psicopatología (Regier, et al., 2013).

Según, Chmielewski et al. (2015) las recientes investigaciones han demostrado que la falta de confiabilidad del modelo categórico produce interpretaciones erróneas de las psicopatologías en los diagnósticos y por ende no permite estudiar la naturaleza del cambio de los síntomas y la eficacia de los tratamientos. Estos autores, además, sostienen que todo lo anterior, produce que los resultados de la investigación en psicopatología sean erróneos.

Para Chmielewski et al. (2015), el problema de la confiabilidad y validez es inherente a la historia de los DSM y CIE. Por ejemplo, nos indican que históricamente antes del DSM III, la confiabilidad del diagnóstico era muy escasa debido a la falta de criterios diagnósticos específicos y que con la llegada del DSM IV y DSM 5 se esperaba un cambio al respecto; sin embargo, la confiabilidad diagnóstica resultó bastante similar a sus antecesores, es decir, escasa. Todo esto debido a las ya citadas limitaciones de los diagnósticos categóricos que hemos venido desarrollando como parte de la crítica al modelo categórico (Markon et al., 2011) como por ejemplo la comorbilidad y la heterogeneidad dentro de la categoría.

Así, por ejemplo, los estudios de campo de Regier et al. (2013), encontraron que el 40% de los diagnósticos realizados dentro del modelo categórico diferían entre sí y, por tanto, los evaluadores tenían criterios distintos con respecto a sus resultados. De esta forma, uno de los problemas del modelo categórico en lo que se refiere a la confiabilidad y validez se deriva de la

comorbilidad, la cual afecta directamente tanto al diagnóstico como al tratamiento (Lilienfeld et al., 2017; Hopwood y Wright, 2014). Desde este punto de vista, a pesar de que distintas investigaciones bajo el marco categórico sostienen que todas las psicopatologías son distintas y separadas unas de otras; la evidencia empírica señala que la comorbilidad falsea la validez y la confiabilidad de los diagnósticos y de las categorías (Brown et al., 2001; Kessler et al., 2005; Ormel et al., 2015; Teesson et al., 2009).

Otro de los problemas en torno a la confiabilidad y validez en el modelo categórico es el de heterogeneidad categórica. Principalmente, porque es un efecto que se da en el sistema como tal, tanto en la clasificación de las distintas manifestaciones de psicopatología como en el proceso de diagnóstico. Pero al mismo tiempo, los principios del modelo categórico rechazan esa posibilidad, aunque esta sea por naturaleza un principio natural y presente en la psicopatología, como lo ha venido demostrando el modelo dimensional (Hopwood y Wright, 2014).

Por otro lado, en el caso del modelo dimensional, los estudios de Forbes et al. (2017), han demostrado que dentro de los factores dimensionales de la psicopatología se mantienen la confiabilidad y la validez. Esto porque cada nivel de la jerarquía predice de manera diferencial resultados importantes como el funcionamiento psicosocial y el inicio y mantenimiento del trastorno. De esta forma podemos decir que en el modelo dimensional hay un componente predictivo en los psicodiagnósticos, es decir, hay validez y confiabilidad (Hopwood et al., 2017).

3.3.4 Continuidad vs. Discontinuidad

Esta parte de la discusión es en torno a dos conceptos que generan discordia entre los defensores del modelo categórico y las propuestas del modelo dimensional, y son los conceptos de continuidad y discontinuidad de la psicopatología.

Widiger y Gore (2014), nos indican que las investigaciones desarrolladas y los resultados obtenidos en torno a la clasificación y conceptualización de la psicopatología han venido demostrando que no existe una delimitación real y separada de los trastornos entre sí. Por ejemplo, algunos trastornos como: el trastorno depresivo mayor, los trastornos de ansiedad, la esquizofrenia y el trastorno bipolar, parecen fusionarse en algunos casos unos con otros, lo que ha permitido, desde una base empírica, demostrar que no hay fronteras considerables entre los trastornos. Es el mismo caso con las recientes investigaciones de Krueger, et al. (en prensa), donde concluyen que es posible determinar la continuidad, en la psicopatología, por medio de la paranoia subclínica y los delirios paranoides, consumo de sustancias en adolescentes y la depresión en la juventud, donde claramente no hay discontinuidad o categorías estáticas discretas.

Krueger, et al. (2018), sostienen que la discusión sobre si un trastorno es continuo o discreto, es una discusión netamente empírica. Ya que, por un lado, está el modelo categórico para el cual la discontinuidad es parte de su modelo científico y conceptual, basado en constructos o categorías que obedecen más a la tradición y el saber cómo autoridad, que a la evidencia empírica. Así, estos autores sostienen que el estudio empírico de cientos de investigaciones lleva a la conclusión de que la naturaleza de la psicopatología es continua.

En este sentido, los estudios de Lahey et al. (2014), demuestran la continuidad, a la que han llamado continuidad heterotípica generalizada, de la psicopatología en los adultos, es decir,

que estas manifestaciones no se pueden definir como entidades fijas e independientes. Estos autores también afirman que la continuidad se sostiene en el modelo dimensional, ya que se considera que la psicopatología se manifiesta en una estructura correlacional de forma simultánea y a lo largo del tiempo.

3.3.5 Critica al Diagnóstico

Por último, toda la crítica anterior culmina en uno de los problemas más complejos del modelo categórico, y es el problema del diagnóstico, por el hecho de que no se puede dar un diagnóstico real y confiable, si tenemos de fondo todos los problemas anteriormente señalados, como lo son: los problemas de confiabilidad, los indicadores altos de comorbilidad y la heterogeneidad categórica, entre otros (Ruggero et al., 2019).

Como lo vimos anteriormente, con respecto a la comorbilidad en el modelo categórico, hemos descrito cómo se da el problema de diagnósticos múltiples, situación que sugiere la presencia de distintas manifestaciones de psicopatología que impiden un diagnóstico confiable. Caso contrario con el modelo dimensional, donde al hablar de co-ocurrencia, podemos tener la presencia de diagnósticos concurrentes (Rodríguez-Seijas et al., 2017) que nos demuestran la presencia de una patología común y compartida (Krueger y Markon, 2006; Widiger y Clark, 2000). Es decir, el modelo dimensional mediante sus diferentes dimensiones y espectros supera los patrones de comorbilidad del modelo categórico (Kotov et al., 2020).

El problema de la confiabilidad es, para Widiger y Gore (2014), uno de los resultados de la comorbilidad. Ya que esta tiene como efecto que los diagnósticos y en consecuencia los tratamientos, no sean confiables y pueden más bien estar equivocados al no reconocer la co-ocurrencia de algunas formas de psicopatología y, por tanto, no ser efectivos o trabajar

parcialmente el proceso de intervención. Al respecto, Kotov et al. (2020) nos indican que el modelo dimensional se adapta bien a los patrones de co-ocurrencia entre los diagnósticos, por lo que, los diagnósticos dentro del modelo dimensional tienen validez científica, sobre los categóricos.

Otro ejemplo importante es una de las conclusiones de Galatzer-Levy y Bryant (2013), que nos indican que para el estrés postraumático en el DSM-5 hay más de 600.000 combinaciones posibles de síntomas que conducen a su diagnóstico, lo cual apunta a las deficiencias inherentes a la lógica del método de clasificación de este sistema categórico.

Finalmente, el diagnóstico clínico es un problema relevante a lo interno del modelo categórico, ya que la deficiencia empírica de la clasificación ha provocado, según Widiger y Gore (2014), que los criterios de diagnóstico se hayan desarrollado y modificado con el tiempo, en aras de lograr un sistema clasificatorio sintético y concreto, pasando por encima de la realidad empírica de la psicopatología.

Siguiendo lo anterior, un ejemplo fundamental es el de que los profesionales en salud, al no tener los criterios exactos o que en su debido caso no logran definir un diagnóstico preciso, recurren a dejar los casos como no identificados. De esta forma, el acumular casos como no identificados por parte de los profesionales en salud y como producto de las deficiencias del modelo categórico, es una forma de poder mantenerse dentro del modelo y una herramienta sencilla para salvaguardar la integridad de este. Esta práctica permite dar un espacio temporal para crear nuevas formas de psicopatología, mismas que al final terminan compartiendo los criterios diagnósticos de otras.

Ejemplo de lo anterior son los trastornos que se incluyeron en el DSM-IV como Bipolar II (llenando un espacio entre DSM-III-R Bipolar y trastornos del estado de ánimo ciclotímicos), trastorno mixto de ansiedad-depresión (una brecha entre trastornos de ansiedad y del estado de

ánimo), trastorno depresivo de la personalidad (personalidad y estado de ánimo, trastornos depresivos postpsicóticos de la esquizofrenia (esquizofrenia y depresión mayor) Widiger y Gore (2014).

Por último, al generar nuevas formas de psicopatología para llenar vacíos en el modelo categórico, lejos de la evidencia empírica, lo que hacen es generar más posibilidades de comorbilidad y de diagnósticos clínicos no confiables. Los cuales van en detrimento de la salud de las personas. (Phillips et al., 2003; Pincus et al., 1992; Pincus et al., 2003).

En conclusión, el modelo dimensional, según los datos aportados por las múltiples investigaciones (Ruggero et al., 2019), permite superar las falencias del modelo categórico, en el proceso de diagnósticos clínicos, ya que ofrece un sistema que supera los sesgos de confiabilidad, validez, comorbilidad ahora entendida como co-ocurrencia y la heterogeneidad categórica.

4 Modelo dimensional

4.1 Modelos factoriales de la personalidad

El modelo de los cinco grandes factores de la personalidad (FMM, por sus siglas en inglés) es hoy el referente por excelencia para comprender y organizar el complejo mundo de la personalidad humana. El mismo agrupa los rasgos de personalidad en cinco grandes dominios: Extraversión, Neuroticismo, Apertura a la experiencia, Amabilidad y Responsabilidad. Dentro de las fortalezas del método se encuentra la factibilidad de establecer una estructura universal de la

personalidad, ya que la investigación con poblaciones de diferentes culturas e idiomas obtiene resultados consistentes entre sí, lo que aporta un importante grado de validez y trascendencia a la propuesta.

Este modelo tiene sus inicios en el año 1932, cuando McDougall propuso que "la personalidad puede ser ampliamente analizada en cinco factores distinguibles entre sí" (McDougall, 1932, pp 5). Dos años después, Thurstone informa sobre un análisis factorial realizado con 60 adjetivos de rasgos de personalidad que podían ser agrupados en cinco factores comunes independientes, dando validez empírica a la propuesta (Thurstone, 1934, citado por Costa et al., 2002).

Sin embargo, es mucho tiempo después que toma fuerza para considerarse dentro de la comunidad científica como un modelo serio de investigación. El principal motivo que parece razonable, según el autor, es que en ese tiempo no existían computadoras para efectuar análisis factoriales con la sencillez y rapidez de hoy en día. También influía el hecho de que no respondía a una condición de moda e interés de la época (Costa y Widiger, 2002). Fue entre las décadas de los 50 y 80 que el modelo encuentra respaldo en las investigaciones de varios teóricos, entre ellos Catell, Eysenck, Fiske, Tupes y Christal, Borgatta, Norman y Golberg. Aunque fueron trabajos independientes, todos arrojaron resultados comunes que respaldan la propuesta de los cinco factores (Costa et al., 2002).

El interés sobre la investigación relacionada con los trastornos de personalidad ha ido en crecimiento en las dos últimas décadas. Esto puede ser respaldado por más de 750 estudios empíricos contemplados en la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Es mediante este proceso de investigación que se puede evidenciar una serie de errores teóricos y metodológicos en el diagnóstico de los trastornos de personalidad del DSM, pues este modelo diagnostica a los

pacientes en entidades categóricas y excluyentes. Sin embargo, la comorbilidad documentada presenta una seria dificultad en la confiabilidad y validez del diagnóstico. Es por esto por lo que la visión dimensional de la psicopatología propuesta en el DSM-5 aporta valiosa información al proceso de diagnóstico, ya que permite determinar si un rasgo de personalidad es desadaptativo o no, y en qué medida (Costa y Widiger, 2002).

A pesar de que muchos de estos estudios se orientan hacia el funcionamiento normal de la personalidad, estos brindan datos relevantes para comprender hasta qué punto el modelo de los cinco factores puede explicar los trastornos de la misma. McCrae et al. (1986) administraron el Q-Sort de California (QSC) y el *NEO Personality Inventory* (NEO-PI) en alrededor de 110 y 403 personas del Estudio longitudinal del envejecimiento en Baltimore y un análisis factorial del conjunto completo de ítems arrojó que cinco factores se corresponden estrechamente con los cinco dominios del FMM. Por ejemplo, *el neuroticismo* contrastó con "irritable" y "autodefensa", *apertura* con "rebeldes inconformistas", *amabilidad* con "comprensivo" y "considerado", entre otros. Esta similitud de factores entre el QSC, que es un instrumento para valoraciones clínicas, con el FMM proporciona un apoyo considerable para el modelo (Costa y Widiger, 2002).

Estos autores mencionan la presencia de al menos 56 estudios en los que los investigadores abordan la descripción, clasificación y comprensión de la sintomatología de los trastornos de personalidad desde la perspectiva del FMM. Uno de estos estudios lo realizaron Wiggins y Pincus en 1989, en el que se aplicaron estos instrumentos a 581 estudiantes universitarios:

- dos medidas de sintomatología de trastornos de la personalidad
- las escalas de trastornos de la personalidad del Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota (MMPI)

- la lista de verificación de Adjetivos de Personalidad
- dos medidas del FMM, el NEO-PI y la versión *Revised Interpersonal Adjective Scales-Big Five.*

De los resultados, concluyeron que "las concepciones de los trastornos de personalidad estaban fuerte y claramente relacionadas con las dimensiones de los rasgos de la personalidad normal". Además, mencionan los autores, "el modelo completo de cinco factores era necesario para captar y aclarar toda la gama de los trastornos de la personalidad" (Wiggins y Pincus; 1989, como se citó en Costa y Widiger; 2002, pp. 61).

Una de las críticas a estos estudios es que muchos fueron realizados con estudiantes. Sin embargo, también existe evidencia con población clínica que respalda la idea de un modelo de la psicopatología basado en la comprensión dimensional de la personalidad.

Widiger y Frances (1993), mencionan el estudio efectuado en 1992 por Trull, quién administró el NEO-PI y tres medidas independientes de la sintomatología de trastornos de la personalidad del DSM-III-R (APA, 1987), las escalas de trastornos de la personalidad del MMPI, el cuestionario de diagnóstico de la personalidad revisado, conocido como PDQ-R por sus siglas en inglés (Hyler y Rieder, 1987), junto a la entrevista estructurada para los trastornos de personalidad DSM-III-R.

Este estudio concluyó que todos los trastornos de la personalidad del DSM-III-R están relacionados con al menos una de las dimensiones de personalidad del FMM, además de que las puntuaciones del NEO-PI se correlacionaron significativamente con las puntuaciones de trastornos de la personalidad individuales (Trull, 1992; citado por Widiger y Frances, 1993; en Costa y Widiger, 2002).

Dichos resultados ponen de manifiesto que la psicología “normal” y “anormal” tradicionalmente han sido campos de estudio separados, por lo que las teorías sobre la personalidad y los trastornos de esta no habían sido relacionadas con frecuencia, aun cuando muchos modelos de la personalidad se formularon con el objetivo de describir la variación de rasgos tanto normales como anormales. Los hallazgos encontrados nos acercan a la idea de una estructura única para comprender tanto la psicología normal como los trastornos de la personalidad.

Uno de los puntos de mayor consenso en este sentido es que la personalidad anormal generalmente representa extremos de continuos en común con la personalidad normal. La existencia de algunos estudios realizados al momento logra evidenciar empíricamente esta estructura usual, donde el modelo de los cinco factores parece ser prometedor como marco integrador potencial para ese objetivo, siendo que este modelo discrimina bien entre las diferentes formas de personalidad anormal (Reynolds et al., 2001).

O’Connor, en 2002, hizo un trabajo con 37 inventarios de personalidad diferentes y demostró que la dimensionalidad de las medidas de la personalidad era generalmente similar en muestras clínicas y no clínicas (Markon et al., 2005).

Markon et al. (2005) publicaron resultados interesantes que avalan la concepción de una estructura frecuente. Su investigación consistió en un metaanálisis y un estudio empírico que tenían el objetivo de identificar los factores compartidos entre la personalidad normal y anormal, para así delinear sus relaciones jerárquicas. Incluyeron las medidas de los Cinco Grandes, las medidas que representan la teoría del rasgo de los Tres Grandes, medidas del sistema de personalidad de uso generalizado de Cloninger, además el Cuestionario Básico de Valoración Dimensional de la Patología de la Personalidad (DAPP) y Escala de Evaluación de la Personalidad Adaptativa y Desadaptativa (SNAP) como medidas de la personalidad anormal.

En el primer estudio, la correlación meta analítica representó una estimación de la correlación poblacional general, sobre diferentes correlaciones de subpoblaciones. Para estimar cada correlación poblacional se utilizó un modelo de efectos aleatorios univariante con una rutina escrita en R, tratando cada muestra como independiente y ponderada por el tamaño de la muestra. Además, se usaron otros métodos meta analíticos, como un modelo de efectos fijos, correlación muestral media simple y mediana. En total, se estimaron 946 correlaciones entre 44 escalas.

En el segundo se estudiaron las relaciones entre varios inventarios de personalidad normal y anormal en una muestra de estudiantes universitarios. La muestra total fue de 327 estudiantes y los inventarios que se emplearon fueron NEO-PI-R, EPQ-R; SNAP y *Big Five Inventory*, con un total de 53 escalas en los análisis. Concluyeron que la jerarquía de rasgos identificada es notable en su replicabilidad en muestras de individuos y medidas. Se encontraron similitudes en la estructura jerárquica observadas en los dos estudios. Además, estas replican bien en los Cinco Grandes, los Cuatro Grandes, Tres Grandes o Dos Grandes y también sus relaciones jerárquicas entre sí. El marco jerárquico representado en estos estudios es importante porque proporciona una estructura superior común para la personalidad normal y anormal. Además, integra una variedad de modelos que se han propuesto en la literatura y apoya modelos integradores previos que se han propuesto, mientras ayudan a aclarar la naturaleza de la jerarquía en la estructura de la personalidad (Markon et al., 2005).

Lynam citado por Costa y Widiger (2002), por ejemplo, sugiere una visión un poco diferente sobre la psicopatía que respalda la idea de una estructura común. Aunque en general la psicopatía es vista como una condición relativamente homogénea y cuantitativamente distinta al funcionamiento normal de un individuo; él la conceptualiza, como un conjunto de rasgos de personalidad que existen en un funcionamiento normal, donde pueden estar presentes niveles

desadaptativos que conducen al deterioro o malestar de la persona. En este sentido, proporciona evidencia que respalda esa perspectiva dimensional y ofrece algunas ventajas sobre esta.

Widiger y Lynam tradujeron en 1998 la descripción de la psicopatía del *Hare Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R), (Hare, 1991), al lenguaje del modelo de los cinco grandes (FMM) y encontraron cómo cada uno de los constructos de este instrumento, se relaciona con las principales facetas del FMM. Destacan dieciocho aspectos de correlación importantes. Se citan algunos ejemplos a continuación:

- **Encanto superficial:** es un claro indicador de ausencia de timidez, que es una faceta del neuroticismo en donde la persona siente ansiedad social, vergüenza y pudor, mientras que el psicópata carece de esto: es más bien desinhibido y con ingenio para saber qué responder en algunas situaciones sociales.
- **Mentira patológica:** está bien reflejado en la faceta del engaño del antagonismo, los individuos en este extremo son manipuladores, engañadores y deshonestos.
- **Insensibilidad o falta de empatía:** este rasgo es fácil de rastrear en el FMM, corresponde a las facetas de mentalidad dura y arrogancia del antagonismo (Costa y Widiger, 2002).

Por otro lado, para respaldar los hallazgos mencionados, los autores solicitaron a expertos en el tema de la psicopatía describir la personalidad psicopática prototípica y lo compararon con la traducción del FMM y el PCL-R. Les pidieron clasificar al psicópata en cada una de las facetas que corresponden a la FMM y encontraron que los resultados fueron buenos: “el 50 % de los ítems tenían desviaciones estándares inferiores a 0,70 y solo el 17 % superiores a 1.00” (Costa y Widiger,

2002). En un segundo estudio, solicitaron a expertos que calificaran al psicópata incipiente prototípico utilizando los 100 ítems del *California Child Q-Set* (CLQ). El 58 % de los ítems tenían desviaciones estándares inferiores a 1 y el 88 % inferiores a 1,5. Estos son indicadores de una correspondencia fidedigna del perfil psicopático comparado con dos instrumentos, uno correspondiente a la investigación sobre la personalidad y el otro basado en la investigación sobre la psicopatología, lo que evidencia la posibilidad de un continuo entre psicología normal y anormal (Costa y Widiger, 2002).

De la misma manera, Lynam citado por Costa y Widiger (2002), menciona una investigación en la que examinó la relación entre la psicopatía y las treinta facetas del FMM, realizado a 481 hombres y mujeres de edades entre los 20 y 22 años, que participaron en un estudio longitudinal que examinaba el comportamiento antisocial. Para ello, los participantes completaron el Escala de Psicopatía de Levenson (LSRP) y el NEO-PI-R. En los resultados encontró que:

> "Todas las facetas de antagonismo se relacionaron positivamente con las puntuaciones en el LSRP. Excepto la relación con la arrogancia, todas las correlaciones fueron al menos de tamaño moderado. Los resultados de la responsabilidad fueron igualmente alentadores. La psicopatía se correlacionó negativamente, al menos moderadamente, con todas las facetas de la responsabilidad, excepto con el orden, en cuyo caso la correlación fue negativa y pequeña. No es de extrañar que, dada la saturación del LSRP con afecto negativo, las correlaciones para el neuroticismo fueran todas positivas; sin embargo, surgieron patrones interesantes dentro de estas correlaciones. La correlación positiva más alta se dio entre la psicopatía y la hostilidad furiosa, mientras que las correlaciones más bajas fueron para la ansiedad y la timidez.

> En el caso de la extraversión, los resultados fueron coherentes con otros análisis. La psicopatía estaba relacionada negativamente con la calidez y las emociones positivas, pero positivamente con la búsqueda de excitación.
>
> Por último, la psicopatía se relacionó negativamente con la apertura a la estética y la apertura a los sentimientos. Es importante destacar que las relaciones entre la psicopatía y las facetas fueron relativamente fuertes; en conjunto, las facetas representaron el 57 % de la variación en las puntuaciones totales de psicopatía" (Costa y Widiger, 2002).

De acuerdo con Lynam citado por Costa y Widiger (2002), estos estudios avalan la concepción de una visión integradora de la personalidad para comprender la psicopatología y aportan información valiosa para su comprensión. Además, añade aspectos que favorecen la comprensión de lo que él denomina psicopatía exitosa, que se refiere a los individuos que tienen rasgos psicopáticos, pero que no registran actos delictivos en su historial de vida; son individuos que puntúan alto en algunas facetas, pero no en todas, logrando un grado de adaptabilidad a su ambiente social. Igualmente, aporta al tema de la comorbilidad, ya que la psicopatía tiende a correlacionarse con el trastorno antisocial de la personalidad o con el trastorno narcisista de la personalidad (de acuerdo con el DSM-IV y de acuerdo con el FMM). Se comprende que estas tres personalidades puntúan alto en antagonismo y bajo en responsabilidad, pero la divergencia se encuentra en la faceta de neuroticismo en dónde puede aclararse o diferenciarse con mayor precisión el diagnóstico.

Blais (2010), también mostró hallazgos importantes relacionados con considerar una estructura común de la personalidad y la psicopatología. Mostró los resultados de un estudio en

donde utilizó el *Inventario de Evaluación de la Personalidad* (PAI), (Morey, 1991) y el *NEO-Personality Inventory-Revised,* NEO-PI-R por sus siglas en inglés (Costa y McCrae, 1992), para investigar la estructura conjunta de orden superior de la psicopatología y la personalidad normal. Consideró estos dos instrumentos debido a la validez empírica que se ha demostrado anteriormente por otros autores.

Blais (2010), retoma el estudio realizado por Hoelzle y Meyer (2009), en el cual utilizan el PAI (mide depresión, ansiedad y somatización, manía, paranoia, esquizofrenia, rasgos anormales de personalidad), y cuyos resultados de los análisis factoriales, generaron de manera confiable tres factores robustos; los cuales son similares a las dimensiones de Internalización y Externalización del HiTOP.

Blais (2010), siguiendo este mismo estudio sobre el NEO-PI-R, que es una herramienta adecuada al modelo de los Cinco Grandes, y que ha demostrado en los estudios previos una estructura de orden superior de un primer factor compuesto por neuroticismo, amabilidad y responsabilidad, junto a otro factor compuesto por extraversión y apertura. Apunta que tanto las estructuras de los factores del PAI como las del NEO-PI-R, están bien identificadas y son consistentes, por lo que considera apropiado explorar la relación NEO-PI-R-PAI para lograr identificar una estructura común entre personalidad normal y anormal. El autor se planteó dos objetivos: primero, identificar una estructura conjunta de la psicopatología y la personalidad normal; segundo, localizar esta estructura dentro de la jerarquía planteada por Markon et al. (2002).

A pesar de que estos estudios son considerados preliminares y se realizaron en una muestra no-clínica, los hallazgos responden positivamente al primer objetivo, pues se logró evidenciar una estructura de tres factores bien definida y además se identificó que esta estructura se asemeja a las

tres grandes dimensiones de emocionalidad negativa (NE), así como con la desinhibición y emocionalidad positiva (EP) de la jerarquía propuesta por Markon et al. (2002).

De acuerdo con Blais (2010), el primer factor estuvo marcado por neuroticismo, ansiedad, depresión y rasgos de personalidad límite; el segundo factor tuvo cargas negativas para amabilidad y responsabilidad, así como cargas positivas para abuso de drogas y rasgos de personalidad antisocial. El tercer factor tuvo cargas positivas para extraversión, apertura y manía, más una carga negativa secundaria para depresión. Esta estructura del factor conjunto NEO-PI-R-PAI, por su parecido con el modelo de los tres grandes de rasgos de personalidad, sugiere que los rasgos clínicos tradicionales no son constructos fundamentalmente distintos y que pueden conceptualizarse dentro de una estructura de personalidad integral.

Por otra parte, algunas investigaciones proponen la posibilidad de aplicar la investigación de rasgos normativos a la clasificación del trastorno de personalidad propuesta en el DSM-5. En 2012, Thomas et al., decidieron probar la correspondencia entre los dominios de orden superior del DSM-5 y el FMM en adultos. Para ello, realizaron un análisis factorial exploratorio conjunto con los veinticinco rasgos del PID-5 y los cinco dominios de FMM. Los resultados generales sugieren que los rasgos desadaptativos mencionados en el DSM-5 correlacionaron de acuerdo con lo esperado con los dominios FMM. Un ejemplo de lo anterior es que las facetas del antagonismo correlacionan en gran medida con el factor de amabilidad de FMM. Lo anterior implica que a partir de ahí se pueden hacer inferencias válidas respecto a los trastornos de personalidad del sistema DSM-5, basadas en investigaciones con el modelo de los cinco grandes.

En el año 2017, Wright y otros autores realizan un estudio sobre las influencias genéticas y ambientales en los rasgos de personalidad, adaptativos y desadaptativos, incluidos en el DSM-5. Es importante señalar que en esta edición se plantea que los trastornos de la personalidad se

clasifican por deficiencias en el funcionamiento de la personalidad y niveles de desadaptación. Los resultados de este estudio aportan, según los autores, un valioso apoyo a la afirmación de que los rasgos de personalidad desadaptativos son variantes extremas de los rasgos de personalidad normativos. Utilizaron el PID-5 y el Inventario de Personalidad de Ítems Seleccionados del NEO-PI (IPIP-NEO) para realizarlo. Los resultados revelaron que los rasgos PID-5 reflejan niveles similares de heredabilidad a los rasgos IPIP-NEO.

En conclusión, los teóricos anteriores, sugieren que las líneas de investigación apuntan a considerar el modelo dimensional como un referente válido para ampliar el conocimiento científico sobre la psicopatología y aporta ventajas considerables, pues permiten a los profesionales de la salud mental diagnosticar y brindar tratamiento a los trastornos de la personalidad de una manera más efectiva; considerando la posibilidad de identificar predisposiciones y admitir una intervención en edades tempranas (Widiger et al., 2019).

Todos estos estudios y sus resultados se han generado de experiencias con base científica y fortalecen la forma en que se ha estudiado la psicopatología. Respaldan y proveen material empírico para validar el modelo dimensional de HiTOP.

4.2 Modelo alternativo de trastornos de personalidad (DSM-5, sección III)

Las limitaciones del abordaje categórico de la psicopatología han abierto un apoyo creciente hacia un enfoque dimensional de la misma. Por este motivo, la APA, en el DSM-5 publicado en 2013, realiza la inclusión de su nueva Sección III. Esta se dedica exclusivamente a presentar algunas opciones en cuanto a herramientas y modelos alternativos para la evaluación de

la psicopatología, que permitan integrar tantos los datos objetivos y subjetivos del paciente como datos clínicos. Esto, con miras a realizar un abordaje integral de los individuos desde un enfoque dimensional.

4.2.1 Medidas de Evaluación

En cuanto a la propuesta de medidas de evaluación destaca la siguiente:

Las Medidas de Síntomas Transversales: son un grupo de preguntas autoadministradas que parten de la revisión médica general y se dividen en dos niveles. Las de nivel 1 componen un breve cuestionario de veintitrés preguntas que evalúan trece dominios para adultos (depresión, ira, manía, ansiedad, síntomas somáticos, ideas suicidas, psicosis, problemas del sueño, memoria, pensamientos y comportamientos repetitivos, disociación, funcionamiento de la personalidad y consumo de sustancias). Esto, junto a veinticinco preguntas que evalúan doce dominios para niños y adolescentes (depresión, ira, irritabilidad, manía, ansiedad, síntomas somáticos, falta de atención, ideas/tentativas de suicidio, psicosis, problemas del sueño, pensamientos y comportamientos repetitivos y consumo de sustancias). Por su parte, el nivel 2 son preguntas que profundizan un poco más en ciertos dominios de interés y los síntomas transversales relacionados con estos.

Para cada dominio existen de una a tres preguntas relacionadas. Las mismas interrogan por la frecuencia con que se ha presentado un síntoma específico en las dos semanas anteriores. Su evaluación se realiza en una escala de cinco puntos (0=

nada o ninguno, 1=raro o ligero, 2=leve o varios días, 3=moderado o más de la mitad de los días, 4=grave o casi cada día). Su interpretación se basa en que para cada dominio una puntuación de leve (2 puntos) indica la necesidad de profundizar para determinar la gravedad del síntoma. Únicamente para el consumo de sustancias, ideas suicidas y psicosis, una puntuación de ligero da pie para continuar con una evaluación más detallada.

En la versión aplicada a padres o tutores legales (niños de 6 a 17 años), diecinueve de los ítems se evalúan con la escala de cinco puntos, mientras que los ítems sobre ideas suicidas, tentativas de suicidio y consumo de sustancias se evalúan con una escala de *Sí*, *No*, o *No sé*. Una puntuación de 2 en cualquier ítem de las escalas que se puntúan con 5 puntos indica que se debe profundizar en la evaluación, a excepción de las dimensiones de falta de atención y psicosis, las cuales con una puntuación de 1 activan el indicador. Mientras que para los ítems de ideas suicidas, tentativas suicidas y consumo de sustancias, una valoración de No sé, (especialmente para edades entre 11-17 años) es el indicador de activación.

Las Medidas de Gravedad: se trata de preguntas de diagnóstico específicas que se corresponden estrechamente con los criterios que constituyen la definición del trastorno. En el caso de la dimensión psicótica, se utiliza una medida de ocho ítems con una escala de 5 puntos (0= nada, 1= dudoso, 2= presente, pero leve, 3= presente y moderado y 4= presente y grave). La diferencia en este caso es que la consulta se realiza con base en la presencia de síntomas en los siete días anteriores y que en este caso es el clínico quien puntúa cada ítem. Su frecuencia de uso depende de la

estabilidad de los síntomas, así como de la respuesta al tratamiento que tengan los individuos.

El Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0). A partir de treinta y seis ítems evalúa la capacidad del paciente para realizar actividades de acuerdo con seis áreas: comprensión y comunicación, capacidad para moverse, cuidado personal, relaciones interpersonales, actividades de la vida diaria y participación en la sociedad. Si la o el individuo no está en capacidad de responder, puede solicitarse a un informante que le conozca que brinde la información. Los ítems preguntan por la dificultad que la persona ha presentado en áreas específicas de funcionamiento durante los últimos 30 días. La escala es de 5 puntos (1= ninguna, 2= leve, 3=moderada, 4=grave y 5=extrema).

4.2.2 Formulación Cultural

Una parte fundamental para comprender a cabalidad la enfermedad mental es el contexto cultural en que se desenvuelve el individuo, ya que esto brinda pistas importantes para la ejecución de la evaluación, el diagnóstico e inclusive el tratamiento. En el DSM-5 (2013), se define "cultura" como *"aquellos sistemas de conocimientos, conceptos, normas y prácticas que se aprenden y se transmiten a través de las generaciones"*. Dentro de la misma se incluye la lengua, la religión o espiritualidad, estructuras familiares, fases de los ciclos vitales, los ritos ceremoniales y las costumbres, además los sistemas morales y legales.

Es por lo anterior que, en esta nueva versión del DSM, se introduce la *Guía para la Formulación Cultural* (EFC). Esta brinda un soporte a la evaluación, ya que relaciona los trastornos mentales de un individuo con algunas características del contexto cultural, histórico y social.

La EFC es una breve entrevista semiestructurada, la cual consta de 16 preguntas que se organizan en cuatro dominios:

- Definición cultural del problema (preguntas 1-3)
- Percepciones culturales de la causa, el contexto y el apoyo (preguntas 4-10)
- Factores culturales que afectan al afrontamiento y la búsqueda de ayuda en el pasado (preguntas 11-13)
- Factores culturales que afectan al afrontamiento y la búsqueda de ayuda en el presente (preguntas 14-16)

Esta herramienta cobra valor al realizar la evaluación y diagnóstico, en la medida en que sea un insumo más que se contraste con los resultados obtenidos del proceso completo.

4.3 Modelo alternativo del DSM-5 para los trastornos de personalidad

Tras las continuas críticas al modelo categórico de la psicopatología recibidas por el DSM a lo largo de sus distintas ediciones, el Consejo Asesor de la APA (a cargo de la revisión y publicación de la última versión del manual), decide integrar un tercer capítulo titulado “Medidas

y Modelos Emergentes" (DSM-5, 2013). En ella se expone un modelo alternativo de bases empíricas, que propone la dimensionalidad de la psicopatología, caracterizado por las dificultades que presentan las y los individuos a nivel del funcionamiento de la personalidad, así como los rasgos de personalidad patológicos.

Según este modelo, los criterios generales del trastorno de personalidad son:

Nivel de funcionamiento de la personalidad: se traduce en la dificultad moderada, media o grave en el funcionamiento de la personalidad del individuo en el plano del *self* (identidad y autodirección), así como en el interpersonal (empatía e intimidad).

La dificultad en el funcionamiento de la personalidad brinda evidencia de la presencia de un trastorno, mientras que la gravedad del deterioro en el funcionamiento de esa personalidad permite determinar la presencia de uno o más trastornos de personalidad o la forma típicamente más grave de alguno de ellos.

Rasgos patológicos de la personalidad: a partir del modelo que organiza en cinco grandes dominios los rasgos de la personalidad (afecto negativo, desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo), los cuales a su vez se componen de veinticinco facetas de rasgos específicos. Se establece la presencia de uno o más rasgos patológicos de la personalidad en la o el paciente.

Generalización: Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad y la expresión del rasgo de personalidad son inflexibles y extensibles a una amplia gama de situaciones

personales y sociales. La o el paciente demuestra un patrón desadaptativo o inflexible, ya que no es capaz de modificar su pensamiento o comportamiento a pesar de la evidencia de que su perspectiva no está funcionando.

Estabilidad: Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad y la expresión del rasgo de personalidad son relativamente estables a través del tiempo y se inicia al menos en la adolescencia o en la edad adulta temprana.

Los rasgos de personalidad predisponen a comportarse o sentirse de cierta manera, siendo estables a lo largo del tiempo, e incluso más estables que las expresiones sintomáticas. De este modo, las dificultades en el funcionamiento de la personalidad son más estables que los propios síntomas.

De igual manera, se introducen tres criterios que permiten llevar a cabo el diagnóstico diferencial, los cuales a saber son:

- Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad y la expresión del rasgo de personalidad no se explican mejor por otro trastorno mental.
- Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad y la expresión del rasgo de personalidad no son exclusivamente atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad y la expresión del rasgo de personalidad no se conciben como normales para la etapa de desarrollo de la persona o para su contexto sociocultural.

En cuanto a esta clasificación, los criterios A y B, corresponden a la determinación de la presencia de rasgos de personalidad y su nivel de desadaptación. Los criterios C y D, definen la generalización y estabilidad de los rasgos desadaptativos. Finalmente, los criterios E, F y G, permiten la realización del diagnóstico diferencial de los trastornos de la personalidad.

De la misma forma, de acuerdo con este modelo que es propuesto por el DSM-5 (2013), cuando el individuo no cumple el número de criterios mínimos para A o B, lo que se presenta es una clasificación subclínica del trastorno de personalidad, a partir de la cual pueden presentarse una combinación de rasgos de diferentes trastornos de personalidad. Procede realizar un diagnóstico de Trastorno de Personalidad Especificado por Rasgos (TP-ER), el cual se define como una "dificultad moderada o grave en el funcionamiento de la personalidad" y puede ser descrita por los rasgos patológicos de personalidad relevantes.

Según Strickland (2014), el consejo asesor busca cerrar la brecha entre el DSM-IV y el DSM-5, llevando a cabo la conceptualización de seis trastornos específicos y brindar datos particulares para la clasificación de estos. Estos son:

- **Trastorno de personalidad antisocial:** caracterizada por la presencia de rasgos de manipulación, insensibilidad, engaño y hostilidad (correspondientes con el aspecto del antagonismo), además asunción de riesgos, impulsividad e irresponsabilidad (vinculados con el aspecto de la desinhibición).
- **Trastorno de la personalidad evitativa:** presenta los rasgos de ansiedad (correspondiente al aspecto de la afectividad negativa), junto al distanciamiento, la

anhedonia y la evitación de la intimidad (que son algunos de los rasgos propios del aspecto del desapego).

- **Trastorno de personalidad límite:** cuyos rasgos serían labilidad emocional, ansiedad, inseguridad de separación y depresión (todos del aspecto de la afectividad negativa), así como impulsividad, asunción de riesgos y hostilidad (que corresponden al aspecto del antagonismo).
- **Trastorno de la personalidad narcisista:** cuyos rasgos específicos son la grandiosidad y la búsqueda de atención (ambos del aspecto antagonista).
- **Trastorno de la personalidad obsesiva-compulsiva:** cuyo rasgo principal es el perfeccionismo rígido (aspecto de extrema escrupulosidad que es el polo opuesto de la desinhibición), además de los rasgos de perseverancia (aspecto de la afectividad negativa), evitación de la intimidad y afectividad restringida (que componen el aspecto del desapego).
- **Trastorno de la personalidad esquizotípica:** presenta rasgos de desregulación cognitiva y perceptiva, creencias y experiencias inusuales, así como excentricidad (todos aspectos del psicoticismo), así como afectividad restringida y desconfianza (ambos aspectos del desapego).

Además de incluir la posibilidad de un diagnóstico de personalidad especificado por rasgos (TP-ER), para todos ellos se consideran las dificultades en el funcionamiento de la personalidad y la presencia de rasgos de personalidad patológicos de cualquiera de los dominios. Según el DSM-5 (2013), entre estos están: afectividad negativa (versus estabilidad emocional), desapego (versus

extraversión), antagonismo (versus amabilidad), desinhibición (versus escrupulosidad) y psicoticismo (versus lucidez).

Es en este punto que se introduce el concepto de la dimensionalidad de la psicopatología y brinda opciones para aquellos casos en que se identifica a una o un paciente que reúne a su vez características congruentes con varios trastornos de personalidad.

En lo referente a la evaluación del nivel del funcionamiento de la personalidad, el DSM-5 (2013) indica la utilización de la *Escala del nivel de funcionamiento de la personalidad* (ENFP). Esta se aplica con miras a determinar el grado de deterioro en el funcionamiento en el momento justo en que se realiza la evaluación. Esta escala funciona en el ámbito de diversos componentes como lo son la identidad, la autodirección, la empatía y la intimidad. Estos son fundamentales para lograr la descripción del funcionamiento continuo de la personalidad y son lo que define la dimensionalidad del funcionamiento de la personalidad.

Por otra parte, la dimensionalidad de los rasgos de personalidad hace alusión a que todas las y los individuos presentan características ubicables dentro del espectro de rasgos. Sin embargo, no para todas o todos los mismos se manifiestan en el mismo grado. Debido a ello, la estructura jerárquica de la personalidad se compone de *dimensiones de rasgos generales* o dominios, así como de dimensiones específicas de los *rasgos* o *facetas*. En referencia a las facetas, a pesar de que estas pueden presentar ciertas diferencias culturales respecto a los rasgos de personalidad, los grandes dominios *globales* son relativamente coherentes en todas las culturas.

La jerarquía del modelo dimensional de rasgos de personalidad está compuesta por cinco grandes dimensiones o dominios: *afectividad negativa* (frente a la estabilidad emocional), *desapego* (frente a la extraversión), *antagonismo* (frente a la amabilidad), *desinhibición* (frente a la escrupulosidad) y *psicoticism*o (frente a la lucidez). Estos dominios han demostrado ser

variantes desadaptativas del modelo de personalidad de los cinco grandes factores (FFM). A su vez, las cinco dimensiones comprenden 25 facetas de rasgos de personalidad específicos que son propios, pero no excluyentes de los dominios. Dichas facetas se detallan a continuación:

- **Afecto Negativo**: incluye inestabilidad emocional, ansiedad, inseguridad de separación, sumisión, hostilidad, perseverancia, depresión, desconfianza y afecto restringido.
- **Desapego**: abarca la evitación, evitación de la intimidad, anhedonia, depresión, afecto restringido y suspicacia.
- **Antagonismo**: contiene la manipulación, falsedad, grandiosidad, búsqueda de atención, insensibilidad y hostilidad.
- **Desinhibición**: corresponde con los rasgos de irresponsabilidad, impulsividad, distractibilidad, asunción de riesgos y perfeccionismo rígido.
- **Psicoticismo**: incluye creencias y experiencias inusuales, excentricidad, desregulación cognitiva y perceptiva.

Debe entenderse el rasgo como un conjunto de conductas que se acumulan a lo largo del tiempo y las circunstancias, lo cual distingue un patrón de comportamiento de la o el individuo. Tiene que diferenciarse del síntoma, ya que este presenta altibajos, mientras que los rasgos son estables.

En conclusión, la utilidad que presenta el modelo multidimensional de la personalidad es que tiene la capacidad para enfocar la atención en varias áreas importantes de la variación de la personalidad para cada individuo, dejando de lado el modelo categórico excluyente. Los constructos de trastorno y rasgo, añaden valor recíprocamente, actuando como variables

importantes, predictivas, predisponentes, concurrentes y prospectivas. Conocer el nivel de funcionamiento de la personalidad individualmente, así como su perfil de rasgos patológicos, permite realizar evaluaciones, diagnósticos y tratamientos de manera más integral y efectiva.

4.4 Inventario de Personalidad del DSM-5 (PID-5)

El Inventario de Personalidad del DSM-5 (PID-5), fue propuesto por Krueger, et al en 2012, mientras participaban como parte del consejo asesor del DSM-5. La herramienta cuenta con tres versiones. La primera de ellas es una versión completa de 220 ítems organizados en cinco escalas; la segunda es una versión reducida de 25 ítems; la tercera es una versión estructurada para niños. Todas ellas son de libre acceso y pueden ser consultadas en la página web de la APA. Para efectos del presente estudio, se tomará como referencia la versión completa del instrumento.

De acuerdo con Strickland (2014), el PID-5 es la medida del modelo dimensional de veinticinco rasgos propuesta para el DSM-5. Es una escala autoadministrada que consta de 220 ítems, los cuales evalúan cinco grandes dimensiones o dominios (afectividad negativa, desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo), que su vez se componen de veinticinco facetas de rasgos, los cuales han sido detallados en el apartado anterior.

En cuanto a los ítems, estos se evalúan con una escala Likert de cuatro puntos que va desde el 0 (muy a menudo o falso), 1 (algunas veces o un tanto falso), 2 (a veces o algo cierto) y 3 (muy verdadero o frecuentemente cierto). Cada uno de los rasgos o facetas es evaluado por de cuatro a catorce elementos.

De acuerdo con Gutiérrez et al. (2016), el desarrollo de este instrumento se llevó a cabo con un soporte paralelo en investigación que permitió enriquecer y validar el mismo. Por ejemplo, la consistencia interna de la mayoría de las facetas de rasgos demostró ser buena teniendo una puntuación alfa de 0.70, mientras que la estructura factorial pudo ser comprobada en diferentes poblaciones. Otro aspecto importante es que el instrumento ha demostrado una validez adecuada al ser correlacionado con otros instrumentos y modelos de personalidad, como lo son el *Personality Assessment Inventory (PAI)*, las escalas de psicopatología de la personalidad del MMPI (PSY-5) y *el Dimensional Personality Symptom Itempool*, entre otros.

Por su parte, Sánchez et al. (2018) recalcan que una buena parte de los esfuerzos que ha realizado la comunidad científica han girado en torno a validar si este modelo dimensional, que es evaluado a partir del PID-5, tiene alguna concurrencia con el modelo de los cinco grandes factores de la personalidad (MCF), con el cual ha estado relacionado desde su concepción. De acuerdo con el autor, los resultados de algunos estudios han demostrado la existencia de relaciones para cuatro de las dimensiones que componen el MCF, con las que demuestran resultados adecuados, mientras que la dimensión psicótica no ha podido ser validada comparativamente aún.

Otro aspecto importante que ha sido estudiado en este proceso de validación del PID-5 es el de la estabilidad a través del tiempo. Los resultados demuestran que existe una estabilidad de las diferencias individuales reportadas por los sujetos que participan en los diferentes estudios. Por ejemplo, Sánchez et al. (2018) citan un estudio de Zimmerman et al. (2015) en el cual se aplicó el PID-5 en dos ocasiones, con un lapso de dos meses entre la primera y segunda aplicación, a una muestra de 611 individuos. Los resultados obtenidos en dicho estudio mostraron que un promedio de 79,5 % de la varianza en los resultados se debía a existencia de rasgos estables y consistentes en los sujetos; un 7,7 % de dicha varianza se debió a la existencia de factores situacionales.

En general, las investigaciones desarrolladas sobre el tema han arrojado resultados satisfactorios, validando la existencia de esa dimensionalidad en la personalidad, permitiendo situar a las y los individuos en algún punto dentro del espectro, mientras se comparten rasgos según van subiendo más dentro de la jerarquía de las escalas. También se han identificado áreas en las cuales se presentan oportunidades para desarrollar estudios más profundos y de mayor valor, que permitan poder continuar en el proceso de poder generalizar los resultados del modelo.

De acuerdo con lo anterior, Sánchez et al. (2018), mencionan una de las principales críticas de diversos autores a este instrumento: la falta de prueba en poblaciones clínicas, las cuales permitan establecer la funcionalidad del mismo en cuanto a sus capacidades de medición en este tipo de población. Esto, debido a que ya se ha demostrado eficacia en las poblaciones normativas, validando sobre todo su eficacia para la medición de los polos considerados como normales dentro de la escala. Esto hace que sea más complicado poder hablar en términos de generalización del instrumento.

Por otro lado, los estudios crecientes en torno a este instrumento demuestran la necesidad de contar con versiones adaptadas a las diferentes lenguas, ya que la mayor parte de las investigaciones se han desarrollado haciendo uso de la versión en inglés de la APA. Sin embargo, Sánchez et al. (2018), hacen hincapié no solo en las diferencias lingüísticas, sino también en las culturales, ante las cuales es importante contar con versiones que se adapten a las características propias de cada región. De ahí el valor de contar con versiones adaptadas del instrumento, que además sean propias de los diferentes contextos, con miras a poder continuar la labor de validación del modelo y sus constructos, usando instrumentos a la medida que permitan continuar con la labor de investigación de forma adecuada.

Con base en lo antes expuesto, el desarrollo del presente estudio resulta de importancia para Costa Rica y la región. No solo se cuenta con el desarrollo de una herramienta propia para la evaluación de los rasgos desadaptativos de la personalidad dentro del modelo dimensional como lo es el IDPP, sino que se aborda el análisis correlacional con el PID-5. A partir de esto, se obtendrá la validez de criterio necesaria con el fin de poder seguir avanzando en esta área de estudio.

4.5 Modelo RDOC

Los Criterios de Dominio de Investigación (RDoC, por sus siglas en inglés: *Research Domain Criteria*) es una iniciativa del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (*National Institute for Mental Health*, NIMH). Es un modelo de corte dimensional, que ha surgido de forma paralela al HiTOP y que tiene como objetivo replantear la investigación en salud mental; ya que analiza las categorías de diagnóstico tradicionales para identificar las relaciones entre el comportamiento observable, las medidas neurobiológicas y el autoinforme del paciente sobre el estado mental (*Association for Psychological Science*, APS, 2021).

Este enfoque integra muchos niveles de información (desde la genómica y los circuitos neuronales, hasta el comportamiento y los autoinformes), para explorar las dimensiones básicas del funcionamiento mental que abarcan toda la gama del comportamiento humano, desde el normal hasta el anormal (NIMH, 2021).

Sin embargo, RDoC no es una herramienta de diagnóstico similar al Manual Estadístico de Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-5) o a la Clasificación Internacional de

Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-11). Ha surgido de la preocupación relacionada con que fundamentar la investigación clínica en categorías basadas en los síntomas podría estar obstaculizando los intentos de comprender la etiología y los mecanismos de los trastornos de la salud mental. Ofrece un enfoque alternativo para conceptualizar las cuestiones de investigación sobre la psicopatología según la neurociencia conductual moderna. El concepto consiste en basar la investigación en funciones conductuales y cognitivas normales (como el miedo, la recompensa o el control cognitivo) para así considerar los síntomas específicos en términos de desregulación en estos sistemas básicos (APS, 2021).

La APS indica que el marco de investigación de RDoC organiza la investigación de la salud mental en cinco dominios funcionales principales: sistemas de valencia negativa, sistemas de valencia positiva, sistemas cognitivos, procesos sociales y sistemas de excitación y regulación. Cada uno de ellos incluye varios constructos y subconstructos. Uno o más constructos pueden ser estudiados a través de siete unidades de análisis (por ejemplo, moléculas, circuitos, comportamiento) con el objetivo de aumentar la comprensión de los procesos que subyacen a la enfermedad mental (APS, 2021).

El RDoC, por lo tanto, surge a partir del contexto crítico de las limitaciones de los modelos tradicionales como el DSM y el CIE, como un nuevo marco para la investigación de la psicopatología. Este marco es fundamentalmente multidimensional, centrado en el descubrimiento de mecanismos causales, centrado en los circuitos y las funciones cerebrales y cognitivas. Desde este centro, se extiende tanto “hacia abajo” (a los genes y moléculas) como “hacia arriba” (a la conducta a nivel macro y los autoinformes). Además, se contextualiza en términos tanto del desarrollo de los individuos como de sus entornos socioculturales. Por último, es agnóstica en

cuanto a la naturaleza y la forma de la psicopatología resultante, ya que no rechaza ni adopta las entidades de diagnóstico de los sistemas categóricos actuales. La esperanza de esta iniciativa es que conduzca a una mejor comprensión de la que surja un sistema más válido de clasificación de los trastornos mentales (Clark et al., 2017).

4.5.1 Retos de este modelo

Lilienfeld (2014) observa que, aunque el esfuerzo de RDoC es muy prometedor, se enfrenta a varios retos metodológicos y conceptuales, desarrollando cuatro de ellos como particularmente urgentes:

- Un énfasis excesivo en las unidades y medidas biológicas,
- El descuido del error de medición,
- Las limitaciones biológicas y psicométricas de los endofenotipos
- La distinción entre las predisposiciones biológicas y sus manifestaciones conductuales.

4.5.2 Reto 1: énfasis excesivo en las unidades y medidas biológicas

El primer reto conceptual importante que hay que afrontar es la suposición de RDoC de que los trastornos mentales son fundamentalmente “trastornos de los circuitos cerebrales”. Como

corolario, RDoC presume que “las herramientas de la neurociencia clínica pueden utilizarse para identificar la disfunción en los circuitos neuronales” (Morris y Cuthbert, 2012, citados por Lilienfeld, 2014). Esta suposición es necesariamente cierta, dado que todos los trastornos psicológicos, al igual que cualquier otro fenómeno de este tipo, están mediados por el cerebro y el resto del sistema nervioso central. Sin embargo, los investigadores que operan en el marco de RDoC deben tener cuidado de no confundir la mediación biológica con la etiología biológica. Este tentador deslizamiento semántico es sutil pero sustancial en sus implicaciones. Por ejemplo, en principio, una enfermedad psicológica podría ser desencadenada en gran medida por factores psicosociales, como el abuso sexual o físico en la infancia. Aunque esta afección estaría mediada, por supuesto, por los circuitos cerebrales, su etiología sería principalmente ambiental (Lilienfeld, 2014).

Para enfrentar esto, Lilienfeld (2014) recomienda que los investigadores que trabajan en el marco de RDoC deben asegurarse de valorar apropiadamente a las posibles variables psicosociales, incluidas las variables situacionales, culturales y de desarrollo. La postura de RDoC a este respecto debería ser puramente empírica, sin estar dictada por suposiciones *a priori* que no están necesariamente arraigadas en los datos, como las suposiciones de que los índices de autoinforme serán necesariamente inferiores a los índices biológicos en la detección de diferencias individuales en los sistemas biológicos.

4.5.3 Reto 2: no tener en cuenta el error de medición

Varios autores prominentes han argumentado desde hace tiempo que el diagnóstico psiquiátrico debería comenzar a transitar hacia un enfoque basado en el laboratorio. Para Kihlstrom (citado por Lilienfeld, 2014) los diagnósticos psiquiátricos basados en el laboratorio serán necesarios para alinear la psiquiatría con el resto de la medicina. Las medidas de laboratorio se asocian a menudo con debilidades psicométricas no apreciadas, una advertencia crucial olvidada en prácticamente todos los documentos de RDoC.

Los psicólogos han concedido durante mucho tiempo a las medidas de laboratorio un prestigio científico inmerecido, a menudo "dándoles un pase" con respecto a los requisitos psicométricos fundamentales. De hecho, los psicólogos han reconocido desde hace tiempo que las medidas de laboratorio suelen mostrar bajos niveles de consistencia temporal y entre situaciones, en gran medida porque contienen componentes sustanciales de "singularidad situacional". Específicamente, el rendimiento en tales medidas puede verse afectado por una plétora de factores contextuales y situacionales, incluyendo el estado de ánimo y el estado de alerta del participante, la hora del día, las instrucciones experimentales, la naturaleza del entorno del laboratorio, la actitud percibida del experimentador. Quizás la más importante se relaciona con las particularidades del propio paradigma de laboratorio (Lilienfeld, 2014).

Estas y otras limitaciones pueden dificultar la replicabilidad de los resultados de las neuroimágenes funcionales a menos de que se aborden explícitamente. A estas preocupaciones de replicabilidad se suman los hallazgos de que la potencia estadística media de los estudios de imágenes cerebrales funcionales es solo de alrededor del 8 %, lo que es considerablemente menor

que en la mayoría de los otros dominios de la investigación psicológica y psiquiátrica. La baja potencia no solo aumenta las posibilidades de errores de tipo II (falsos negativos), sino que también aumenta la probabilidad de detectar hallazgos asociados con tamaños de efecto inflados, un fenómeno conocido como la "maldición del ganador".

Estas consideraciones imparten una lección a menudo olvidada: *el rigor psicométrico de los indicadores de laboratorio, incluidos los datos de neuroimagen, debe demostrarse en lugar de suponerse.* Para solucionar esto, Lilienfeld (2014) recomienda tener en cuenta el error de medición, derivado en gran medida de la singularidad de la situación, cuando incorporen a sus estudios indicadores de laboratorio de sistemas biológicos. Siempre que sea posible, deben esforzarse por administrar múltiples indicadores de laboratorio de los constructos que se tienen por objetivo. Añadir varias medidas de laboratorio en variables observadas compuestas o en variables latentes, idealmente junto con datos extraídos de diferentes niveles de análisis (por ejemplo, autoinformes, datos de entrevistas) debería ayudar a abordar los problemas que plantea el error de medición. Con respecto a los datos de neuroimagen, aumentar el número de ejecuciones de Imagen de Resonancia Magnética funcional (fMRI) a menudo puede aumentar sustancialmente la fiabilidad. Aumentar el tamaño de la muestra, idealmente aprovechando las colaboraciones entre laboratorios de neuroimagen, puede aumentar la potencia estadística y disminuir las probabilidades de errores de tipo II y la maldición del ganador.

4.5.4 Reto 3: limitaciones biológicas y psicométricas de los endofenotipos

Uno de los objetivos a largo plazo de RDoC es sustituir, o al menos complementar, el enfoque de signos y síntomas del DSM con un enfoque basado en gran medida en los endofenotipos. Este concepto, que apareció por primera vez en la entomología, fue importado a la psicología y la psiquiatría por Gottesman y Shields. Se refiere a "fenotipos internos descubribles mediante una prueba bioquímica o un examen microscópico" (Gottesman y Shields,1972, citados por Lilienfeld, 2014). Estos fenotipos internos podrían incluir marcadores bioquímicos, hallazgos de imágenes cerebrales, indicadores autonómicos y rendimiento en tareas de laboratorio o neuropsicológicas, entre otros.

Algunos autores han ampliado el concepto de endofenotipo para incluir medidas de rasgos de personalidad que aparentemente sustentan la psicopatología. Se distinguen de los exofenotipos, que son los indicadores más tradicionales de la psicopatología, como los signos y síntomas de los trastornos recogidos por los criterios del DSM. La justificación de los endofenotipos por parte de RDoC es convincente. Se espera que, en comparación con los exofenotipos, los endofenotipos estén cerca del extremo del gen en la larga y tortuosa vía gen-conducta y, por lo tanto, deberían dar pistas más fructíferas sobre los correlatos y las causas de la psicopatología. Dado que muchos endofenotipos atraviesan las categorías tradicionales de trastornos, estos fenotipos concuerdan bien con el enfoque transdiagnóstico de RDoC y el énfasis en la identificación de procesos etiológicos que subyacen a múltiples condiciones del DSM.

Sin embargo, a pesar de las grandes expectativas iniciales y de los éxitos provisionales con algunas enfermedades, como la esquizofrenia, la promesa que ofrecen los endofenotipos ha

resultado a menudo difícil de cumplir. No es evidente que los endofenotipos identificados hasta la fecha sean necesariamente más informativos desde el punto de vista genético que los exofenotipos tradicionales (Lilienfeld, 2014). Para lidiar con esto, el autor recomienda que los investigadores no supongan *a priori* que los endofenotipos son más heredables o genéticamente más simples que los exofenotipos tradicionales. Tampoco deben suponer que los endofenotipos potenciales muestren necesariamente tamaños de efecto más altos que los exofenotipos en su relación con los *loci* genéticos, entendidos estos como las ubicaciones especificas dentro del genoma.

4.5.5 Reto 4: distinguir las predisposiciones biológicas de sus manifestaciones conductuales

Un dilema conceptual que parece haber recibido poca discusión explícita en la literatura de RDoC es la distinción entre las predisposiciones biológicas a la psicopatología y las manifestaciones conductuales de estas predisposiciones. En este sentido, la distinción entre tendencias básicas y adaptaciones características en la literatura sobre rasgos de personalidad proporciona un marco organizativo útil. Las tendencias básicas son rasgos de personalidad subyacente, como la emocionalidad positiva y la restricción/desinhibición, mientras que las adaptaciones características son las expresiones conductuales de estos rasgos (Lilienfeld, 2014).

El supuesto clave de esta diferenciación es que los individuos no se limitan a desarrollar adaptaciones a sus entornos externos: también desarrollan adaptaciones a sus propios rasgos. Algunas de estas adaptaciones pueden ser saludables para el individuo, mientras que otras pueden

no serlo. Por ejemplo, un individuo con altos niveles de emocionalidad negativa puede manifestar esta predisposición en un trastorno de ansiedad; alternativamente, puede manifestarla en la productividad artística, que se asocia con una disposición hacia la emocionalidad negativa.

Del mismo modo, el concepto de multifinalidad en la literatura de psicopatología del desarrollo nos recuerda que los patrones tempranos de ajuste de la conducta a menudo pueden desembocar en una variedad de resultados diferentes a largo plazo. Por ejemplo, una gran proporción y quizás la mayoría de los adolescentes con trastorno de conducta desisten del comportamiento antisocial en la edad adulta (Lilienfeld, 2014). Estas diferencias en los resultados probablemente reflejan en parte la heterogeneidad del trastorno de conducta, ya que solo una minoría de individuos con este diagnóstico que además muestran altos niveles de rasgos insensibles y sin emociones parecen tener un riesgo especialmente pronunciado de comportamiento antisocial o delictivo posterior. No obstante, es probable que algunas de estas diferencias en los resultados también reflejen una exposición diferencial a influencias de riesgo o de protección durante el desarrollo.

En el contexto de RDoC, los principios aliados de tendencias básicas, adaptaciones características, primero, así como de multifinalidad, nos recuerdan que los individuos con predisposiciones biológicas superpuestas o idénticas hacia la psicopatología pueden, en última instancia, manifestar estas predisposiciones de formas marcadamente diferentes, en parte debido a factores de desarrollo y psicosociales. Por lo tanto, aunque RDoC puede ser un valioso punto de partida para una nueva taxonomía de la psicopatología, puede ser necesariamente incompleta, ya que en muchos casos puede ser incapaz de distinguir los factores de riesgo fisiológicos para la psicopatología de la psicopatología en sí (Lilienfeld, 2014).

Para resolver este problema, Lilienfeld (2014) recomienda que los investigadores que operan en el marco de RDoC deben tener en cuenta que este marco puede ser más adecuado para identificar predisposiciones biológicas a la psicopatología y que estas predisposiciones pueden expresarse en numerosos resultados diferentes, de los cuales solo algunos pueden ser patológicos. En consecuencia, es posible que deseen evitar un enfoque exclusivo en los endofenotipos, que tradicionalmente se consideran en gran medida independientes del estado y de la presencia o ausencia del trastorno.

Al basarse únicamente en los indicadores de rasgos, los investigadores pueden limitarse a estudiar las predisposiciones biológicas a los trastornos en lugar de las expresiones conductuales de dichas predisposiciones. Psicólogos y psiquiatras deben tomar en serio la posibilidad de que un marco de RDoC pueda ser insuficiente para la clasificación de la psicopatología. En su lugar, un sistema de clasificación completo puede necesitar ser doble. Puede que tenga que incluir indicadores tanto de las predisposiciones biológicas como de los signos y síntomas de los trastornos mentales, que pueden revelar si estas predisposiciones se han materializado en un comportamiento inadaptado. En este sentido, puede ser más realista esperar que RDoC complemente, en lugar de suplantar, los sistemas que incluyen una evaluación detallada de los signos y síntomas del trastorno (Lilienfeld, 2014). Dentro de este razonamiento, justamente, es que puede contemplarse la enorme oportunidad de complementariedad que tiene este modelo de investigación con HiTOP.

4.6 Comparación con el DSM y el CIE

¿En qué se diferencia el RDoC de otros sistemas como el DSM y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)? Acorde con Cuncic (2021), se puede sintetizar en cuatro puntos:

- Primero, RDoC no se diseñó para sustituir al DSM o al CIE, al menos no por ahora. Su propósito es ser un marco de investigación, especialmente desde que el NIMH decidió dejar de utilizar el DSM como criterio para los ensayos clínicos.
- Segundo, RDoC es dimensional y no categórica. Describe el comportamiento en un rango que va de lo normal a lo anormal, en lugar de hacerlo en términos de diagnósticos clínicos.
- Tercero, trabaja desde la base, comenzando con las relaciones entre el cerebro y el comportamiento, relacionándolas con los síntomas clínicos. En cambio, el DSM y la CIE trabajan de arriba abajo, empezando por las categorías y determinando lo que encaja en ellas.
- Cuarto, RDoC incorpora una gama más amplia de datos como la genética, la biología y la fisiología, mientras que el DSM solo incorpora informes de síntomas u observaciones.

De este modo, si alguna vez se realizara un diagnóstico basado en RDoC, este estaría relacionado con las causas subyacentes de la disfunción y cualquier tratamiento sería muy específico. De este modo, se sigue el enfoque del modelo médico con la esperanza de encontrar mejores tratamientos.

4.7 Comparación con el HiTOP

Si bien RDoC ha ganado tracción en la psicología biológica y la psiquiatría como una alternativa a los diagnósticos del DSM, su utilidad para otras áreas de investigación puede ser más limitada porque RDoC no modela específicamente los signos y síntomas observables de la enfermedad mental que son el objeto de la mayoría de las teorías de la psicopatología. Es decir, no incluye representaciones detalladas de los fenotipos clínicos (por ejemplo, la agresión, el narcisismo, la labilidad emocional) que son objetivos comunes en la investigación sobre las organizaciones, las relaciones cercanas, los grupos sociales, el envejecimiento, la psicoterapia y muchos otros campos en los que los modelos teóricos predominantes tienen poco (o ningún) énfasis biológico (Conway, 2019).

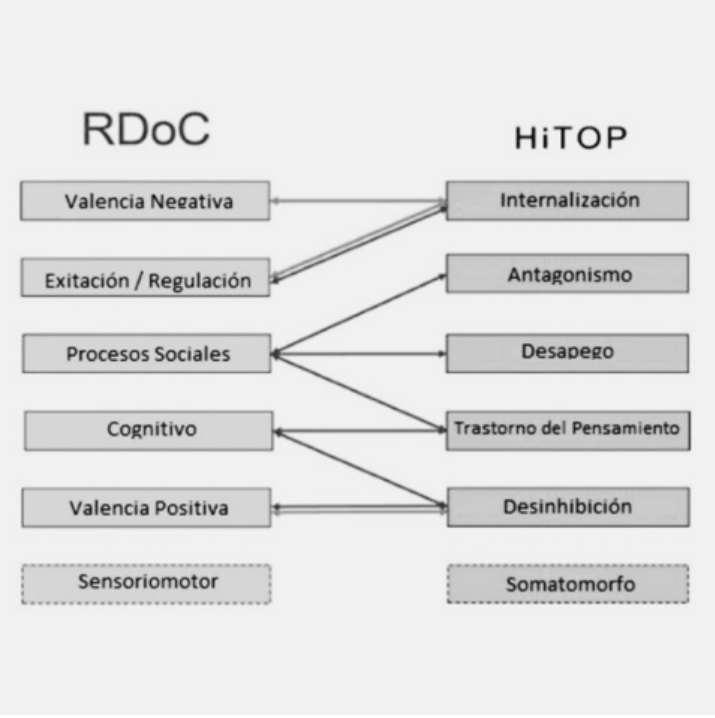
Se necesita un marco nosológico complementario para vincular los descubrimientos de la ciencia básica impulsados por RDoC con los signos y síntomas que llevan a las personas a buscar tratamiento. El HiTOP, que proporciona un sistema claro y completo de fenotipos clínicos, ofrece ese puente (Conway, 2019). La investigación que integra estos marcos dimensionales tiene el potencial de hacer que RDoC sea relevante desde el punto de vista clínico y de proporcionar importantes conocimientos sobre las bases biológicas de las dimensiones incorporadas en el marco HiTOP. Mientras que los defensores de RDoC reconocen que es poco probable que tenga mucho valor clínico aplicado a corto plazo, el HiTOP está preparado para la implementación clínica.

Michelini et al. (2020), en un vasto trabajo, realizaron una revisión exhaustiva de la literatura para delinear las conexiones entre las dimensiones incluidas en el RDoC (constructos y subconstructos) y el HiTOP (espectros y subfactores). La interfaz RDoC-HiTOP resultante puede facilitar el progreso en el descubrimiento de la etiología de la psicopatología y el desarrollo de una

nosología psiquiátrica unificada, dimensional y con base bioconductual que describa sistemáticamente tanto los síndromes clínicos como los procesos que los sustentan. La figura mostrada abajo (Michelini et al., 2020) sintetiza las asociaciones más destacadas entre los dominios RDoC y los espectros HiTOP. Un tercio de los constructos RDoC asocia significativamente dentro de un dominio con un espectro HiTOP o sus subfactores. Las flechas grises indican asociación positiva y las negras asociación negativa. Las asociaciones que difieren en el signo entre los constructos de RDoC dentro del dominio se representan con flechas dobles.

Figura 1

Descripción de las asociaciones más entre los dominios RDoC y los espectros HiTOP.



Nota. Traducción propia y versión gráfica del modelo original de Michelini et al. (2020).

Según Michelini et al. (2020) existen múltiples explicaciones para este gran número de asociaciones. En primer lugar, los dominios incluidos en RDoC fueron diseñados para ser transdiagnósticos y capturar los principales sistemas bioconductuales relevantes para múltiples formas de psicopatología. Segundo, las correlaciones sustanciales entre las dimensiones de la psicopatología probablemente contribuyen a las asociaciones generalizadas con los constructos de RDoC, consistentes con la alta comorbilidad entre los trastornos mentales y la especificidad limitada de los biomarcadores. Tercero, el gran número de enlaces es consistente con la evidencia de la heterogeneidad etiológica subyacente a la psicopatología, con múltiples vías etiológicas que contribuyen a manifestaciones clínicas similares en diferentes individuos. En cuarto lugar, los correlatos bioconductuales de una determinada dimensión de la psicopatología pueden cambiar a lo largo del desarrollo (por ejemplo, algunas asociaciones pueden ser más prominentes en los niños que en los adultos) y, por lo tanto, los estudios de diferentes períodos de desarrollo pueden sugerir diferentes vínculos.

Sin embargo, algunas conexiones se destacaron por sus efectos relativamente grandes y consistentes a través de múltiples constructos dentro de cada dominio RDoC (Michelini et al., 2020):

- Los sistemas de valencia negativa se vincularon robusta y positivamente con el espectro HiTOP de internalización, en línea con una amplia literatura que vincula la afectividad negativa con la psicopatología internalizadora.
- Los sistemas de excitación y regulación también se vincularon con la internalización, pero con asociaciones positivas con la excitación y negativas con el sueño/despertar, consistente con la asociación entre la falta de sueño y la hiperactivación.

- Los procesos sociales se asociaron negativamente con trastorno del pensamiento, desapego y externalización antagonista, en línea con el papel prominente del funcionamiento social en estos tres espectros.
- La disfunción de los sistemas cognitivos de RDoC se vinculó sólidamente con los espectros de trastorno del pensamiento y externalización desinhibida del HiTOP, en consonancia con múltiples modelos teóricos.
- Los sistemas de valencia positiva también se asociaron fuertemente con externalización desinhibida, con asociaciones negativas, excepto para el abuso de sustancias que mostró algunas asociaciones positivas.
- Estos vínculos opuestos pueden sugerir que el consumo de sustancias muestra correlatos específicos (por ejemplo, un mayor error de predicción de recompensa, esfuerzo y hábito) que los distinguen de otras dimensiones del espectro de externalización desinhibida.

Tanto RDoC como HiTOP animan a los investigadores a estudiar muestras de población general demográficamente diversa o muestras de poblaciones de pacientes mixtas no seleccionadas por diagnósticos concretos (Michelini et al.,2020). Los investigadores pueden tomar medidas para sobre muestrear a los participantes en el rango de alto riesgo en las dimensiones de interés. Estos diseños son preferibles a los diseños de casos y controles, en los que las diferencias entre los casos y los controles en las dimensiones de interés están confundidas por muchos factores periféricos.

En lo que respecta a la medición, ambos marcos ofrecen recomendaciones sobre evaluaciones específicas para hacer operativo un determinado constructo. Los investigadores se beneficiarían de la evaluación de dimensiones de múltiples espectros HiTOP en cualquier estudio

dado, para probar la especificidad de las asociaciones hipotetizadas. La validez discriminante puede establecerse demostrando que un constructo RDoC está asociado a un espectro, pero no a otro. Incluso dentro de un espectro dado, puede haber asociaciones diferenciales de los constructos de RDoC con diferentes subfactores e incluso dimensiones de síntomas específicos (Weinberg et al., 2016, citado por Michelini et al., 2020). Estas asociaciones específicas pueden identificarse con evaluaciones que capturan tanto los niveles inferiores como los superiores de la jerarquía HiTOP, por ejemplo, a través de las puntuaciones de la escala total y de las subescalas de las evaluaciones amplias.

Michelini et al. (2020) concluyen que el enfoque dimensional de la investigación clínica, respaldado tanto por RDoC como por HiTOP, es el camino más prometedor hacia un psicodiagnóstico basado en ciencia. Requiere muestras más grandes y diseños de muestreo diferente a los que muchos investigadores clínicos están familiarizados, pero la recompensa será una investigación científica más eficaz, que ilumine la fisiopatología y las manifestaciones clínicas de la psicopatología. La interfaz RDoC-HiTOP, propuesta en el artículo de este equipo, proporciona un enfoque sinérgico que reúne estos marcos dimensionales, integra los esfuerzos realizados en los frentes etiológico y nosológico y ofrece una guía para la investigación futura de los problemas clínicos. En última instancia, se prevé que esta interfaz contribuirá al desarrollo de una nosología psiquiátrica unificada, dimensional y con base bioconductual.

4.8 Modelo HiTOP

La taxonomía jerárquica de la psicopatología (*Hierarchical Taxonomy of Psychopathology,* o HiTOP por sus siglas en inglés) inicia su desarrollo a finales de la década del 90 del siglo XX e inicios de este. Es una respuesta ante las deficiencias de los modelos categóricos detallados arriba, fundamentada en parte por el corpus de evidencia acumulado por la investigación para el modelo alternativo de trastornos de personalidad del DSM-5.

Los grupos de profesionales comprometidos con entender la naturaleza de los rasgos de personalidad y los desórdenes que pueda presentar emprendieron investigaciones de carácter cuantitativo, buscando medir los rasgos, así como los diferentes escenarios y condiciones en que las personas se desarrollan, detectando cómo estos se pueden relacionar con los diferentes ejes establecidos por la academia en los manuales diagnósticos. Las metodologías utilizadas para llevar a cabo esta labor han sido variadas, desde estudios longitudinales, entrevistas personales a pacientes adultos y sus cuidadores, revisión documental sobre casos, evaluaciones bioneurológicas, entrevistas sobre eventos estresantes, revisión de factores de desarrollo, desempeño cognitivo, etc. (Krueger y Markon, 2006).

Como lo mencionan Krueger, et al., (2016), el desafío fundamental para la investigación en psicopatología es conectar las evaluaciones sistemáticas de diversas experiencias psicopatológicas humanas, en diversos grupos, con datos derivados de otros métodos.

Dicho cuestionamiento epistemológico deriva en que grupos de investigación con una orientación más científica y cuantitativa se propongan generar un modelo metaestructural que propone una organización de la psicopatología como un continuo dimensional, el cual resulta ser una alternativa completamente divergente a la nosología tradicional.

Se sugiere una organización de la psicopatología como un continuo de *dimensiones* o conjuntos de magnitudes, que sirven para definir un fenómeno psicológico, las cuales reflejan diferencias graduales. Al ser dichas dimensiones continuas en un espectro, desde la normalidad hasta la patología, estas reflejan las diferencias individuales de una característica de desadaptación en toda la población (Hernández-Guzmán et al., 2011). Según Raskin (2019), esto significa lo opuesto a las categorías diagnósticas, significando un cambio en la forma de pensar la psicopatología.

Se entiende por *dimensión* a una jerarquía que ha sido validada por evidencias científicas, al contrario del modelo categórico que utiliza criterios sin una validación científica que pueda superar los problemas de la comorbilidad. Esto se puede ver reflejado en cómo las categorías de diagnóstico se mezclan de forma constante unas con otras, dentro de los superespectros, conformando así dimensiones amplias, que comprenden múltiples espectros y un factor general de psicopatología (*factor p*), que representa la relación existente entre trastornos mentales (Kotov et al., 2017).

La jerarquía hace que los diagnósticos se validen según los grados de interacción o niveles de confluencia dentro de un *espectro*, el cual es una constelación de síndromes. Por ejemplo, el espectro de internalización está compuesto por síndromes de miedo, angustia, patología alimentaria y subfactores de problemas sexuales, entre otros (Kotov et al., 2017). A la anterior forma de relacionarse mutuamente se le conoce como *subfactores*, que son grupos de síndromes estrechamente relacionados entre sí. Por ejemplo, el *subfactor del miedo* que, entre otros, está conformado por fuertes vínculos entre la ansiedad social, la agorafobia y la fobia específica (Kotov et al., 2017). A su vez, los *síndromes* son las agrupaciones de rasgos y síntomas que, basándose en su frecuente concurrencia, pueden sugerir una psicopatología común subyacente, un curso, un

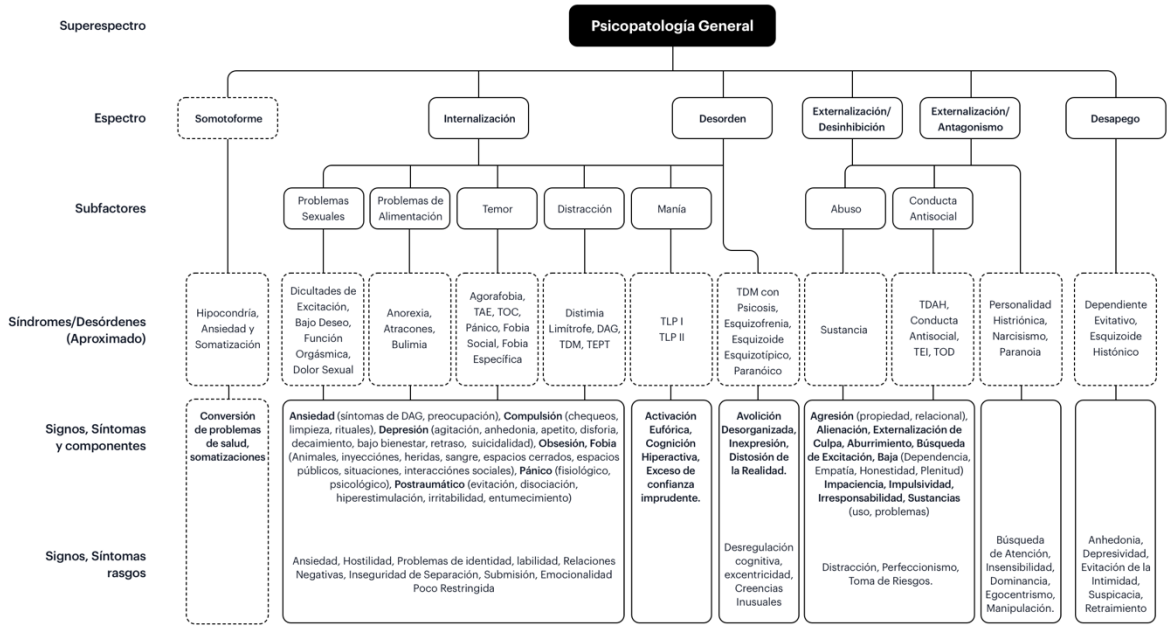
patrón familiar o la elección del tratamiento (DSM-5, 2013). Un ejemplo podría ser el *síndrome de ansiedad social*, que abarca tanto la ansiedad de rendimiento como la ansiedad de interacción (Kotov et al., 2017).

Como lo menciona Krueger (2020), el enfoque HiTOP fusiona las perspectivas dimensionales y de desarrollo de la psicopatología, como un enfoque más integrado, para comprender tanto el desarrollo como la amplia variedad de rasgos desadaptativos, sus tendencias e interacciones para comprender las consecuencias a nivel social para los individuos.

En resumen, el nuevo modelo dimensional propuesto por Kotov et al., (2017) propone una organización jerárquica que incluye los síntomas, rasgos, síndromes, subfactores y espectros, presentes en un mismo paciente. Lo que hace más flexible la descripción de cada caso, de acuerdo con el grado de profundización y especificidad con que se desee entender su mundo interno y la conformación de este. Sin embargo, para poder abordarlos más en detalle, es necesario ahondar aún más en la investigación y así poder generar datos empíricos cuantitativos que brinden mayor soporte a los mismos.

Figura 2

Representación de las dimensiones del Modelo HiTOP



Nota. Traducción propia y versión gráfica, basada en el modelo de Conway et al. (2020)

Las construcciones más altas en la figura son más amplias y generales, mientras que las construcciones más bajas en la figura son más estrechas y específicas. Las líneas discontinuas denotan elementos provisionales que requieren un estudio. En el nivel inferior de la jerarquía los signos y síntomas conceptualmente relacionados, es decir, rasgos y componentes de síntomas, (por ejemplo, fobia).

4.8.1 Las dimensiones del modelo HiTOP

Según Kotov et al., (2017), a partir de las investigaciones cuantitativas en psicopatología y a través del grupo HiTOP, se lograron determinar la existencia de tres Superespectros: Internalización, Externalización y Psicoticismo. Estos a su vez están compuestos por cinco dimensiones o espectros que contienen los rasgos desadaptativos y sus correspondientes subfactores. Asociado a estos últimos se identificó la estructura donde convergen los síntomas y trastornos psicopatológicos. Dicha afirmación se vio confirmada en los trabajos publicados en 2019 por Ruggero et al.

Dichas dimensiones son: Afecto Negativo que corresponde a Internalización; Externalización, divido en Desinhibición y Antagonismo, y finalmente Psicoticismo compuesto por Trastornos del Pensamiento y Desapego (Kotov, 2020).

Debajo de los Superespectros están los espectros o dimensiones conformados por facetas o subfactores que son distintos entre sí pero se interrelacionan (DeYoung et al. 2020). En el nivel siguiente hay síndromes, trastornos y desordenes, los que están compuestos a su vez por subgrupos de síntomas, rasgos desadaptativos o comportamientos. Por ejemplo, un subfactor del miedo incluye a la fobia social y específica, así como la agorafobia y la patología de personalidad evitativa.

En el nivel inferior de la jerarquía de HiTOP se encuentran los síntomas y los rasgos desadaptativos. De acuerdo con esto, cualquier dimensión en cualquiera de los niveles de la jerarquía HiTOP, puede evaluarse a partir de sus rasgos o síntomas (DeYoung et al., 2020).

Para fines de la presente investigación nos centraremos en los Superespectros de Internalización, Externalización y Psicoticismo, siguiendo a Orozco y Quesada (2018). Ellos se

enfocaron en las dimensiones que los componen para la construcción del instrumento de evaluación que se utilizará en el componente empírico de este estudio, debido a que estos autores tuvieron como propósito indagar sobre las asociaciones entre la psicopatología y el riesgo de violencia. En su trabajo, agruparon los espectros del modelo HiTOP de la siguiente manera:

- **Afectividad negativa y desapego** como una sola dimensión de *internalización*. Es el espectro de condiciones psíquicas que se caracterizan por las emociones negativas (Krueger y Markon, 2006), estas forman parte de la percepción interna del mundo o son el mundo interior de la persona (Hernández-Guzmán, et al., 2011).

- **Externalización***,* como una sola dimensión que contiene *antagonismo* y *desinhibición*. Es la dimensión que se caracteriza por las conductas antisociales, riesgosas, o el consumo de drogas. Por lo general, las personas que se encuentran más inclinadas a esta dimensión son explosivas y con tendencias antisociales (Kotov et al., 2017).

- **Psicoticismo,** el cual se caracteriza porque la persona experimenta experiencias inusuales tanto a nivel cognitivo como conductual (Krueger y Markon, 2014). Pueden tener una interpretación mágica de la realidad o sentir que son más especiales o tener habilidades paranormales (Markon, 2010).

4.8.2 Espectros del HiTOP

Tal y como el modelo multidimensional lo expone, la psicopatología está organizada por una serie de cinco dimensiones, con eje transversal conocido como el *factor p*, y su organización es jerárquica. De las dimensiones del modelo se rescatan como las más conocidas y estudiadas las dimensiones de afecto negativo, desinhibición, antagonismo y desapego. Pese a ello, en los últimos años se ha visto un desarrollo en el abordaje de una quinta dimensión, cuya correspondencia es específicamente con el espectro de psicoticismo.

4.8.2.1 Superespectro de Externalización

Krueger et al. (2021), definen el superespectro de Externalización como ese que va desde los máximos niveles de autocontrol hasta los niveles donde claramente hay problemas para el control de los impulsos. Esta definición también incluye conductas asociadas al consumo de drogas, la desinhibición y el antagonismo desadaptativo.

Estos autores, como parte de las conclusiones de sus investigaciones, concuerdan que la apropiada discusión sobre Externalización se beneficia de dividirla en dos espectros, esto para una mejor comprensión del dinamismo interno, así como para facilitar la clasificación. Esta división se deriva de que, los dos espectros difieren en los rasgos desadaptativos que las caracterizan (Krueger, et al., 2021). Estos son: Desinhibición y Antagonismo.

4.8.2.1.1 Desinhibición

Este se puede definir como el espectro donde la persona tiene la tendencia a actuar por impulso, es decir, no hay inhibición, y, por tanto, no tiene interés por las consecuencias de sus actos sobre las otras personas (Krueger, et al., 2021; Raskin., 2019).

Los rasgos desadaptativos que describen y definen este espectro son todos los comportamientos relacionados con esta imposibilidad de poder controlar los impulsos. Por ejemplo: la impulsividad, la irresponsabilidad y desorganización, la búsqueda de riesgos, la tendencia a ser distraído y el abuso de drogas (Krueger, et al., 2021; Raskin., 2019).

En consecuencia, la persona no tiene un filtro social de sus actos. Las conductas de estas personas están lejos de tener como límite las normas sociales. Además, no solo, no hay prudencia o interés con respecto a los demás por las posibles consecuencias de sus actos; sino, que este límite es inexistente para sí mismos también. Un ejemplo es el consumo de drogas o sustancias ilegales, de forma descontrolada o consideración por los posibles efectos en la salud tanto a mediano como a largo plazo (Krueger, et al., 2021; Raskin., 2019).

4.8.2.1.1.1 Subfactores Desinhibición

En el caso de Desinhibición, sus principales subfactores son: **abuso de drogas** y **conducta antisocial**, junto con la **hiperactividad, falta de atención e impulsividad.** El subfactor de abuso de drogas se caracteriza por dos síntomas: uso de drogas y problemas derivados de la utilización de estas.

Uso de Drogas: de acuerdo con el DSM-5 el uso de drogas se puede definir como el comportamiento relacionado con un control deficitario, donde se da el consumo de grandes cantidades de una sustancia, durante un tiempo prolongado; no hay control ni límites específicos, tanto en tiempo como en dosis. La persona sufre de deseos constantes por consumir, invierte su tiempo en consumir o en conseguir las sustancias. Por último, la persona puede tener un historial de intentos fallidos de controlar el empleo de la sustancia y se evidencia que no tiene control sobre ello.

Problemas derivados de la utilización de drogas: los problemas derivados del consumo de sustancias se pueden encontrar en el DSM-5, como los criterios de deterioro social, donde la persona, por el consumo de estas, cae en un incumplimiento de sus responsabilidades, tanto académicas, personales, laborales y familiares. Hay una pérdida considerable de redes apoyo tanto de amigos y familiares. Otro de los criterios es el *consumo de riesgo*, el cual consiste en el consumo sin análisis de los riesgos en la salud, tanto a mediado como corto plazo.

Hiperactividad, inatención e impulsividad: el DSM-5, considera de preocupación los rasgos de *hiperactividad* y la *falta de atención* cuando se han convertido en un patrón persistente de conducta de más de seis meses, donde se da la inatención y que a su vez puede combinarse con la *impulsividad*.

Inatención: este rasgo incluye la falta de concentración en los detalles y problemas con la comprensión de instrucciones, lo cual genera problemas en las tareas que la persona deba realizar sin supervisión. A su vez, esta falta de atención y en mayor grado a los detalles conlleva a errores importantes que afectan a la persona con sus responsabilidades. La falta de atención puede manifestarse también en falta de concentración para ejecutar directrices o tareas específicas,

conversaciones o lectura, entre otras actividades. Además, es frecuente que la persona pierda objetos u olvide compromisos o fechas de entrega.

Hiperactividad: de acuerdo con el DSM-5, se puede definir como un patrón de conductas que consisten en no poder mantenerse quieto durante periodos cortos de tiempo. Algunas de las conductas que lo conforman son, por ejemplo, no poder estar sentado el mínimo de tiempo requerido, movimientos constantes de las manos y pies, la imposibilidad de mantenerse ocupado en una tarea o movimientos corporales no apropiados para el ambiente específico, pero que no son involuntarios.

Impulsividad: acorde al DSM-5, esta se puede definir como los patrones de conducta de una persona, que no puede esperar a terminar de oír una pregunta y responde inmediatamente, o esperar su turno. También se caracteriza por actuar precipitadamente para conseguir algo, ya sea opinar en una conversación, o tomar y usar las cosas de otra persona sin su permiso.

Por lo tanto, siguiendo a Griffin et al. (2017), consideran que la impulsividad es un subfactor transdiagnóstico, lo que quiere decir que tiene conexiones importantes con otros subfactores, por lo que su definición tiende a ser más compleja. Por ejemplo, es un subfactor que se incluye en el uso de drogas, pero también en la delincuencia y en conductas asociadas a los riesgos.

La definición dimensional incluye el constructo de la propuesta del DSM-5, pero también debe de incluir, siguiendo a Griffin et al. (2017), la noción de urgencia, donde la misma, es una urgencia intrínseca por actuar, más que por pensar en el acto. Es decir, se actúa por urgencia, sin premeditación. Esto lo vincula en parte con el rasgo de irresponsabilidad del DSM-5.

4.8.2.1.2 Antagonismo:

Este espectro se enmarca en las conductas de antipatía, conflicto y el lastimar a otros de manera intencional; hay conciencia de los actos, pero no hay empatía por lo que sienten los demás.

Esta faceta de la personalidad está vinculada con una variedad importante de rasgos desadaptativos, relacionados con formas de relaciones problemáticas con otras personas, incluyendo: tendencias a la manipulación, comportamientos dentro de un marco de hostilidad o rudeza, tendencia a la grandiosidad, tendencia al engaño, suspicacia, insensibilidad y dominación (Krueger, et al., 2021; Raskin, 2019).

En el Antagonismo, el factor prevalente y diferenciador es el rasgo desadaptativo de *agresión-insensibilidad*: la falta de empatía, remordimiento y emociones socialmente esperadas por parte de la persona que tiene o ejecuta conductas agresivas hacia otras personas. Contrario a la Desinhibición, en la cual el subfactor subyacente, es la falta de autorregulación, por ejemplo, el abuso de drogas; que la podemos definir como las conductas donde no hay control y análisis de los riesgos posibles (Krueger, et al., 2021).

4.8.2.1.2.1 Subfactores Antagonismo

Para el caso de Antagonismo, su principal subfactor es la *conducta antisocial*. De acuerdo con Krueger et al. (2007), esta se puede perfilar a partir de los siguientes síntomas: agresión física, agresión relacional, destrucción de la propiedad, fraude y robo. Su factor prevalente y diferenciador es la *agresión-insensibilidad*, que lo podemos definir como la falta de empatía, remordimiento y emociones socialmente esperadas por parte de la persona que tiene o ejecuta conductas agresivas hacia otras personas (Krueger et al., 2021).

La agresión física abarca conductas como aquellas donde se da la agresión a personas y animales: iniciar peleas, usar armas que pueden provocar un daño físico leve o grave en otros; intimidar, acosar y amenazar a otras personas, ya sea solo por agredir o para robar o violar sexualmente. La agresión física empieza por lo general con comportamientos de crueldad física hacia animales, luego personas o ambas al mismo tiempo.

La destrucción de la propiedad, de acuerdo con el DSM-5 se puede definir por conductas tales como prender fuego a alguna estructura con la intención de provocar daño, o afectar la propiedad, con la sola intención de hacer daño a esta y a la persona o animal.

El engaño y robo, acorde con el mismo manual diagnóstico, se caracteriza por comportamiento tales como la invasión de la propiedad privada, mentir para conseguir apropiarse de los objetos de otras personas u obtener favores, mentir para evitar responsabilidades, así como el robo de objetos de otras personas, con o sin valor.

4.8.2.2 Avances en investigación

La diferenciación de este superespectro con respecto a los otros dos ha quedado bien establecida, acorde con Krueger et al. (2021). Citamos a continuación algunos casos recientes en los que los resultados estadísticos confirman el modelo.

Krueger et al. (2021) citan a Blanco et al. (2015), quienes presentaron resultados de un análisis con adolescentes y los desórdenes psiquiátricos basados en el modelo dimensional, los cuales indicaron que los trastornos psiquiátricos existen en un espacio limitado de dimensiones organizadas jerárquicamente. En esta misma línea, Krueger et al. (2021), citan a Castellanos-Ryan

et al. (2014), los cuales en una investigación similar con adolescentes confirman que la evidencia encontrada permite confirmar los subfactores y los síntomas respectivos de Externalización.

Ellos también citan a Wright et al. (2013), quienes, en su investigación basada en un modelo cuantitativo, estudiaron una muestra de más de 8.841 personas, donde compararon el ajuste de los modelos categóricos, continuos e híbridos de los síndromes y sus indicadores; sin centrarse en el análisis de los diagnósticos. De esta forma pudieron delinear los primeros esbozos de tres de los Superespectros, especialmente el de Externalización.

Las investigaciones más recientes se han volcado a tres vertientes principales:

- Las que se enfocan en la construcción de escalas de medición clínica del superespectro.
- Las investigaciones que estudian la etiología del superespectro, ya sea en la población general como en la infancia o en grupos étnicos específicos, así como las influencias genéticas comunes del mismo.
- Las investigaciones que estudian la prevalencia, así como cada uno de los síntomas y los rasgos desadaptativos que les corresponden a este superespectro y sus dimensiones o facetas.

Respecto a las investigaciones enfocadas a la construcción de escalas de medición clínica, recientemente Mullins-Sweatt et al. (2021), publicaron los resultados de la fase uno de su investigación. Los cuales, consisten en la creación de los posibles constructos para medir los dos espectros de externalización, así como algunos de sus síntomas, más el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Aunque sigue en proceso, su aporte principal hasta el momento es la

elaboración de los constructos que incluyen los rasgos y comportamientos del superespectro y colaborar con su evaluación.

En el caso de las investigaciones que estudian la etiología de estos espectros, uno de los principales es el de Muniz et al. (2019), donde estudian los efectos de las experiencias infantiles adversas. La investigación sugiere que uno de los posibles efectos es el riesgo de internalizar o externalizar estas experiencias. Una de las conclusiones más importantes es que el maltrato emocional es el detonante y elemento predictivo de la etiología y prevalencia de la Externalización. También pudieron identificar que el encarcelamiento de algún miembro de la familia, el abuso físico, la negligencia emocional, la violencia doméstica y el uso de drogas eran predictores de esto, en alto grado (Muniz et al., 2019). Otra investigación, por Heleniak et al. (2015), concluye también que el maltrato infantil es un indicador muy relevante para el desarrollo de una personalidad dentro del superespectro de Externalización.

Siguiendo esta línea de investigación, Fischer et al. (2022) estudiaron los efectos y la influencia de los padres y los compañeros en adolescentes para establecer la posible relación con un desarrollo de un comportamiento de externalización. La base para estas conclusiones es la sensibilidad del procesamiento sensorial, donde las personas que tienen mayor sensibilidad hacia este factor de procesamiento pueden ser altamente influenciables por esas situaciones. Es decir, a los contextos sociales positivos o negativos. Según las conclusiones de estos autores, hay una alta incidencia hacia la Externalización en los adolescentes que han vivido en contextos sociales negativos cuando presentan estos niveles de sensibilidad.

Por último, existe toda una serie de investigaciones que están trabajando los diferentes síntomas y rasgos desadaptativos. En este orden tenemos la investigación de McDonald et al. (2021), cuyo estudio es de suma importancia, ya que permitió descubrir que los síntomas de uso

de sustancias están relacionados con problemas de impulsividad, además de que en general el superespectro de Externalización tiende a prevalecer por la asociación y producto de conductas como la impulsividad, el afecto negativo y la falta del control de errores.

4.8.2.3 Operacionalización: detalle de los subfactores y cómo se manifiestan

Como lo hemos visto anteriormente, el superespectro de Externalización se caracteriza porque abarca o describe los comportamientos de individuos que carecen del control de sus impulsos dentro de un marco normativo (Krueger et al., 2022), así como conductas relacionadas con el consumo y abuso de sustancias y alcohol (Kovács et al., 2022; Romer et al., 2018; Soe-Agnie et al., 2018; Krueger et al., 2021). También se caracteriza por comportamientos, agresivos, impulsivos, como conductas antisociales y delictivas (Krueger et al., 2007; Krueger et al., 2005). Por último, dentro del superespectro de Externalización podemos encontrar los espectros de Antagonismo y Desinhibición (Krueger et at.,2022).

De esta forma, se utilizó el IDPP, construido inicialmente por Orozco y Quesada (2018), el superespectro de Externalización consta de 10 escalas dividas en dos Espectros. Con lo cual se cuenta con cinco escalas para el espectro de Antagonismo y cinco escalas para el espectro de Desinhibición.

Para el espectro de Antagonismo, las cinco escalas se concentran en los respectivos sub-factores, son: Búsqueda de Atención, Rasgos Manipulatorios, Tendencia al Engaño, Rasgos de Grandiosidad e Insensibilidad Interpersonal.

Con respecto al espectro de Desinhibición, las escalas son las siguientes: Irresponsabilidad, Rasgos Impulsivos, Necesidad de Estímulos y Toma de Riesgos, Distractibilidad y Potencial a la Adicción.

4.8.2.4 Escalas del Espectro de Antagonismo

La escala de Búsqueda de Atención: se caracteriza, como lo indica el título, por una constante búsqueda de la atención de las otras personas con las cuales se relaciona un individuo.

Según Carvalho, et al. (2016), la búsqueda de atención se enmarca estrechamente en el DSM-5 con el Desorden de la personalidad Histriónico, desorden que permite describir la mayoría de las conductas de la escala de Búsqueda de Atención. Por ejemplo, el sentir incomodidad cuando no se es el centro de atención, la tendencia a seducir a las otras personas o el ser muy dramáticos en sus expresiones.

Aunque este no se limita solo a ese desorden de la personalidad, por ejemplo, Carvalho y Primi (2015), definen la búsqueda de atención como, el deseo constante de una persona por conseguir la gratificación personal de ser el centro de atención de las otras personas. Para conseguir esto, el individuo tiene conductas como seducir y manipular, así como una constante búsqueda de amistades sin importar, si la relación que se establece es muy rápida, breve y superficial y, por tanto, carece de un lazo íntimo.

Escala de Rasgos Manipulatorios: esta escala describe los comportamientos asociados o relacionados con la necesidad de dominar y controlar a otras personas, esto para utilizarlas por interés propio, con un objetivo específico, que es satisfacer una necesidad personal, por encima de las necesidades de la otra persona (Carvalho et al., 2021).

Bowers (2003), define la manipulación como todas las actividades que desarrolla una persona con el objetivo de lograr sus deseos personales, y esto puede estar mediado por conductas como el engaño, la coerción y cualquier otra conducta que pueda ayudarle a convencer o coaccionar a la otra persona para sus fines.

Para Gunderson (1984), la manipulación puede incluir, como parte de la estrategia de la persona, conductas autodestructivas, conductas de provocación o engaños y hasta somatizaciones que añaden una atmósfera dramática para convencer.

Finalmente, Potter (2006), nos indica que es importante tomar en cuenta, que la manipulación debe de considerarse en dos polos, el polo normal o del día a día, es decir, la manipulación que se da entre las relaciones interpersonales y la manipulación que se enmarca como de tipo más clínico o psicopatológico.

También es relevante destacar que esta escala mide más los rasgos manipulatorios que el simple hecho de engañar. Es decir, una persona que tiende a engañar, miente esporádicamente, sin una intención de manipular de fondo, por el contrario, una persona manipuladora, es aquella que puede mentir de la misma forma anterior, pero con un objetivo de fondo, el cual es manipular (Crego y Widiger, 2016).

Escala de Tendencia al Engaño: esta escala describe las conductas de personas que buscan obtener algún beneficio propio a través de la deshonestidad y la fraudulencia. Según la APA (2022), este se puede entender como cualquier artilugio elaborado conscientemente y con dos propósitos específicos: beneficio personal y/o placer por medio del engaño a otros.

Para Krueger et al. (2021), la tendencia al engaño se puede entender como todas las acciones que hace una persona, por ejemplo, mentir, hacer trampa, confundir, cambiar información, con el único de fin de sus propios objetivos.

Así, de esta forma, la tendencia al engaño, son todas las acciones y conductas de una persona, que le permiten o le hacen ser capaz de engañar a otras personas. Por ejemplo, con una mentira singular o mentiras repetidas sobre algo, también pueden ser el cambiar la apariencia personal, el usar un alias o cambiar la versión original de algo para estafar, confundir o provocar el error de otra persona (APA, 2022).

Escala de Rasgos de Grandiosidad: esta escala hace referencia a las conductas y rasgos de personas que tienen una autoestima enardecida por encima de los rasgos normales o muestras no clínicas (Vater et al., 2013)

Krueger et al. (2021), la definen como los rasgos que caracterizan a una persona que tiende a ser arrogante, soberbia, y que considera que, por sus características innatas o adquiridas o la suma de ambas, las demás personas le deben un trato especial acorde a su naturaleza o a sus características.

Estos rasgos de Grandiosidad se caracterizan porque la persona tiene poca o nula autocritica sobre sí misma, es decir, su aparente autoconfianza es totalmente acrítica (APA, 2022).

En algunas ocasiones, los rasgos de Grandiosidad pueden llevar a la persona a ciertos delirios, entre ellos los de grandeza, como, por ejemplo, el creer que se es superior a los demás y estar en una búsqueda constante de pruebas de esto, donde puede exagerar sus logros o esperar ser reconocido sin estos.

También suelen desarrollar un discurso muy marcado de esta superioridad, aunque los argumentos no sean sólidos y al mismo tiempo tener un discurso condescendiente o de falta de empatía hacia las otras personas (APA, 2022).

Aunado a esto, la persona considera que necesita o debe de recibir un trato especial por sus características de superioridad, donde debe ser admirado, ya que es único y especial, y por ende

muy pocas personas podrían entenderle. Por lo que también está en constante búsqueda de un grupo que lo admire y comprenda, por lo general fantasean con este círculo social (Krueger et al., 2021; APA, 2022).

Escala de Insensibilidad Interpersonal: esta escala hace referencia, como lo indica el nombre, a la falta de sensibilidad hacia las otras personas, es decir, a la persona no le preocupan los sentimientos o los problemas de los demás, por lo general esto no lo puede procesar, no hay una identificación con los sentimientos de las otras personas y sus sufrimientos (APA, 2022).

Krueger et al. (2021), la definen como los rasgos que caracterizan a una persona que tiende a ser fría, es decir, sin sentimientos de empatía hacia las otras personas y que, por tanto, no pueden sentir o identificarse con las emociones de los otros.

Para Valle et al. (2013), la insensibilidad se caracteriza principalmente por la falta de culpa o de remordimiento, así a estas personas no les preocupa si sus acciones o decisiones afectan o hieren a los demás, por lo que no sienten culpa o remordimientos por las acciones y las causas de sus actos.

Finalmente, para Lynam y Miller (2019), estas personas engloban los rasgos o conductas asociadas a la falta de altruismo, empatía, optimismo y la compasión hacia otros.

4.8.2.5 Escalas del Espectro de Desinhibición

Escala de Irresponsabilidad: esta escala hace referencia a las conductas en donde la persona se caracteriza porque tiene un mínimo o un nulo sentido de compromiso con las reglas establecidas o las obligaciones que le corresponden, tanto personal como socialmente, donde se da la falta de cumplimiento de estas obligaciones, así como un desinterés por el cumplimiento de estas (Krueger et al., 2007; Lynam y Vachon, 2012).

En relación con lo anterior, también sus conductas se caracterizan por problemas en el trabajo, donde la persona no puede mantener los acuerdos, compromisos y/o se puede dar, el abandono del trabajo de forma permanente o temporal, como por ejemplos ausencias repetidas y de forma injustificada (APA, 2022).

Parte de las conductas asociadas con la irresponsabilidad, son las relacionadas a individuos que no pueden cumplir con los acuerdos u obligaciones financieras adquiridas y sobre las cuales podrían estar también otras personas involucradas y/o afectadas (APA, 2022).

Escala de Rasgos de Impulsividad: esta escala describe las conductas de personas que se caracterizan por actuar, o ejecutar acciones sin razonar previamente las consecuencias, es decir, sin una planificación anticipada de las cosas (Drabick, et al., 2015).

Así, una de las características de la impulsividad es la falta de planificación anticipada o la incapacidad para seguir planes concretos, ya que están influenciadas por las emociones y por un sentido de urgencia extremo, por la satisfacción inmediata de sus necesidades. Por lo que en el esquema de razonamiento de estas personas no hay un proceso de planificación de las decisiones y de sus consecuencias, por tanto, es común, que tiendan a cambiar constantemente de trabajo, renunciar de forma intempestiva, terminar relaciones sin una razón específica, cambiar de residencia o de bienes de forma apresurada (APA, 2022).

De forma general, estas personas están más influenciadas por las emociones que por un razonamiento, por lo que el objetivo de sus actos es satisfacer una emoción predominante lejos de un razonamiento (APA, 2022).

De acuerdo con esto, Zisner y Beauchaine (2015), nos indican que la falta de planificación asociada a las emociones y la necesidad de satisfacción, hacen que estas personas tiendan a tener

una búsqueda constante por las recompensas inmediatas de lo que quieren. Esto sin importar si esperando un poco más de tiempo podrían tener recompensas más grandes o valiosas. Por lo tanto, para estas personas prima más la recompensa inmediata que el tener que esperar o planificar para obtener algo que requiera más tiempo, aunque fuera más grande o relevante.

Además, en la obtención de la recompensa, no media para estas personas el razonamiento de si sus acciones no son socialmente esperadas, ó, si las consecuencias de sus acciones afectan o hieren a otras personas (Zisner y Beauchaine, 2015)

De esta forma, sus actos son acciones apresuradas al calor de una emoción que necesitan satisfacer de forma inmediata, sin importar las consecuencias, o la afectación de otras personas como resultado de sus actos (APA, 2022).

Por último, esto se puede asociar también al gasto de dinero sin planificación, a los endeudamientos de forma irresponsable, al consumo de drogas, comportamientos sexuales peligroso, conductas criminales y violentas (APA, 2022).

Escala de Rasgos de Distractibilidad: esta escala describe las conductas de personas que se caracterizan por tener poco control de la atención en sus rutinas o tareas diarias, en donde los estímulos externos juegan un papel preponderante, ya que son los inhibidores o los distractores principales de la atención de estas personas (Valle y Stringaris, 2015; APA, 2022).

Así, de esta forma, estos individuos, tienen problemas o una incapacidad importante para bloquear los estímulos que para otras personas serían distractores normales o irrelevantes, y es por esto que se les puede dificultar tener una conversación regular o no puedan prestar atención a las instrucciones, así como planificar una tarea o un plan de trabajo, ni seguir un plan de trabajo específico y realizar tareas (APA, 2022).

Escala de Potencial a la Adicción: esta escala describe las conductas de personas que por sus características internas tienen la tendencia al consumo de drogas y otras sustancias de forma descontrolada, ya sean lícitas o ilícitas.

Es relevante destacar que la versión más reciente del DSM 5 ha introducido variaciones importantes en la clasificación del abuso de sustancias. Así, actualmente los dos criterios que se utilizaban anteriormente, que eran abuso de sustancias y dependencia de sustancias, fueron eliminados en esta versión para dar paso a una nueva categoría que los reemplaza, la cual es trastornos por uso de sustancias (APA, 2022).

El trastorno por utilización de sustancias a su vez se divide en dos categorías: trastornos por uso de sustancias y trastornos inducidos por el uso de sustancias (APA, 2022).

En nuestra categorización no hacemos diferencia entre ambos trastornos, ya que nos interesa describir el uso y el potencial a la adicción como parte de mecanismos latentes en las dinámicas internas de la persona, es decir, la descripción del uso y sus niveles.

De esta forma, las conductas asociadas al potencial a la adición corresponden en primera instancia a las necesidades de la persona por el consumo, donde hay esta necesidad e impulso por consumir la sustancia, impulso que no se puede controlar o que controla la mayor parte del pensamiento (APA, 2022).

Para Zisner y Beauchaine (2015), el uso de sustancias está asociado directamente a los mismos mecanismos neuronales de la impulsividad, por lo que, en el abuso de sustancias, media totalmente la impulsividad y la necesidad de satisfacción de estos impulsos por consumirlas.

Asociado a este impulso, la persona pasa mucho tiempo, ya sea pensando cómo obtenerla, ocultándola, obteniéndola, consumiéndola e incluso recuperándose de su uso (APA, 2022).

Lo anterior, afecta las relaciones familiares, los compromisos sociales y el rendimiento en el trabajo, responsabilidades que pasan a segundo o tercer plano, ya que la necesidad de consumir y el consumo en sí mismo, abarcan el día a día de la persona (APA, 2022).

Asociado a lo anterior, la persona también tiene problemas como la imposibilidad de poder dejar de consumir y la necesidad del uso de mayores cantidades de la sustancia para poder sentirse bien (APA, 2022).

Por último, el consumo constante de la sustancia, a pesar de tener problemas con su uso, compra, así como de problemas familiares, sociales o laborales, ocasiona en la persona el aislamiento y concentración en el consumo (APA, 2022).

Escala de Necesidad de Estímulos y Toma de Riesgos: esta escala describe las conductas de personas que por sus características internas tienen la tendencia a tomar riesgos importantes para sentirse estimulados. La podemos describir como la necesidad interna, de sentirse parte y participar de actividades peligrosas para sí mismos y para otras personas (APA, 2022).

Estas personas niegan la realidad del peligro, sus propias limitaciones y por lo general no consideran los resultados o los posibles efectos de sus conductas, tanto para sí mismos como para otras personas (APA, 2022).

Por último, la planeación de estas actividades está más influenciada por las emociones internas, ya sea el deseo de riesgo, como una propensión interna al aburrimiento, es por esto por lo que los riesgos surgen como una medida compensatoria (APA, 2022).

4.8.2.6 Líneas de investigación a futuro

Existen varias líneas de investigación a futuro sobre el superespectro de Externalización. Una de las líneas más importantes es la de la investigación genética sobre los subfactores de la Externalización. Por ejemplo, Barr y Dick (2020), exploran los subfactores como diseños latentes en gemelos y otros familiares, mientras investigan estos subfactores con datos de todo el genoma. Dentro de sus conclusiones han podido demostrar inicialmente que varias de estas conductas están influenciadas genéticamente. Más pruebas son aún necesarias para establecer mejor su causalidad.

Otra de las líneas de investigación relevantes es la de análisis y predicción de conductas de este superespectro durante la primera infancia y cómo las relaciones familiares podrían influir en el desarrollo de subfactores de externalización de forma longitudinal o progresiva en las personas. Dentro de estas investigaciones tenemos la de Paz et al. (2020), que estudiaron, de manera experimental, el rol de la empatía y la influencia de esta en el desarrollo temprano de la Externalización. Una de sus conclusiones es que la empatía en el desarrollo de la Externalización temprana depende tanto del género como de la edad; así, por ejemplo, el desarrollo de la Externalización de los niños está directamente relacionado con una baja empatía, mientras que la Externalización en las niñas se puede deber a formas de relacionarse con ellas de manera poco asertivas o invasivas (Paz et al., 2020).

Por último, otra de las áreas más importantes de investigación es la de los test o pruebas psicológicas clínicas de personalidad. Una de las más representativas es la de Venables y Patrick (2012), quienes realizaron una investigación para la validación de un test del superespectro de externalización con una muestra de personal penitenciario. Dentro de los resultados principales

está la validez del test y la relación que se pudo encontrar entre los correlatos neurobiológicos y las bases etiológicas de la propensión a desarrollar conductas del superespectro de Externalización.

4.8.3 Superespectro de Internalización

4.8.3.1 Definición del espectro

El espectro de Internalización es la tendencia a experimentar emociones negativas y la preocupación constante que produce ansiedad, el miedo y la miseria. Este espectro incluye: el trastorno depresivo mayor (TDM), el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el trastorno de ansiedad por separación (TAS), el trastorno de pánico (TP) y las fobias (Mikolajewski et al. (2012)

4.8.3.2 Afecto negativo

Mikolajewski et al. (2012), definen el afecto negativo o emocionalidad negativa como la tendencia constante a experimentar emociones aversivas, como el nerviosismo, la ira, la culpa, el rechazo y la tristeza.

Afruntti et al. (2015) lo definen como "un factor determinante del temperamento que se caracteriza por el miedo, la ansiedad, la tristeza, la frustración, la culpa y el malestar, junto a la dificultad para calmarse" (p. 358), apuntan que es una reactividad emocional que se vive de manera intensa y frecuente. Para estos autores, el afecto negativo presenta las siguientes facetas: ansiedad, inestabilidad emocional, hostilidad o enojo, perseveración, afecto restringido, inseguridad por separación, estrés y manía.

Adicionalmente Afruntti et al. (2015) apuntan al perfeccionismo como una especie de mediador entre el afecto negativo y el desarrollo de trastornos de tipo internalizante. De acuerdo con los autores, este rasgo está compuesto por tres patrones específicos:

- **Perfeccionismo auto-prescrito (PAP),** caracterizado por requerimientos que la persona se impone a sí misma para ser perfecta.
- **Perfeccionismo socialmente prescrito (PSP),** que consiste en requisitos que la persona cree que le imponen los demás para ser perfecto.
- **Perfeccionismo prescrito por otros (PPO),** los cuales son exigencias impuestas por la persona a los demás para ser perfecto.

Cada uno de estos patrones puede tener un efecto potenciador en los rasgos desadaptativos que corresponden al espectro de Internalización, como lo pueden ser la depresión, ansiedad, síntomas de preocupación, estilo del logro autocrítico, angustia por el fracaso, entre otros.

4.8.3.3 Avances en investigación

Uno de los objetivos más importantes en la investigación en torno a la psicopatología es la posibilidad de obtener una evaluación temprana, una intervención efectiva y una prevención oportuna del riesgo. Comprender cómo el afecto negativo interviene en el desarrollo de trastornos de la dimensión de internalización contribuye con este objetivo.

La investigación realizada al respecto sugiere que las influencias genéticas contribuyen, al menos en cierto grado, a la concurrencia entre los trastornos internos y externos (Mikolajewski et al., 2012).

Mikolajewski et al. (2012), mencionan que las investigaciones han demostrado que el afecto negativo está moderadamente correlacionado con los trastornos internalizantes y externalizantes en los niños. Es por esto que los autores consideran que las investigaciones sobre las influencias genéticas y ambientales comunes puede permitir una mayor comprensión de la vulnerabilidad a la psicopatología de la infancia, y puede generar datos para el del desarrollo de intervenciones clínicas eficaces (Mikolajewski et al., 2012).

La investigación utilizó un enfoque factorial, que analizó una muestra de 691 pares de gemelos de edades entre los 7 y 13 años, así como a sus padres. Los resultados mostraron que el afecto negativo comparte influencias genéticas y ambientales con los trastornos internalizantes y externalizantes en la infancia y que estas influencias comunes pueden explicar parcialmente su ocurrencia y desarrollo.

Por su parte, Afruntti et al. (2015), aportan avances significativos con población infantil. Los autores efectuaron un estudio con 61 díadas de padres e hijos. Los y las niñas tenían entre 7 y 13 años. Se propusieron investigar el efecto mediador del perfeccionismo, principalmente los dominios de PAP y PSP en la relación entre afecto negativo y ansiedad infantil, preocupación y síntomas de depresión. Utilizando un modelo de análisis de trayectorias, aplicaron medidas separadas de los síntomas de ansiedad, depresión y preocupación; a la vez que separaron el perfeccionismo PAP y PSP para lograr determinar con mayor precisión la relación específica con los diferentes trastornos. Dentro de los resultados encontraron que el afecto negativo efectivamente tiende a predisponer a los niños a desarrollar el perfeccionismo como una forma de hacer frente a

la angustia. Estos hallazgos aportaron evidencia importante para predecir el comportamiento futuro de los niños y comprender los factores de riesgo a los que se exponen para desencadenar angustia y depresión. (Afruntti et al. 2015)

4.8.3.4 Operacionalización: detalle de los subfactores y cómo se manifiestan

De acuerdo con el IDPP, el espectro de Internalización está compuesto por el dominio de afecto negativo, que a su vez se compone de siete escalas: rasgos depresivos, rasgos ansiosos, inestabilidad emocional, rasgos hostiles, rigidez perseverativa, rasgos de inseguridad vincular y vulnerabilidad al estrés.

Escala de Rasgos Depresivos: en esta escala se evalúan rasgos relacionados con la desregulación disruptiva del estado de ánimo, hace referencia a la presencia de un estado de ánimo triste, la ideación suicida, sentimiento de inutilidad y dificultad para concentrarse. Algunos ejemplos de estos rasgos podrían ser pensar constantemente que la vida es muy triste, pensar que no sirvo para nada, abrigar la idea de morir.

Escala de Rasgos Ansiosos: en esta escala se evalúan rasgos relacionados con el miedo y la ansiedad excesiva. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria y la ansiedad es la respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Manifestación de inquietud constante. Algunos ejemplos de rasgos que componen esta faceta son: experimentar tantos nervios que genera la sensación de que se va a morir, sentir miedo sin tener un motivo claro, sentir dificultad para respirar frente a situaciones de mucha presión y problemas para conciliar el sueño.

Escala de inestabilidad emocional: en esta escala se evalúan cambios repentinos de estados de ánimo, así como la reactividad de los individuos para reaccionar positiva o negativamente a los eventos, dentro de estos rasgos podríamos encontrar: personas que manifiestan haber recibido comentarios de parte de otros individuos que su estado de ánimo cambia frecuentemente. Los individuos en esta faceta dicen experimentar estados de ánimo variante sin razón aparente y vivencias de las emociones de forma más intensas que las de otras personas.

Rasgos Hostiles: en esta escala se evalúan las conductas, los pensamientos y las emociones negativas hacia los demás que se presentan como respuesta a un estímulo, las cuales incluyen manifestaciones de irritabilidad, furia y frustración.

Algunas conductas que ejemplifican esto serían: golpear a otras personas estando furioso, incapacidad para controlar el enojo, ser grosero con personas que me han provocado.

Rigidez Perseverativa: en esta escala se evalúa la continuidad de alguna actividad sin que haya alguna justificación para ello o alguna recompensa. Esta persistencia es involuntaria aun cuando la conducta deja de ser efectiva. Se refiere también a la repetición de las conductas a pesar del fracaso de esta.

Algunos ejemplos son: obligarse a terminar alguna tarea, aunque no tenga sentido, sacrificar horas de sueño por terminar una tarea, perder oportunidades importantes por ser obstinado en una idea.

Rasgos de inseguridad vincular: en esta escala se evalúa la poca o escasa expresión afectiva a situaciones que serían excitantes para otras personas.

Por ejemplo: Manifestar que se ha recibido comentarios por parte de otras personas por ser una persona con sentimientos fríos, indiferencia ante las propias emociones, falta de motivación ante la relación social y afectiva.

Vulnerabilidad al estrés: en esta escala se evalúa las dificultades que puede tener una persona para afrontar de manera funcional situaciones que no puede evitar. Incluyen conductas que evidencian el desequilibrio que puede experimentar un sujeto frente a las demandas del ambiente y sus recursos para afrontarlo.

Algunos ejemplos son: tratar mal a las personas cuando se experimentan situaciones de mucho estrés, no poder autocontrolarse ante la presión, generar episodios de crisis ante el estrés.

4.8.3.5 Líneas de investigación a futuro

Para ampliar los conocimientos referentes al desarrollo de patologías en el espectro de la internalización, se sugieren investigaciones futuras que contemplen la relación temporal y los trastornos de internalización y externalización. Es decir, cómo se manifiesta la relación entre afecto negativo y los trastornos a lo largo del tiempo. El afecto negativo es propuesto como un rasgo común entre la internalización y la externalización; sin embargo, hace falta mayor investigación para identificar otros rasgos comunes, así como de los influenciadores ambientales únicos de cada espectro que podrían generar psicopatologías, ya que esto puede facilitar el desarrollo de las intervenciones. Por otro lado, la investigación ha recomendado varios modelos para comprender la relación entre las disposiciones y la psicopatología. Sin embargo, se debe ampliar la investigación en función de probar estos modelos de manera que favorezca la comprensión que se tiene sobre el curso mental del desarrollo psicopatológico en un individuo. Existen otras variables que se sugiere investigar también, tales como el género, la condición socioeconómica y la edad, para determinar de qué manera estas variables contribuyen a marcar ciertas diferencias en cuanto a la forma en que se desencadenan los trastornos. Por otro lado, hace falta comprobar

empíricamente si es posible la reducción del afecto negativo y si al disminuir esta condición disminuye también el riesgo de presentar trastornos. Además de identificar factores protectores, todo esto es beneficioso al permitir una evaluación del riesgo en edades tempranas, así como una intervención más acertada y una prevención de las enfermedades mentales (Mikolajewski et al., 2012).

En la investigación realizada por Afruntti et al. (2015), se verifica el perfeccionismo como un mediador entre el afecto negativo y la psicopatología internalizante. Sin embargo, sería importante estudiar si existen otros mediadores a considerar, tales como la rumiación, el estrés y otros rasgos de personalidad que podrían ser analizados. Se sugiere estudiar la influencia de otros factores, tales como los modelos de crianza, así como el comportamiento de los padres en el perfeccionismo para lograr obtener un modelo más completo de análisis. De la misma manera, proponen la importancia de efectuar este mismo estudio en poblaciones clínicas, ya que en esa ocasión la muestra fue un grupo de niños y padres de una comunidad. Recomiendan efectuarlo con los niños y niñas en diferentes edades para lograr determinar si estos patrones se mantienen a lo largo del desarrollo del individuo.

A su vez, Zimmermann et al. (2021) recomiendan que un próximo paso relevante de la iniciativa HiTOP es desarrollar una medida integral que capte las diferencias individuales en los seis espectros, incluidos los constructos de los niveles inferiores de la jerarquía.

Por su parte, Snorrason et al. (2020) apuntan que, a pesar de que el TOC se coloca en el subfactor de miedo bajo el espectro internalizador del HiTOP, otros TOC aún no se han incluido en el modelo (Kotov et al., 2017, citado por Snorrason et al., 2020). Sus resultados a la fecha sugieren que tanto el TOC como el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) pueden pertenecer al espectro internalizador, aunque su ubicación exacta en los niveles intermedios está por determinar

(por ejemplo, bajo un subfactor de miedo frente a un subfactor distinto de obseso-compulsión). Los hallazgos tienen menos que decir sobre la ubicación del Trastorno de la Conducta Alimentaria (TAC) porque la medida del OCRD-DS (*Obsessive-Compulsive and Related Disorders-Dimensional Scales*, Escalas Dimensionales para Trastornos Obsesivo-Compulsivos y Relacionados) no distingue adecuadamente entre el acaparamiento relacionado con el TOC (por ejemplo, el acaparamiento relacionado con el miedo obsesivo al daño) y el TAC propiamente dicho. Además, se necesita más investigación para examinar la ubicación de los Comportamientos Repetitivos Enfocados en el Cuerpo (CREC) dentro del modelo HiTOP. Aunque los factores de las obseso-compulsiones y de los CREC estaban altamente correlacionados, el patrón general de los resultados de momento sugiere que la ubicación de los CREC dentro del espectro de internalización puede no ser directa.

4.8.4 Superespectro de Psicoticismo

4.8.4.1 Definición del espectro

El Superspectro de Psicoticismo abarca dos espectros específicos: los trastornos de pensamiento y el desapego.

4.8.4.2 Trastornos del pensamiento

De acuerdo con Kotov et al. (2020), al hablar de *trastornos de pensamiento* se hace referencia a las diferencias individuales, las cuales abarcan desde el pensamiento convencional hasta la

percepción y la cognición; las cuales están débilmente basadas en la realidad. Mientras que el espectro del *desapego* describe las diferencias individuales en la voluntad, la sociabilidad y la expresión afectiva. A los síntomas característicos de los trastornos de pensamiento se les conoce como síntomas positivos y a los síntomas relacionados con el desapego como los síntomas negativos. Esta clasificación de los síntomas se hace debido al impacto que representan para la o el individuo en términos de las relaciones sociales y su capacidad para desempeñarse por sí mismos. Esto se abordará con mayor profundidad más adelante.

Si se sigue la ruta marcada por el DSM-5 (2013), para comprender la conformación del espectro psicótico, se debe considerar dentro de las facetas de este al espectro de la esquizofrenia, el trastorno esquizotípico de la personalidad y otros trastornos psicóticos incluyendo sus diferentes subtipos (erotomaníaco, de grandeza, celotípico, persecutorio y somático). Estas facetas a su vez están compuestas por subfacetas específicas que caracterizan el nivel de funcionamiento del individuo (síntomas positivos) y su estilo de interacción con el mundo (síntomas negativos). Estos se detallan a continuación.

4.8.4.3 Síntomas positivos

Delirios: se refiere a aquellas creencias o ideas fijas que posee un individuo, las cuales no son susceptibles a ser cambiadas aún y cuando se cuente con pruebas o razonamientos en contra de la veracidad de estas. Los tipos de delirio varían de acuerdo con el contenido del mismo, siendo que puedan ser de corte celotípico debido a la creencia de una infidelidad o traición por parte de pareja o amigos, de persecución, de referencia hasta los que van directo al nivel somático.

Alucinaciones: hacen referencia directamente a las percepciones del individuo sin que exista la presencia de un estímulo externo. Se caracterizan por ser vívidas y claras, tal como lo son las percepciones normales; sin embargo, estas no están bajo el control voluntario de quien las experimenta. Pueden ser sensoriales, visuales, o auditivas.

Pensamiento o discurso desorganizado: directamente relacionado con el nivel formal de proceso de pensamiento y se reconoce a partir del discurso del individuo. Por lo general se caracteriza por ser desorganizado e inespecífico respecto a su contenido, llegando al punto de imposibilitar la comunicación. Encontramos discursos de pensamientos saltones, tangenciales, evitativos.

Comportamiento motor muy desorganizado o anómalo: se evidencia directamente en las acciones motoras y en el comportamiento de la o el individuo, pudiendo comportarse de una manera infantil hasta una forma agitada, impredecible o agresiva. El nivel de deterioro puede llegar a manifestarse haciendo imposible controlar las actividades enfocadas a un objetivo específico e imposibilitando las actividades que usualmente se realizan de manera cotidiana. Una de sus variantes podría ser el comportamiento catatónico, el cual está marcado por una disminución importante o total de reactividad ante lo que rodea a la persona. Esto incluye comportamientos como el mutismo, el estupor, los movimientos estereotipados y repetitivos, la mirada fija y la ecolalia.

4.8.4.4 Síntomas negativos

La expresión emotiva disminuida: consiste en una disminución de la expresión de las emociones que se manifiestan a través del rostro, el contacto ocular, la entonación del habla y los movimientos de las manos.

La abulia: es una disminución de las actividades ejecutadas por iniciativa propia y que se llevan a cabo motivadas por un propósito.

La alogia: se manifiesta por una reducción del habla.

La anhedonia: es la disminución de la capacidad para experimentar placer a partir de estímulos positivos o la degradación del recuerdo del placer experimentado previamente.

La asocialidad: se refiere a la aparente falta de interés por las interacciones sociales, puede estar asociada a la abulia, pero también puede ser indicativa de que hay escasa oportunidad para la interacción social.

De acuerdo con la línea anterior, Millon (2004), propone la existencia de diversos tipos de personalidad que se encuentran dentro de este modelo. Las mismas en su sentido más puro serán descritas a continuación; sin embargo, también se retomarán algunas de sus variantes y donde estas convergen con otros espectros del modelo dimensional. Siendo que los rasgos propios de estas personalidades pueden estar presentes en otras manifestaciones de la psicopatología.

Personalidad Esquizoide: se caracteriza principalmente por estar completamente desapegado de las relaciones interpersonales. Su comportamiento afectivo es plano, no muestra

interés por ninguna actividad social en especial y probablemente se sienta más cómodo estando rodeado de objetos inanimados.

Se diferencia a la personalidad esquizoide del estilo esquizoide, ya que los individuos con un estilo de este tipo aún son capaces de experimentar algunos sentimientos y estar mínimamente relacionados con el mundo que les rodea.

Según Millon (2004), algunas de las variantes de este tipo de personalidad son:

- **El esquizoide lánguido**: comparte semejanzas con el estilo depresivo, posee una inercia notablemente marcada, su nivel de activación es deficiente, se muestra completamente imperturbable desde su mundo interior, su comportamiento es letárgico, y la mayoría de las veces se muestra cansado, exhausto y debilitado.
- **El esquizoide remoto**: sus características son principalmente esquizotípicas y del estilo de personalidad evitativo. Se muestra distante y alejado, es inaccesible por parte de las personas que les rodean. Su comportamiento es desconectado y aislado.
- **El esquizoide despersonalizado**: presenta la manifestación completa de las características esquizotípicas, mostrándose ante el mundo completamente separado de los demás y de sí mismo. Esta variante presenta a sujetos con un yo completamente incorpóreo que se perciben como un objeto distante. El cuerpo y la mente están completamente divididos y disociados, no presentan una articulación de sí mismo, es como si el yo del individuo hubiese sido completamente eliminado y su lugar lo ocupa la nada.
- **El esquizoide sin afecto**: siendo sus rasgos principalmente compulsivos, combina la apatía esquizoide con la emocionalidad retenida y la formalidad del compulsivo. Se caracteriza por ser insensible, poco cariñoso y más bien frío y distante, pudiendo incluso definirse

como indiferente ante el mundo. No se agita o se perturba ante nada, siendo completamente inmutable. En esta variante todas las emociones están disminuidas.

Personalidad Esquizotípica: se presentan extremadamente ansiosos cuando están cerca de otras personas, su estilo de interrelación es evasivo y distante. Poseen un estilo de pensamiento extraño y extravagante, caracterizado por ideas principalmente de corte mágico o sobrenatural. Se caracterizan por presentar delirios, alucinaciones e ideas de referencia.

De acuerdo con Millon (2004), este tipo de personalidad se caracteriza por presentar síntomas positivos, los cuales son principalmente de naturaleza perceptual cognitiva y que son exagerados o excesivos de acuerdo con el funcionamiento normal. Mientras que los síntomas negativos son de naturaleza social e interpersonal, siendo deficientes en este plano en relación con lo que se considera el funcionamiento normal.

Hay dos variantes relacionadas particularmente con este tipo de personalidad, las cuales son descritas a continuación:

- **El esquizotípico insípido:** comparte rasgos principalmente con los estilos de personalidad esquizoide, depresivo y dependiente. Poseen un sentido de rareza o de no ser y no existir. Se presenta hacia el mundo como un individuo monótono, lento y sin ninguna emoción que expresar; mientras que su mundo interno es insustancial. Son indiferentes e insensibles, con pensamientos sombríos, vagos y tangenciales, y extraordinarios como lo puede ser contar con poderes mágicos y sobrenaturales. Se puede resumir este estilo en la expresión existir sin ser.

- **El esquizotípico temeroso:** con características del estilo de personalidad evitativo y negativista. Se muestra siempre cauteloso, aprensivo, vigilante y desconfiado. Suprime sus propias emociones alienándose de sí mismo y de los demás, de manera activa bloquea sus propios pensamientos descalificándolos o invirtiéndolos.

La personalidad paranoide: las y los individuos con este estilo de personalidad principalmente se caracterizan porque su capacidad básica de confianza en los demás es inexistente o ha sido destruida, ante lo cual responden ante el mundo de una manera hostil, rígida y moralista, siendo inquebrantables en sus ideas y negándose a considerar otras opciones, aunque se encuentren frente a evidencia objetiva que demuestra lo contrario a lo que piensan. El paranoide está solo frente al mundo y se alimenta de la indignación y la autocompasión, que luego se convertirá en ira.

Se han establecido cinco variantes para esta personalidad, sin embargo, debido a la variedad de casos, las mismas no son únicas ni excluyentes.

- **El psicótico fanático:** con rasgos principalmente narcisistas, presenta delirios de grandiosidad, son irracionales, inconsistentes, pretenciosos. Demuestran abiertamente su arrogancia y desprecio hacia los demás. La pérdida de su orgullo la restablecen a través de reclamos extravagantes y fantasías.
- **El paranoide maligno:** presenta una combinación de sus rasgos con el sadismo, presentándose como un tirano, vengativo y rencoroso. Es malhumorado, insensible y combativo. Toda su hostilidad la manifiesta principalmente a través de fantasías que son proyectadas hacia los demás a través de delirios persecutorios.

- **El paranoide obstinado:** de rasgos principalmente compulsivos, es inflexible, terco, implacable, escéptico, y solo él tiene la razón. Se relaciona con el mundo desde una postura legalista y moralista, por lo cual siempre está irritable y de mal humor. Descarga su hostilidad y enojo constante en los otros.
- **El paranoide quejumbroso:** mezcla los rasgos de la personalidad paranoide con los de la personalidad negativista. Es cauteloso, rebelde y crítico, tendiendo a la discusión y contando con argumentos ante cualquier situación. Ante el mundo se muestra resentido, colérico y malhumorado, incluso desagradable y dispuesto a nunca terminar de discutir. Renuncia a la relación social, pero le aqueja la soledad.
- **El paranoide aislado:** con características de personalidad evitativa, siempre está recluido en sí mismo, hermético, alejado del mundo que le rodea. Su aislamiento responde a una necesidad de autoprotegerse y sobrevivir a las amenazas omnipresentes y fuerzas destructivas que provienen del mundo externo. Se relaciona con los demás de una manera hipervigilante, estando siempre a la defensiva ante peligros imaginarios.

La evidencia estructural de la composición de este espectro ha demostrado, según Kotov et al. (2020), que dentro de la composición de espectros mayores puede encontrarse interrelaciones de subfacetas que comparten la presencia de síntomas afectivos o negativos sin que los mismos obedezcan precisamente a rasgos del espectro psicótico. Tal es el caso de la disociación, la distimia, la personalidad evitativa, la personalidad dependiente, los trastornos obsesivos e incluso el desorden bipolar, principalmente cuando se trata de los rasgos de manía.

El modelo del espectro de la psicosis, propuesto por el equipo HiTOP (Kotov et al., 2020), está compuesto tal y como se detalla a continuación.

Trastornos del pensamiento:

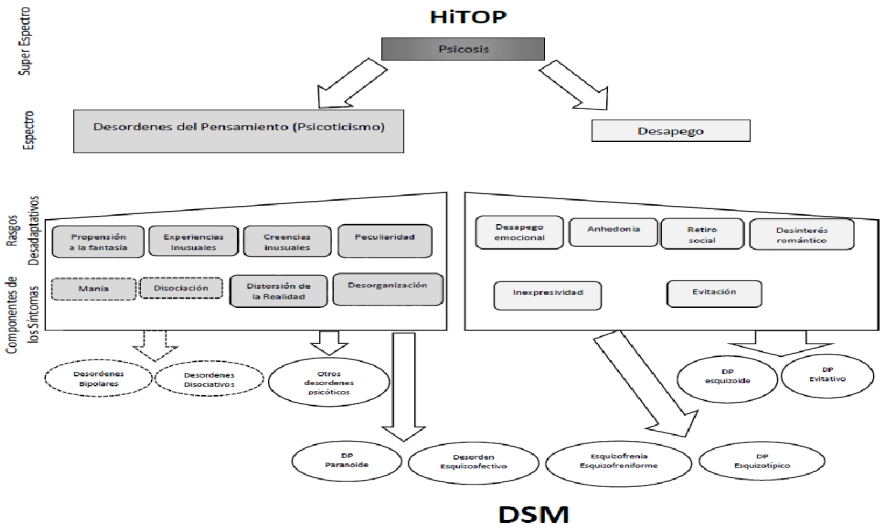
- Distorsión de la realidad: alucinaciones y delirios.
- Desorganización: desorden del proceso de pensamiento formal y comportamiento desorganizado
- Facetas de psicoticismo: peculiaridad (apariencia extraña, discurso y comportamiento), creencias inusuales (sin fundamento o mágicas), experiencias inusuales (distorsiones perceptuales, despersonalización y fuera de la realidad) y propensión a la fantasía (imaginación vívida y tendencia a estar absorto en experiencias internas).
- Disociación y manía se incluyen de manera provisional.

Desapego:

- Inexpresividad
- Ausencia
- Falta de compromiso y desapego emocional (dificultad para experimentar, describir y expresar sentimientos)
- Anhedonia: deficiencia en energía o emociones positivas.
- Retiro social: evitación de las relaciones interpersonales o desinterés en las mismas.
- Desinterés romántico: falta de interés en el sexo y la intimidad.

Figura 3

Versión actualizada del modelo de Psicoticismo



Nota. Elaboración propia del espectro de psicoticismo acorde a la más reciente versión del HiTOP, basado en Kotov (2020).

4.8.4.5 Avances en investigación

De acuerdo con Kotov (2020), la validez para los trastornos del pensamiento y de los espectros del desapego, se obtuvo a partir de una minuciosa revisión de datos obtenidos de estudios científicos. El análisis se realizó frente a nueve criterios específicos: genética del comportamiento, genética molecular, factores de riesgo ambientales, anomalías del procesamiento cognitivo y emocional, sustratos neurales, biomarcadores, antecedentes de temperamento infantil, curso de la enfermedad y respuesta al tratamiento. En este punto es importante señalar que dado que la definición de un superespectro está sujeto a la coexistencia de desórdenes y síntomas; es que al

momento de llevarse a cabo el análisis de validez se toma la decisión estratégica de dejar de lado dos de los criterios que conforman la metaestructura de once criterios que definen al modelo HiTOP, los cuales a saber serían la comorbilidad y la similitud de los síntomas.

Los resultados del metaanálisis ejecutado demuestran la existencia de una coherencia interna en cada espectro, así como una traslape dentro de ellos. Sin embargo, también se encuentra que son más las diferencias dentro de ellos que las similitudes, puesto que algunos de los validadores utilizados no son exclusivamente propios del espectro psicótico, sino más bien que podrían relacionar mejor con las disfunciones emocionales y el espectro de externalización. A pesar de esto y de acuerdo con Kotov (2020), los hallazgos de validez concuerdan con la evidencia estructural del espectro psicótico y garantizan la idoneidad de la caracterización de este modelo, así como los desórdenes de personalidad, síntomas y rasgos que lo componen.

4.8.4.6 Operacionalización: detalle de los subfactores y cómo se manifiestan

Para la realización del presente estudio se ha utilizado IDPP, que fuera construido por Orozco y Quesada (2018), para la realización de su trabajo final de graduación "Elaboración de un modelo de evaluación del riesgo de violencia para portación de armas de fuego". El mismo se construye a partir de la propuesta del modelo de psicopatología dimensional propuesto por Krueger y Markon en 2014. Particularmente para el espectro psicótico, han establecido cuatro escalas que relacionan particularmente con los subfactores más representativos asociados al espectro: la escala de las creencias y experiencias inusuales, la escala de excentricidad, la escala de desregulación perceptual y cognitiva y la escala de suspicacia. Estas escalas serán revisadas en mayor detalle en

cuanto a su conformación de rasgos y que son representados en los ítems que evalúan cada una de ellas para llevar a cabo la evaluación de la dimensión psicótica.

Escala de creencias y experiencias inusuales: relacionada directamente con la creencia de habilidades inusuales y excepcionales, de orden sobrenatural o mágico. Algunos ejemplos de esto pueden ser contar con la habilidad de leer la mente de las demás personas, habilidades para cambiar el comportamiento de las demás personas con solo pensarlo o habilidades telequinéticas, habilidad para conocer lo que va a ocurrir en el futuro, etc. Además, se caracteriza por lo que Krueger y Markon en 2014, mencionados por Orozco y Quesada (2018), definen como una fusión del pensamiento-acción y la vivencia de experiencias que resultan muy poco comunes de acuerdo con la realidad, lo que incluye las vivencias de corte alucinatorio.

Escala de excentricidad: estrechamente relacionado con la tendencia a exhibir comportamientos, apariencia o habla particulares, inusuales o extravagantes, y que se alejan por completo de lo social o culturalmente aceptado. Aunque también, de acuerdo con Orozco y Quesada (2018), puede incorporarse en esta escala la presencia de pensamientos extraños o impredecibles por parte de la o el individuo, así como el discurso aberrante o inapropiado y en muchas ocasiones completamente desarticulado.

Escala de desregulación cognitiva y perceptual: dentro de esta escala se incluyen todas las experiencias y formas de pensamiento que resultan inusuales y completamente desajustadas a la realidad social y cultural de la o el individuo, por ejemplo, la despersonalización, desrealización y las experiencias disociativas, así como aquellas experiencias de ensoñación que se caracterizan por estar presentes en estados de sueño y vigilia en donde no se logra distinguir claramente los límites entre uno y otro. De acuerdo con Quesada y Orozco (2018), en esta escala también se

pueden incluir las creencias de ser controlado mentalmente por otras personas o entidades ajenas a su yo.

Escala de suspicacia/paranoia: particularmente caracterizada por la presencia de creencias arraigadas y sobre las cuales no es posible hacer al individuo reevaluarse a pesar de que se cuente con evidencia que objetivamente podría demostrar lo contrario a lo que se cree. De acuerdo con lo Wong y Raine (2018), quiénes son mencionados por Quesada y Orozco (2018), la suspicacia lleva a los individuos a pensar que son el objetivo de planes malvados diseñados de manera intencional en su contra con la meta clara de dañarlos. De acuerdo con esto, las características propias de esta escala se direccionan a individuos cuyo sistema de creencias los coloca como víctimas de planes malintencionados, dudas sobre la lealtad y fidelidad de familiares, amigos o parejas, sentirse abusados, utilizados, tratados de manera injusta e inclusive ser víctimas de un trato injusto por parte de los demás. Mientras que, a nivel discursivo, es usual encontrar como denominador común en el mismo, la presencia de individuos o seres externos que constantemente trabajan para llevar a cabo planes malvados en contra de la persona que tiene estas creencias.

4.8.5 Desapego

Según el primer borrador del modelo de trabajo HiTOP, el desapego se manifiesta en anhedonia, depresividad, evitación de la intimidad, suspicacia, retraimiento, pasividad interpersonal, desafiliación y baja búsqueda de atención (Zimmermann et al., 2021, citando a Kotov et al., 2017). El desapego está alineado con la introversión (frente a la extraversión), uno de los cinco dominios fundamentales de la personalidad general incluidos dentro del modelo de cinco factores. El desapego también está incluido en la mayoría de los modelos de rasgos de personalidad

desadaptativos. En concreto, está presente dentro del modelo de rasgos de la Sección III del DSM-5, con facetas de retraimiento, evitación de la intimidad, anhedonia, depresividad, afectividad restringida y suspicacia (American Psychiatric Association, 2013; citado por Zimmermann et al., 2021), así como dentro del modelo de rasgos de la reciente Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) y es definido por la Organización Mundial de la Salud como la tendencia a mantener la distancia interpersonal y emocional (OMS, 2018).

El desapego también se incluyó dentro de los modelos de rasgos que precedieron al DSM-5, como el *Dimensional Assessment of Personality Pathology* (Evaluación Dimensional de Patologías de la Personalidad, o DAPP; Livesley et al., 1998, citado por Zimmermann et al., 2021), identificado en el instrumento como "evitación social", con las facetas de problemas de intimidad, baja afiliación y expresión restringida, y dentro del *Schedule of Nonadaptive and Adaptive Personality* (Programa de Personalidad Adaptativa o Desadaptativa, o SNAP; Clark, 1993, ídem) clasificado como bajo Temperamento Positivo, con una única faceta de desapego.

El desapego también es evidente en otros modelos de personalidad contemporáneos, como el Test Adaptativo Computarizado de Trastorno de la Personalidad (CAT-PD, por sus siglas en inglés; Wright y Simms, 2014, citado por Zimmermann et al., 2021), identificado como baja Emocionalidad Positiva con las facetas de anhedonia, retraimiento social, desapego emocional y desinterés romántico; o el modelo de cinco factores de trastorno de la personalidad (FFMPD; Widiger et al., 2012, citado por Zimmermann et al., 2021), identificado como introversión, con las facetas de aislamiento y retraimiento social, anhedonia social, anhedonia física, frialdad desapegada, aversión al riesgo, falta de asertividad, falta de alegría, encogimiento y temor social.

Además del modelo de trabajo del HiTOP, solo el modelo de rasgos del DSM-5 incluye la suspicacia y la depresividad dentro del espectro de los trastornos de pensamiento compuesto psicoticismo y desapego (Watson et al., 2013; Widiger, 2011, citados por Zimmermann et al., 2021).

Zimmermann et al. (2021), destacan que el modelo de rasgos de la Sección III del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013, p. 779) aparece un modelo destacado de desapego. La faceta del desapego del DSM-5, al utilizar forma corta del PID-5, se puede comparar directamente con algunas escalas preliminares del HiTOP. Cinco de las siete escalas HiTOP que se relacionan con la faceta del desapego parecen corresponderse estrechamente con cinco de las seis facetas del DSM-5, este es respaldado por la alta convergencia y la suficiente validez discriminante. Estas facetas son: anhedonia, suspicacia, retraimiento social, evitación de la intimidad y afectividad restringida. En resumen, las escalas preliminares del HiTOP captan todos los aspectos relevantes del modelo del DSM-5 en la Sección III, específicamente al referirse al desapego.

4.8.5.1 Operacionalización: detalle de los subfactores y cómo se manifiestan

Escala de Tendencia al Aislamiento: según Hasan et al, (2016) hace referencia a la preferencia de los individuos por estar solos, así como a la reticencia a involucrarse en situaciones no cotidianas en las que deban relacionarse con otras personas. Es común encontrar en esta faceta rasgos desadaptativos como evitación al contacto, poca o nula iniciativa para iniciar situaciones sociales, completa carencia para desarrollar relaciones significativas con los demás, ansiedad y miedo.

Escala de Afecto Restringido: según Jiménez et al (2009), se define por la poca reacción o la ausencia de cualquier expresión del afecto ante situaciones que serían emocionalmente motivantes para las personas, puesto que supone una reducción significativa en la capacidad para comunicar emociones a los demás. Quienes exhiben estas manifestaciones presentan dificultad para demostrar afecto y cariño, son indiferentes y distantes en situaciones que usualmente resultan de interés para otras personas (Krueger y Markon, 2014). Esta faceta puede englobar manifestaciones propias de los trastornos de personalidad esquizoides y esquizotípicos tales como lo pueden ser la frialdad y afectividad aplanada, así como dificultades para la expresión de la comunicación en todas sus manifestaciones. (Watson, et; 2015).

4.8.5.2 Líneas de investigación a futuro

De acuerdo con Kotov (2021), es necesario desarrollar más investigación en línea con los trastornos de pensamiento y el desapego, que permita establecer y explicar mejor los rasgos específicos que corresponden a cada uno de estos dominios, con miras a poder agregar algunos síntomas o rasgos que hoy en día no se consideran como parte del modelo, por ejemplo, los síntomas catatónicos y las discapacidades cognitivas.

De igual manera, no se debe de perder de vista la existencia de dos aspectos importantes al momento de llevar a cabo la conceptualización y por ende comprender mejor la propuesta estructural del superespectro de la psicosis. Por un lado, la ubicación del modelo dentro de la psicopatología debe comprenderse dentro de un continúo que abarca desde el funcionamiento normal, los rasgos desadaptativos y los síntomas, así como cuál ha sido la evolución de la o el individuo a lo largo del tiempo. Por otra parte, resulta valioso dejar claro que si bien el modelo

establece la existencia de síntomas positivos y síntomas negativos que coexisten como rasgos de personalidad dentro de este espectro, no necesariamente las y los individuos que presenten alguno de estos rasgos deben de ser encasillados dentro del espectro psicótico, puesto que muchos de estos rasgos no son exclusivos y en su lugar se comparten con otros espectros, como lo es el caso de la depresión que es propia del espectro de internalización o el abuso de sustancias que es propio del espectro de la externalización.

Es importante resaltar que el grupo de trabajo de HiTOP, ha presentado una conceptualización dimensional y jerárquica de los trastornos psicóticos, la cual obedece estrictamente al análisis de datos y que, de acuerdo con Kotov (2021), esta construcción ha estado sujeta a algún tipo de consideración política. Durante el proceso, todos los datos han sido ampliamente validados y ya ha demostrado una utilidad considerable, por lo que las medidas que han sido validadas están disponibles para los espectros y sus subdimensiones tanto para síntomas como para rasgos. De acuerdo con lo cual el modelo está listo para que pueda ser utilizado por científicos que quieran seguir profundizando en el tema, así como por las y los clínicos que se encuentren interesados en el abordaje de los trastornos psicóticos; y la utilización del mismo permite abordar problemas de heterogeneidad, comorbilidad y baja confiabilidad, proporcionando descripciones más válidas y predictivas de las y los pacientes. En este sentido, es necesario desarrollar más investigación que permita cerrar las brechas que aún existen para algunos validadores, como lo son los antecedentes de la niñez y los biomarcadores.

Finalmente, según Kotov (2021), las recomendaciones principales en cuanto al desarrollo de la investigación que debe de ser atendida a futuro giran en torno a tres temas específicos. Por un lado, los procesos de desarrollo son los que en particular requieren de mayor atención. También, se requiere mayor investigación sobre los puntos de corte óptimos que permitan llevar a cabo la

toma de decisiones clínicas específicas y enmarcar los procesos de tratamiento con las dimensiones como objetivo. Finalmente, hay que profundizar en el estudio de las interacciones entre dimensiones con otras características clínicas propias de otros espectros, las cuales deben de ser investigadas de manera sistemática, puesto que esto podría abrir paso a la incorporación al modelo psicótico de otras categorías latentes que hasta el momento no se han abordado.

5 Diseño Metodológico

5.1 Problematización y objetivos

5.1.1 Problematización

De acuerdo con la exposición teórica anterior, podemos indicar que es necesario el desarrollo de una discusión conceptual sobre los modelos contemporáneos de evaluación psicológica, específicamente desde una perspectiva dimensional. Esta discusión debe no solo abarcar, la perspectiva teórica, sino que también debe analizar la perspectiva metodológica de las investigaciones en torno a la evaluación psicológica y sus resultados.

Por otro lado, también es requerido, que la perspectiva metodológica para la evaluación de los test en la psicopatología ofrezca un modelo capaz de validar y demostrar la confiabilidad de los instrumentos utilizados y sus alcances. En nuestro país, estos estudios son escasos dada la complejidad metodológica que implican, así como aspectos relacionados a la obtención de la muestra debido a que para esto se requiere que sean de gran tamaño y diversidad.

Basándose en lo anterior hemos adoptado una propuesta metodológica, que nos permite evaluar las cualidades psicométricas del Inventario Dimensional de Psicopatología de la Personalidad (IDPP) y aportar evidencias de confiabilidad y validez para el mismo.

5.1.2 Objetivo General

Desarrollar un proceso de discusión conceptual y metodológica en torno a modelos contemporáneos de evaluación de psicopatología desde una perspectiva dimensional, con el propósito de evaluar las cualidades psicométricas del Inventario Dimensional de Psicopatología de la Personalidad (IDPP) y su utilidad para la evaluación psicológica en Costa Rica.

5.1.2.1 Objetivos específicos

1. Analizar y discutir la literatura especializada en torno al tema de la evaluación dimensional de psicopatología de la personalidad, con el fin de sustentar conceptual y empíricamente los constructos incluidos en el IDPP.

2. Proporcionar evidencias de confiabilidad y validez del IDPP en población normativa costarricense, así como en un grupo policial y un grupo penitenciario, que faciliten la interpretación y aplicación de esta herramienta para la toma de decisiones en la práctica profesional.

3. Aportar datos normativos del IDPP en distintas poblaciones costarricenses que permita contar con parámetros de interpretación ajustados a distintos contextos de evaluación psicológica.

5.1.3 Diseño metodológico

El proceso metodológico de esta investigación consistió en 4 fases, las cuales fueron desde la preparación previa de los instrumentos y herramientas para la recolección de la información, hasta la parte final de consolidación y análisis de datos con sus respectivas conclusiones y recomendaciones (ver tabla 1).

Tabla 1

Fases Metodológicas

Fases	Etapas	Actividades
Fase I	Preparación previa a la recolección de datos.	Búsqueda, selección, digitación y configuración de las instrucciones de los Test, el consentimiento informado, los formularios de solicitud de información y los ítems de cada evaluación; en la plataforma digital en línea Limesurvey, así como corrida de un piloto autoadministrado a los investigadores, previo a realizar la recolección de datos. Elaboración del tutorial en video con instrucciones de autoadministración para guiar a los participantes. Preparación de cuadernillos y hojas de respuesta para administración de los test a la muestra penitenciaria. Contacto con Instituciones para administración de muestra penitenciaria. Contacto con Instituciones para administración de muestra policial. Diseño de la estrategia de promoción a través de networking y redes sociales, para la captación de la muestra normativa.
Fase II	Trabajo de Campo.	Ejecución de las estrategias de aplicación y recolección de datos. Las cuales fueron

		adaptándose a la realidad social experimentada durante la emergencia sanitaria producida por la pandemia del Covid-19. Tras un período de 6 semanas de iniciado el proceso de recolección de datos se activó en simultáneo la administración del retest del IDPP.
Fase III	Análisis de Información.	Consolidación de bases de datos por Test y limpieza de estas para prepararlos para el inicio de la etapa de análisis. Digitación de pruebas aplicadas manualmente a partir de cuadernillos a la muestra penitenciaria. Análisis de información para cada instrumento de lo macro a lo micro. Ejecución de análisis cuantitativo de los datos: 1- Utilizando Winsteps, se realiza el análisis desde el modelo Rasch para obtener los análisis y resultados de: • Análisis del ajuste de los ítems a las distintas escalas (*Infit y Outfit*, error estándar y correlaciones punto-medida). • Fiabilidad de separación de elementos: Alfa de Cronbach y Omega de McDonald • Análisis de componentes principales de Rasch (PCA). • Análisis de funcionamiento diferencial de los ítems (DIF). • Análisis sobre el funcionamiento de la escala Likert.

2- Utilizando Jamovi, se realizan los análisis con Teoría Clásica de los Tests:

- Análisis de varianza entre los diferentes subgrupos por rasgos demográficos.
- Análisis T de Student por sexo para la muestra normativa.
- Análisis Factorial Exploratorio para la muestra normativa.
- Resultados T de Student para la muestra penitenciaria.
- Resultados T de Student para la muestra policial.

3- Utilizando SPSS, se realiza el Análisis correlacional:

- Análisis del coeficiente de correlación de Pearson para la muestra normativa que completó el IDPP, en relación con las submuestras que completaron alguno de los test adicionales (MMPI-2, PAI y PID-5)
- Análisis del coeficiente de correlación de Pearson para la submuestra normativa que completó el Test-Retest del IDPP.
- Establecimiento de los principales hallazgos arrojados por los análisis cuantitativos realizados durante esta fase de la investigación.

Fase IV	Redacción documento Final.	Organización de la información obtenida de los diferentes análisis realizados. Redacción de las conclusiones Redacción de las recomendaciones y limitaciones

5.1.4 Descripción del tipo de estudio

El componente empírico de este seminario se puede caracterizar como un estudio psicométrico, específicamente de tipo validación cruzada. Este concepto hace referencia a la revalidación de una prueba en una muestra de examinados, distintos de aquellos en los que se encontró originalmente que el rendimiento de esta, era un predictor válido para algún criterio (Cohen et al; 2018). Asimismo, siguiendo con lo planteado por Hernández-Sampieri et al, (2018), este estudio representa una investigación transversal correlacional. Es importante también caracterizar este estudio como de naturaleza observacional, ya que la metodología que se utiliza se circunscribe a la recolección de datos para el análisis estadístico y la búsqueda de evidencias de confiabilidad y validez de la prueba. Por lo que no se realizó ningún tipo de intervención o diagnóstico a los participantes.

5.1.5 Descripción de la población y muestra

El IDPP fue construido con el fin de aplicarse a personas adultas que cuenten con un nivel de escolaridad de al menos primaria completa (Orozco et al, 2018). Al ser una prueba que explora

constructos asociados con psicopatología, se requieren evidencias de sus cualidades psicométricas en múltiples contextos evaluativos y con poblaciones variadas, con el fin de poder emplearlo a nivel nacional y en distintos tipos de situaciones, tanto de naturaleza clínica, forense, laboral y educativa, entre otras.

Tal y como señalan claramente Cohen et al, (2018), normar una prueba, especialmente con la participación de una muestra normativa representativa a nivel nacional, puede ser una propuesta muy costosa, por lo que es frecuente que los manuales de prueba proporcionen lo que se conoce como normas de usuario, que consisten en estadísticas descriptivas basadas en un grupo de personas examinadas en un período de tiempo determinado en lugar de normas obtenidas por métodos de muestreo formales.

Es así como en este estudio se optó por una **muestra incidental**, que permitió contar con subgrupos dentro de la población definida, los cuales difirieron con respecto a algunas características, por lo que se consideró esencial tener estas diferencias representadas proporcionalmente en la muestra. Se estratificó la muestra en subgrupos, según variables de edad, sexo, zona de residencia y escolaridad.

Para la muestra de población general se incluyeron personas que residían en Costa Rica y como criterios de inclusión se buscó que la persona fuera independiente a nivel funcional, que no fuera portador de algún tipo de discapacidad cognitiva que limitara su capacidad de comprensión verbal, que no contara con antecedentes de haber experimentado algún tipo de desajuste severo a nivel psicológico que requiriera su internamiento en centro médico o el tratamiento psicofarmacológico prolongado (por más de seis meses).

Para la clasificación de la muestra, se completó un formulario de Datos Demográficos (Anexo 1), previo a la realización de las evaluaciones.

Debido a la naturaleza de validación cruzada del presente estudio, en el que se desarrollaron nuevos datos normativos basados en la administración de la prueba a una nueva muestra normativa, se incluyeron dos submuestras la policial y la penitenciaria, que permitieron subsanar las limitaciones apuntadas en el estudio previo desarrollado por Orozco y Quesada (2018). Esto, en el sentido de contar con personas en la muestra con mayores niveles de severidad en los constructos de psicopatología medidos por la prueba.

La muestra de población penitenciaria consistió en personas privadas de libertad recluidas en distintos centros penitenciarios de nuestro país, mientras que la muestra policial se obtuvo de la aplicación dentro del Organismo de Investigación Judicial (OIJ) a sus investigadores. Así mismo, se tuvo especial cuidado en cuanto a la protección de las personas participantes, tomando en cuenta que se trata de una población especial por sus características. De esta forma se brindó una explicación adecuada sobre la investigación, y el acompañamiento durante el proceso de aplicación de los instrumentos. Se dejó en claro que se respetará la individualidad y libertad de las personas respecto a su voluntad de completar o no la evaluación, o suspender la misma en el momento que lo considere pertinente. De igual manera, se aclaró de forma previa a los participantes que, en caso de resultar necesario, serían referidos con las instancias respectivas de apoyo psicológico certificadas por la institución que les atiende.

Adicionalmente, a la aplicación del IDPP se aplicaron distintos instrumentos a distintas submuestras de la muestra normativa con el fin de obtener evidencias de validez convergente y discriminante, tal y como se detalla en la tabla 2.

Tabla 2

Descripción de las muestras

Acciones Ejecutadas	Tipo de Muestra
Aplicación del IDPP	Muestra Normativa (n = 828) Muestra Policial (n = 219) Muestra Penitenciaria (n = 91)
Estudio de validez de criterio	Submuestra Normativa (n = 629): se aplicaron instrumentos complementarios a tres sub-muestras de la siguiente manera: MMPI-2: 226 personas PAI: 184 personas PID-5: 219 personas
Estudio estabilidad temporal (test-retest)	Submuestra Normativa (n = 72): se aplicó el IDPP en dos ocasiones a una misma submuestra, con un tiempo promedio de 16 semanas entre la primera y la segunda aplicación.

El valor de desarrollar este tipo de estudios utilizando diferentes herramientas de evaluación, aporta a la investigación puesto que la psicometría es un campo de estudio que se centra en la teoría y las técnicas asociadas principalmente con la medición de constructos, así como con el desarrollo, la interpretación y la evaluación de pruebas y medidas, con el propósito de

obtener herramientas que puedan describirse como más confiables, válidas, sensibles y generalizables (Hubley y Zumbo, 2013).

En este sentido, Sireci y Sukin (2013), señalan que, al evaluar una prueba, no es esta la que se evalúa o valida; sino, las interpretaciones o decisiones derivadas de los puntajes de los tests lo que debe validarse. Por lo que el concepto de validez es integral y se refiere no solo a las características de la prueba, sino también a la idoneidad del uso de esta y a la precisión de las inferencias hechas con base en los puntajes de esta.

De esta forma, el presente estudio se ha definido como una validación cruzada, porque se enfoca en obtener las evidencias de confiabilidad y validez de acuerdo con esta concepción sustentada en estándares técnicos desarrollados por la APA y otras organizaciones (AERA, APA y NCME, 2014). El proceso de validación, por lo tanto, más que centrarse en una serie de hipótesis a comprobar, se dirige en la obtención de evidencias basadas en la estructura interna del instrumento, su dimensionalidad, así como la evidencia basada en las relaciones del instrumento con otras variables. También busca determinar la presencia de sesgos, así como diferencias estadísticamente significativas entre dos o más grupos de acuerdo con variables de interés.

5.1.6 Especificidades para la aplicación

Las pruebas se aplicaron de la siguiente forma:

- De forma presencial para la muestra penitenciaria, haciendo uso de cuadernillos y hoja de respuesta impresos. Bajo la supervisión guiada de los investigadores y cumpliendo todos los requisitos de confidencialidad y protección de sujetos participantes.

- De forma digital para la muestra policial, accediendo a la evaluación para autoadministración por medio de un enlace directo hacia la página web del sistema Google Forms, el cual es una plataforma de libre acceso con almacenamiento en la nube, que permite la recolección de datos de manera segura. Se configura el sistema para que los investigadores únicamente tengan acceso como administrador y así poder cumplir con todos los requisitos de confidencialidad y protección de los participantes. Se brindó el acompañamiento y guía por parte de los investigadores y se cumplieron todos los requisitos de confidencialidad y protección de los sujetos participantes.
- De forma digital para la muestra normativa, tanto en la aplicación del test como el retest, los participantes se autoadministraron la evaluación, accediendo a la misma a través de un enlace directo hacia la página web del sistema Limesurvey, el cual es una plataforma especializada para la realización y aplicación de test y encuestas; cuyo protocolo de seguridad de información para las bases de datos, permite cumplir con todos los requisitos de confidencialidad y protección de los participantes. Se brindó el acompañamiento y guía por parte de los investigadores y se cumplieron todos los requisitos de confidencialidad y protección de los sujetos participantes.

Para la autoadministración de las evaluaciones, se delimitó la población a mujeres y hombres, mayores de 18 años, residentes en Costa Rica, con una escolaridad mínima de sexto año de primaria, que contarán con acceso a internet y un manejo adecuado del uso de correo electrónico. Adicionalmente, se incluyeron instrucciones precisas para la autoadministración de las evaluaciones, el formulario de datos generales y la aceptación del consentimiento informado por parte de la persona participante en la investigación.

De esta forma, en las instrucciones se especificó que las preguntas serían alrededor de conductas, pensamientos y actitudes propias a lo largo de la vida. Con base en esta premisa, las instrucciones se redactaron haciendo énfasis en que las personas debían de contestar pensando en sus propias experiencias, pensamientos y emociones de acuerdo con la pregunta de cada ítem. Asimismo, se recalcó que no hay respuestas correctas o incorrectas, ya que la finalidad de las evaluaciones era conocer de forma honesta la respuesta al enunciado.

También para el formato virtual se creó un tutorial en video, para la explicación precisa sobre cómo acceder a la plataforma y la aclaración de la seguridad de la información y respuestas proveídas, las cuales no serían utilizadas para fines diferentes a los académicos e investigativos.

Por último, a todas las personas participantes se les compartió información de la universidad y de la relevancia del estudio, así como de su participación en el mismo; dado que los resultados permitirían aportar evidencias de confiabilidad y validez para el IDPP, y su futura implementación a nivel general en el ámbito tanto público como privado.

5.1.7 Confidencialidad y protección a los participantes

Las personas que participaron en las diferentes etapas de este proyecto completaron y firmaron un consentimiento informado con el cual autorizaron su participación en el mismo. Además, se aclaró en este, que su participación es voluntaria, que no les perjudicaría ni beneficiaría de ninguna forma y que la información recabada sería utilizada con propósitos meramente de investigación, además se hizo hincapié en el derecho a abandonar su participación en cualquier momento. La información recabada fue obtenida, procesada, almacenada y resguardada de manera segura y asegurando la confidencialidad de esta. (Anexo 2).

Cabe resaltar, que se informó a la población policial y penitenciaria, sobre el anonimato de las respuestas brindadas; además, de que las evaluaciones realizadas no pueden y no van a incidir de ninguna forma en algún proceso legal o judicial. Asimismo, si la persona tomaba la decisión de no participar o de interrumpir su participación en algún momento a lo largo de la misma, no enfrentaría ningún tipo de consecuencia.

Finalmente, y debido al carácter observacional de la investigación, los sujetos no recibieron ningún tipo de diagnóstico o intervención a raíz de su participación.

5.1.8 Definición de las técnicas e instrumentos para la recolección de los datos

5.1.8.1 Inventario Dimensional de Psicopatología de la Personalidad (IDPP)

Este inventario fue inicialmente construido por Orozco y Quesada (2018), en su trabajo de graduación "Elaboración de un modelo de evaluación del riesgo de violencia para portación de armas de fuego", el cual constaba en ese momento de 496 ítems distribuidos en 25 escalas. Para la construcción de este, se decidió tomar como base el modelo de psicopatología propuesto por Krueger y Markon (2014), debido al apoyo empírico robusto que ha tenido esta propuesta en la literatura especializada. Se identificaron 24 dimensiones de psicopatología de la personalidad relevantes para el objetivo de la investigación. Con estas 24 dimensiones se crearon a su vez 24 escalas mediante la operacionalización de los constructos asociados a las mismas, las cuales representaban tres espectros: Internalización, Externalización y Psicoticismo. Los análisis factoriales exploratorios proporcionaron evidencia inicial satisfactoria para estos constructos con población normativa costarricense en el estudio de Orozco y Quesada (2018).

Además, se construyó una escala para detectar un posible efecto de deseabilidad social. La respuesta socialmente deseable, de acuerdo con Tracey (2016), se refiere a la presentación de uno

mismo bajo una luz demasiado favorable en los cuestionarios de autoinforme. Lo anterior se considera una característica no deseable, ya que puede introducir una variación sistemática en las puntuaciones que no está relacionada con la varianza de interés, por lo que puede considerarse un sesgo que genera un efecto atenuante sobre la validez de los inventarios de autoinforme. A partir de los análisis psicométricos, se ajustó el instrumento y la versión que se utilizó inicialmente en dicho estudio contó con 415 ítems.

5.1.8.2 Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, versión 2 (MMPI-2)

Es una prueba que mide psicopatología y funcionamiento de la personalidad. La re-estandarización realizada por Butcher y colaboradores en 1989, está dirigida a una población mayor a 18 años y el tiempo de administración se encuentra dentro del rango de 1-2 horas (Nichols, 2011). Consta de 567 ítems dispuestos en diferentes escalas de evaluación. Estas se dividen en las escalas básicas, compuestas por las de validez y las clínicas, así como por un conjunto amplio de escalas adicionales.

5.1.8.3 Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)

Es una prueba que explora psicopatología y funcionamiento de la personalidad en modalidad de auto reporte para personas mayores a 18 años. Contiene 344 ítems y 22 escalas, que se componen en 4 de validez, 11 clínicas, 5 de tratamiento y 2 interpersonales. El PAI suele ser completado en 40-50 minutos (Morey, 2007).

5.1.8.4 Inventario de Personalidad para el DSM-5 (PID-5)

Es un inventario de autoinforme de 220 ítems, desarrollado para medir los rasgos definidos en la sección III del DSM-5 y que se conoce como Modelo Alternativo DSM-5 de Patología de la Personalidad. Se estructura con una escala de tipo Likert de cuatro puntos que varía de 0 (muy falso o a menudo falso) a 3 (muy verdadero o a menudo verdadero); e incluye 25 facetas de primer orden, que a su vez se agrupan en cinco dominios de segundo orden: afecto negativo, desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo (Krueger et al, 2012).

5.1.9 Descripción de las estrategias para la sistematización y análisis de los datos

Las estrategias para la sistematización y el análisis de los datos incluyeron técnicas tanto de la teoría de respuesta a los ítems a través del modelo de Rasch como de la Teoría Clásica de los Tests (TCT).

5.1.9.1 Análisis desde el Modelo de Rasch

Para el análisis de datos del test se utilizó un enfoque de Teoría de Respuesta al Ítem (TRI) que forma parte de la validación cruzada que se realizó del IDPP. Para este fin se empleó el modelo de Rasch, el cual es un modelo TRI, que permite una construcción eficiente de instrumentos de medición y que proporciona capacidades de diagnóstico para los elementos de prueba, así como para las personas evaluadas (ver tabla 3).

Tabla 3

Modelo de Rasch

Tipo de Evidencia	Descripción de análisis
Dimensionalidad de constructos	• Análisis de Ajuste de ítems y personas • Análisis de Componentes Principales de los Residuos (ACPR)
Sesgo en los ítems	• Análisis de funcionamiento diferencial (DIF)
Validez de contenido	• Análisis de Correlación punto medida
Confiabilidad	• Confiabilidad de ítems y personas
Validez de constructo	• Separación de ítems y personas

Este modelo ofrece ventajas particulares en la evaluación de las escalas de medición, ya que se basa en una definición matemática de los requerimientos para la medición lineal; los cuales son alcanzados cuando los datos se ajustan a las especificaciones del modelo, teniendo la ventaja de permitir que se examinen los ítems de forma independiente a la distribución de la muestra bajo estudio.

De esta forma, el modelo de Rasch se enfoca en el análisis cuantitativo de los parámetros que involucran las respuestas de las personas a los ítems de una escala en estudio y en los parámetros de los ítems de esta misma escala, todo esto bajo la representación conjunta en la misma dimensión (Prieto, 2014).

Por lo tanto, el análisis de Rasch explora y determina la probabilidad de que la respuesta de una persona (en un test a un ítem) ante un estímulo específico, se da en términos de la diferencia entre la medida del rasgo de esta persona y la medida del estímulo empleado. En otras palabras,

este modelo tiene como objetivo establecer la probabilidad de respuesta de una persona ante un ítem o test específico (Tristán, 1998; Delgado y Prieto, 2003).

Finalmente, los datos ajustados al modelo de Rasch ofrecen un enfoque científico para enfrentar variados aspectos metodológicos clave asociados con la construcción y validación de escalas de medición, así como para proporcionar una transformación lineal de los puntajes directos ordinales (Pallant y Tennant, 2007).

Con base en este modelo, se realizaron los **análisis del ajuste** de los ítems a las distintas escalas. Ya que la detección de desviaciones en el desempeño de las personas y de los ítems en la línea jerárquica de la escala o lo que llamamos desajuste, permite ejecutar las modificaciones necesarias, como la eliminación o revisión de la redacción del ítem, para garantizar una interpretación apropiada de los datos (Bond y Fox, 2007; Prieto y Delgado, 2003).

El análisis de estadísticos de ajuste funciona como un mecanismo de control de calidad, en términos de que permite establecer cómo se ajusta cada ítem al constructo latente o subyacente y si los resultados pueden ser interpretados como mediciones de nivel de intervalo. De esta forma, estos indicadores de ajuste posibilitan el determinar si la unidimensionalidad del constructo se sostiene empíricamente (Bond y Fox, 2007).

Para comprobar el ajuste, se utilizan los estadísticos basados en residuos, esto es, la diferencia entre las respuestas observadas y las respuestas esperadas, ya que son los que permiten asegurarse de qué tan apropiado es un instrumento para medir un constructo de interés (Cadavid et al., 2007).

Durante este proceso de análisis del ajuste se emplea la media no ponderada de los residuos estandarizados al cuadrado, que es lo que llamamos el Outfit y la media de estos residuos ponderados con su varianza o lo que llamamos el Infit (Prieto, 2014).

El Outfit es un estadístico de “ajuste externo”, es el parámetro que detecta patrones de respuesta inesperados al nivel de habilidad medida de los sujetos, en los extremos de la distribución muestral. Es una estadística de ajuste sensible a valores atípicos. Por lo que un valor Outfit alto puede ser el resultado de algunas respuestas aleatorias por parte de los sujetos de bajo rendimiento (Linacre, 2022).

En el otro extremo, el Infit se interpreta como una media cuadrática ponderada de residuos, es el parámetro de los patrones de respuesta irregulares, o respuestas no esperadas a los reactivos que están cerca del nivel de habilidad de la persona. Un valor Infit alto indica que los ítems tienen un rendimiento inadecuado para las personas a las que están destinados y esto es una amenaza mayor para la validez de la medición (Linacre, 2022).

Para la interpretación en los resultados de los niveles de Infit y de Outfit se utilizaron los valores propuestos por Linacre (2009), los cuales se resumen en la tabla 4.

Tabla 4

Interpretación de Infit y Outfit

Interpretación de las estadísticas de ajuste cuadrático medio (MNSQ) a nivel de parámetro:	
> 2.0	Distorsiona o degrada el sistema de medición.
1.5 - 2.0	Improductivo para construcción de medida, pero no degradante.
0.5 - 1.5	Productivo para la medición.
<0.5	Menos productivo para la medición, pero no degradante. Puede producir separaciones y confiabilidad engañosamente buenas.

Con respecto al **Ajuste de las Personas,** los indicadores de ajuste permiten determinar si la unidimensionalidad del constructo se sostiene empíricamente (Bond y Fox, 2007). Estos valores se interpretan considerando todos los valores por debajo de 2.0 en los indicadores de ajuste (Infit y/o Outfit) en más del 85% de las personas, junto con un valor promedio aceptable en estos indicadores, permiten concluir que "el ajuste de la mayoría de las personas al modelo es básicamente adecuado" (Bartolomé y Prieto, 2017; Prieto et al., 2018). Por otro lado, Miguel et al. (2019) han señalado que el ajuste del modelo se puede considerar bueno porque el porcentaje de personas con infit y/o outfit por encima de 1,5 es bajo (18,50%), que es el valor del umbral superior de aceptabilidad psicométrica para el modelado de Rasch (Wright & Linacre, 1994).

Adicionalmente, como parte del análisis a partir de este modelo, se realizó un estudio de los indicadores de confiabilidad y separación de ítems y personas. De acuerdo con Bond y Fox (2007), el modelo de Rasch permite explorar si hay suficientes ítems esparcidos a lo largo del continuo, así como si existe suficiente dispersión en las habilidades de las personas.

Por lo tanto, en el caso del índice de confiabilidad y separación de personas nos permite determinar si es posible replicar el ordenamiento que se podría esperar en una muestra de personas si se aplicara otro conjunto similar de ítems para medir el mismo constructo. Es decir que exista una dispersión suficientemente grande de habilidad a lo largo de la muestra, de manera que las mediciones demuestren una jerarquía de habilidad, unas personas puntúan alto, otras no en el constructo (Bond y Fox, 2007).

Por otro lado, en el caso de los indicadores de confiabilidad y separación de ítems se explora si se puede dar la replicabilidad de la ubicación de los ítems a lo largo del continuo, es decir, si los mismos ítems de una escala o una prueba se aplicaran a otra muestra del mismo tamaño, donde se espera o se da el mismo comportamiento. Por lo tanto, con una alta confiabilidad

de los ítems, podemos concluir que en una prueba hay un comportamiento esperado, normal, en donde algunos ítems son más difíciles y otros más fáciles y que podemos esperar consistencia de estas inferencias (Bond et al., 2021).

Finalmente, se realizó el análisis de componentes principales de Rasch (ACPR) de los elementos residuales, con el fin de demostrar el grado en que todos los elementos denotan coherencia en una sola dimensión, satisfaciendo así la consolidación de un solo constructo. Asimismo, se efectuó el análisis sobre el posible funcionamiento diferencial de los ítems (DIF), en factores como el sexo. Finalmente, se ejecutó el análisis sobre el funcionamiento de la escala Likert utilizada en las alternativas de respuesta de los distintos instrumentos (Linacre, 2018). La realización de todos los anteriores análisis se fundamentó en las recomendaciones y parámetros establecidos por Linacre (2018), y para el proceso de análisis se implementó la utilización del programa WINSTEPS.

5.1.9.2 Análisis desde la Teoría Clásica de los Tests

Se realizaron algunos análisis basados en la TCT, como los correspondientes a la fiabilidad de las distintas escalas, mediante el cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach (tabla 5).

Tabla 5

Análisis desde la Teoría Clásica de los Tests

Tipo de Evidencia	Descripción de análisis
Validez de constructo	• Análisis T de Student

	• Análisis Factorial Exploratorio
Validez externa o de criterio	• Análisis correlacional con el coeficiente de correlación de Pearson
Consistencia interna y Estabilidad temporal	• Cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach y Omega de McDonald • Test-Retest análisis correlacional, haciendo uso del coeficiente de correlación de Pearson

El análisis Factorial Exploratorio, de acuerdo con Lloret-Segura, et al (2014), es una de las herramientas metodológicas más robustas y cuyo uso se ha estandarizado para el desarrollo, validación y adaptación de instrumentos psicométricos.

El objetivo de este tipo de análisis es explorar los factores comunes que nos permiten entender las respuestas a los diferentes ítems de un test.

Siguiendo Lloret-Segura, et al (2014), utilizamos el Análisis Factorial Exploratorio para identificar el número, así como los factores comunes para explicar la varianza común entre los ítems, con la finalidad de obtener datos con respecto a la validez de constructo del instrumento.

De igual manera, se llevó a cabo el análisis T de Student, procedimiento que permitió encontrar diferencias entre los grupos muestrales (Ritchey, 2008), en este caso, por sexo. Con el objetivo de efectuar comparaciones entre los diferentes subgrupos (Ritchey, 2008), como los estratificados en rangos de edad, escolaridad, estado civil, nacionalidad y lugar de residencia.

Finalmente, se ejecutó el análisis factorial exploratorio para la muestra normativa, considerando las 24 escalas que componen el IDPP, con el fin de determinar el ajuste de las dimensiones y la organización de estas de acuerdo con las dimensiones teóricamente propuestas.

Análisis Correlacional:

Se aplicó un análisis correlacional, haciendo uso del coeficiente de correlación de Pearson, para obtener datos de validez de criterio convergente y divergente, respecto a las diferentes escalas del MMPI-2, PAI y PID-5; en relación con las distintas facetas que componen el IDPP.

Análisis de Consistencia Interna

Se aplicó un análisis del Cálculo del coeficiente de Alfa de Cronbach y Omega de McDonald para confirmar la consistencia interna de las escalas del test IDPP, tomando como base la muestra normativa.

Análisis Test-Retest:

Finalmente, se realizó un test–retest del IDPP, mediante un análisis correlacional, haciendo empleo del coeficiente de correlación de Pearson. Se aplicó con un tiempo promedio de 16 semanas, entre la primera y la segunda aplicación. Este se suministró a una submuestra de 72 participantes que conformaban la muestra normativa. Mediante este procedimiento, se logró encontrar evidencias de estabilidad temporal de las distintas escalas del instrumento.

6 Resultados

6.1 Evidencias de Validez de Constructo, Contenido y Confiabilidad

6.1.1 Análisis desde el Modelo de Rasch

6.1.1.1 Superespectro de Externalización - Dominio de Antagonismo

6.1.1.1.1 Escala Búsqueda de Atención

Figura 4

Gráfico Escala Búsqueda de Atención - Distribución casos e ítems

```
1084 PERSON  9 ITEM  REPORTED: 1084 PERSON  9 ITEM  4 CATS WINSTEPS 5.0.2.0
--------------------------------------------------------------------------------

MEASURE    PERSON - MAP - ITEM
               <more>|<rare>
    3                +
                  .   |
                      |
                      |
                  .   |
                      |
                      |
    2             .   +
                      |T
                  .   |
                      |
                 .##  |  ITEM260
                     T|  ITEM199
                  ##  |
    1             .#  +S
                      |
                 .##  |
                      |  ITEM127
               ####   |  ITEM4
            .######   |
                      |
    0        .##### S+M
          .########   |  ITEM383
                      |
          .########   |
          #########   |  ITEM166
                      |
        .##########   |  ITEM84
   -1  .###########   +S ITEM58
                     M|  ITEM398
        ###########   |
        ###########   |
                      |
       .###########   |
                      |T
   -2   .##########   +
                      |
                      |
         ########## S|
                      |
          .########   |
                      |
   -3                 +
                      |
            .######   |
                      |
                      |
                     T|
                      |
   -4        .#####   +
                      |
                      |
                      |
                      |
                      |
                      |
   -5        .#####   +
               <less>|<freq>
 EACH "#" IS 7: EACH "." IS 1 TO 6
--------------------------------------------------------------------------------
```

Fuente: Winsteps

Análisis de ítems

Inicialmente, la distribución de los ítems dentro del espectro se encontraba agrupados en la media. Durante este primer proceso de análisis se pudo constatar que la confiabilidad se encontraba por debajo de .80, específicamente en .68 y la separación de los ítems por arriba de 2, específicamente en 12.49.

También de acuerdo con estos resultados inicialmente había 13 ítems dentro de la escala. Durante el proceso de validación por medio del modelo de Rasch se eliminaron 4 ítems, para concluir con una escala de 9 ítems.

Los ítems que se eliminaron fueron el 7, 26, 211 y el 381, los cuales presentaron una correlación ítem-total baja, por ejemplo, en el caso del Ítem 7 presentó una correlación punto medida de RiX=.42, el Ítem 26 una correlación punto medida de RiX=.35, el ítem 211 una correlación punto medida de RiX=.31 y el Ítem 381 una correlación punto medida de RiX=.41.

Además, los ítems 26, 211 y el 381 constituían una segunda dimensión, ya que en el Análisis de Componentes Principales de los residuos se detectó un valor propio en el primer contraste de 2.80, por lo que estos ítems debían ser eliminados.

Tabla 7

Estadísticos de Fiabilidad y Separación de ítems y personas en la escala de Búsqueda de Atención

	Ítems	Personas
Fiabilidad	1.00	.81
Separación	19.36	2.04

Fuente: elaboración propia

Tal y como se observa en la tabla 7, los estadísticos de fiabilidad y separación indican que la escala es sensible para diferenciar a personas con diferentes niveles de Búsqueda de Atención y que podríamos esperar consistencia de estas inferencias, así mismo se comprueba que existe una jerarquía en los ítems de la escala.

Tabla 8

Estadísticos correspondientes a la Estructura de Categorías (k=4) para la escala de Búsqueda de Atención

Categoría	Muestra	Frecuencia (%)	Promedio	InFit	OutFit	Paso
1	3917	40	-2.43	.93	.95	No
2	3044	31	-1.02	.96	.93	-1.55
3	2154	22	.05	.95	.97	-.17
4	641	7	.86	1.26	1.31	1.72

Los estadísticos de las categorías de respuesta muestran que la escala de Búsqueda de Atención cumple con los cuatro criterios propuestos por Linacre (2002), que garantizan la calidad de las categorías de respuesta utilizadas en esta escala.

Tabla 9

Estadísticos de los ítems: ajuste (Infit y Outfit); nivel de severidad (d); el error estándar (SE) y homogeneidad para la escala de Búsqueda de Atención

Ítem	Nivel de severidad (en logits)	Error estándar	MNSQ		ZTSD		Correlaciones punto-medida	DIF contrast
			Infit	Outfit	Infit	Outfit		
ITEM 004	.42	.05	.95	1.05	-1.25	.90	.59	-.22
ITEM 58	-1.00	.04	1.02	1.02	.60	.39	.70	.53
ITEM 84	-.92	.04	.86	.86	-3.64	-3.44	.73	-.10
ITEM 127	.58	.05	.82	.75	-4.18	-4.86	.67	.09
ITEM 166	-.64	.04	1.56	1.67	9.90	9.90	.44	-.19
ITEM 199	1.36	.06	1.05	.94	.98	-.76	.54	-.73
ITEM 260	1.44	.06	1.17	1.20	3.16	2.37	.46	.06
ITEM 383	-.09	.05	.80	.76	-5.10	-5.57	.71	-.10
ITEM 398	-1.15	.04	.82	.81	-4.74	-4.96	.73	.34

Los estadísticos de ajuste respectivos para la escala de Búsqueda de Atención indican que, en el caso de los ítems, el promedio del Infit fue de 1.01 (DT= .05). Para el ajuste global externo, el promedio del Outfit fue de 1.01 (DT= -.7). En cuanto a los indicadores de las personas, el valor del ajuste interno obtenido fue de 1.02 (DT= -.1) y el valor del Outfit de 1.01 (DT= -.1). De esta forma, ninguno de los ítems presenta índices de ajuste inadecuados (Infit u Outfit > 1.5), por lo que se evidencia que los valores de ajuste de todos los ítems se incluyen en el rango óptimo para medir adecuadamente. Por otro lado, solamente 9.96% de las personas presentaron valores mayores a 2 en Infit u Outfit (lo que implica un porcentaje bajo que permite concluir que el ajuste

de las personas al modelo es aceptable). De esta forma, los datos señalan que no hay divergencias significativas entre las predicciones del modelo y los datos empíricos obtenidos. Posterior al análisis de los valores de correlación punto-medida se identificó que todos los ítems obtuvieron valores mayores a .3 (0.44 a 0.73) por lo tanto, se evidencia cumplen con el criterio de validez de contenido requerido.

Para investigar el ajuste de la prueba al supuesto de unidimensionalidad, se realizó un Análisis de Componentes Principales (ACP) de los residuos. El porcentaje de la varianza explicada por la medida Rasch fue del 51.9 %. Asimismo, el primer componente tenía un valor propio de 1.64 lo que corresponde a un 8.8 % de la varianza explicada, cumpliendo de esta forma con los criterios de unidimensionalidad establecidos.

Se realizó una exploración de posible funcionamiento diferencial de los ítems (DIF) asociado con el sexo, con la finalidad de determinar posible sesgo de los puntajes en relación con esta variable. Siguiendo con los criterios de Linacre (2009), se detectaron dos ítems que podrían estar presentando funcionamiento diferencial: el ítem 58 (DIF contrast = .53, prob. < .001) siendo de menor severidad para las mujeres, y finalmente el ítem 199 (DIF contrast = -.73, prob. < .001) el cual mostró un mayor nivel de severidad para los hombres de la muestra.

Finalmente, estos dos ítems se conservaron dado su alto valor de contenido en la escala y aporte en el constructo especifico.

La validez de constructo fue respaldada por todos los ítems en la escala Búsqueda de Atención que tenían un buen ajuste bajo el modelo de Rasch, estaban libres de DIF y tenían correlaciones ítem-total que eran positivas y cercanas a sus valores esperados.

6.1.1.2 Escala de Rasgos Manipulatorios

Figura 5

Gráfico Escala de Rasgos Manipulatorios- Distribución casos e ítems

```
1084 PERSON  11 ITEM  REPORTED: 1084 PERSON  11 ITEM  4 CATS WINSTEPS 5.0.2.0
--------------------------------------------------------------------------------

MEASURE    PERSON - MAP - ITEM
               <more>|<rare>
    4             .  +
                     |
                     |
                  .  |
                     |
                     |
    3                +
                     |
                     |
                     |
                  .  |T
                     |
    2             .  +
                     |  ITEM373
                  .  |  ITEM370
                  .  |
                  .  |
                     |S
    1            .#  +  ITEM118  ITEM94
                 .# T|
                .##  |
                 .#  |
                     |  ITEM204
                .##  |
    0          .###  +M
                .##  |
               .### S|
             .#####  |  ITEM302
            .######  |  ITEM157  ITEM179
                     |
   -1       .#######  +
             .######  |S
          ##########  |  ITEM20   ITEM262  ITEM83
         .##########  |
                     M|
       .###########  |
   -2    .#########  +
                     |
          .########  |T
         .#########  |
                     |
            .######  |
   -3               S+
                     |
           .#######  |
                     |
             .#####  |
                     |
   -4                +
                    T|
                     |
              .####  |
                     |
                     |
   -5        .#####  +
               <less>|<freq>
 EACH "#" IS 8: EACH "." IS 1 TO 7

--------------------------------------------------------------------------------
```

Fuente: Winsteps

Análisis de ítems

Inicialmente, la distribución de los ítems dentro del espectro se encontraba agrupados de la media hacia la mayor intensidad en la manifestación dentro del espectro.

Durante este primer proceso de análisis se pudo constatar que la confiabilidad se encontraba por debajo de .80, específicamente en .79 y la separación de los ítems por debajo de 2, específicamente en 1.92.

También de acuerdo con estos resultados preliminares teníamos inicialmente 13 ítems dentro de la escala. Durante el proceso de validación por medio del modelo de Rasch se eliminaron 2 ítems, para concluir con una escala de 11 ítems.

Los ítems que se eliminaron fueron el 269 (infit = 1.62, outfit =2.40) y el 293 (infit = 2, outfit =2.23), adicionalmente el ítem 269 presentó una correlación punto medida baja (RiX=.15).

Así mismo, a través del análisis diferencial de los ítems (DIF) se confirmó la decisión de eliminar el ítem 269 (DIF contrast = .71, p< ,001).

Tabla 10

Estadísticos de Fiabilidad y Separación de ítems y personas en la escala de Rasgos Manipulatorios

	Ítems	Personas
Fiabilidad	1	.82
Separación	21.37	2.15

Tal y como se observa en la tabla 10, los estadísticos de fiabilidad y separación indican que la escala es sensible para diferenciar a personas con diferentes niveles de Rasgos Manipulatorios

y que podríamos esperar consistencia de estas inferencias, así mismo se comprueba que existe una jerarquía en los ítems de la escala.

Tabla 11

Estadísticos correspondientes a la Estructura de Categorías (k=4) para la escala Rasgos Manipulatorios

Categoría	Muestra	Frecuencia (%)	Promedio	InFit	OutFit	Paso
1	5590	47	-2.93	.93	.95	No
2	3500	29	-1.19	.96	.71	-1.67
3	2334	20	-.08	.95	.96	-.30
4	500	4	.60	1.50	1.52	1.97

Fuente: elaboración propia

Los estadísticos de las categorías de respuesta muestran que la escala de Rasgos Manipulatorios cumple con los cuatro criterios propuestos por Linacre (2002), que garantizan la calidad de las categorías de respuesta utilizadas en esta escala.

Tabla 12

Estadísticos de los ítems: ajuste (Infit y Outfit); nivel de severidad (d); el error estándar (SE) y homogeneidad para la escala Rasgos Manipulatorios.

Ítem	Nivel de severidad (en logits)	Error estándar	MNSQ		ZTSD		Correlaciones punto-medida	DIF contrast
			Infit	Outfit	Infit	Outfit		
ITEM 20	-1.38	.05	1.49	1.49	9.90	9.90	.59	-.09
ITEM 83	-1.38	.05	.84	.87	-4.23	-3.29	.68	.27
ITEM 94	.99	.06	.93	.83	-1.44	-2.36	.58	-.42
ITEM 118	1.06	.06	.94	.86	-1.16	-1.86	.57	-.04
ITEM 157	-.61	.05	.88	.85	-3.16	-3.52	.68	-.26
ITEM 179	-.72	.05	.90	.90	-2.62	-2.21	.67	.00
ITEM 204	.32	.05	.94	.91	-1.31	-1.63	.61	-.03
ITEM 262	-1.25	.05	1.34	1.38	7.44	8.01	.55	.19
ITEM 302	-.46	.05	1.04	1.08	1.04	1.68	.62	.26
ITEM 370	1.59	.07	.85	.66	-2.59	-3.83	.54	-.31
ITEM 373	1.85	.07	.78	.50	-3.62	-5.22	.56	.11

Los estadísticos de ajuste respectivos para la escala de Rasgos Manipulatorios indican que, en el caso de los ítems, el promedio del Infit fue de .99 (DT= .21). Para el ajuste global externo, el promedio del Outfit fue de .94 (DT=.27). En cuanto a los indicadores de las personas, el valor del ajuste interno obtenido fue de 1.64 (DT= .61) y el valor del Outfit de .94 (DT= .62). De esta forma, ninguno de los ítems presenta índices de ajuste inadecuados (Infit u Outfit > 1.5), por lo que se evidencia que los valores de ajuste de todos los ítems se incluyen en el rango óptimo para medir adecuadamente. Por otro lado, solamente 8.30% de las personas presentaron valores mayores a 2

en Infit u Outfit (lo que implica un porcentaje bajo que permite concluir que el ajuste de las personas al modelo es aceptable). De esta forma, los datos señalan que no hay divergencias significativas entre las predicciones del modelo y los datos empíricos obtenidos. Posterior al análisis de los valores de correlación punto-medida se identificó que todos los ítems obtuvieron valores mayores a .3 (0.54 a 0.68) por lo tanto, se evidencia cumplen con el criterio de validez de contenido requerido.

Para investigar el ajuste de la prueba al supuesto de unidimensionalidad, se realizó un Análisis de Componentes Principales (ACP) de los residuos. El porcentaje de la varianza explicada por la medida Rasch fue del 52.7 %. Asimismo, el primer componente tenía un valor propio de 1.79% lo que corresponde a un 7.7% % de la varianza explicada, cumpliendo de esta forma con los criterios de unidimensionalidad establecidos.

Se realizó una exploración de posible funcionamiento diferencial de los ítems (DIF) asociado con el sexo, con la finalidad de determinar posible sesgo de los puntajes en relación con esta variable. Siguiendo con los criterios de Linacre (2009), no se detectaron ítems que podrían estar presentando funcionamiento diferencial.

La validez de constructo fue respaldada por todos los ítems en la escala Rasgos Manipulatorios que tenían un buen ajuste bajo el modelo de Rasch, estaban libres de DIF y tenían correlaciones ítem-total que eran positivas y cercanas a sus valores esperados.

6.1.1.3 Escala Tendencia al Engaño

Figura 6

Gráfico Escala Tendencia al Engaño- Distribución casos e ítems

```
| 1084 PERSON  13 ITEM  REPORTED: 1084 PERSON  13 ITEM  4 CATS WINSTEPS 5.0.2.0
--------------------------------------------------------------------------------

MEASURE    PERSON - MAP - ITEM
               <more>|<rare>
    3                +
                     |
                  .  |
                     |
                  .  |
                     |
                     |
    2                +
                     |
                     |
                  .  |
                  .  |
                  .  |T ITEM368
                  .  |
    1             .  +
                  .  |
                  .  |S ITEM271  ITEM363
                  .  |
                  . T|
                  .  |  ITEM87
                  .  |  ITEM232  ITEM71
    0             .  +M ITEM162
                  .  |  ITEM300
                .##  |  ITEM129  ITEM225
                 .#  |  ITEM142
                .##  |
                     |S
                .##  |  ITEM396
   -1           .## S+
               .###  |
              .####  |T ITEM282
              .####  |
             .#####  |
                     |
             .#####  |
   -2        .#####  +
                     |
            .###### M|
            .######  |
                     |
           .#######  |
                     |
   -3                +
         .#########  |
                     |
                     |
        .########## S|
                     |
                     |
   -4                +
                     |
                     |
        .##########  |
                     |
                     |
                    T|
   -5 #############  +
               <less>|<freq>
 EACH "#" IS 10: EACH "." IS 1 TO 9

--------------------------------------------------------------------------------
```

Fuente: Winsteps

Análisis de ítems

En el proceso de análisis en los resultados preliminares teníamos inicialmente 16 Ítems dentro de la escala. Durante el proceso de validación por medio del modelo de Rasch se eliminaron 3 ítems, para concluir con una escala de 13 ítems.

Los Ítems que se eliminaron fueron el 36, el 173 y el 207. De estos Ítems dos desajustaron severamente la escala, los cuales fueron el 36 (infit = 1.56, outfit =1.58) y el 173 (infit = 1.41, outfit =1.66). El ítem 207 se elimina por contenido, se considera que no es relevante para la medición dentro de la escala.

Tabla 13

Estadísticos de Fiabilidad y Separación de ítems y personas en la escala Tendencia al Engaño

	Ítems	Personas
Fiabilidad	.99	.79
Separación	11.09	1.93

Tal y como se observa en la tabla 13, los estadísticos de fiabilidad y separación indican que la escala es sensible para diferenciar a personas con diferentes niveles de Tendencia al Engaño y que podríamos esperar consistencia de estas inferencias, así como que se comprueba que existe una jerarquía en los ítems de la escala.

Tabla 14

Estadísticos correspondientes a la Estructura de Categorías (k=4) para la escala de Tendencia al Engaño

Categoría	Muestra	Frecuencia (%)	Promedio	InFit	OutFit	Paso
1	8787	62	-3.00	1.00	1.00	No
2	3805	27	-1.58	.92	.83	-1.68
3	1257	9	-.52	.99	1.01	-.02
4	243	2	.19	1.43	1.80	1.66

Fuente: elaboración propia

Los estadísticos de las categorías de respuesta muestran que la escala de Tendencia al Engaño cumple con los cuatro criterios propuestos por Linacre (2002), que garantizan la calidad de las categorías de respuesta utilizadas en esta escala.

Tabla 15

Estadísticos de los ítems: ajuste (Infit y Outfit); nivel de severidad (d); el error estándar (SE) y homogeneidad para la escala Tendencia al engaño.

Ítem	Nivel de severidad (en logits)	Error estándar	MNSQ		ZTSD		Correlaciones punto-medida	DIF contrast
			Infit	Outfit	Infit	Outfit		
ITEM 71	.16	.06	1.15	1.08	2.84	-.35	.57	-.35
ITEM 87	.31	.06	.94	1.04	-1.11	.13	.58	.13
ITEM 129	-.24	.06	1.24	1.38	4.51	.00	.51	.00
ITEM 142	-.47	.05	.80	.77	-4.47	.12	.71	.12
ITEM 162	-.01	.06	1.01	1.12	.29	.00	.56	.00
ITEM 225	-.36	.05	.89	.90	-2.33	-.54	.65	-.54
ITEM 232	.16	.06	.70	.62	-6.35	-.11	.68	-.11
ITEM 271	-.73	.07	.78	.67	-4.10	.00	.61	.00
ITEM 282	-1.29	.05	1.12	1.17	2.55	-.35	.66	.05
ITEM 300	-.10	.06	.94	.93	-1.24	-1.10	.63	-.03
ITEM 363	.77	.07	1.22	1.13	3.53	1.34	.50	.28
ITEM 368	1.24	.08	.93	.59	-1.10	-4.13	.54	.47
ITEM 396	-.92	.05	1.37	1.39	7.32	7.18	.62	.18

Los estadísticos de ajuste respectivos para la escala de Tendencia al Engaño indican que, en el caso de los ítems, el promedio del Infit fue de 1.01 (DT= .19). Para el ajuste global externo, el promedio del Outfit fue de .98 (DT=.25). En cuanto a los indicadores de las personas, el valor del ajuste interno obtenido fue de 1.04 (DT= .55) y el valor del Outfit de .98 (DT= .58). De esta forma, ninguno de los ítems presenta índices de ajuste inadecuados (Infit u Outfit > 1.5), por lo

que se evidencia que los valores de ajuste de todos los ítems se incluyen en el rango óptimo para medir adecuadamente. Por otro lado, solamente 6.36% de las personas presentaron valores mayores a 2 en Infit u Outfit (lo que implica un porcentaje bajo que permite concluir que el ajuste de las personas al modelo es aceptable). De esta forma, los datos señalan que no hay divergencias significativas entre las predicciones del modelo y los datos empíricos obtenidos. Posterior al análisis de los valores de correlación punto-medida se identificó que todos los ítems obtuvieron valores mayores a .3 (0.50 a 0.71) por lo tanto, se evidencia cumplen con el criterio de validez de contenido requerido.

Para investigar el ajuste de la prueba al supuesto de unidimensionalidad, se realizó un Análisis de Componentes Principales (ACP) de los residuos. El porcentaje de la varianza explicada por la medida Rasch fue del 43.5 %. Asimismo, el primer componente tenía un valor propio de 1.78 lo que corresponde a un 7.8 % de la varianza explicada, cumpliendo de esta forma con los criterios de unidimensionalidad establecidos.

Se realizó una exploración de posible funcionamiento diferencial de los ítems (DIF) asociado con el sexo, con la finalidad de determinar posible sesgo de los puntajes en relación con esta variable. Siguiendo con los criterios de Linacre (2009), se detectó un ítem que podrían estar presentando funcionamiento diferencial: el ítem 225 (DIF contrast = -.54, prob. < .001) siendo de menor severidad para los hombres, y el mismo ítem 225 (DIF contrast = .54, prob. < .001) mostrando mayor severidad para las mujeres.

Finalmente, este ítem se conserva por su alto valor de contenido en la escala y aporte en el constructo específico.

La validez de constructo fue respaldada por todos los ítems en la escala de Tendencia al Engaño que tenían un buen ajuste bajo el modelo de Rasch, estaban libres de DIF y tenían correlaciones ítem-total que eran positivas y cercanas a sus valores esperados.

6.1.1.4 Escala Rasgos de Grandiosidad

Figura 7

Gráfico Escala Rasgos de Grandiosidad - Distribución casos e ítems

```
1084 PERSON  10 ITEM  REPORTED: 1084 PERSON  10 ITEM  4 CATS WINSTEPS 5.0.2.0
--------------------------------------------------------------------------------

MEASURE    PERSON - MAP - ITEM
               <more>|<rare>
    3                +
                     |
                     |
                     |
                     |
                     |
                     |
                  .  |
    2                +
                     |
                  .  |
                     |T ITEM295
                  #  |
                     |
                  . T|
                 .#  |
    1                +
                 .#  |
               .###  |S ITEM359
                     |
                ###  |  ITEM230
              .####  |  ITEM221
                     |
              .#### S|  ITEM264
    0   .##########  +M
                     |
        .###########  |
          .#########  |  ITEM153  ITEM360
                     |  ITEM395
        .###########  |
        .###########  |S ITEM191
         .##########  |
   -1                M+
         .##########  |
                     |
        .###########  |  ITEM332
            .#######  |
                     |T
             .######  |
                     |
   -2       .####### S+
                     |
                     |
             #######  |
                     |
                     |
              .#####  |
                     |
   -3                +
                    T|
              .####  |
                     |
                     |
                     |
                     |
   -4       .#######  +
               <less>|<freq>
 EACH "#" IS 7: EACH "." IS 1 TO 6
--------------------------------------------------------------------------------
```

Fuente: Winsteps

Análisis de ítems

Inicialmente, la distribución de los Ítems dentro del espectro se encontraba agrupados de la media hacia arriba, es decir hacia la mayor intensidad en la manifestación dentro del espectro. Durante este primer proceso de análisis se pudo constatar que la confiabilidad se encontraba por debajo de .80 específicamente en .76 y la separación de los ítems por encima de 2, específicamente en 17.85, factores todos que nos indicaban examinar minuciosamente otros puntos importantes del análisis.

Es por esto por lo que de acuerdo con estos resultados preliminares teníamos inicialmente 12 Ítems dentro de la escala. Durante el proceso de validación por medio del modelo de Rasch se eliminaron 2 ítems.

Los Ítems que se eliminaron fueron el 252 (infit = 1.08, outfit =1.49) y el 329 (infit = 2.09, outfit =2.10) estos ítems desajustaron severamente la escala. Adicionalmente, el ítem 252 presentó una correlación punto medida baja (RiX=.29).

Tabla 16

Estadísticos de Fiabilidad y Separación de ítems y personas en la escala Rasgos de Grandiosidad

	Ítems	Personas
Fiabilidad	1.00	.79
Separación	17.67	1.96

Tal y como se observa en la tabla 16, los estadísticos de fiabilidad y separación indican que la escala es sensible para diferenciar a personas con diferentes niveles de Rasgos de Grandiosidad

y que podríamos esperar consistencia de estas inferencias, así como que se comprueba que existe una jerarquía en los ítems de la escala.

Tabla 17

Estadísticos correspondientes a la Estructura de Categorías (k=4) para la escala Rasgos de Grandiosidad

Categoría	Muestra	Frecuencia (%)	Promedio	InFit	OutFit	Paso
1	3884	36	-2.07	.99	1.01	No
2	3664	34	-.87	.94	.87	-1.46
3	2540	23	-.02	.96	.95	-.09
4	752	7	.63	1.13	1.24	1.55

Fuente: elaboración propia

Los estadísticos de las categorías de respuesta muestran que la escala Rasgos de Grandiosidad cumple con los cuatro criterios propuestos por Linacre (2002), que garantizan la calidad de las categorías de respuesta utilizadas en esta escala.

Tabla 18

Estadísticos de los ítems: ajuste (Infit y Outfit); nivel de severidad (d); el error estándar (SE) y homogeneidad para la escala Rasgos de Grandiosidad.

Ítem	Nivel de severidad (en logits)	Error estándar	MNSQ		ZTSD		Correlaciones punto-medida	DIF contrast
			Infit	Outfit	Infit	Outfit		
ITEM 153	-.39	.04	.86	.89	-3.6	-2.58	.62	-.28
ITEM 191	-.71	.05	1.00	1.02	-.06	.50	.63	-.36
ITEM 221	.39	.04	.97	.95	-.71	-1.01	.59	.28
ITEM 230	.48	.04	.93	.94	-1.62	-1.21	.54	.24
ITEM 264	.08	.04	1.09	1.09	2.25	1.86	.55	.00
ITEM 295	1.64	.04	1.17	.96	3.08	-.52	.44	.11
ITEM 332	-1.34	.05	1.19	1.20	4.40	4.51	.63	.00
ITEM 359	.77	.06	.87	.93	-2.96	-1.33	.52	-.39
ITEM 360	-.42	.04	.98	1.00	-.37	.01	.63	-.17
ITEM 395	-.51	.04	1.01	1.06	.15	1.51	.58	.55

Los estadísticos de ajuste respectivos para la escala de Rasgos de Grandiosidad indican que, en el caso de los ítems, el promedio del Infit fue de 1.11 (DT= .11). Para el ajuste global externo, el promedio del Outfit fue de 1 (DT=.09). En cuanto a los indicadores de las personas, el valor del ajuste interno obtenido fue de 1.03 (DT= .60) y el valor del Outfit de 1 (DT= .63). De esta forma, ninguno de los ítems presenta índices de ajuste inadecuados (Infit u Outfit > 1.5), por lo que se evidencia que los valores de ajuste de todos los ítems se incluyen en el rango óptimo para medir adecuadamente. Por otro lado, solamente 8.02% de las personas presentaron valores mayores a 2 en Infit u Outfit (lo que implica un porcentaje bajo que permite concluir que el ajuste

de las personas al modelo es aceptable). De esta forma, los datos señalan que no hay divergencias significativas entre las predicciones del modelo y los datos empíricos obtenidos. Posterior al análisis de los valores de correlación punto-medida se identificó que todos los ítems obtuvieron valores mayores a .3 (0.44 a 0.63) por lo tanto, se evidencia cumplen con el criterio de validez de contenido requerido.

Para investigar el ajuste de la prueba al supuesto de unidimensionalidad, se realizó un Análisis de Componentes Principales (ACP) de los residuos. El porcentaje de la varianza explicada por la medida Rasch fue del 45.3 %. Asimismo, el primer componente tenía un valor propio de 1.75 lo que corresponde a un 9.6 % de la varianza explicada, cumpliendo de esta forma con los criterios de unidimensionalidad establecidos.

Se realizó una exploración de posible funcionamiento diferencial de los ítems (DIF) asociado con el sexo, con la finalidad de determinar posible sesgo de los puntajes en relación con esta variable. Siguiendo con los criterios de Linacre (2009), se detectó un ítem que podría estar presentando funcionamiento diferencial: el ítem 395 (DIF contrast = .55, prob. < .001) mostrando mayor severidad para los hombres que para las mujeres (DIF contrast = -.55, prob. < .001).

Finalmente, este ítem se conservó por su alto valor de contenido en la escala y aporte en el constructo específico.

La validez de constructo fue respaldada por todos los ítems en la escala de Rasgos de Grandiosidad que tenían un buen ajuste bajo el modelo de Rasch, estaban libres de DIF y tenían correlaciones ítem-total que eran positivas y cercanas a sus valores esperados.

6.1.1.5 Escala de Insensibilidad Interpersonal

Figura 8

Gráfico Escala Insensibilidad Interpersonal - Distribución casos e ítems

```
---------------------------------------------------------------------------

MEASURE    PERSON - MAP - ITEM
               <more>|<rare>
    3                +
                     |
                     |
                  .  |
                     |  ITEM285
                     |T
    2                +
                  .  |
                     |
                  .  |
                     |
                  .  |S
    1             .  +
                     |
                 .# T|
                 .#  |  ITEM340
                .##  |  ITEM34   ITEM366  ITEM375
                     |
    0        .#####  +M
               #### S|
           .#######  |
                     |  ITEM284
         .########   |  ITEM324
      .###########   |  ITEM261
   -1 .###########   +
                    M|S
      .###########   |
         .########   |
                     |
       .##########   |  ITEM25
   -2    .########   +
                    S|T
            .####    |
                     |
                     |
            .####    |
   -3                T+
                     |
               .##   |
                     |
                     |
                     |
   -4                +
                  .  |
                     |
                     |
                     |
                     |
   -5             .#  +
               <less>|<freq>
 EACH "#" IS 10: EACH "." IS 1 TO 9
```

Fuente: Winsteps

Análisis de ítems

La escala de Insensibilidad interpersonal originalmente constaba de dieciséis ítems, durante el proceso de ajuste se eliminaron los siguientes siete ítems. Los ítems 228 y 318 presentaron una correlación punto medida baja 228 (RiX=.34) y el ítem 318 (RiX=.34). Los ítems 22, 308 y 407 se eliminaron por crear una segunda dimensión. Finalmente se realizó una exploración de posible funcionamiento diferencial de los ítems (DIF) asociado con el sexo, con la finalidad de determinar posible sesgo de los puntajes en relación con esta variable. Siguiendo con los criterios de Linacre (2009), se detectaron dos ítems que podrían estar presentando funcionamiento diferencial, por lo que se reafirmó la decisión de eliminar los siguientes ítems: el ítem 22 (DIF contrast = .72, prob. < .001) siendo de menor severidad para los hombres, el ítem 61 (DIF contrast = .53, prob. < .001) siendo de menor severidad para los hombres, el ítem 267 (DIF contrast = -.55, prob. < .001) mostrando mayor severidad para los hombres de la muestra. Por lo que la escala de Insensibilidad quedó en definitiva con nueve ítems en total.

Tabla 19

Estadísticos de Fiabilidad y Separación de ítems y personas en la escala Insensibilidad Interpersonal

	Ítems	Personas
Fiabilidad	1	.71
Separación	22.51	1.58

Tal y como se observa en la tabla19, los estadísticos de fiabilidad y separación indican que la escala es sensible para diferenciar a personas con diferentes niveles de insensibilidad interpersonal y que podríamos esperar consistencia de estas inferencias, así como que se comprueba que existe una jerarquía en los ítems de la escala.

Tabla 20

Estadísticos correspondientes a la Estructura de Categorías (k=4) para la escala Insensibilidad Interpersonal

Categoría	Muestra	Frecuencia (%)	Promedio	InFit	OutFit	Paso
1	3683	38	-2.32	.95	.98	No
2	3305	34	-.93	.93	.79	-1.51
3	2174	22	-.05	.95	.94	-.14
4	594	6	.55	1.32	1.40	1.65

Fuente: elaboración propia

Los estadísticos de las categorías de respuesta muestran que la escala Insensibilidad Interpersonal cumple con los cuatro criterios propuestos por Linacre (2002) que garantizan la calidad de las categorías de respuesta utilizadas en esta escala.

Tabla 21

Estadísticos de los ítems: ajuste (Infit y Outfit); nivel de severidad (d); el error estándar (SE) y homogeneidad para la escala Insensibilidad Interpersonal.

Ítem	Nivel de severidad (en logits)	Error estándar	MNSQ		ZTSD		Correlaciones punto-medida	DIF contrast
			Infit	Outfit	Infit	Outfit		
ITEM25	-1.90	.04	1.32	1.33	7.11	7.23	.40	.35
ITEM34	.29	.05	1.18	1.21	4.23	4.35	.49	.38
ITEM261	-.82	.04	1.15	1.14	3.77	3.40	.54	-.14
ITEM284	-.53	.04	.68	.69	-9.09	-8.73	.60	-.24
ITEM285	2.39	.08	1.04	.78	.58	-2.20	.38	-.13
ITEM324	-.59	.04	.86	.87	-3.77	-3.28	.53	-.02
ITEM340	.55	.05	1.06	1.02	1.31	.39	.56	-.21
ITEM366	.26	.05	.97	.94	-.77	-1.37	.53	-.16
ITEM375	.36	.05	.93	.89	-1.83	-2.37	.58	.11

Los estadísticos de ajuste respectivos para la escala Insensibilidad Interpersonal indican que, en el caso de los ítems, el promedio del Infit fue de 1.02 (DT= .18). Para el ajuste global externo, el promedio del Outfit fue de .99 (DT=.20). En cuanto a los indicadores de las personas, el valor del ajuste interno obtenido fue de 1.02 (DT= .63) y el valor del Outfit de .0.99 (DT= .68). De esta forma, ninguno de los ítems presenta índices de ajuste inadecuados (Infit u Outfit > 1.5), por lo que se evidencia que los valores de ajuste de todos los ítems se incluyen en el rango óptimo para medir adecuadamente. Por otro lado, solamente 9.04 % de las personas presentaron valores

mayores a 2 en Infit u Outfit (lo que implica un porcentaje adecuado que permite concluir que el ajuste de las personas al modelo es aceptable). De esta forma, los datos señalan que no hay divergencias significativas entre las predicciones del modelo y los datos empíricos obtenidos. Posterior al análisis de los valores de correlación punto-medida se identificó que todos los ítems obtuvieron valores mayores a .3 (0.38 a 0.60) por lo tanto, se evidencia cumplen con el criterio de validez de contenido requerido.

Para investigar el ajuste de la prueba al supuesto de unidimensionalidad, se realizó un Análisis de Componentes Principales (ACP) de los residuos. El porcentaje de la varianza explicada por la medida Rasch fue del 46.5%. Asimismo, el primer componente tenía un valor propio de 1.49 lo que corresponde a un 8.9% de la varianza explicada, cumpliendo de esta forma con los criterios de unidimensionalidad establecidos.

Los nueve ítems que se mantuvieron en la escala muestran un buen funcionamiento diferencial. Ninguno tiene un DIF por encima de los criterios establecidos para detectar dicho criterio, ni presenta sesgos por sexo.

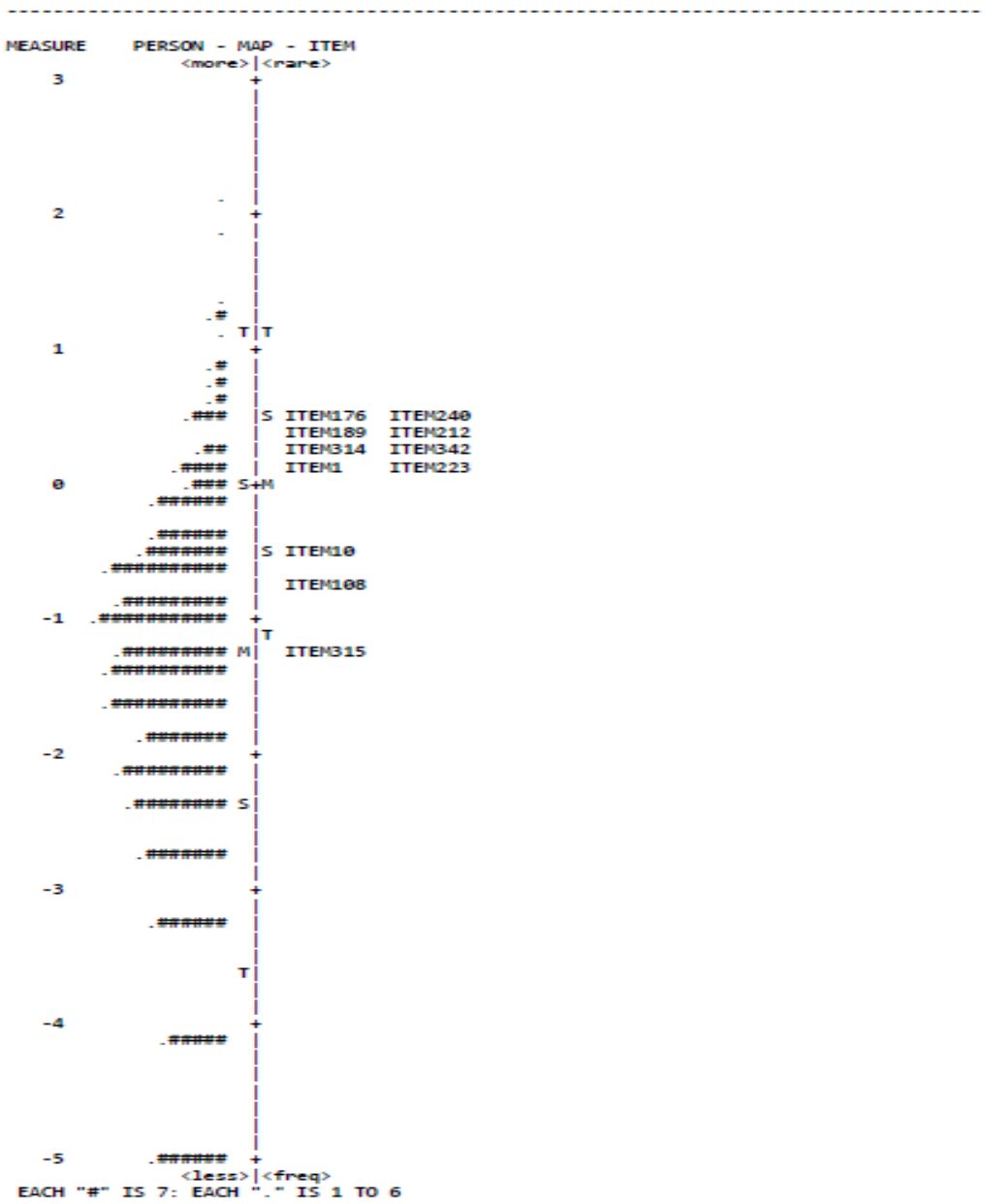
La validez de constructo fue respaldada por todos los ítems en la escala Insensibilidad Interpersonal que tenían un buen ajuste bajo el modelo de Rasch, estaban libres de DIF y tenían correlaciones ítem-total que eran positivas y cercanas a sus valores esperados.

6.1.2 Superespectro de Externalización - Dominio de Desinhibición

6.1.2.1 Escala de Irresponsabilidad

Figura 9

Gráfico Escala Irresponsabilidad - Distribución casos e ítems



Fuente: Winsteps

Análisis de ítems

La escala de Irresponsabilidad originalmente constaba de 18 ítems, durante el proceso de ajuste se eliminaron los siguientes siete ítems. El ítem 253 desajustó severamente el infit y el outfit (infit=2.19, outfit = 2.74). Los ítems 117, 151 y 400 presentaron una correlación punto medida baja 117(RiX=.31), 151 (RiX=.40), 400 (RiX=.37). Los ítems 216 y 167 se eliminaron porque creaban una multidimencionalidad.

Finalmente, siguiendo con los criterios de Linacre (2009), se detectó un ítem que podría estar presentando funcionamiento diferencial, por lo que se reafirmó la decisión de eliminar el ítem 288 (DIF contrast = 0.55, p< ,001) siendo de menor severidad para los hombres de la muestra. Por lo que la escala de Irresponsabilidad quedó en definitiva con 11 ítems en total.

Tabla 22

Estadísticos de Fiabilidad y Separación de ítems y personas en la escala Irresponsabilidad

	Ítems	Personas
Fiabilidad	.99	.81
Separación	11.58	2.10

Tal y como se observa en la tabla 22, los estadísticos de fiabilidad y separación indican que la escala es sensible para diferenciar a personas con diferentes niveles de irresponsabilidad y que podríamos esperar consistencia de estas inferencias, así como que se comprueba que existe una jerarquía en los ítems de la escala.

Tabla 23

Estadísticos correspondientes a la Estructura de Categorías (k=4) para la escala Irresponsabilidad

Categoría	Muestra	Frecuencia (%)	Promedio	InFit	OutFit	Paso
1	4844	41	-2.12	.99	1.00	No
2	4461	37	-1.04	.95	.94	-1.58
3	2003	17	-.15	.93	.95	.18
4	616	5	-.54	1.15	1.31	1.40

Fuente: elaboración propia

Los estadísticos de las categorías de respuesta muestran que la escala Irresponsabilidad cumple con los cuatro criterios propuestos por Linacre (2002), que garantizan la calidad de las categorías de respuesta utilizadas en esta escala.

Tabla 24

Estadísticos de los ítems: ajuste (Infit y Outfit); nivel de severidad (d); el error estándar (SE) y homogeneidad para la escala Irresponsabilidad

Ítem	Nivel de severidad (en logits)	Error estándar	MNSQ		ZTSD		Correlaciones punto-medida	DIF contrast
			Infit	Outfit	Infit	Outfit		
ITEM1	.16	-.05	1.06	1.18	1.35	3.38	.50	.17
ITEM10	-.56	.04	.83	.84	-4.38	-3.94	.69	.00
ITEM108	.78	.04	1.29	1.33	6.56	7.07	.56	-.42
ITEM176	.48	.05	1.09	1.15	1.85	2.66	.52	.25
ITEM189	.42	.05	1.11	1.16	2.27	2.84	.55	.04
ITEM212	.38	.05	.65	.63	-8.98	-8.24	.67	-.02
ITEM223	.10	.05	1.30	1.26	6.19	4.99	.53	.20
ITEM240	.51	.05	.70	.66	-7.22	-7.18	.65	-.04
ITEM314	.22	.05	.86	.98	-3.17	-.29	.60	.22
ITEM315	-1.20	.04	.90	.90	-2.4	-2.46	.71	-.41
ITEM342	.27	.05	1.16	1.12	3.32	-2.35	.57	.27

Los estadísticos de ajuste respectivos para la escala Irresponsabilidad indican que, en el caso de los ítems, el promedio del Infit fue de .99 (DT= .21). Para el ajuste global externo, el promedio del Outfit fue de 1.02 (DT=.23). En cuanto a los indicadores de las personas, el valor del ajuste interno obtenido fue de 1.02 (DT= .56) y el valor del Outfit de 1.02 (DT= .60). De esta

forma, ninguno de los ítems presenta índices de ajuste inadecuados (Infit u Outfit > 1.5), por lo que se evidencia que los valores de ajuste de todos los ítems se incluyen en el rango óptimo para medir adecuadamente. Por otro lado, solamente 4.98 % de las personas presentaron valores mayores a 2 en Infit u Outfit (lo que implica un porcentaje adecuado que permite concluir que el ajuste de las personas al modelo es aceptable). De esta forma, los datos señalan que no hay divergencias significativas entre las predicciones del modelo y los datos empíricos obtenidos. Posterior al análisis de los valores de correlación punto-medida se identificó que todos los ítems obtuvieron valores mayores a .3 (0.50 a 0.71) por lo tanto, se evidencia cumplen con el criterio de validez de contenido requerido.

Para investigar el ajuste de la prueba al supuesto de unidimensionalidad, se realizó un Análisis de Componentes Principales (ACP) de los residuos. El porcentaje de la varianza explicada por la medida Rasch fue del 42.7%. Asimismo, el primer componente tenía un valor propio de 1.82 lo que corresponde a un 9.5% de la varianza explicada, cumpliendo de esta forma con los criterios de unidimensionalidad establecidos.

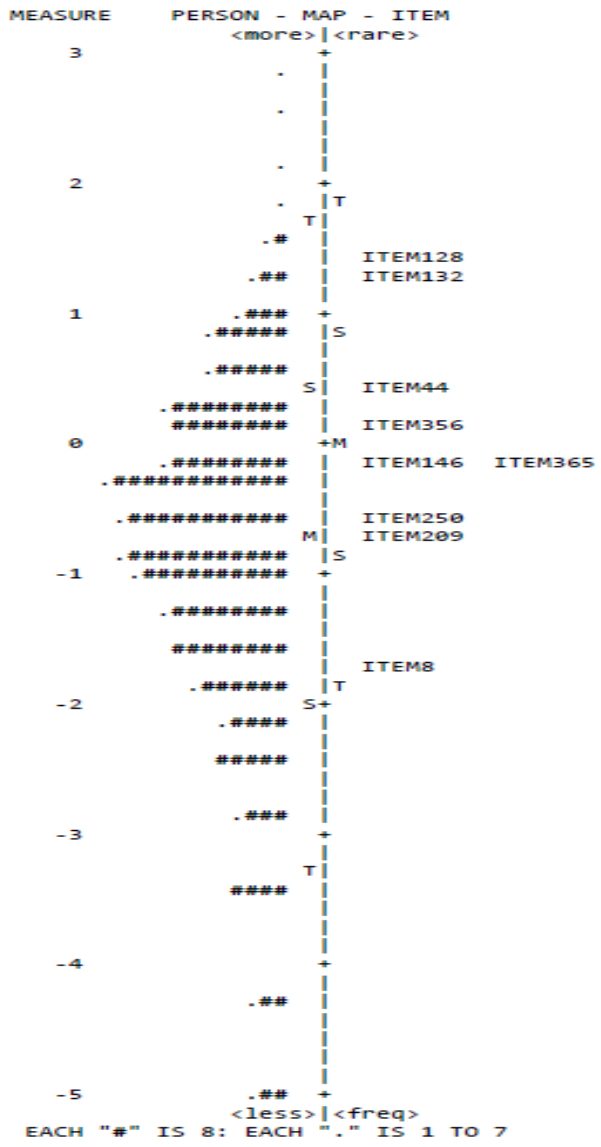
Los 11 ítems que se mantuvieron en la escala muestran un buen funcionamiento diferencial. Ninguno tiene un DIF por encima de los criterios establecidos para detectar dicho criterio, ni presenta sesgos por sexo.

La validez de constructo fue respaldada por todos los ítems en la escala Irresponsabilidad que tenían un buen ajuste bajo el modelo de Rasch, estaban libres de DIF y tenían correlaciones ítem-total que eran positivas y cercanas a sus valores esperados.

6.1.2.2 Escala de Rasgos Impulsivos

Figura 10

Gráfico Escala de Rasgos Impulsivos- Distribución casos e ítems



Fuente: Winsteps

Analisis de ítems

La escala de Rasgos Impulsivos originalmente constaba de 13 ítems, durante el proceso de ajuste se eliminaron los siguientes cuatro ítems. El ítem 68, 245 y el 319 desajustaron severamente el infit y el outfit. El ítem 68 (infit=1.54, outfit = 1.63). El ítem 245 (infit=1.31, outfit = 1.5) y el El ítem 319 (infit=1.32, outfit = 1.65). Finalmente, siguiendo con los criterios de Linacre (2009), se detectó dos ítems que podrían estar presentando funcionamiento diferencial, por lo que se reafirmó la decisión de eliminar el ítem 97 (DIF contrast = 0.64, p< ,001) siendo de menor severidad para los hombres de la muestra y el ítem 68 (DIF contrast = 0.60, p< ,001) siendo de menor severidad para los hombres de la muestra. Por lo que la escala de Rasgos impulsivos quedó en definitiva con nueve ítems en total.

Tabla 25

Estadísticos de Fiabilidad y Separación de ítems y personas en la escala Rasgos Impulsivos

	Ítems	Personas
Fiabilidad	1.00	.82
Separación	19.26	2.14

Tal y como se observa en la tabla 25, los estadísticos de fiabilidad y separación indican que la escala es sensible para diferenciar a personas con diferentes niveles Rasgos Impulsivos y que podríamos esperar consistencia de estas inferencias, así como que se comprueba que existe una jerarquía en los ítems de la escala.

Tabla 26

Estadísticos correspondientes a la Estructura de Categorías (k=4) para la escala Rasgos Impulsivos.

Categoría	Muestra	Frecuencia (%)	Promedio	InFit	OutFit	Paso
1	2754	28	-2.25	1.01	1.02	No
2	3567	37	-.84	.98	.90	-1.83
3	2616	37	.21	.93	.91	-.02
4	819	8	1.10	1.12	1.21	1.85

Los estadísticos de las categorías de respuesta muestran que la escala Rasgos Impulsivos cumple con los cuatro criterios propuestos por Linacre (2002), que garantizan la calidad de las categorías de respuesta utilizadas en esta escala.

Tabla 27

Estadísticos de los ítems: ajuste (Infit y Outfit); nivel de severidad (d); el error estándar (SE) y homogeneidad para la escala Rasgos Impulsivos.

Ítem	Nivel de severidad (en logits)	Error estándar	MNSQ		ZTSD		Correlaciones punto-medida	DIF contrast
			Infit	Outfit	Infit	Outfit		
ITEM8	-1.68	.05	1.17	1.20	4.03	4.52	.61	.23
ITEM44	.47	.05	.91	.85	-2.20	-3.39	.66	-.03
ITEM128	1.43	.05	1.09	1.15	1.86	2.41	.48	-.11
ITEM132	1.22	.05	1.08	.96	1.81	-.65	.57	.26
ITEM146	-.14	.05	.76	.81	-6.24	-4.85	.65	.08
ITEM209	-.65	.04	1.04	1.06	1.04	1.34	.63	-.14
ITEM250	-.59	.04	1.16	1.16	3.83	3.66	.60	07
ITEM356	.13	.05	1.23	1.17	5.17	3.59	.61	-.26
ITEM365	-.20	.05	.64	.64	-9.90	-9.81	.72	-.07

Los estadísticos de ajuste respectivos para la escala Rasgos Impulsivos indican que, en el caso de los ítems, el promedio del Infit fue de 1.01 (DT= .19). Para el ajuste global externo, el promedio del Outfit fue de .1.00 (DT=.19). En cuanto a los indicadores de las personas, el valor del ajuste interno obtenido fue de 1.00 (DT= .62) y el valor del Outfit de 1.00 (DT= .73). De esta forma, ninguno de los ítems presenta índices de ajuste inadecuados (Infit u Outfit > 1.5), por lo que se evidencia que los valores de ajuste de todos los ítems se incluyen en el rango óptimo para medir adecuadamente. Por otro lado, solamente 8.11% de las personas presentaron valores

mayores a 2 en Infit u Outfit (lo que implica un porcentaje adecuado que permite concluir que el ajuste de las personas al modelo es aceptable). De esta forma, los datos señalan que no hay divergencias significativas entre las predicciones del modelo y los datos empíricos obtenidos. Posterior al análisis de los valores de correlación punto-medida se identificó que todos los ítems obtuvieron valores mayores a .3 (0.48 a 0.72) por lo tanto, se evidencia cumplen con el criterio de validez de contenido requerido.

Para investigar el ajuste de la prueba al supuesto de unidimensionalidad, se realizó un Análisis de Componentes Principales (ACP) de los residuos. El porcentaje de la varianza explicada por la medida Rasch fue del 49.5%. Asimismo, el primer componente tenía un valor propio de 1.56 lo que corresponde a un 8.8 % de la varianza explicada, cumpliendo de esta forma con los criterios de unidimensionalidad establecidos.

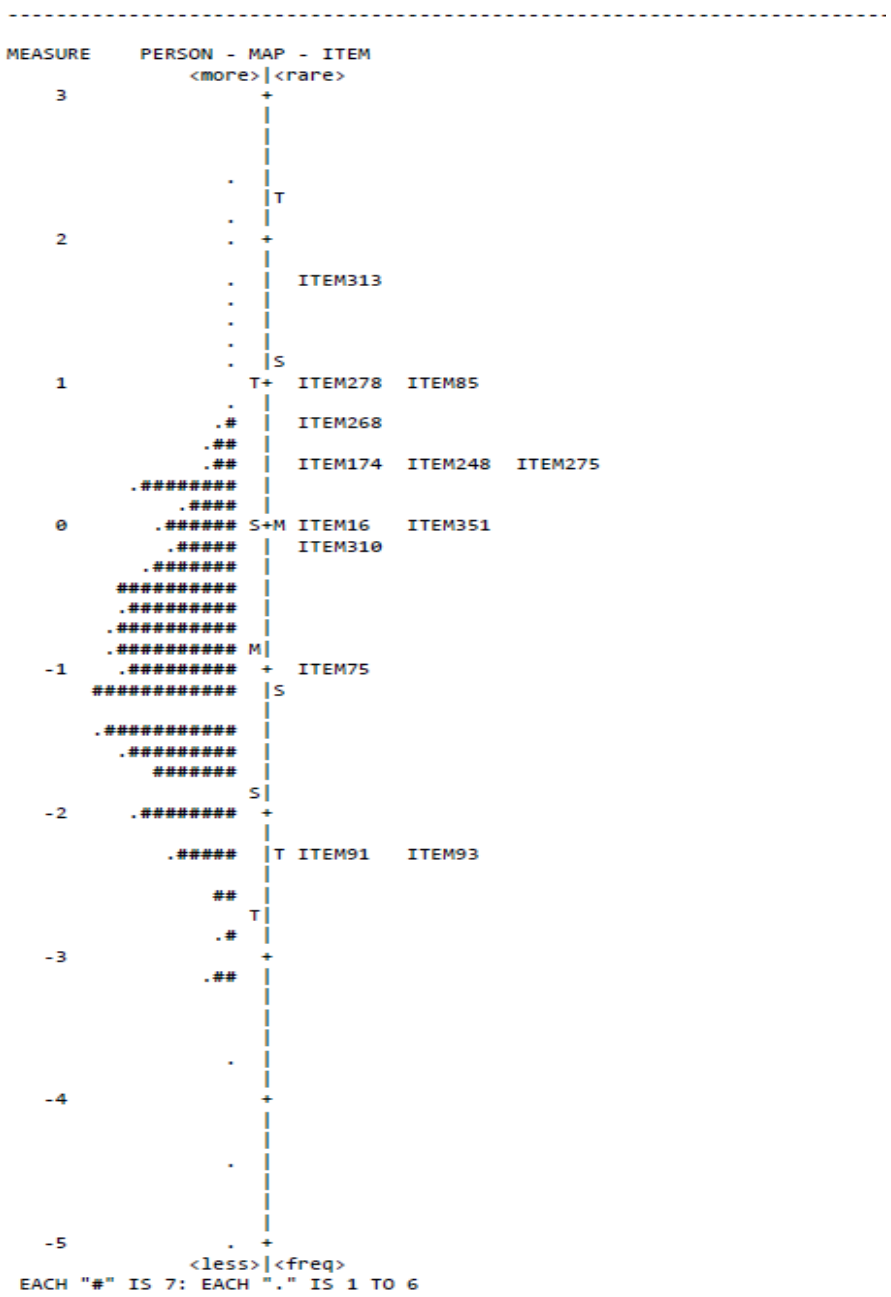
Los nueve ítems que se mantuvieron en la escala muestran un buen funcionamiento diferencial. Ninguno tiene un DIF por encima de los criterios establecidos para detectar dicho criterio, ni presenta sesgos por sexo.

La validez de constructo fue respaldada por todos los ítems en la escala Rasgos Impulsivos que tenían un buen ajuste bajo el modelo de Rasch, estaban libres de DIF y tenían correlaciones ítem-total que eran positivas y cercanas a sus valores esperados.

Figura 11

6.1.2.3 Escala de Necesidad de Estímulos y Toma de Riesgos.

Gráfico Escala de Necesidad de Estímulos y Toma de Riesgos- Distribución casos e ítems



Fuente: Winsteps

Análisis de ítems

La escala de Necesidad de Estímulos y Toma de Riesgos originalmente constaba de 20 ítems, durante el proceso de ajuste se eliminaron los siguientes siete ítems. El ítem 410 desajustó severamente el infit y el outfit (infit=1.58, outfit = 1.54). Los ítems 21 y 181 presentaron una correlación punto medida baja 21 (RiX=.41), 181 (RiX=.28). Finalmente, siguiendo con los criterios de Linacre (2009), se detectaron cinco ítems que podrían estar presentando funcionamiento diferencial, por lo que se reafirmó la decisión de eliminar el ítem 21 (DIF contrast = 0.86, p< ,001) siendo de menor severidad para los hombres, el ítem 69 (DIF contrast = -.16, p< ,001) siendo de mayor severidad para los hombres, el ítem 246 (DIF contrast = .59, p< ,001) siendo de menor severidad para los hombres, el ítem 261 (DIF contrast = -.72, p< ,001) siendo de mayor severidad para los hombres, , el ítem 410 (DIF contrast = .86, p< ,001) siendo de menor severidad para los hombres de la muestra. Por lo que la escala Necesidad de estímulos y toma de riegos quedó en definitiva con 13 ítems en total.

Tabla 28

Estadísticos de Fiabilidad y Separación de ítems y personas en la escala Necesidad de Estímulos y Toma de Riesgos

	Ítems	Personas
Fiabilidad	1.00	.80
Separación	25	1.97

Fuente: elaboración propia

Tal y como se observa en la tabla 28, los estadísticos de fiabilidad y separación indican que la escala es sensible para diferenciar a personas con diferentes niveles de Necesidad de estímulos

y toma de riegos y que podríamos esperar consistencia de estas inferencias, así como que se comprueba que existe una jerarquía en los ítems de la escala.

Tabla 29

Estadísticos correspondientes a la Estructura de Categorías (k=4) para la escala Necesidad de Estímulos y Toma de Riesgos

Categoría	Muestra	Frecuencia (%)	Promedio	InFit	OutFit	Paso
1	5415	38	-1.98	.90	.95	No
2	4087	29	-.93	.92	.84	-1.19
3	3134	22	.13	.92	1.01	-.25
4	1456	10	1.11	1.33	1.56	1.44

Fuente: elaboración propia

Los estadísticos de las categorías de respuesta muestran que la escala Necesidad de Estímulos y Toma de Riesgos cumple con los cuatro criterios propuestos por Linacre (2002), que garantizan la calidad de las categorías de respuesta utilizadas en esta escala.

Tabla 30

Estadísticos de los ítems: ajuste (Infit y Outfit); nivel de severidad (d); el error estándar (SE) y homogeneidad para la escala Necesidad de Estímulos y Toma de Riesgos.

Ítem	Nivel de severidad (en logits)	Error estándar	MNSQ		ZTSD		Correlaciones punto-medida	DIF contrast
			Infit	Outfit	Infit	Outfit		
ITEM16	-.03	.04	.71	.71	-7.65	-7.65	.69	-.36
ITEM75	-.96	.04	.85	.86	-3.66	-3.66	.55	.00
ITEM85	.99	.05	1.13	1.24	3.81	3.81	.43	-.34
ITEM91	-2.24	.05	1.02	1.07	1.58	1.58	.43	-.42
ITEM93	-2.25	.05	1.15	1.24	4.81	4.81	.40	-.07
ITEM174	.48	.04	.89	.90	-2.12	-2.12	.58	.54
ITEM248	.37	.04	.74	.72	-6.60	-6.60	.66	.35
ITEM268	.67	.05	1.17	1.37	6.49	6.49	.43	-.07
ITEM275	.40	.04	1.14	1.09	1.87	1.87	.54	.24
ITEM278	.95	.05	1.40	1.38	5.89	5.89	.42	-.34
ITEM310	-.11	.04	1.05	1.08	1.98	1.98	.48	.11
ITEM313	1.66	.06	1.43	1.24	2.80	2.80	.41	.32
ITEM351	.06	.04	.70	.68	-8.40	-8.40	.69	.00

Los estadísticos de ajuste respectivos para la escala Necesidad de Estímulos y Toma de Riesgos indican que, en el caso de los ítems, el promedio del Infit fue de 1.03 (DT= .23). Para el ajuste global externo, el promedio del Outfit fue de 1.05 (DT=.24). En cuanto a los indicadores de las personas, el valor del ajuste interno obtenido fue de 1.00 (DT= .55) y el valor del Outfit de 1.05

(DT= .74). De esta forma, ninguno de los ítems presenta índices de ajuste inadecuados (Infit u Outfit > 1.5), por lo que se evidencia que los valores de ajuste de todos los ítems se incluyen en el rango óptimo para medir adecuadamente. Por otro lado, solamente 7.6% de las personas presentaron valores mayores a 2 en Infit u Outfit (lo que implica un porcentaje adecuado que permite concluir que el ajuste de las personas al modelo es aceptable). De esta forma, los datos señalan que no hay divergencias significativas entre las predicciones del modelo y los datos empíricos obtenidos. Posterior al análisis de los valores de correlación punto-medida se identificó que todos los ítems obtuvieron valores mayores a .3 (.40 a .69) por lo tanto, se evidencia cumplen con el criterio de validez de contenido requerido.

Para investigar el ajuste de la prueba al supuesto de unidimensionalidad, se realizó un Análisis de Componentes Principales (ACP) de los residuos. El porcentaje de la varianza explicada por la medida Rasch fue del 53.9%. Asimismo, el primer componente tenía un valor propio de 1.88 lo que corresponde a un 6.7 % de la varianza explicada, cumpliendo de esta forma con los criterios de unidimensionalidad establecidos.

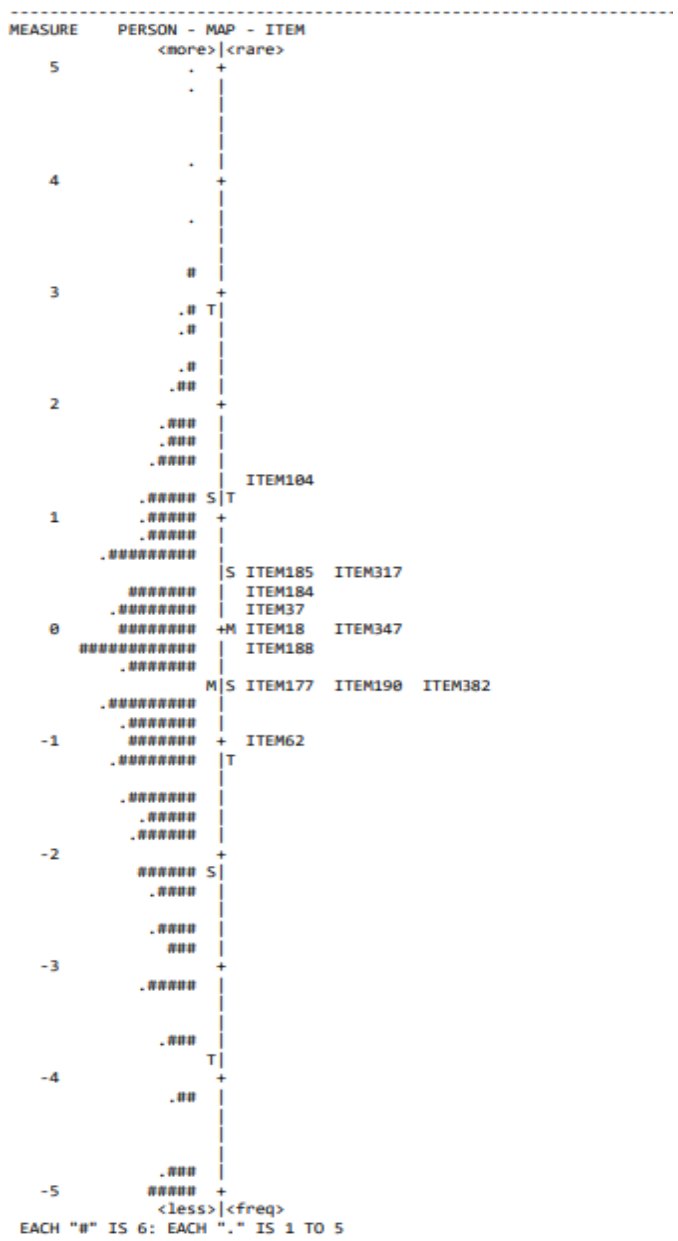
Los 13 ítems que se mantuvieron en la escala muestran un buen funcionamiento diferencial. Ninguno tiene un DIF por encima de los criterios establecidos para detectar dicho criterio, ni presenta sesgos por sexo.

La validez de constructo fue respaldada por todos los ítems en la escala Necesidad de Estímulos y Toma de Riesgos que tenían un buen ajuste bajo el modelo de Rasch, estaban libres de DIF y tenían correlaciones ítem-total que eran positivas y cercanas a sus valores esperados.

6.1.2.4 Escala de Distractibilidad

Figura 12

Gráfico Escala de Distractibilidad -Distribución casos e ítems.



Fuente: Winsteps

Análisis de ítems

La escala de Distractibilidad originalmente estaba compuesta por 17 ítems. Después de los análisis realizados se ajustó a 12 ítems. Los ítems 337 (outfit=1.83); 120 (outfit=1.66); 123 (outfit=1.54) y 200 (infit = 1.60, outfit =1.75) se eliminaron debido a que desajustaron severamente. Este último además presentó un (DIF contrast = .62, p< ,001) implicando un sesgo por sexo con mayor severidad para hombres. El ítem 35 afectaba la unidimensionalidad (al ser eliminado el porcentaje de varianza explicada pasó de 49.9 % a 52.9%, además, el primer contraste pasó de 2.09 a 1.76). Los 12 ítems que se mantuvieron en la escala muestran un buen funcionamiento.

Tabla 31

Estadísticos de Fiabilidad y Separación de ítems y personas en la escala Distractibilidad

	Ítems	Personas
Fiabilidad	.99	.91
Separación	11.27	3.17

Fuente: elaboración propia

Tal y como se observa en la tabla 31, los estadísticos de fiabilidad y separación indican que la escala es sensible para diferenciar a personas con diferentes niveles de distractibilidad y que podríamos esperar consistencia de estas inferencias, así también se comprueba que existe una jerarquía en los ítems de la escala.

Tabla 32

Estadísticos correspondientes a la Estructura de Categorías (k=4) para la escala de Distractibilidad

Categoría	Muestra	Frecuencia (%)	Promedio	InFit	OutFit	Paso
1	2873	22	-2.59	1.01	1.01	No
2	4949	38	-.85	.95	.92	-2.34
3	4017	31	.48	.92	.93	-.00
4	1169	9	1.61	1.15	1.17	2.33

Los estadísticos de las categorías de respuesta muestran que la escala de Distractibilidad cumple con los cuatro criterios propuestos por Linacre (2002), que garantizan la calidad de las categorías de respuesta utilizadas en esta escala.

Tabla 33

Estadísticos de los ítems: ajuste (Infit y Outfit); nivel de severidad (d); el error estándar (SE) y homogeneidad para la escala de Distractibilidad

Ítem	Nivel de severidad (en logits)	Error estándar	MNSQ		ZTSD		Correlaciones punto-medida	DIF contrast
			Infit	Outfit	Infit	Outfit		
ITEM18	.04	.05	1.14	1.13	3.22	2.82	.70	.19
ITEM37	.14	.05	.79	.78	-5.30	-5.42	.78	-.13
ITEM62	-.99	.05	1.11	1.15	2.56	3.41	.68	-.47
ITEM104	1.27	.05	.95	.85	-1.20	-2.69	.70	.00
ITEM177	-.55	.05	.92	.94	-1.93	-1.54	.73	.00
ITEM184	.35	.05	.92	.89	-1.83	-2.58	.75	.20
ITEM185	.46	.05	1.14	1.16	3.21	3.33	.68	.11
ITEM188	-.20	.05	1.09	1.08	2.10	1.72	.70	.07
ITEM190	-.43	.05	.83	.87	-4.28	-3.10	.73	-.24
ITEM317	.43	.05	.82	.81	-4.55	-4.34	.77	-.16
ITEM347	.00	.05	1.43	1.42	8.98	8.43	.63	.26
ITEM382	.51	.05	.85	.88	-3.88	-2.92	.73	.16

Los estadísticos de ajuste respectivos para la escala de Distractibilidad indican que, en el caso de los ítems, el promedio del Infit fue de 1.00 (DT= .18). Para el ajuste global externo, el promedio del Outfit fue de 1.00 (DT=.18). En cuanto a los indicadores de las personas, el valor

del ajuste interno obtenido fue de 1.00 (DT= .61) y el valor del Outfit de 1.00 (DT= .61). De esta forma, ninguno de los ítems presenta índices de ajuste inadecuados (Infit u Outfit > 1.5), por lo que se evidencia que los valores de ajuste de todos los ítems se incluyen en el rango óptimo para medir adecuadamente. Por otro lado, solamente 8,67% de las personas presentaron valores mayores a 2 en Infit u Outfit (lo que implica un porcentaje aceptable que permite concluir que el ajuste de las personas al modelo es adecuado). De esta forma, los datos señalan que no hay divergencias significativas entre las predicciones del modelo y los datos empíricos obtenidos. Posterior al análisis de los valores de correlación punto-medida se identificó que todos los ítems obtuvieron valores mayores a .3 (en un rango de .63 a .78) por lo tanto, se evidencia cumplen con el criterio de validez de contenido requerido.

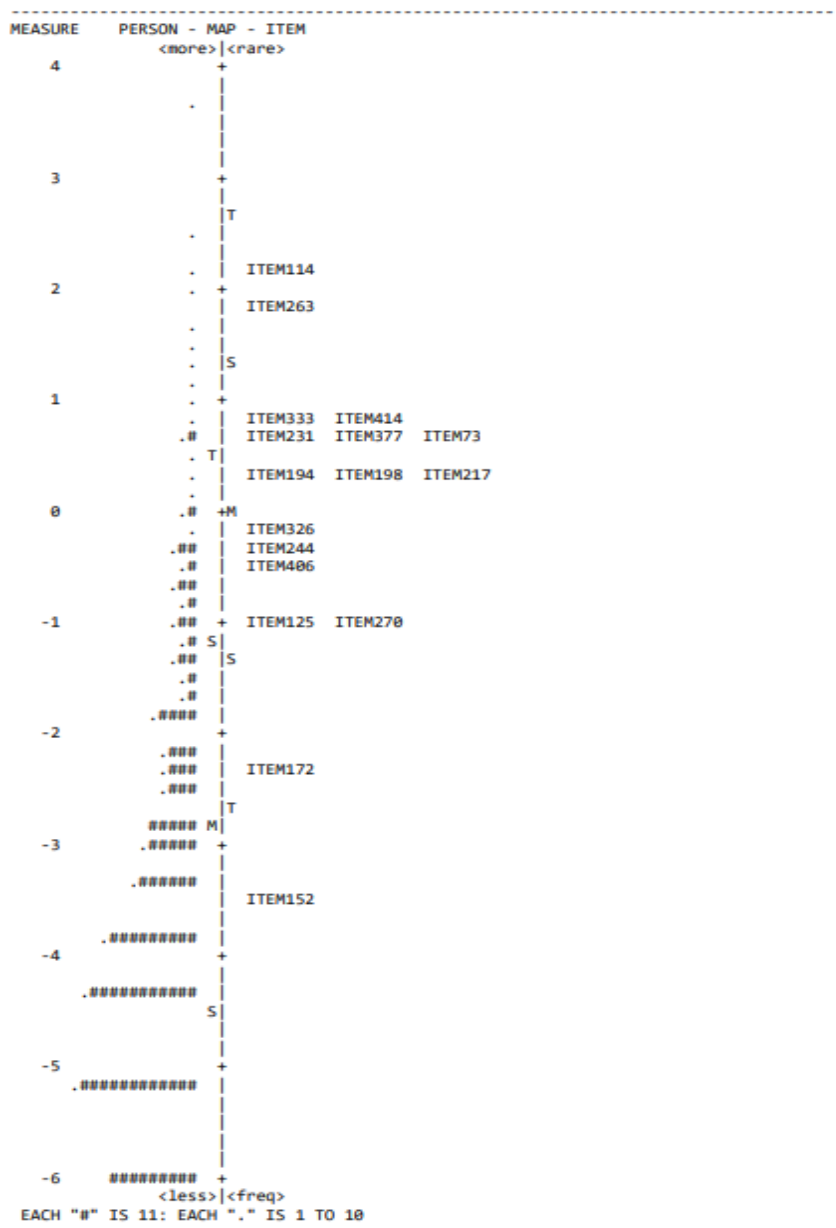
Para investigar el ajuste de la prueba al supuesto de unidimensionalidad, se realizó un Análisis de Componentes Principales (ACP) de los residuos. El porcentaje de la varianza explicada por la medida Rasch fue del 52.9 %. Asimismo, el primer componente tenía un valor propio de 1.76 lo que corresponde a un 6.9 % de la varianza explicada, cumpliendo de esta forma con los criterios de unidimensionalidad establecidos.

La validez de constructo fue respaldada por todos los ítems en la escala distractibilidad que tenían un buen ajuste bajo el modelo de Rasch, estaban libres de DIF y tenían correlaciones ítem-total que eran positivas y cercanas a sus valores esperados.

6.1.2.5 Escala de Potencial a la Adicción

Figura 13

Gráfico Escala de Potencial a la Adicción -Distribución casos e ítems



Fuente: Winsteps

Análisis de ítems

La escala de Potencial a la Adicción originalmente estaba compuesta por 21 ítems. Después de los análisis realizados se ajustó a 17 ítems. Los ítems 80 (infit = 1.58, outfit =1.85), 121 (infit = 1.57, outfit =1.51), 33 (infit =1.52) se eliminaron debido a que desajustaron severamente. Se realizó una exploración de posible funcionamiento diferencial de los ítems (DIF) asociado con el sexo, con la finalidad de determinar posible sesgo de los puntajes en relación con esta variable. Siguiendo con los criterios de Linacre (2009), se detectó un ítem que podría estar presentando funcionamiento diferencial: el ítem 290 (DIF contrast = .66, prob. < .001) siendo de menor severidad para mujeres. Los 17 ítems que quedaron muestran un buen funcionamiento diferencial, ninguno está por encima de los criterios establecidos y no presentan sesgo por sexo.

Tabla 34

Estadísticos de Fiabilidad y Separación de ítems y personas en la escala Potencial a la Adicción

	Ítems	Personas
Fiabilidad	1.00	.85
Separación	18.70	2.41

Tal y como se observa en la tabla 34, los estadísticos de fiabilidad y separación indican que la escala es sensible para diferenciar a personas con diferentes niveles de Potencial a la Adicción y que podríamos esperar consistencia de estas inferencias, así como se comprueba que existe una jerarquía en los ítems de la escala.

Tabla 35

Estadísticos correspondientes a la Estructura de Categorías (k=4) para la escala Potencial a la Adicción

Categoría	Muestra	Frecuencia (%)	Promedio	InFit	OutFit	Paso
1	13271	72	-3.78	1.01	1.05	No
2	2642	14	-1.38	.94	.55	-1.15
3	1781	10	-.02	1.00	1.13	-.44
4	734	4	1.21	1.48	1.84	1.59

Los estadísticos de las categorías de respuesta muestran que la escala Potencial a la Adicción cumple con los cuatro criterios propuestos por Linacre (2002), que garantizan la calidad de las categorías de respuesta utilizadas en esta escala.

Tabla 36

Estadísticos de los ítems: ajuste (Infit y Outfit); nivel de severidad (d); el error estándar (SE) y homogeneidad, DIF para la escala de Potencial a la Adicción

Ítem	Nivel de severidad (en logits)	Error estándar	MNSQ		ZTSD		Correlaciones punto-medida	DIF contrast
			Infit	Outfit	Infit	Outfit		
ITEM73	.60	.07	1.20	.92	2.69	-.45	.55	.13
ITEM114	2.19	.12	1.20	.78	1.63	-.67	.37	.55
ITEM125	-.92	.05	1.02	.78	.40	-2.91	.74	-.40
ITEM152	-3.50	.05	1.02	1.43	.41	6.83	.74	.05
ITEM172	-2.25	.05	1.22	1.21	4.51	3.78	.75	.28
ITEM194	.31	.07	1.05	.74	.74	-1.93	.61	-.28
ITEM198	.38	.07	.85	.59	-2.44	-3.22	.64	.00
ITEM217	.33	.07	.99	.82	-.07	-1.30	.61	-.37
ITEM231	.63	.07	1.07	.77	1.04	-1.43	.57	-.38
ITEM 244	-.32	.06	.88	.77	-2.12	-2.35	.70	.00
ITEM263	1.79	.10	1.43	1.45	3.74	1.44	.38	-.05
ITEM270	-1.02	.05	.99	.75	-.27	-3.47	.75	-.27

ITEM326	-.09	.06	1.28	.70	4.24	-2.79	.64	.28
ITEM333	.82	.08	1.08	.61	1.12	-2.43	.56	.22
ITEM377	.64	.07	1.05	.66	.66	-2.26	.58	.39
ITEM406	-.51	.06	.93	.64	-1.22	-4.18	.72	-.03
ITEM414	.91	.08	1.08	.81	1.07	-.99	.54	.43

Los estadísticos de ajuste respectivos para la escala Potencial a la Adicción indican que, en el caso de los ítems, el promedio del Infit fue de 1.08 (DT= .14). Para el ajuste global externo, el promedio del Outfit fue de .85 (DT=.26). En cuanto a los indicadores de las personas, el valor del ajuste interno obtenido fue de .89 (DT= .61) y el valor del Outfit de .83 (DT= 1.13). De esta forma, ninguno de los ítems presenta índices de ajuste inadecuados (Infit u Outfit > 1.5), por lo que se evidencia que los valores de ajuste de todos los ítems se incluyen en el rango óptimo para medir adecuadamente. Por otro lado, solamente 11,5% de las personas presentaron valores mayores a 2 en Infit u Outfit (lo que implica un porcentaje adecuado que permite concluir que el ajuste de las personas al modelo es aceptable). De esta forma, los datos señalan que no hay divergencias significativas entre las predicciones del modelo y los datos empíricos obtenidos. Posterior al análisis de los valores de correlación punto-medida se identificó que todos los ítems obtuvieron valores mayores a .3 (en un rango de .37 a .80) por lo tanto, se evidencia cumplen con el criterio de validez de contenido requerido.

Para investigar el ajuste de la prueba, al supuesto de unidimensionalidad, se realizó un Análisis de Componentes Principales (ACP) de los residuos. El porcentaje de la varianza explicada por la medida Rasch fue del 63.6%. Asimismo, el primer componente tenía un valor propio de 3.5

lo que corresponde a un 7.5 % de la varianza explicada. Mediante un análisis detallado de estos parámetros surge aparentemente una segunda dimensionalidad en la escala, sin embargo, este análisis permite establecer que el ítem de consumo de drogas y el ítem de alcoholismo a la hora de analizar la relación desatenuada entre los dos clústeres tiene un porcentaje que hace pensar que la escala no es heterogénea, por lo que se puede considerar unidimensional ya que la correlación entre si es muy alta. De esta manera se considera que se está cumpliendo con los criterios de unidimensionalidad establecidos.

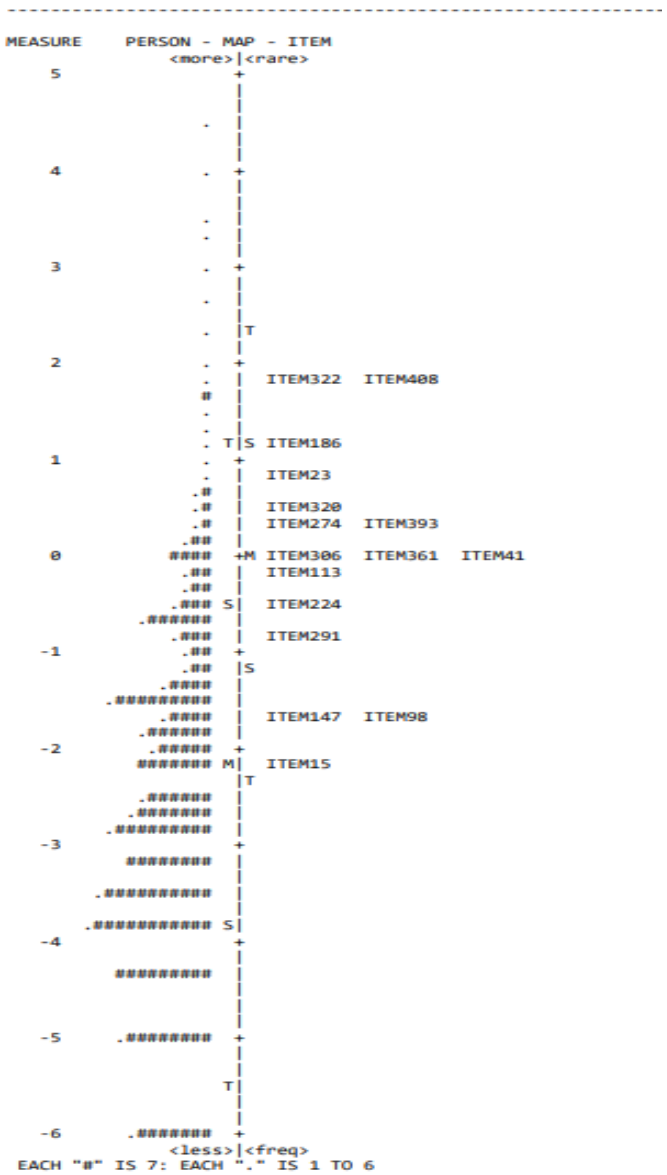
La validez de constructo fue respaldada por todos los ítems en la escala Potencial a la Adicción, que tenían un buen ajuste bajo el modelo de Rasch, estaban libres de DIF y tenían correlaciones ítem-total que eran positivas y cercanas a sus valores esperados.

6.1.3 Superespectro de Internalización - Dominio de Afecto Negativo

6.1.3.1 Escala Rasgos Depresivos

Figura 14

Gráfico Escala de Rasgos Depresivos -Distribución casos e ítems



Fuente: Winsteps

Análisis de ítems

La escala de Rasgos Depresivos originalmente estaba compuesta por 22 ítems. Después de los análisis realizados se ajustó a 16 ítems. Los ítems 307 (infit =1.75, outfit =2.23), 372 (outfit=1.70), 109 (outfit=1.52), 140 (outfit=1.54) y 165 (outfit=1.51) fueron eliminados debido a que desajustaron severamente. Finalmente, se realizó una exploración de posible funcionamiento diferencial de los ítems (DIF) asociado con el sexo, con la finalidad de determinar posible sesgo de los puntajes en relación con esta variable. Siguiendo con los criterios de Linacre (2009), se eliminó un solo ítem que podría estar presentando funcionamiento diferencial: el ítem 205 (DIF contrast = .70, prob. < .001) siendo de mayor severidad para hombres. Los 16 ítems que quedaron en la escala muestran un buen funcionamiento diferencial y no presentan posible sesgo por sexo.

Tabla 37

Estadísticos de Fiabilidad y Separación de ítems y personas en la escala de Rasgos Depresivos

	Ítems	Personas
Fiabilidad	1.00	.90
Separación	19.15	2.96

Tal y como se observa en la tabla 37, los estadísticos de fiabilidad y separación indican que la escala es sensible para diferenciar a personas con diferentes niveles de rasgos depresivos y que podríamos esperar consistencia de estas inferencias, así como que se comprueba que existe una jerarquía en los ítems de la escala.

Tabla 38

Estadísticos correspondientes a la Estructura de Categorías (k=4) para la escala de Rasgos depresivos

Categoría	Muestra	Frecuencia (%)	Promedio	InFit	OutFit	Paso
1	9692	56	-3.42	.90	.95	No
2	4261	25	-1.36	.97	.74	-1.71
3	2655	15	-.08	1.03	1.04	-.36
4	736	4	1.36	1.45	1.63	2.07

Los estadísticos de las categorías de respuesta muestran que la escala de Rasgos Depresivos cumple con los cuatro criterios propuestos por Linacre (2002), que garantizan la calidad de las categorías de respuesta utilizadas en esta escala.

Tabla 39

Estadísticos de los ítems: ajuste (Infit y Outfit); nivel de severidad (d); el error estándar (SE) y homogeneidad para la escala Rasgos Depresivos.

Ítem	Nivel de severidad (en logits)	Error estándar	MNSQ		ZTSD		Correlaciones punto-medida	DIF contrast
			Infit	Outfit	Infit	Outfit		
ITEM15	-2.20	.05	1.20	1.41	4.42	7.28	.65	.12
ITEM23	.77	.06	.75	.76	-4.94	-2.61	.69	.16
ITEM41	-.03	.05	.89	.71	-2.40	-4.72	.76	-.16
ITEM98	-1.59	.05	1.35	1.39	7.50	7.45	.64	.06
ITEM113	-.13	.05	1.12	1.16	2.45	2.35	.67	.24
ITEM147	-1.63	.05	1.17	1.42	3.84	8.10	.65	.26
ITEM186	1.20	.07	1.11	.88	1.74	-1.04	.62	-.55
ITEM224	-.51	.05	.94	.85	-1.30	-2.65	.75	-.14
ITEM274	.26	.06	.75	.55	-5.57	-6.88	.77	-.29
ITEM 291	-.91	.05	.81	.75	-4.76	-5.23	.78	-.30
ITEM306	.07	.06	1.00	.82	.03	-2.68	.72	-.16
ITEM 320	.53	.06	.72	.83	-5.82	-2.09	.70	.16

ITEM322	1.80	.08	1.40	1.15	5.05	.91	.50	-.02
ITEM361	.05	.06	1.03	1.05	.54	.69	.68	.34
ITEM393	.42	.06	1.03	.76	.56	-3.16	.71	-.16
ITEM408	1.90	.08	1.16	.58	2.05	-2.91	.57	.24

Los estadísticos de ajuste respectivos para la escala de Rasgos Depresivos indican que, en el caso de los ítems, el promedio del Infit fue de 1.03 (DT= .20). Para el ajuste global externo, el promedio del Outfit fue de .94 (DT=.28). En cuanto a los indicadores de las personas, el valor del ajuste interno obtenido fue de .98 (DT= .56) y el valor del Outfit de .94 (DT= .76). De esta forma, ninguno de los ítems presenta índices de ajuste inadecuados (Infit u Outfit > 1.5), por lo que se evidencia que los valores de ajuste de todos los ítems se incluyen en el rango óptimo para medir adecuadamente. Por otro lado, solamente 11,34% de las personas presentaron valores mayores a 2 en Infit u Outfit (lo que implica un porcentaje adecuado que permite concluir que el ajuste de las personas al modelo es aceptable). De esta forma, los datos señalan que no hay divergencias significativas entre las predicciones del modelo y los datos empíricos obtenidos. Posterior al análisis de los valores de correlación punto-medida se identificó que todos los ítems obtuvieron valores mayores a .3 (en un rango de .50 a .78) por lo tanto, se evidencia cumplen con el criterio de validez de contenido requerido.

Para investigar el ajuste de la prueba al supuesto de unidimensionalidad, se realizó un Análisis de Componentes Principales (ACP) de los residuos. El porcentaje de la varianza explicada por la medida Rasch fue del 60%. Asimismo, el primer componente tenía un valor propio de 2.13 lo que corresponde a un 5.3% de la varianza explicada. A pesar de que sugiere una segunda

dimensión, cuando se revisan todos los valores y correlaciones entre los contrastes se observa que están por encima de .7, lo que siguiere que no hay una segunda dimensión; por lo que podemos decir que se ajusta a un criterio unidimensional de acuerdo con los criterios de Linacre.

La validez de constructo fue respaldada por todos los ítems en la escala de Rasgos depresivos que tenían un buen ajuste bajo el modelo de Rasch, estaban libres de DIF y tenían correlaciones ítem-total que eran positivas y cercanas a sus valores esperados.

6.1.3.2 Escala de Rasgos Ansiosos

Figura 15

Gráfico Escala de Rasgos Ansiosos -Distribución casos e ítems

```
MEASURE     PERSON - MAP - ITEM
                <more>|<rare>
    5               .  +
                    .  |
                       |
                       |
                       |
                       |
    4               .  +
                       |
                    .  |
                       |
                       |
                       |
    3               .  +
                       |
                    .  |
                    .  |
                       |
                    .  |
    2               . T+
                   .#  |
                    .  |T
                   .#  |
                   .#  |
                   .#  |
    1             .###  +  ITEM159
                   .#  |S ITEM187  ITEM296  ITEM386
                .#####  |
                  .##   |  ITEM294
                 .### S|  ITEM273
                  ###   |  ITEM286  ITEM292  ITEM47
    0           .#####  +M
              .#######  |  ITEM305
                 .###   |  ITEM379
              .#####    |  ITEM149
                 .###   |
          ############  |S
   -1         .######   +
              .#####    |  ITEM110  ITEM182
           .########   |
              .##### M|
               .####   |T
              .#####   |  ITEM143
   -2         .######   +
           .########   |
                       |
              .#####   |
            .#######   |
              .#####   |
   -3                  +
            .###### S|
                       |
           .########   |
                       |
                       |
   -4      .########   +
                       |
                       |
                       |
                       |
         .#########    |
   -5 .############ T+
                <less>|<freq>
 EACH "#" IS 6: EACH "." IS 1 TO 5
```

Fuente: Winsteps

Análisis de ítems

La escala de Rasgos Ansiosos originalmente constaba de 20 ítems, durante el proceso de ajuste se eliminaron los siguientes ítems debido a que desajustaron severamente por sus valores de infit y outfit: ítem 28 (infit = 1.47, outfit =1.50), ítem 48 (infit = 1.48, outfit =1.29), ítem 155 (infit = 1.46, outfit =1.79) e ítem 299 (infit = 1.61, outfit =1.73). Finalmente se realizó una exploración de posible funcionamiento diferencial de los ítems (DIF) asociado con el sexo, con la finalidad de determinar posible sesgo de los puntajes en relación con esta variable. Siguiendo con los criterios de Linacre (2009), se detectaron 3 ítems que podrían estar presentando funcionamiento diferencial, por lo que se reafirmó la decisión de eliminar los siguientes ítems: el ítem 48 (DIF contrast = −.84, prob. < .001) siendo de menor severidad para los hombres, el ítem 155 (DIF contrast = .53, prob. < .001) mostrando mayor severidad para las mujeres y finalmente el ítem 335 (DIF contrast = .51, prob. < .001) el cual mostró un mayor nivel de severidad para las mujeres de la muestra. Por lo que la escala de Rasgos Ansiosos quedó en definitiva con 15 ítems en total.

Tabla 40

Estadísticos de Fiabilidad y Separación de ítems y personas en la escala de Rasgos Ansiosos

	Ítems	Personas
Fiabilidad	1.00	.91
Separación	15.39	3.25

Tal y como se observa en la tabla 40, los estadísticos de fiabilidad y separación indican que la escala es sensible para diferenciar a personas con diferentes niveles de rasgos ansiosos y que

podríamos esperar consistencia de estas inferencias, así como que se comprueba que existe una jerarquía en los ítems de la escala.

Tabla 41

Estadísticos correspondientes a la Estructura de Categorías (k=4) para la escala de Rasgos Ansiosos

Categoría	Muestra	Frecuencia (%)	Promedio	InFit	OutFit	Paso
1	7201	44	-3.01	1.01	1.03	No
2	4948	30	-1.17	.94	.76	-1.85
3	3073	19	.14	.98	.97	-.08
4	1425	6	1.45	1.21	1.32	1.94

Los estadísticos de las categorías de respuesta muestran que la escala de Rasgos Ansiosos cumple con los cuatro criterios propuestos por Linacre (2002), que garantizan la calidad de las categorías de respuesta utilizadas en esta escala.

Tabla 42

Estadísticos de los ítems: ajuste (Infit y Outfit); nivel de severidad (d); el error estándar (SE) y homogeneidad para la escala de Rasgos Ansiosos.

Ítem	Nivel de severidad (en logits)	Error estándar	MNSQ		ZTSD		Correlaciones punto-medida	DIF contrast
			Infit	Outfit	Infit	Outfit		
ITEM 7	.18	.05	.95	.88	-1.09	-1.93	.73	-.20
ITEM110	-1.09	.05	1.02	1.04	.55	.92	.75	-.40
ITEM143	-1.80	.05	1.11	1.15	2.51	3.00	.75	.00
ITEM149	-.54	.05	1.14	1.20	3.03	3.66	.70	-.31
ITEM159	1.06	.06	1.11	.82	2.16	-2.19	.67	-.20
ITEM182	-1.12	.05	.84	.85	-3.82	-3.27	.79	-.09
ITEM187	.90	.06	1.17	1.01	3.23	.09	.66	-.35
ITEM273	.32	.05	.89	.77	-2.34	-3.93	.74	.34
ITEM286	.18	.05	.92	.86	-1.74	-2.44	.73	-.10
ITEM292	.09	.05	.78	.75	-5.21	-4.58	.76	.35
ITEM294	.53	.05	1.19	1.39	3.81	5.01	.62	.12
ITEM296	.86	.06	1.08	.82	1.54	.2.30	.68	.05
ITEM305	-.13	.05	1.09	1.05	1.98	.92	.70	.33
ITEM379	-.33	.05	1.03	1.00	.78	-.02	.74	.25
ITEM386	.90	.06	1.00	.81	.10	-2.40	.66	.15

Los estadísticos de ajuste respectivos para la escala de Rasgos ansiosos indican que, en el caso de los ítems, el promedio del Infit fue de 1.02 (DT= .12). Para el ajuste global externo, el promedio del Outfit fue de .96 (DT=.18). En cuanto a los indicadores de las personas, el valor del ajuste interno obtenido fue de 1.00 (DT= .55) y el valor del Outfit de .96 (DT= .61). De esta forma, ninguno de los ítems presenta índices de ajuste inadecuados (Infit u Outfit > 1.5), por lo que se evidencia que los valores de ajuste de todos los ítems se incluyen en el rango óptimo para medir adecuadamente. Por otro lado, solamente 5.3% de las personas presentaron valores mayores a 2 en Infit u Outfit (lo que implica un porcentaje adecuado que permite concluir que el ajuste de las personas al modelo es aceptable). De esta forma, los datos señalan que no hay divergencias significativas entre las predicciones del modelo y los datos empíricos obtenidos. Posterior al análisis de los valores de correlación punto-medida se identificó que todos los ítems obtuvieron valores mayores a .3 (0.62 a 0.79) por lo tanto, se evidencia cumplen con el criterio de validez de contenido requerido.

Para investigar el ajuste de la prueba al supuesto de unidimensionalidad, se realizó un Análisis de Componentes Principales (ACP) de los residuos. El porcentaje de la varianza explicada por la medida Rasch fue del 58.0 %. Asimismo, el primer componente tenía un valor propio de 1.69 lo que corresponde a un 4.7% de la varianza explicada, cumpliendo de esta forma con los criterios de unidimensionalidad establecidos.

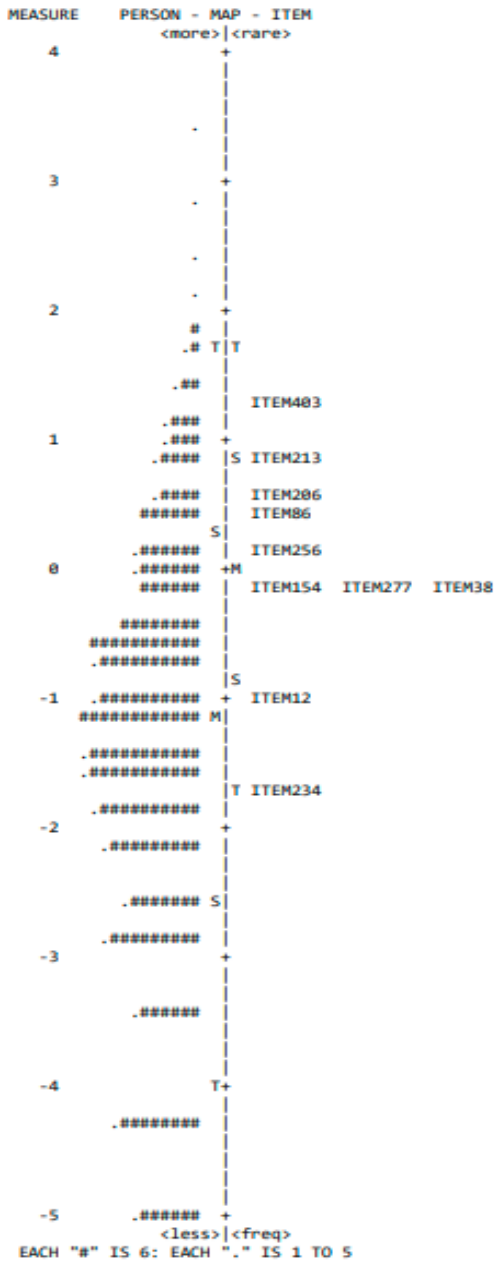
Los 15 ítems que se mantienen en la escala presentan un buen funcionamiento diferencial, ya que ninguno muestra un DIF superior a los criterios establecidos, por lo que puede decirse que no hay ningún ítem que presente un sesgo por sexo.

La validez de constructo fue respaldada por todos los ítems en la escala de Rasgos ansiosos que tenían un buen ajuste bajo el modelo de Rasch, estaban libres de DIF y tenían correlaciones ítem-total que eran positivas y cercanas a sus valores esperados.

6.1.3.3 Escala de Inestabilidad Emocional

Figura 16

Gráfico Escala de Inestabilidad Emocional -Distribución casos e ítems



Fuente: Winsteps

Análisis de ítems

La escala de Inestabilidad Emocional originalmente constaba de 14 ítems, durante el proceso de ajuste se eliminaron los siguientes ítems debido a que desajustaron severamente por sus valores de infit y outfit: ítem 3 (infit = 1.47, outfit =1.50), ítem 46 (infit = 1.48, outfit =1.29) e ítem 196 (infit = 1.46, outfit =1.79). Finalmente se realizó una exploración de posible funcionamiento diferencial de los ítems (DIF) asociado con el sexo, con la finalidad de determinar posible sesgo de los puntajes en relación con esta variable. Siguiendo con los criterios de Linacre (2009), se detectaron 3 ítems que podrían estar presentando funcionamiento diferencial, por lo que se reafirmó la decisión de eliminar los siguientes ítems: el ítem 3 (DIF contrast = −1.36, prob. < .001), siendo de menor severidad para las mujeres, el ítem 46 (DIF contrast = −.53, prob. < .001) mostrando igualmente menor severidad para las mujeres, y finalmente el ítem 196 (DIF contrast = .63, prob. < .001) el cual mostró un menor nivel de severidad para los hombres de la muestra. Asimismo, se verificó que el ítem 233 generaba una segunda dimensión después de eliminar el ítem 196, por lo que, al ser analizados ambos ítems en su contenido, se determinó que correspondían a la escala de Manía, siendo trasladados a dicha escala, quedando la escala de Inestabilidad Emocional con 10 ítems en total.

Tabla 43

Estadísticos de Fiabilidad y Separación de ítems y personas en la escala de Inestabilidad Emocional

	Ítems	Personas
Fiabilidad	1.00	.85
Separación	17.47	2.40

Tal y como se observa en la tabla 43, los estadísticos de fiabilidad y separación indican que la escala es sensible para diferenciar a personas con diferentes niveles de Inestabilidad Emocional

y que podríamos esperar consistencia de estas inferencias, así como que se comprueba que existe una jerarquía en los ítems de la escala.

Tabla 44

Estadísticos correspondientes a la Estructura de Categorías (k=4) para la escala Inestabilidad Emocional

Categoría	Muestra	Frecuencia (%)	Promedio	InFit	OutFit	Paso
1	4130	38	-2.48	1.02	1.03	No
2	3645	34	-1.01	.92	.80	-1.68
3	2223	21	.16	.95	.92	.03
4	842	8	1.14	1.19	1.29	1.65

Los estadísticos de las categorías de respuesta muestran que la escala de Inestabilidad Emocional cumple con los cuatro criterios propuestos por Linacre (2002), que garantizan la calidad de las categorías de respuesta utilizadas en esta escala.

Tabla 45

Estadísticos de los ítems: ajuste (Infit y Outfit); nivel de severidad (d); el error estándar (SE) y homogeneidad para la escala de Inestabilidad Emocional.

Ítem	Nivel de severidad (en logits)	Error estándar	MNSQ		ZTSD		Correlaciones punto-medida	DIF contrast
			Infit	Outfit	Infit	Outfit		
ITEM 12	-1.06	.04	.83	.86	4.35	-3.57	.74	-.22
ITEM 38	-.07	.05	1.37	1.42	7.79	7.76	.54	.11
ITEM 86	.36	.05	1.12	1.01	2.68	.20	.65	.03
ITEM154	-.09	.05	.65	.63	-9.53	-9.06	.75	-.09
ITEM206	.52	.05	.93	.80	-1.63	-3.79	.69	.00
ITEM213	.89	.05	1.12	1.05	2.44	.77	.53	.29
ITEM234	-1.78	.05	1.18	1.21	4.01	4.41	.67	.00
ITEM256	.08	.05	.87	.83	-3.16	-3.51	.69	-.08
ITEM277	-.17	.05	1.15	1.13	3.28	2.73	.63	.43
ITEM403	1.32	.06	.93	.83	-1.35	-2.39	.60	.02

Los estadísticos de ajuste respectivos para la escala de Inestabilidad Emocional indican que, en el caso de los ítems, el promedio del Infit fue de 1.01 (DT= .20). Para el ajuste global externo, el promedio del Outfit fue de .98 (DT=.22). En cuanto a los indicadores de las personas, el valor del ajuste interno obtenido fue de 1.01 (DT= .62) y el valor del Outfit de .98 (DT= .65). De esta forma, ninguno de los ítems presenta índices de ajuste inadecuados (Infit u Outfit > 1.5), por lo que se evidencia que los valores de ajuste de todos los ítems se incluyen en el rango óptimo para medir adecuadamente. Por otro lado, solamente 5,6% de las personas presentaron valores

mayores a 2 en Infit u Outfit (lo que implica un porcentaje adecuado que permite concluir que el ajuste de las personas al modelo es aceptable). De esta forma, los datos señalan que no hay divergencias significativas entre las predicciones del modelo y los datos empíricos obtenidos. Posterior al análisis de los valores de correlación punto-medida se identificó que todos los ítems obtuvieron valores mayores a .3 (0.54 a 0.76) por lo tanto, se evidencia cumplen con el criterio de validez de contenido requerido.

Para investigar el ajuste de la prueba al supuesto de unidimensionalidad, se realizó un Análisis de Componentes Principales (ACP) de los residuos. El porcentaje de la varianza explicada por la medida Rasch fue del 53.4%. Asimismo, el primer componente tenía un valor propio de 1.60 lo que corresponde a un 7.5% de la varianza explicada, cumpliendo de esta forma con los criterios de unidimensionalidad establecidos.

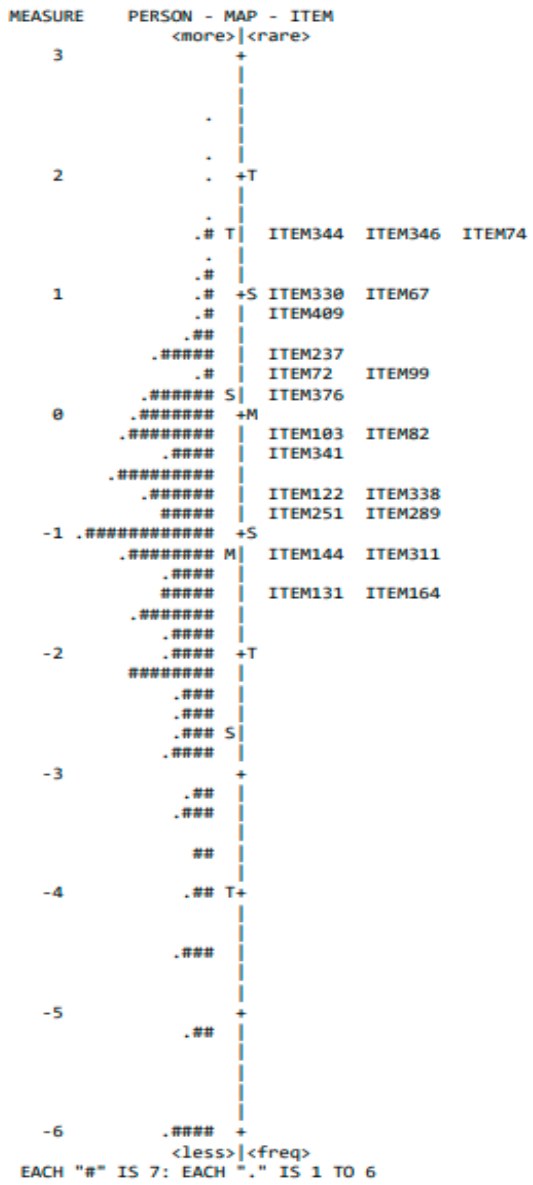
Los 10 ítems que se mantienen en la escala presentan un buen funcionamiento diferencial, ya que ninguno muestra un DIF superior a los criterios establecidos, por lo que puede decirse que no hay ningún ítem que presente un sesgo por sexo.

La validez de constructo fue respaldada por todos los ítems en la escala de Inestabilidad Emocional que tenían un buen ajuste bajo el modelo de Rasch, estaban libres de DIF y tenían correlaciones ítem-total que eran positivas y cercanas a sus valores esperados.

6.1.3.4 Escala de Rasgos Hostiles

Figura 17

Gráfico Escala de Rasgos Hostiles -Distribución casos e ítems



Fuente: Winsteps

Análisis de ítems

La escala de Rasgos hostiles originalmente constaba de 23 ítems, durante el proceso de ajuste se realizó una exploración de posible funcionamiento diferencial de los ítems (DIF) asociado con el sexo, con la finalidad de determinar posible sesgo de los puntajes en relación con esta variable. Siguiendo con los criterios de Linacre (2009), se detectaron 2 ítems que podrían estar presentando funcionamiento diferencial, por lo que se tomó la decisión de eliminar los siguientes ítems: el ítem 51 (DIF contrast = .50, prob. < .001) siendo de menor severidad para las mujeres y el ítem 222 (DIF contrast = .92, prob. < .001) mostrando de igual forma mayor severidad para las mujeres, asimismo el ítem 51 además, presentó una correlación punto medida baja de .39, por lo que la escala de Rasgos hostiles quedó en definitiva con 21 ítems en total.

Tabla 46

Estadísticos de Fiabilidad y Separación de ítems y personas en la escala de Rasgos Hostiles

	Ítems	Personas
Fiabilidad	1.00	.92
Separación	19.71	3.42

Tal y como se observa en la tabla 46, los estadísticos de fiabilidad y separación indican que la escala es sensible para diferenciar a personas con diferentes niveles de Rasgos hostiles y que podríamos esperar consistencia de estas inferencias, así como que se comprueba que existe una jerarquía en los ítems de la escala.

Tabla 47

Estadísticos correspondientes a la Estructura de Categorías (k=4) para la escala de Rasgos Hostiles

Categoría	Muestra	Frecuencia (%)	Promedio	InFit	OutFit	Paso
1	8709	38	-2.69	.95	.96	No
2	7749	34	-1.00	.94	.83	-1.77
3	4852	21	.12	.95	1.02	-.01
4	1454	6	.84	1.26	1.54	1.77

Los estadísticos de las categorías de respuesta muestran que la escala de Rasgos Hostiles cumple con los cuatro criterios propuestos por Linacre (2002), que garantizan la calidad de las categorías de respuesta utilizadas en esta escala.

Tabla 48

Estadísticos de los ítems: ajuste (Infit y Outfit); nivel de severidad (d); el error estándar (SE) y homogeneidad para la escala de Rasgos Hostiles.

Ítem	Nivel de severidad (en logits)	Error estándar	MNSQ		ZTSD		Correlaciones punto-medida	DIF contrast
			Infit	Outfit	Infit	Outfit		
ITEM 67	.96	.05	.91	.80	-1.91	-3.03	.58	.08
ITEM 72	.39	.05	.94	.96	-1.48	-.76	.65	-.38
ITEM 74	1.58	.06	1.21	1.24	3.90	2.42	.45	.49
ITEM 82	-.16	.05	.93	.98	-1.70	-.45	.60	.25
ITEM 99	.38	.05	1.03	1.26	.60	4.28	.58	-.08
ITEM103	-.19	.05	.88	.88	-3.04	-2.52	.67	-.02
ITEM122	-.72	.05	.99	.97	-.28	-.64	.66	.00
ITEM131	-1.52	.05	1.36	1.39	7.99	8.35	.61	-.15
ITEM144	-1.13	.05	.73	.78	-7.18	-5.50	.72	.39
ITEM164	-1.47	.05	.82	.85	-4.72	-3.71	.71	.19
ITEM237	.45	.05	1.05	1.10	1.19	1.71	.60	.00
ITEM251	-.82	.05	1.17	1.16	3.83	3.56	.63	.16
ITEM289	-.88	.05	.97	.96	-.69	-1.01	.69	-.13
ITEM311	-1.14	.05	.81	.79	-4.88	-5.42	.77	-.48
ITEM330	1.03	.05	.87	1.10	-2.92	1.38	.57	-.18
ITEM338	-.60	.05	1.37	1.34	8.02	6.86	.63	-.37
ITEM341	-.30	.05	.91	.96	-2.28	-.74	.63	.16

ITEM344	1.57	.06	1.25	1.10	4.52	1.11	.43	.30
ITEM346	1.58	.06	1.29	1.12	5.20	1.33	.47	.20
ITEM376	.10	.05	1.07	1.07	1.62	1.33	.61	.05
ITEM409	.91	.05	.78	.67	-5.24	-5.49	.63	-.23

Los estadísticos de ajuste respectivos para la escala de Rasgos Hostiles indican que, en el caso de los ítems, el promedio del Infit fue de 1.02 (DT= .19). Para el ajuste global externo, el promedio del Outfit fue de 1.02 (DT=.19). En cuanto a los indicadores de las personas, el valor del ajuste interno obtenido fue de 1.01 (DT= .51) y el valor del Outfit de 1.02 (DT= .68). De esta forma, ninguno de los ítems presenta índices de ajuste inadecuados (Infit u Outfit > 1.5), por lo que se evidencia que los valores de ajuste de todos los ítems se incluyen en el rango óptimo para medir adecuadamente. Por otro lado, solamente 5.7% de las personas presentaron valores mayores a 2 en Infit u Outfit (lo que implica un porcentaje adecuado que permite concluir que el ajuste de las personas al modelo es aceptable). De esta forma, los datos señalan que no hay divergencias significativas entre las predicciones del modelo y los datos empíricos obtenidos. Posterior al análisis de los valores de correlación punto-medida se identificó que todos los ítems obtuvieron valores mayores a .3 (0.42 a 0.77) por lo tanto, se evidencia cumplen con el criterio de validez de contenido requerido.

Para investigar el ajuste de la prueba al supuesto de unidimensionalidad, se realizó un Análisis de Componentes Principales (ACP) de los residuos. El porcentaje de la varianza explicada por la medida Rasch fue del 52.6%. Asimismo, el primer componente tenía un valor propio de 1.93 lo que corresponde a un 4.4% de la varianza explicada, cumpliendo de esta forma con los criterios de unidimensionalidad establecidos.

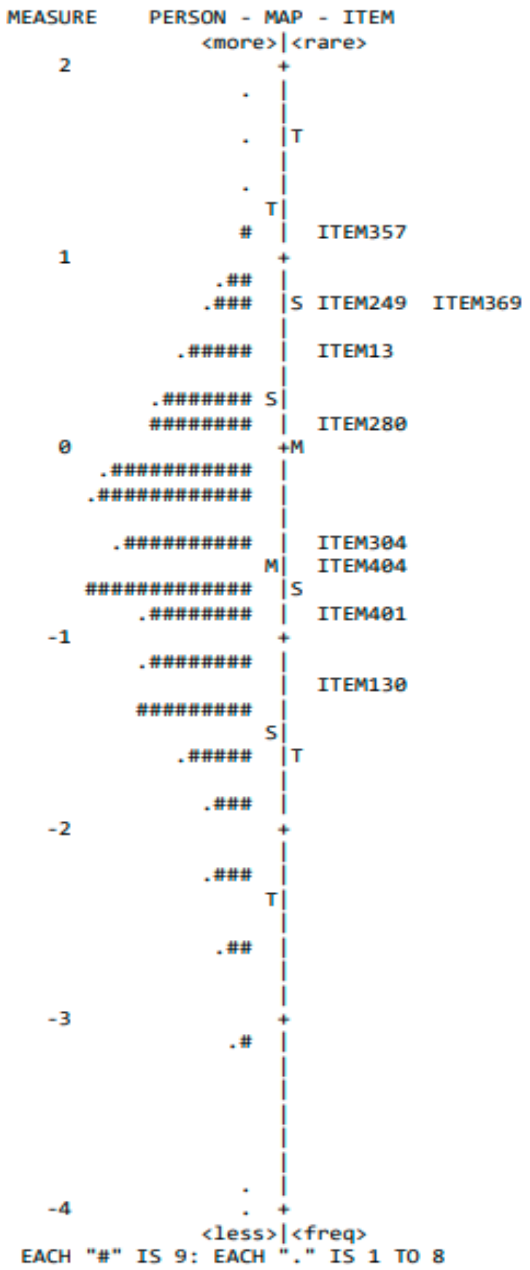
Los 21 ítems que se mantienen en la escala presentan un buen funcionamiento diferencial, ya que ninguno muestra un DIF superior a los criterios establecidos, por lo que puede decirse que no hay ningún ítem que presente un sesgo por sexo.

La validez de constructo fue respaldada por todos los ítems en la escala de Rasgos Hostiles que tenían un buen ajuste bajo el modelo de Rasch, estaban libres de DIF y tenían correlaciones ítem-total que eran positivas y cercanas a sus valores esperados.

6.1.3.5 Escala de Rigidez Perseverativa

Figura 18

Gráfico Escala de Rigidez Perseverativa -Distribución casos e ítems



Fuente: Winsteps

Análisis de ítems

Después de realizar un exhaustivo análisis de los ítems de la escala de Rigidez Perseverativa, ninguno de ellos reporta información o evidencia que sugiera la necesidad de eliminarlos de la escala, por lo tanto, la misma conserva los nueve ítems con los que dio inicio.

Tabla 49

Estadísticos de Fiabilidad y Separación de ítems y personas en la escala de Rigidez Perseverativa

	Ítems	Personas
Fiabilidad	1.00	.72
Separación	18.21	1.61

Tal y como se observa en la tabla 49, los estadísticos de baja fiabilidad y separación implicarían la necesidad de recolectar más datos, con el fin de reducir el error o la imprecisión de las estimaciones. Asimismo, es importante tener en cuenta que debido a que la fiabilidad de las personas y de los ítems se calcula de forma separada, podría suceder que la fiabilidad de la personas sea baja, si muchas de ellas presentan puntajes idénticos. Por lo que la escala podría no ser lo suficientemente sensible para diferenciar a personas con diferentes niveles de Rigidez Perseverativa.

Tabla 50

Estadísticos correspondientes a la Estructura de Categorías (k=4) para la escala de Rigidez Perseverativa

Categoría	Muestra	Frecuencia (%)	Promedio	InFit	OutFit	Paso
1	2607	27	-1.69	.97	.99	No
2	3527	36	-.70	.96	.90	-1.49
3	2743	28	.11	.94	.94	-.08
4	879	9	.65	1.17	1.17	1.57

Los estadísticos de las categorías de respuesta muestran que la escala de Rigidez Perseverativa cumple con los cuatro criterios propuestos por Linacre (2002), que garantizan la calidad de las categorías de respuesta utilizadas en esta escala.

Tabla 51

Estadísticos de los ítems: ajuste (Infit y Outfit); nivel de severidad (d); el error estándar (SE) y homogeneidad para la escala de Rigidez Perseverativa.

Ítem	Nivel de severidad (en logits)	Error estándar	MNSQ		ZTSD		Correlaciones punto-medida	DIF contrast
			Infit	Outfit	Infit	Outfit		
ITEM13	.53	.04	1.05	1.07	1.16	1.54	.51	.00
ITEM130	-1.24	.04	1.37	1.36	8.30	8.22	.37	.35
ITEM249	.76	.04	.79	.77	-5.55	-5.43	.55	-.18
ITEM280	.14	.04	.82	.81	-4.89	-4.90	.59	-.30
ITEM304	-.47	.04	1.19	1.21	4.52	4.97	.50	.08
ITEM357	1.08	.05	1.02	.95	.45	-.96	.54	-.03
ITEM369	.72	.04	.92	.91	-2.02	-2.07	.50	-.12
ITEM401	-.93	.04	.88	.88	-3.25	-3.28	.59	.18
ITEM404	-.59	.04	.99	1.00	-.23	-.02	.55	.00

Los estadísticos de ajuste respectivos para la escala de Rigidez Perseverativa indican que, en el caso de los ítems, el promedio del Infit fue de 1.00 (DT= .17). Para el ajuste global externo, el promedio del Outfit fue de 1.00 (DT=.18). En cuanto a los indicadores de las personas, el valor del ajuste interno obtenido fue de 1.02 (DT= .63) y el valor del Outfit de 1.00 (DT= .62). De esta forma, ninguno de los ítems presenta índices de ajuste inadecuados (Infit u Outfit > 1.5), por lo que se evidencia que los valores de ajuste de todos los ítems se incluyen en el rango óptimo para

medir adecuadamente. Por otro lado, solamente 7.3% de las personas presentaron valores mayores a 2 en Infit u Outfit (lo que implica un porcentaje adecuado que permite concluir que el ajuste de las personas al modelo es aceptable). De esta forma, los datos señalan que no hay divergencias significativas entre las predicciones del modelo y los datos empíricos obtenidos. Posterior al análisis de los valores de correlación punto-medida se identificó que todos los ítems obtuvieron valores mayores a .3 (0.37 a 0.59) por lo tanto, se evidencia cumplen con el criterio de validez de contenido requerido.

Para investigar el ajuste de la prueba al supuesto de unidimensionalidad, se realizó un Análisis de Componentes Principales (ACP) de los residuos. El porcentaje de la varianza explicada por la medida Rasch fue del 41.8%. Asimismo, el primer componente tenía un valor propio de 1.96 lo que corresponde a un 12.7% de la varianza explicada, cumpliendo de esta forma con los criterios de unidimensionalidad establecidos.

Se realizó una exploración de posible funcionamiento diferencial de los ítems (DIF) asociado con el sexo, con la finalidad de determinar posible sesgo de los puntajes en relación con esta variable. Siguiendo con los criterios de Linacre (2009), no fue posible detectar ítems que presentaran funcionamiento diferencial entre hombres y mujeres.

La validez de constructo fue respaldada por todos los ítems en la escala de Rigidez Perseverativa que tenían un buen ajuste bajo el modelo de Rasch, estaban libres de DIF y tenían correlaciones ítem-total que eran positivas y cercanas a sus valores esperados.

6.1.3.6 Escala de Rasgos de Inseguridad Vincular

Figura 19

Gráfico Escala de Rasgos de Inseguridad Vincular -Distribución casos e ítems

```
INPUT: 1084 PERSON  9 ITEM  REPORTED: 1084 PERSON  9 ITEM  4 CATS WINSTEPS 5.0.2.0
--------------------------------------------------------------------------------
MEASURE     PERSON - MAP - ITEM
                <more>|<rare>
    3                 +
                      |
                    . |
                      |
                      |
                    . |
                      |T
    2                 +
                      |
                    . |
                      |
                    . |
                      |  ITEM378
                    # T|
    1              .# +S
                      |  ITEM76
                   .# |  ITEM115
                  .## |  ITEM325
                      |  ITEM101  ITEM402
               #####  |
               #####  |
    0                 +M
            .###### S|
            .######  |
                     |
          .########  |
          .########  |
                     |
   -1    .##########  +S
       .############  |  ITEM27
                    M|
        .###########  |  ITEM178
                     |
        .###########  |  ITEM49
                     |
   -2    .##########  +
                     |T
           ########  |
                    S|
                     |
         .#########  |
                     |
   -3                +
                     |
          .#######   |
                     |
                    T|
                     |
                     |
   -4           .###  +
                     |
                     |
                     |
                     |
                     |
                     |
   -5            .##  +
                <less>|<freq>
 EACH "#" IS 8: EACH "." IS 1 TO 7
```

Fuente: Winsteps

Análisis de ítems

La escala de Rasgos de inseguridad vincular originalmente estaba compuesta de 14 ítems. Los ítems 77 (infit = .93, outfit = .89), 158 (infit = 1.29, outfit = 1.34) y 170 (infit = 1.61, outfit = 1.75) se eliminaron debido a que desajustaban severamente. Los dos primeros fueron también removidos por su contenido. Los ítems 170 (RiX=.20) y 215 (RiX=.20) presentaron una correlación punto medida baja. Todos estos ítems afectaban la unidimensionalidad (al ser eliminados el porcentaje de varianza explicada pasó de 44.6 % a 54.4 %, además, el primer contraste pasó de 9.4 % a 7.6 %). Finalmente, se ejecutó una exploración de posible funcionamiento diferencial de los ítems (DIF) asociado con el sexo, con la finalidad de determinar posible sesgo de los puntajes en relación con esta variable. Siguiendo con los criterios de Linacre (2009), se detectó un ítem que podría estar presentando funcionamiento diferencial: el ítem 138 (DIF contrast = -.94, prob. < .001) siendo de mayor severidad para hombres; y el ítem 215 (DIF contrast = .95, prob. < .001) mostró mayor severidad para las mujeres. La escala se redujo a nueve ítems.

Tabla 52

Estadísticos de Fiabilidad y Separación de ítems y personas en la escala Rasgos de Inseguridad Vincular

	Ítems	Personas
Fiabilidad	1	.78
Separación	21.97	1.88

Tal y como se observa en la tabla 52, los estadísticos de fiabilidad y separación indican que la escala es sensible para diferenciar a personas con diferentes niveles de rasgos de inseguridad

vincular. Podríamos esperar consistencia de estas inferencias, así como que se comprueba que existe una jerarquía en los ítems de la escala.

Tabla 53

Estadísticos correspondientes a la Estructura de Categorías (k=4) para la escala Rasgos de Inseguridad Vincular

Categoría	Muestra	Frecuencia (%)	Promedio	InFit	OutFit	Paso
1	4261	44	-2.42	.93	.96	No
2	2829	29	-1.04	.98	.84	-1.38
3	1935	20	.08	.93	.93	-.17
4	731	7	.92	1.31	1.54	1.55

Los estadísticos de las categorías de respuesta muestran que la escala Rasgos de inseguridad vincular cumple con los cuatro criterios propuestos por Linacre (2002), que garantizan la calidad de las categorías de respuesta utilizadas en esta escala.

Tabla 54

Estadísticos de los ítems: ajuste (Infit y Outfit); nivel de severidad (d); el error estándar (SE) y homogeneidad para la escala Rasgos de Inseguridad Vincular.

Ítem	Nivel de severidad (en logits)	Error estándar	MNSQ		ZTSD		Correlaciones punto-medida	DIF contrast
			Infit	Outfit	Infit	Outfit		
ÍTEM 27	-1.20	.04	1.10	1.14	2.53	3.18	.62	-.33
ÍTEM 49	-1.75	.04	.92	.92	-2.01	-1.88	.64	.32
ÍTEM 76	.91	.05	1.36	1.18	6.69	2.53	.51	.60
ÍTEM101	.42	.05	.68	.62	-8.22	-7.94	.69	-.03
ÍTEM 115	.71	.05	1.11	1.11	2.37	1.70	.54	-.10
ÍTEM 178	-1.41	.04	.92	.93	-1.96	-1.84	.69	-.60
ÍTEM 325	.55	.05	1.22	1.34	4.50	5.23	.48	.41
ÍTEM 378	1.32	.06	1.02	.96	.45	-.50	.50	.07
ÍTEM 402	.44	.05	.87	.83	-3.09	-3.26	.60	.00

Fuente: elaboración propia

Los estadísticos de ajuste respectivos para la escala Rasgos de inseguridad vincular indican que, en el caso de los ítems, el promedio del Infit fue de 1.02 (DT= .19). Para el ajuste global externo, el promedio del Outfit fue de 1.00 (DT= .20). En cuanto a los indicadores de las personas,

el valor del ajuste interno obtenido fue de 1.00 (DT= .64) y el valor del Outfit de 1.00 (DT= .78). De esta forma, ninguno de los ítems presenta índices de ajuste inadecuados (Infit u Outfit > 1.5), por lo que se evidencia que los valores de ajuste de todos los ítems se incluyen en el rango óptimo para medir adecuadamente. Por otro lado, solamente 9.5 % de las personas presentaron valores mayores a 2 en Infit u Outfit (lo que implica un porcentaje adecuado que permite concluir que el ajuste de las personas al modelo es aceptable). De esta manera, los datos señalan que no hay divergencias significativas entre las predicciones del modelo y los datos empíricos obtenidos. Posterior al análisis de los valores de correlación punto-medida se identificó que todos los ítems obtuvieron valores mayores a 0.3 (0.48 a 0.69) por lo tanto, se evidencia cumplen con el criterio de validez de contenido requerido.

Para investigar el ajuste de la prueba al supuesto de unidimensionalidad, se realizó un Análisis de Componentes Principales (ACP) de los residuos. El porcentaje de la varianza explicada por la medida Rasch fue del 54.4 %. Asimismo, el primer componente tenía un valor propio de 1.49, lo que corresponde a un 7.6 % de la varianza explicada, cumpliendo de esta forma con los criterios de unidimensionalidad establecidos.

Los nueve ítems que se mantuvieron en la escala muestran un buen funcionamiento diferencial. Ninguno tiene un DIF por encima de los criterios establecidos para detectar dicho criterio, ni presenta sesgos por sexo.

La validez de constructo fue respaldada por todos los ítems en la escala Rasgos de inseguridad vincular que tenían un buen ajuste bajo el modelo de Rasch, estaban libres de DIF y tenían correlaciones ítem-total que eran positivas y cercanas a sus valores esperados.

6.1.3.7 Escala de Vulnerabilidad al Estrés

Figura 20

Gráfico Escala de Vulnerabilidad al Estrés -Distribución casos e ítems

```
INPUT: 1084 PERSON  13 ITEM  REPORTED: 1084 PERSON  13 ITEM  4 CATS WINSTEPS 5.0.2.0
--------------------------------------------------------------------------------

MEASURE     PERSON - MAP - ITEM
                <more>|<rare>
    4                 +
                      |
                      |
                      |
                      |
                  .   |
                      |
    3                 +
                      |
                  .   |
                      |
                  .   |
                      |
                  .   |
    2             .   +
                      |
                 .# T|T
                  .   |
                  #   |
                      |  ITEM258
                 .##  |  ITEM297
    1            .##  +  ITEM40
                 .##  |S
               .####  |  ITEM412
              .#####  |  ITEM219
               .####  |
          .######### S|  ITEM259
            .#######  |
    0     .#########  +M
                      |  ITEM339
            .#######  |  ITEM169
           #########  |
        ############  |  ITEM32
        ############  |  ITEM312  ITEM350
            .########  |S
   -1   ############  +  ITEM203
          ########## M|
                      |
         ##########   |
         ##########   |  ITEM384
            .#######  |T
                      |
   -2     .#########  +
              .#####  |
                      |
            .#######  |
                     S|
             .######  |
                      |
   -3      .########  +
                      |
                      |
           .########  |
                      |
                      |
             .######  |
   -4                T+
                      |
                      |
                      |
                      |
              .#####  |
                      |
   -5        .######  +
                <less>|<freq>
 EACH "#" IS 5: EACH "." IS 1 TO 4
```

Fuente: Winsteps

Análisis de ítems

La escala de Vulnerabilidad al estrés originalmente estaba compuesta de 19 ítems. El ítem 56 (infit = 1.32, outfit = 1.27) se eliminó debido a que desajustaba severamente, aunque también se removió por contenido. El ítem 150 (infit = 1.19, outfit = 1.51) fue eliminado por la misma razón. Ambos ítems afectaban la unidimensionalidad (al ser eliminados el porcentaje de varianza explicada pasó de 50.8 % a 51.9 %, además, el primer contraste pasó de 4.8 % a 6.2 %). Finalmente, se ejecutó una exploración de posible funcionamiento diferencial de los ítems (DIF) asociado con el sexo, con la finalidad de determinar posible sesgo de los puntajes en relación con esta variable. Siguiendo con los criterios de Linacre (2009), se detectaron cuatro ítems que podrían estar presentando funcionamiento diferencial: el ítem 63 (DIF contrast = .58, p< ,001), de mayor severidad para mujeres; el 107 (DIF contrast = -.60, p< ,001), de mayor severidad para hombres; el 137 (DIF contrast = -.51, p< ,001), más severo para hombres, y el 336 (DIF contrast = -.75, p< ,001), también de mayor severidad para hombres. La escala se redujo a 13 ítems.

Tabla 55

Estadísticos de Fiabilidad y Separación de ítems y personas en la escala Vulnerabilidad al Estrés

	Ítems	Personas
Fiabilidad	1	.88
Separación	17.83	2.75

Tal y como se observa en la tabla 55, los estadísticos de fiabilidad y separación indican que la escala es sensible para diferenciar a personas con diferentes niveles de vulnerabilidad al estrés.

Podríamos esperar consistencia de estas inferencias, así como que se comprueba que existe una jerarquía en los ítems de la escala.

Tabla 56

Estadísticos correspondientes a la Estructura de Categorías (k=4) para la escala Vulnerabilidad al estrés

Categoría	Muestra	Frecuencia (%)	Promedio	InFit	OutFit	Paso
1	5042	36	-2.57	.99	.99	No
2	4978	35	-.96	.95	.83	-1.81
3	3092	22	.13	.94	.96	.03
4	980	7	1.01	1.21	1.38	1.78

Los estadísticos de las categorías de respuesta muestran que la escala Vulnerabilidad al estrés cumple con los cuatro criterios propuestos por Linacre (2002), que garantizan la calidad de las categorías de respuesta utilizadas en esta escala.

Tabla 57

Estadísticos de los ítems: ajuste (Infit y Outfit); nivel de severidad (d); el error estándar (SE) y homogeneidad para la escala Vulnerabilidad al Estrés.

Ítem	Nivel de severidad (en logits)	Error estándar	MNSQ		ZTSD		Correlaciones punto-medida	DIF contrast
			Infit	Outfit	Infit	Outfit		
ÍTEM 32	-.61	.05	1.17	1.19	3.85	4.23	.65	-.52
ÍTEM 40	.97	.05	1.18	1.23	3.77	3.32	.55	.92
ÍTEM 169	-.22	.05	1.28	1.20	6.08	4.04	.65	.02
ÍTEM 203	-.99	.05	1.04	1.05	.88	1.28	.67	-1.11
ÍTEM 219	.56	.05	.88	.85	-2.85	-2.86	.64	.59
ÍTEM 258	1.29	.06	1.01	.98	.30	-.20	.54	1.47
ÍTEM 259	.26	.05	.69	.68	-8.02	-7.08	.72	.34
ÍTEM 297	1.17	.05	.85	.84	-3.42	-2.35	.61	1.17
ÍTEM 312	-.69	.05	1.16	1.15	3.78	3.43	.67	-.58
ÍTEM 339	-.18	.05	.84	.82	-4.10	-4.03	.71	-.18
ÍTEM 350	-.67	.05	1.10	1.15	2.44	3.36	.63	-.94
ÍTEM 384	-1.64	.05	1.09	1.17	2.13	3.89	.66	-1.84
ÍTEM 412	.75	.05	.76	.66	-5.92	-6.40	.69	.85

Los estadísticos de ajuste respectivos para la escala Vulnerabilidad al estrés indican que, en el caso de los ítems, el promedio del Infit fue de 1.00 (DT= .18). Para el ajuste global externo, el promedio del Outfit fue de 1.00 (DT= .20). En cuanto a los indicadores de las personas, el valor del ajuste interno obtenido fue de 1.02 (DT= .64) y el valor del Outfit de 1.00 (DT= .67). De esta forma, ninguno de los ítems presenta índices de ajuste inadecuados (Infit u Outfit > 1.5), por lo que se evidencia que los valores de ajuste de todos los ítems se incluyen en el rango óptimo para medir adecuadamente.

Por otro lado, solamente 7.01 % de las personas presentaron valores mayores a 2 en Infit u Outfit (lo que implica un porcentaje adecuado que permite concluir que el ajuste de las personas al modelo es aceptable). De esta manera, los datos señalan que no hay divergencias significativas entre las predicciones del modelo y los datos empíricos obtenidos. Posterior al análisis de los valores de correlación punto-medida se identificó que todos los ítems obtuvieron valores mayores a 0.3 (0.54 a 0.72) por lo tanto, se evidencia cumplen con el criterio de validez de contenido requerido.

Para investigar el ajuste de la prueba al supuesto de unidimensionalidad, se realizó un Análisis de Componentes Principales (ACP) de los residuos. El porcentaje de la varianza explicada por la medida Rasch fue del 51.9 %. Asimismo, el primer componente tenía un valor propio de 1.66, lo que corresponde a un 6.2 % de la varianza explicada, cumpliendo de esta forma con los criterios de unidimensionalidad establecidos.

Los trece ítems que se mantuvieron en la escala muestran un buen funcionamiento diferencial. Ninguno tiene un DIF por encima de los criterios establecidos para detectar dicho criterio, ni presenta sesgos por sexo.

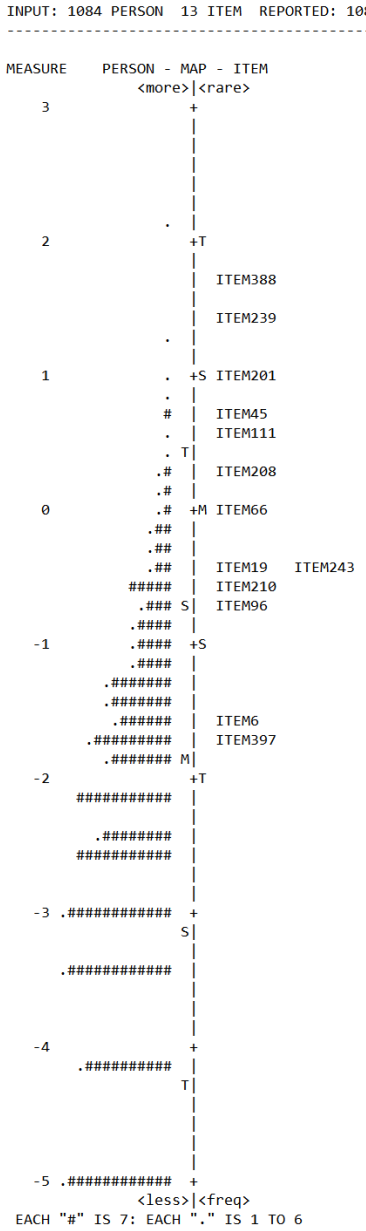
La validez de constructo fue respaldada por todos los ítems en la escala Vulnerabilidad al estrés que tenían un buen ajuste bajo el modelo de Rasch, estaban libres de DIF y tenían correlaciones ítem-total que eran positivas y cercanas a sus valores esperados.

6.1.4 Superespectro de Psicoticismo - Dominio de Psicoticismo

6.1.4.1 Escala de Creencias y Experiencias Inusuales

Figura 21

Gráfico Escala de Creencias y Experiencias Inusuales -Distribución casos e ítems



Fuente: Winsteps

Análisis de ítems

La escala de Creencias y experiencias inusuales originalmente estaba compuesta de 17 ítems. El ítem 272 (infit = 1.63, outfit = 1.56), se eliminó debido a que desajustaba severamente. Este ítem afectaba la unidimensionalidad (al ser eliminados el porcentaje de varianza explicada pasó de 47.7 % a 50.5 %, además, el primer contraste pasó de 7.6 % a 6.8 %). Finalmente, se ejecutó una exploración de posible funcionamiento diferencial de los ítems (DIF) asociado con el sexo, con la finalidad de determinar posible sesgo de los puntajes en relación con esta variable. Siguiendo con los criterios de Linacre (2009), no se detectaron ítems que podrían estar presentando funcionamiento diferencial.

Tres ítems fueron reclasificados al mostrar una mejor correlación con la escala de desregulación perceptual y cognitiva: 57, 218 y 391. Además, al removerlas hubo mejora de la varianza explicada descrita arriba. La escala quedó en 13 ítems.

Tabla 58

Estadísticos de Fiabilidad y Separación de ítems y personas en la escala Creencias y experiencias inusuales

	Ítems	Personas
Fiabilidad	1	.79
Separación	17.88	1.96

Tal y como se observa en la tabla 58, los estadísticos de fiabilidad y separación indican que la escala es sensible para diferenciar a personas con diferentes niveles de creencias y experiencias inusuales. Podríamos esperar consistencia de estas inferencias, así como que se comprueba que existe una jerarquía en los ítems de la escala.

Tabla 59

Estadísticos correspondientes a la Estructura de Categorías (k=4) para la escala Creencias y experiencias inusuales

Categoría	Muestra	Frecuencia (%)	Promedio	InFit	OutFit	Paso
1	8734	62	-2.76	1.01	1.05	No
2	2834	20	-1.23	.93	.66	-1.03
3	1982	14	-.30	1.00	.96	-.46
4	542	4	.43	1.33	1.45	1.49

Los estadísticos de las categorías de respuesta muestran que la escala "creencias y experiencias inusuales" cumple con los cuatro criterios propuestos por Linacre (2002), que garantizan la calidad de las categorías de respuesta utilizadas en esta escala.

Tabla 60

Estadísticos de los ítems: ajuste (Infit y Outfit); nivel de severidad (d); el error estándar (SE) y homogeneidad para la escala Creencias y experiencias inusuales

Ítem	Nivel de severidad (en logits)	Error estándar	MNSQ		ZTSD		Correlaciones punto-medida	DIF contrast
			Infit	Outfit	Infit	Outfit		
ÍTEM 6	-1.64	.04	1.07	1.10	1.68	2.10	.65	.24
ÍTEM 19	-.43	.05	.86	.73	-3.33	-4.89	.69	-.33
ÍTEM 45	.65	.06	1.02	1.01	.31	.16	.48	.16
ÍTEM 66	.06	.05	1.32	1.19	5.80	2.41	.51	.00
ÍTEM 96	-.76	.04	.81	.80	-4.73	-3.87	.70	-.14
ÍTEM 111	.51	.06	.95	.76	-.78	-2.76	.55	.29
ÍTEM 201	1.00	.07	1.25	.81	3.43	-1.71	.46	-.12
ÍTEM 208	.22	.05	.94	.73	-1.17	-3.55	.60	-.10
ÍTEM 210	-.56	.05	.82	.80	-4.20	-3.56	.68	.00
ÍTEM 239	1.45	.08	1.21	.83	2.44	-1.15	.39	.00
ÍTEM 243	-.50	.05	1.20	1.16	4.21	2.56	.58	.00
ÍTEM 388	1.73	.09	1.22	.78	2.29	-1.39	.36	.09
ÍTEM 397	-1.73	.04	1.21	1.27	4.68	5.64	.62	.00

Los estadísticos de ajuste respectivos para la escala creencias y experiencias inusuales indican que, en el caso de los ítems, el promedio del Infit fue de 1.00 (DT= .17). Para el ajuste global externo, el promedio del Outfit fue de 0.92 (DT= .19). En cuanto a los indicadores de las personas, el valor del ajuste interno obtenido fue de 1.01 (DT= .51) y el valor del Outfit de 0.92 (DT= .67). De esta forma, ninguno de los ítems presenta índices de ajuste inadecuados (Infit u Outfit > 1.5), por lo que se evidencia que los valores de ajuste de todos los ítems se incluyen en el rango óptimo para medir adecuadamente. Por otro lado, solamente 6.91% de las personas presentaron valores mayores a 2 en Infit u Outfit (lo que implica un porcentaje adecuado que permite concluir que el ajuste de las personas al modelo es aceptable). De esta manera, los datos señalan que no hay divergencias significativas entre las predicciones del modelo y los datos empíricos obtenidos. Posterior al análisis de los valores de correlación punto-medida se identificó que todos los ítems obtuvieron valores mayores a 0.3 (0.36 a 0.70) por lo tanto, se evidencia cumplen con el criterio de validez de contenido requerido.

Para investigar el ajuste de la prueba al supuesto de unidimensionalidad, se realizó un Análisis de Componentes Principales (ACP) de los residuos. El porcentaje de la varianza explicada por la medida Rasch fue del 50.5 %. Asimismo, el primer componente tenía un valor propio de 1.78, lo que corresponde a un 6.8 % de la varianza explicada, cumpliendo de esta forma con los criterios de unidimensionalidad establecidos.

Los 13 ítems que se mantuvieron en la escala muestran un buen funcionamiento diferencial. Ninguno tiene un DIF por encima de los criterios establecidos para detectar dicho criterio, ni presenta sesgos por sexo.

La validez de constructo fue respaldada por todos los ítems en la escala Creencias y experiencias inusuales que tenían un buen ajuste bajo el modelo de Rasch, estaban libres de DIF y tenían correlaciones ítem-total que eran positivas y cercanas a sus valores esperados.

6.1.4.2 Escala de Suspicacia/Paranoia

Figura 22

Gráfico Escala Suspicacia /Paranoia-Distribución casos e ítems

```
MEASURE    PERSON - MAP - ITEM
               <more>|<rare>
    3                +
                     |
                     |
                     |
                     |
                     |  ITEM355
    2             .  +
                     |T
                     |
                  #  |
                 .# T|
                 .#  |
    1            .#  +
                  #  |S ITEM112  ITEM331
                 .#  |  ITEM257
               .###  |  ITEM279
                ###  |
                .## S|  ITEM353
    0          .###  +M
         .#########  |  ITEM301  ITEM387  ITEM413  ITEM90
              .####  |  ITEM255
             .#####  |
       .############  |  ITEM323
              .####  |S ITEM92
   -1         .####  +  ITEM64
             .##### M|
             .#####  |
             .#####  |
             .#####  |
             ######  |T ITEM55
   -2         .####  +
              .####  |
               #### S|
               .###  |
                     |
               .###  |
   -3          .###  +
                     |
                .##  |
                     |
                    T|
                 .#  |
   -4                +
                     |
                     |
                     |
                .##  |
                     |
   -5            .#  +
               <less>|<freq>
 EACH "#" IS 9: EACH "." IS 1 TO 8
```

Fuente: Winsteps

Análisis de ítems

La escala de Suspicacia/ Paranoia estaba compuesta originalmente por un total de 17 ítems, durante el proceso de ajuste se eliminaron los siguientes ítems debido a que desajustaron severamente por sus valores de infit y outfit: Los ítems 133 (infit = 1.24, outfit =1.17) y 385 (infit = 1.44, outfit =1.65). Finalmente se realizó una exploración de posible funcionamiento diferencial de los ítems (DIF) asociado con el sexo, con la finalidad de determinar posible sesgo de los puntajes en relación con esta variable. Siguiendo con los criterios de Linacre (2009), no se detectaron ítems que podrían estar presentando funcionamiento diferencial. Por lo que la escala de Suspicacia/ Paranoia quedó en definitiva con 15 ítems en total.

Tabla 61

Estadísticos de Fiabilidad y Separación de ítems y personas en la escala Suspicacia/Paranoia

	Ítems	Personas
Fiabilidad	1.00	.88
Separación	19.15	2.70

Tal y como se observa en la tabla 61, los estadísticos de fiabilidad y separación indican que la escala es sensible para diferenciar a personas con diferentes niveles de suspicacia/paranoia y que podríamos esperar consistencia de estas inferencias, así como que se comprueba que existe una jerarquía en los ítems de la escala.

Tabla 62

Estadísticos correspondientes a la Estructura de Categorías (k=4) para la escala Suspicacia/Paranoia

Categoría	Muestra	Frecuencia (%)	Promedio	InFit	OutFit	Paso
1	5803	36%	-2.40	1.00	1.01	No
2	5588	34%	-.96	.91	.76	-1.63
3	3802	23%	.00	1.00	1.05	-.12
4	1067	7%	.85	1.16	1.25	1.75

Los estadísticos de las categorías de respuesta muestran que la escala Suspicacia/Paranoia cumple con los cuatro criterios propuestos por Linacre (2002), que garantizan la calidad de las categorías de respuesta utilizadas en esta escala.

Tabla 63

Estadísticos de los ítems: ajuste (Infit y Outfit); nivel de severidad (d); el error estándar (SE) y homogeneidad para la escala Suspicacia/Paranoia.

Ítem	Nivel de severidad (en logits)	Error estándar	MNSQ		ZTSD		Correlaciones punto-medida	DIF contrast
			Infit	Outfit	Infit	Outfit		
ITEM55	-1.87	.05	.71	.74	-7.83	-6.80	.71	-.24
ITEM64	-2.94	.04	.79	.81	-5.53	-4.89	.66	-.07
ITEM90	-.18	.04	1.21	1.26	4.83	5.31	.52	.25
ITEM92	-.79	.04	1.20	1.19	4.77	4.27	.62	.30
ITEM112	.87	.05	.95	.85	-1.02	-2.29	.59	-.08
ITEM255	-.29	.04	.98	.94	-.51	-1.35	.67	-.08
ITEM257	.68	.05	.93	.85	-1.68	-2.73	.61	.13
ITEM279	.45	.05	1.10	1.01	2.20	.28	.58	.27
ITEM301	-.09	.04	1.04	.99	.87	-.30	.62	-.35
ITEM323	-.74	.04	1.05	1.07	1.31	1.73	.61	.12
ITEM331	.90	.05	1.02	.88	.54	-1.95	.58	-.45
ITEM353	.17	.05	.69	.66	-8.50	-7.73	.69	-.31
ITEM355	2.15	.07	1.37	1.15	5.59	1.35	.39	-.22
ITEM387	-.19	.04	1.17	1.15	3.98	3.12	.61	.17
ITEM413	-.13	.04	1.14	1.29	3.27	5.80	.50	.28

Los estadísticos de ajuste respectivos para la escala Suspicacia/Paranoia indican que, en el caso de los ítems, el promedio del Infit fue de 1.02 (DT= .18). Para el ajuste global externo, el

promedio del Outfit fue de .99 (DT=.19). En cuanto a los indicadores de las personas, el valor del ajuste interno obtenido fue de .54 (DT= 1.01) y el valor del Outfit de .62 (DT= .99). De esta forma, ninguno de los ítems presenta índices de ajuste inadecuados (Infit u Outfit > 1.5), por lo que se evidencia que los valores de ajuste de todos los ítems se incluyen en el rango óptimo para medir adecuadamente. Por otro lado, solamente 9.40% de las personas presentaron valores mayores a 2 en Infit u Outfit (lo que implica un porcentaje adecuado que permite concluir que el ajuste de las personas al modelo es aceptable). De esta forma, los datos señalan que no hay divergencias significativas entre las predicciones del modelo y los datos empíricos obtenidos. Posterior al análisis de los valores de correlación punto-medida se identificó que todos los ítems obtuvieron valores mayores a .3 (0.50 a 0.71) por lo tanto, se evidencia cumplen con el criterio de validez de contenido requerido.

Para investigar el ajuste de la prueba al supuesto de unidimensionalidad, se realizó un Análisis de Componentes Principales (ACP) de los residuos. El porcentaje de la varianza explicada por la medida Rasch fue del 49.00%. Asimismo, el primer componente tenía un valor propio de 2.04 lo que corresponde a un 7.0 % de la varianza explicada, cumpliendo de esta forma con los criterios de unidimensionalidad establecidos.

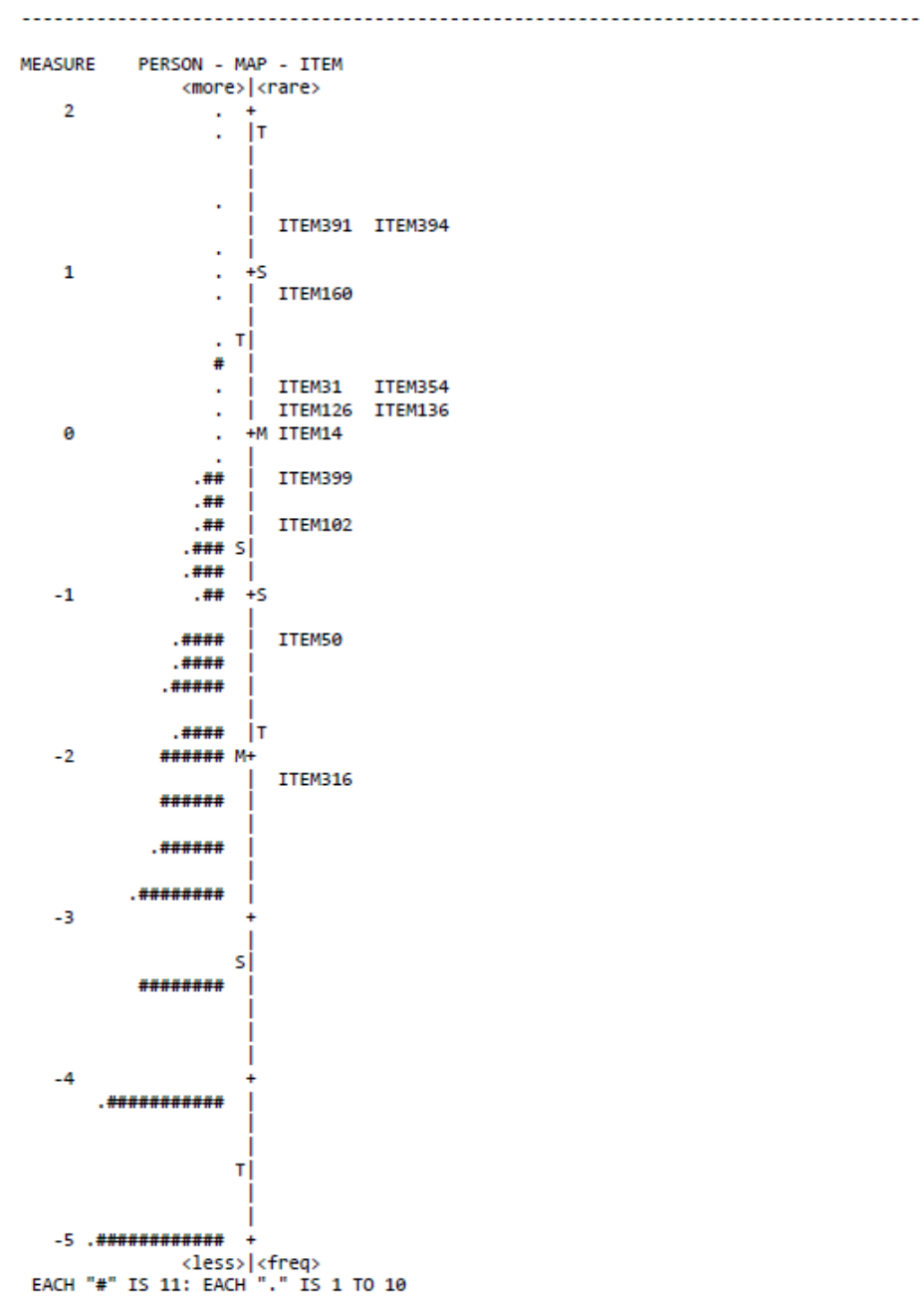
Los 15 ítems que se mantienen en la escala presentan un buen funcionamiento diferencial, ya que ninguno muestra un DIF superior a los criterios establecidos, por lo que puede decirse que no hay ningún ítem que presente un sesgo por sexo.

La validez de constructo fue respaldada por todos los ítems en la escala Suspicacia/Paranoia que tenían un buen ajuste bajo el modelo de Rasch, estaban libres de DIF y tenían correlaciones ítem-total que eran positivas y cercanas a sus valores esperados.

6.1.4.3 Escala de Desregulación Perceptual y Cognitiva

Figura 23

Gráfico Escala de Desregulación Perceptual Cognitiva-Distribución casos e ítems.



Fuente: Winsteps

Análisis de ítems

La escala de Desregulación perceptual y cognitiva originalmente constaba de 14 ítems, durante el proceso de ajuste se eliminaron el siguiente ítem debido a que desajustó severamente por sus valores de infit y outfit: 266 (infit = 1.48, outfit =1.66). Posteriormente, se realiza la eliminación del ítem 227 (infit = 1.21, outfit =1.19), cuyos valores infit y outfit no desajustaron, sin embargo, a nivel de contenido del ítem se consideró no aportaba valor que permitiera ajustarse a la medición adecuada de la severidad del constructo de desregulación perceptual y cognitiva. De igual manera, a partir del análisis de contenido del ítem 391 (infit = 1.10, outfit =1.35), se toma la decisión de ingresarlo a la escala. Finalmente se realizó una exploración de posible funcionamiento diferencial de los ítems (DIF) asociado con el sexo, con la finalidad de determinar posible sesgo de los puntajes en relación con esta variable. Siguiendo con los criterios de Linacre (2009), únicamente se detectó un ítem 266 (DIF contrast = .95, p< ,001) que presentaba valor un funcionamiento diferencial siendo de mayor severidad para las mujeres de la muestra, con lo que se reafirma la decisión de eliminarlo de la escala. Por lo tanto, la escala de Desregulación Perceptual y Cognitiva quedó en definitiva con 12 ítems en total.

Tabla 64

Estadísticos de Fiabilidad y Separación de ítems y personas en la escala Desregulación Perceptual y Cognitiva

	Ítems	Personas
Fiabilidad	1.00	.78
Separación	16.36	1.87

Tal y como se observa en la tabla 64, los estadísticos de fiabilidad y separación indican que la escala es sensible para diferenciar a personas con diferentes niveles de desregulación perceptual y cognitiva, y que podríamos esperar consistencia de estas inferencias, así como que se comprueba que existe una jerarquía en los ítems de la escala.

Tabla 65

Estadísticos correspondientes a la Estructura de Categorías (k=4) para la escala desregulación perceptual y cognitiva.

Categoría	Muestra	Frecuencia (%)	Promedio	InFit	OutFit	Paso
1	8455	65%	-2.90	.97	1.01	No
2	2566	20%	-1.27	.97	.68	-1.15
3	1564	12%	-.40	1.08	1.07	-.40
4	423	3%	.60	1.24	1.25	1.55

Los estadísticos de las categorías de respuesta muestran que la escala desregulación perceptual y cognitiva cumple con los cuatro criterios propuestos por Linacre (2002), que garantizan la calidad de las categorías de respuesta utilizadas en esta escala.

Tabla 66

Estadísticos de los ítems: ajuste (Infit y Outfit); nivel de severidad (d); el error estándar (SE) y homogeneidad para la escala desregulación perceptual y cognitiva.

Ítem	Nivel de severidad (en logits)	Error estándar	MNSQ		ZTSD		Correlaciones punto-medida	DIF contrast
			Infit	Outfit	Infit	Outfit		
ITEM14	.05	.05	1.11	.96	2.03	-0.53	.59	.20
ITEM31	.24	.06	1.04	1.03	.83	.34	.54	.12
ITEM50	-1.29	.05	.95	.92	-1.05	-1.71	.73	-.27
ITEM102	-.57	.05	.91	.97	-1.91	-.53	.66	.20
ITEM126	.18	.06	1.07	.95	1.38	-.58	.57	-.09
ITEM136	.17	.06	1.21	1.04	3.70	.49	.55	-.31
ITEM160	.82	.07	.97	.68	-.47	-3.06	.52	.13
ITEM316	-2.20	.05	1.14	1.23	3.17	4.73	.70	-.22
ITEM354	.30	.06	.99	.83	-.18	-2.00	.58	.12
ITEM391	1.23	.08	1.10	.71	1.35	-2.27	.45	.25
ITEM394	1.31	.08	1.24	.87	2.88	-.88	.42	.21
ITEM399	-.25	.05	.91	.80	-1.97	-3.01	.65	.09

Los estadísticos de ajuste respectivos para la escala desregulación perceptual y cognitiva indican que, en el caso de los ítems, el promedio del Infit fue de 1.05 (DT= .11). Para el ajuste global externo, el promedio del Outfit fue de .91 (DT=.14). En cuanto a los indicadores de las personas, el valor del ajuste interno obtenido fue de .95 (DT= .55) y el valor del Outfit de .91 (DT= .70). De esta forma, ninguno de los ítems presenta índices de ajuste inadecuados (Infit u Outfit > 1.5), por lo que se evidencia que los valores de ajuste de todos los ítems se incluyen en el rango

óptimo para medir adecuadamente. Por otro lado, solamente 8.94% de las personas presentaron valores mayores a 2 en Infit u Outfit (lo que implica un porcentaje adecuado que permite concluir que el ajuste de las personas al modelo es aceptable). De esta forma, los datos señalan que no hay divergencias significativas entre las predicciones del modelo y los datos empíricos obtenidos. Posterior al análisis de los valores de correlación punto-medida se identificó que todos los ítems obtuvieron valores mayores a .3 (0.42 a 0.73) por lo tanto, se evidencia cumplen con el criterio de validez de contenido requerido.

Para investigar el ajuste de la prueba al supuesto de unidimensionalidad, se realizó un Análisis de Componentes Principales (ACP) de los residuos. El porcentaje de la varianza explicada por la medida Rasch fue del 50.90%. Asimismo, el primer componente tenía un valor propio de 1.60 lo que corresponde a un 6.6 % de la varianza explicada, cumpliendo de esta forma con los criterios de unidimensionalidad establecidos.

Los 12 ítems que se mantienen en la escala presentan un buen funcionamiento diferencial, ya que ninguno muestra un DIF superior a los criterios establecidos, por lo que puede decirse que no hay ningún ítem que presente un sesgo por sexo.

La validez de constructo fue respaldada por todos los ítems en la escala desregulación perceptual y cognitiva que tenían un buen ajuste bajo el modelo de Rasch, estaban libres de DIF y tenían correlaciones ítem-total que eran positivas y cercanas a sus valores esperados.

6.1.4.4 Escala de Excentricidad

Figura 24

Gráfico Escala de Excentricidad-Distribución casos e ítems

```
---------------------------------------------------------------------------------
MEASURE     PERSON - MAP - ITEM
                <more>|<rare>
    4                 +
                      |
                      |
                      |
                      |
                      |
                      |
                    . |
    3                 +
                      |
                      |
                      |
                      |
                    . |
                      |
                      |
    2               . +
                      |
                    . |
                      |
                    . |
                    . |
                    T |
                    . |
    1              .# +
                    . |T
                      |
                   .# |  ITEM141  ITEM242
                   ## |S
                  .## |  ITEM214  ITEM371
                  .## |
                      |  ITEM119
    0            ### S+M
                  .## |  ITEM139
                 .### |  ITEM17   ITEM276  ITEM390
                .#### |
                .#### |S ITEM349
                      |
                .#### |  ITEM168
               .##### |T
   -1          .##### +
             .######  |
                      |
             .###### M|
             .######  |
                      |
               .####  |
                      |
   -2        #######  +
                      |
             .######  |
                      |
                      |
             .####### S|
                      |
                      |
   -3                 +
             .#######  |
                      |
                      |
                      |
                      |
                      |
             .#######  |
   -4 .########### T+
                <less>|<freq>
 EACH "#" IS 9: EACH "." IS 1 TO 8
```

Fuente: Winsteps

Análisis de ítems

La escala de excentricidad estaba compuesta originalmente por un total de 15 ítems, durante el proceso de ajuste se eliminaron los siguientes ítems debido a que desajustaron severamente por sus valores de infit y outfit: el ítem 229 (infit = 1.30, outfit =1.42), el ítem 235 (infit = 0.94, outfit = 0.55) y 367 (infit = 1.62, outfit =1.76). Finalmente se realizó una exploración de posible funcionamiento diferencial de los ítems (DIF) asociado con el sexo, con la finalidad de determinar posible sesgo de los puntajes en relación con esta variable. Siguiendo con los criterios de Linacre (2009), se encontró que el ítem 171 (DIF contrast = .51, p< ,001) podría estar presentando un funcionamiento diferencial afectando con mayor severidad a las mujeres dentro de la muestra, lo que da paso a la eliminación de dicho ítem. Por lo que la escala de Excentricidad quedó en definitiva con 11 ítems en total.

Tabla 67

Estadísticos de Fiabilidad y Separación de ítems y personas en la escala de Excentricidad

	Ítems	Personas
Fiabilidad	.99	.83
Separación	9.00	2.23

Tal y como se observa en la tabla 67, los estadísticos de fiabilidad y separación indican que la escala es sensible para diferenciar a personas con diferentes niveles de excentricidad y que podríamos esperar consistencia de estas inferencias, así como que se comprueba que existe una jerarquía en los ítems de la escala.

Tabla 68

Estadísticos correspondientes a la Estructura de Categorías (k=4) para la escala de excentricidad

Categoría	Muestra	Frecuencia (%)	Promedio	InFit	OutFit	Paso
1	5862	49%	-2.28	.99	1.00	No
2	3470	29%	-1.07	.93	.86	-1.38
3	2000	17%	-.20	1.02	1.06	-.10
4	592	5%	.67	1.10	1.16	1.49

Los estadísticos de las categorías de respuesta muestran que la escala excentricidad cumple con los cuatro criterios propuestos por Linacre (2002), que garantizan la calidad de las categorías de respuesta utilizadas en esta escala.

Tabla 69

Estadísticos de los ítems: ajuste (Infit y Outfit); nivel de severidad (d); el error estándar (SE) y homogeneidad para la escala de excentricidad.

Ítem	Nivel de severidad (en logits)	Error estándar	MNSQ		ZTSD		Correlaciones punto-medida	DIF contra st
			Infit	Outfit	Infit	Outfit		
ITEM17	-.27	.05	.96	.96	-.81	-.78	.71	.00
ITEM119	.0	.05	1.24	1.20	4.80	3.36	.62	.11
ITEM139	-.08	.05	.86	.89	-3.13	-2.09	.68	.15
ITEM141	.58	.05	1.15	1.02	2.90	.36	.59	.27
ITEM168	-.80	.05	1.19	1.28	4.17	5.64	.65	-.30
ITEM214	.43	.05	1.42	1.46	7.73	6.33	.53	-.04
ITEM242	.66	.05	.72	.59	-6.27	-6.85	.68	.24
ITEM276	-.26	.05	81	.78	-4.55	-4.74	.73	-.15
ITEM349	-.47	.05	.87	.76	-7.48	-5.48	.75	-.13
ITEM371	.36	.05	.93	.92	-1.45	-1.27	.64	.08
ITEM390	-.24	.05	1.12	1.13	2.56	2.40	.66	-.07

Los estadísticos de ajuste respectivos para la escala de excentricidad indican que, en el caso de los ítems, el promedio del Infit fue de 1.05 (DT= .22). Para el ajuste global externo, el promedio del Outfit fue de .91 (DT=.24). En cuanto a los indicadores de las personas, el valor del ajuste interno obtenido fue de 1.01 (DT= .51) y el valor del Outfit de 1.00 (DT= .55). De esta forma, ninguno de los ítems presenta índices de ajuste inadecuados (Infit u Outfit > 1.5), por lo que se evidencia que los valores de ajuste de todos los ítems se incluyen en el rango óptimo para medir

adecuadamente. Por otro lado, solamente 7.28% de las personas presentaron valores mayores a 2 en Infit u Outfit (lo que implica un porcentaje adecuado que permite concluir que el ajuste de las personas al modelo es aceptable). De esta forma, los datos señalan que no hay divergencias significativas entre las predicciones del modelo y los datos empíricos obtenidos. Posterior al análisis de los valores de correlación punto-medida se identificó que todos los ítems obtuvieron valores mayores a .3 (0.62 a 0.75) por lo tanto, se evidencia cumplen con el criterio de validez de contenido requerido.

Para investigar el ajuste de la prueba al supuesto de unidimensionalidad, se realizó un Análisis de Componentes Principales (ACP) de los residuos. El porcentaje de la varianza explicada 1.69 lo que corresponde a un 8.1 % de la varianza explicada, cumpliendo de esta forma con los criterios de unidimensionalidad establecidos.

Los 11 ítems que se mantienen en la escala de excentricidad presentan un buen funcionamiento diferencial, ya que ninguno muestra un DIF superior a los criterios establecidos, por lo que puede decirse que no hay ningún ítem que presente un sesgo por sexo.

La validez de constructo fue respaldada por todos los ítems en la escala excentricidad que tenían un buen ajuste bajo el modelo de Rasch, estaban libres de DIF y tenían correlaciones ítem-total que eran positivas y cercanas a sus valores esperados.

6.1.4.5 Escala Tendencias Hipomaniacas

Figura 25

Gráfico Escala de Tendencias Hipomaniacas-Distribución casos e ítems

```
INPUT: 1084 PERSON  11 ITEM  REPORTED: 1084 PERSON  11 ITEM  4 CATS WINSTEPS 5.0.2.0
--------------------------------------------------------------------------------

MEASURE    PERSON - MAP - ITEM
               <more>|<rare>
    5                +
                     |
                     |
                     |
                     |
                     |
                     |
                  .  |
    4                +
                     |
                     |
                     |
                     |
                     |
                     |
    3                +
                     |
                     |
                     |
                  .  |
                     |
                  .  |
    2                +
                  .  |
                     |T
                  #  |  ITEM197
                  .  |
                     |
                ## T|
    1            .#  +
              .###   |S ITEM124
               .##   |
                     |  ITEM226  ITEM233
           .#####    |  ITEM196
         .####### S|
           .#####    |
    0    .#######    +M
       .##########   |  ITEM254
          ########   |  ITEM348
       .##########   |
     .############   |  ITEM5
     .############ M|  ITEM29
      .###########   |S ITEM362
   -1                +
       .##########   |
         .########   |
          .#######   |  ITEM70
          .####### S|
                     |T
           .#####    |
   -2                +
             .####   |
               .##   |
                    T|
                     |
               .##   |
                     |
   -3                +
                .#   |
                     |
                     |
                     |
                     |
                  .  |
   -4             .  +
              <less>|<freq>
 EACH "#" IS 7: EACH "." IS 1 TO 6
```

Fuente: Winsteps

Análisis de ítems

La escala Tendencias hipomaniacas originalmente estaba compuesta de 10 ítems. El ítem 343 (infit = 1.62, outfit = 1.68), se eliminó debido a que desajustaba severamente. Además, este mismo ítem presentó una correlación punto media baja (RiX=.18). Este ítem afectaba la unidimensionalidad (al ser eliminados el porcentaje de varianza explicada pasó de 39.8 % a 55.4 %, además, el primer contraste pasó de 11.9 % a 10.4 %). Finalmente, se ejecutó una exploración de posible funcionamiento diferencial de los ítems (DIF) asociado con el sexo, con la finalidad de determinar posible sesgo de los puntajes en relación con esta variable. Siguiendo con los criterios de Linacre (2009), se detectó un ítem que podrían estar presentando funcionamiento diferencial: el ítem 343 (DIF contrast = .90, prob. < .001) siendo de mayor severidad para las mujeres.

Los ítems 193 (desde "afecto restringido") y 233 (desde "inestabilidad interpersonal") fueron agregados al mostrar una mejor correlación con esta escala cuando se realizó el análisis de sus conjuntos originales, siendo un factor que influyó en la significativa mejora de la varianza explicada descrita arriba. La escala quedó en 11 ítems.

Tabla 70

Estadísticos de Fiabilidad y Separación de ítems y personas en la escala Tendencias Hipomaniacas

	Ítems	Personas
Fiabilidad	1	.78
Separación	19.46	1.90

Tal y como se observa en la tabla 70, los estadísticos de fiabilidad y separación indican que la escala es sensible para diferenciar a personas con diferentes niveles de tendencia hipomaniaca. Podríamos esperar consistencia de estas inferencias, así como que se comprueba que existe una jerarquía en los ítems de la escala.

Tabla 71

Estadísticos correspondientes a la Estructura de Categorías (k=4) para la escala Tendencias Hipomaniacas.

Categoría	Muestra	Frecuencia (%)	Promedio	InFit	OutFit	Paso
1	3704	31	-1.73	.91	.95	No
2	3593	30	-.67	1.00	.90	-1.17
3	3470	29	.07	.94	.93	-.33
4	1157	10	.64	1.22	1.25	1.51

Los estadísticos de las categorías de respuesta muestran que la escala Tendencias hipomaniacas cumple con los cuatro criterios propuestos por Linacre (2002), que garantizan la calidad de las categorías de respuesta utilizadas en esta escala.

Tabla 72

Estadísticos de los ítems: ajuste (Infit y Outfit); nivel de severidad (d); el error estándar (SE) y homogeneidad para la escala Tendencias Hipomaniacas

Ítem	Nivel de severidad (en logits)	Error estándar	MNSQ		ZTSD		Correlaciones punto-medida	DIF contrast
			Infit	Outfit	Infit	Outfit		
ÍTEM 5	-.51	.04	.78	.80	-6.26	-5.39	.60	-.05
ÍTEM 29	-.67	.04	.87	.87	-3.45	-3.45	.60	.25
ÍTEM 70	-1.41	.04	1.24	1.30	5.39	6.49	.34	.21
ÍTEM124	.83	.04	1.36	1.33	7.73	5.97	.44	.52
ÍTEM 196	.40	.04	.81	.80	-5.10	-4.97	.64	-.32
ÍTEM 197	1.60	.05	1.10	.98	1.92	-.26	.47	.10
ÍTEM 226	.54	.04	1.18	1.12	4.33	2.51	.57	-.27
ÍTEM 233	.55	.04	.81	.78	-5.21	-5.26	.62	-.44
ÍTEM 254	-.15	.04	.81	.81	-5.19	-5.21	.62	-.15
ÍTEM 348	-.35	.04	1.08	1.08	2.01	2.02	.54	-.14
ÍTEM 362	-.82	.04	1.11	1.11	2.78	2.63	.49	.35

Los estadísticos de ajuste respectivos para la escala Tendencias hipomaniacas indican que, en el caso de los ítems, el promedio del Infit fue de 1.01 (DT= .20). Para el ajuste global externo, el promedio del Outfit fue de 1.00 (DT= .19). En cuanto a los indicadores de las personas, el valor

del ajuste interno obtenido fue de 1.01 (DT= .57) y el valor del Outfit de 1.00 (DT= .63). De esta forma, ninguno de los ítems presenta índices de ajuste inadecuados (Infit u Outfit > 1.5), por lo que se evidencia que los valores de ajuste de todos los ítems se incluyen en el rango óptimo para medir adecuadamente. Por otro lado, solamente 6.91 % de las personas presentaron valores mayores a 2 en Infit u Outfit (lo que implica un porcentaje adecuado que permite concluir que el ajuste de las personas al modelo es aceptable). De esta manera, los datos señalan que no hay divergencias significativas entre las predicciones del modelo y los datos empíricos obtenidos. Posterior al análisis de los valores de correlación punto-medida se identificó que todos los ítems obtuvieron valores mayores a 0.3 (0.34 a 0.62) por lo tanto, se evidencia cumplen con el criterio de validez de contenido requerido.

Para investigar el ajuste de la prueba al supuesto de unidimensionalidad, se realizó un Análisis de Componentes Principales (ACP) de los residuos. El porcentaje de la varianza explicada por la medida Rasch fue del 55.4 %. Asimismo, el primer componente tenía un valor propio de 2.07, lo que corresponde a un 10.4 % de la varianza explicada, cumpliendo de esta forma con los criterios de unidimensionalidad establecidos.

Los 11 ítems que se mantuvieron y sumaron en la escala muestran un buen funcionamiento diferencial. Ninguno tiene un DIF por encima de los criterios establecidos para detectar dicho criterio, ni presenta sesgos por sexo.

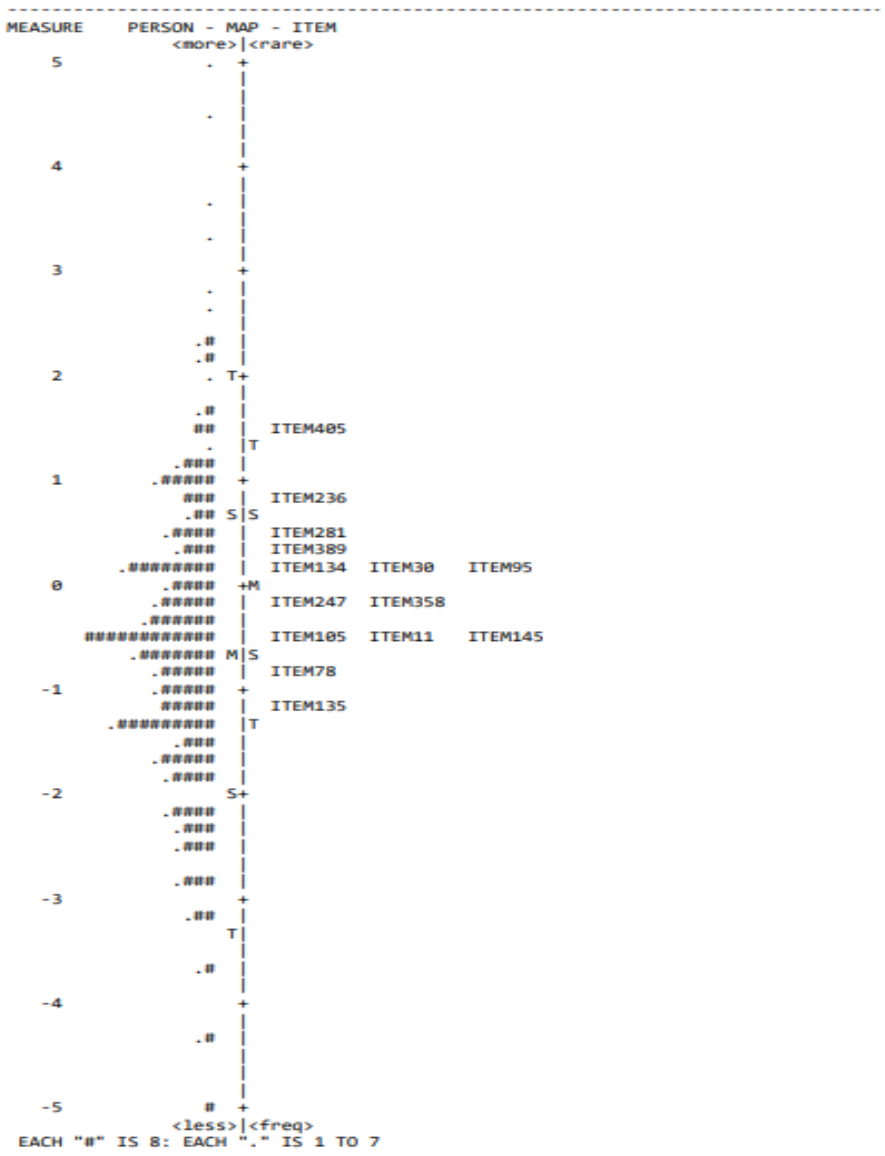
La validez de constructo fue respaldada por todos los ítems en la escala Tendencias hipomaniacas que tenían un buen ajuste bajo el modelo de Rasch, estaban libres de DIF y tenían correlaciones ítem-total que eran positivas y cercanas a sus valores esperados.

6.1.5 Dominio de Desapego

6.1.5.1 Escala Tendencia al Aislamiento

Figura 26

Gráfico Escala de Tendencia al Aislamiento-Distribución casos e ítems



Fuente: Winsteps

Análisis de ítems

La escala de Tendencia al Aislamiento originalmente estaba compuesta por 17 ítems. De acuerdo con los análisis realizados la escala finalizó con 14 ítems. Los ítems 287, 328, 392 fueron eliminados por contenido y al ser eliminados el porcentaje de varianza explicada pasó de 48.8% a 50%; además, el primer contraste pasó de 2.33 a 1.6. A través del análisis diferencial de los ítems (DIF) se determinó que ninguno estaba por encima de los criterios establecidos para detectar riesgo de sesgo en cuanto a sexo.

Tabla 73

Estadísticos de Fiabilidad y Separación de ítems y personas en la escala de Tendencia al Aislamiento

	Ítems	Personas
Fiabilidad	1.00	.90
Separación	14.37	3.00

Tal y como se observa en la tabla 73, los estadísticos de fiabilidad y separación indican que la escala es sensible para diferenciar a personas con diferentes niveles de Tendencia al Aislamiento y que podríamos esperar consistencia de estas inferencias, así como que se comprueba que existe una jerarquía en los ítems de la escala.

Tabla 74

Estadísticos correspondientes a la Estructura de Categorías (k=4) para la escala de Tendencia al Aislamiento

Categoría	Muestra	Frecuencia (%)	Promedio	InFit	OutFit	Paso
1	4084	27	-1.98	1.00	1.03	No
2	5260	35	-.79	.92	.91	-1.63
3	4238	28	.24	.91	.90	-.08
4	1594	11	1.23	1.15	1.28	1.71

Los estadísticos de las categorías de respuesta muestran que la escala de Tendencia al Aislamiento cumple con los cuatro criterios propuestos por Linacre (2002), que garantizan la calidad de las categorías de respuesta utilizadas en esta escala.

Tabla 75

Estadísticos de los ítems: ajuste (Infit y Outfit); nivel de severidad (d); el error estándar (SE) y homogeneidad para la escala de Tendencia al Aislamiento.

Ítem	Nivel de severidad (en logits)	Error estándar	MNSQ		ZTSD		Correlaciones punto-medida	DIF contrast
			Infit	Outfit	Infit	Outfit		
ITEM11	-.50	.04	.90	.94	-2.54	-1.44	.66	.00
ITEM30	.24	.04	1.16	1.14	3.62	3.03	.67	-.11
ITEM78	-.80	.04	1.02	1.00	.55	-.04	.70	-.02
ITEM95	.17	.04	.78	.77	-5.71	-5.55	.75	-.07
ITEM105	-.49	.04	.74	.75	-7.21	-6.42	.73	-.20
ITEM134	.09	.04	1.07	1.03	1.73	.61	.72	-.18
ITEM135	-1.11	.04	1.15	1.22	3.54	4.72	.57	-.21
ITEM145	-.45	.04	.92	.95	-1.92	-1.09	.64	.41
ITEM236	.91	.05	.86	.93	-3.48	-1.36	.63	.24
ITEM 247	-.12	.04	.86	.89	-3.66	-2.73	.64	.16
ITEM281	.42	.05	.88	.91	-3.13	-2.08	.69	-.15
ITEM 358	-.12	.04	1.33	1.35	7.32	7.39	.62	-.07
ITEM389	.28	.05	.98	.97	-.42	-.68	.69	-.05
ITEM405	1.49	.05	1.43	1.43	8.15	5.99	.47	.41

Los estadísticos de ajuste respectivos para la escala Tendencia al Aislamiento indican que, en el caso de los ítems, el promedio del Infit fue de 1.00 (DT= .19). Para el ajuste global externo, el promedio del Outfit fue de 1.02 (DT=.19). En cuanto a los indicadores de las personas, el valor del ajuste interno obtenido fue de 1.02 (DT= .54) y el valor del Outfit de 1.02(DT= .60). De esta forma, ninguno de los ítems presenta índices de ajuste inadecuados (Infit u Outfit > 1.5), por lo que se evidencia que los valores de ajuste de todos los ítems se incluyen en el rango óptimo para medir adecuadamente. Por otro lado, solamente 9% de las personas presentaron valores mayores a 2 en Infit u Outfit (lo que implica un porcentaje adecuado que permite concluir que el ajuste de las personas al modelo es aceptable). De esta forma, los datos señalan que no hay divergencias significativas entre las predicciones del modelo y los datos empíricos obtenidos. Posterior al análisis de los valores de correlación punto-medida se identificó que todos los ítems obtuvieron valores mayores a .3 (en un rango de .47 a .75) por lo tanto, se evidencia cumplen con el criterio de validez de contenido requerido.

Para investigar el ajuste de la prueba al supuesto de unidimensionalidad, se realizó un Análisis de Componentes Principales (ACP) de los residuos. El porcentaje de la varianza explicada por la medida Rasch fue del 50 %. Asimismo, el primer componente tenía un valor propio de 1.65 lo que corresponde a un 5.9 % de la varianza explicada, cumpliendo de esta forma con los criterios de unidimensionalidad establecidos.

La validez de constructo fue respaldada por todos los ítems en la escala Tendencia al Aislamiento que tenían un buen ajuste bajo el modelo de Rasch, estaban libres de DIF y tenían correlaciones ítem-total que eran positivas y cercanas a sus valores esperados.

6.1.5.2 Escala de Afecto restringido

Figura 27

Escala de Afecto restringido

Gráfico Escala de Afecto Restringido -Distribución casos e ítems.

```
INPUT: 1084 PERSON  9 ITEM  REPORTED: 1084 PERSON  9 ITEM  4 CATS WINSTEPS 5.0.2.0
--------------------------------------------------------------------------------

MEASURE    PERSON - MAP - ITEM
              <more>|<rare>
    3               +
                    |
                    |
                  . |
                    |
                    |
                    |
                    |
    2               +
                  . |
                    |
                    |T ITEM298
                  . |
                    |
                  . |
                 .# |
    1              T+
                 .# |
                    |S
               .### |
                    |  ITEM163  ITEM283
              #### |
            .##### |
                    |  ITEM241
    0       .###### S+M ITEM193
            .##### |
                    |  ITEM106
            .##### |
          .####### |  ITEM415
                    |
         ########## |S
       .########### |
   -1               M+  ITEM238
        .########## |
                    |  ITEM183
       .########### |
                    |
         .######### |T
                    |
      .############ |
   -2               +
         .######### S|
                    |
                    |
          .######## |
                    |
                    |
                    |
   -3         ##### +
                   T|
                    |
                    |
                    |
                    |
                 ## |
                    |
   -4            .# +
              <less>|<freq>
 EACH "#" IS 8: EACH "." IS 1 TO 7
```

Fuente: Winsteps

Análisis de ítems

La escala de Afecto restringido originalmente estaba compuesta de 12 ítems. El ítem 39 (Infit = 1.73, outfit = 1.81) se eliminó debido a que desajustaba severamente. Dicho ítem afectaba la unidimensionalidad (al ser eliminado el porcentaje de varianza explicada pasó de 39 % a 45.2 %, además, el primer contraste pasó de 9.3 % a 10.2 %). Finalmente, se realizó una exploración de posible funcionamiento diferencial de los ítems (DIF) asociado con el sexo, con la finalidad de determinar posible sesgo de los puntajes en relación con esta variable. Siguiendo con los criterios de Linacre (2009), se detectaron dos ítems que podrían estar presentando funcionamiento diferencial: el 42 (DIF contrast = -.75, prob. < .001), siendo de mayor severidad para hombres; y el 79 (DIF contrast = .73, prob. < .001), siendo de mayor severidad para mujeres. La escala se redujo finalmente a nueve ítems.

Tabla 76

Estadísticos de Fiabilidad y Separación de ítems y personas en la escala de Afecto Restringido

	Ítems	Personas
Fiabilidad	1	.76
Separación	17.74	1.77

Tal y como se observa en la tabla 76, los estadísticos de fiabilidad y separación indican que la escala es sensible para diferenciar a personas con diferentes niveles de afecto restringido. Podríamos esperar consistencia de estas inferencias, así como que se comprueba que existe una jerarquía en los ítems de la escala.

Tabla 77

Estadísticos correspondientes a la Estructura de Categorías (k=4) para la escala de Afecto restringido

Categoría	Muestra	Frecuencia (%)	Promedio	InFit	OutFit	Paso
1	3774	39	-2.06	.95	.98	No
2	3163	32	.90	.97	.84	-1.32
3	2159	22	.05	.92	.89	-.16
4	660	7	.45	1.28	1.43	1.48

Fuente: elaboración propia

Los estadísticos de las categorías de respuesta muestran que la escala de Afecto restringido cumple con los cuatro criterios propuestos por Linacre (2002) que garantizan la calidad de las categorías de respuesta utilizadas en esta escala.

Tabla 78

Estadísticos de los ítems: ajuste (Infit y Outfit); nivel de severidad (d); el error estándar (SE) y homogeneidad para la escala de Afecto restringido.

Ítem	Nivel de severidad (en logits)	Error estándar	MNSQ		ZTSD		Correlaciones punto-medida	DIF contrast
			Infit	Outfit	Infit	Outfit		
ÍTEM 106	-.24	.04	.88	.85	-3.10	-3.78	.73	-.29
ÍTEM 163	.48	.05	1.02	1.06	.39	1.14	.53	.45
ÍTEM 183	-1.21	.04	1.22	1.26	5.26	5.98	.46	.07
ÍTEM 193	-.02	.04	.96	.90	-.99	-2.21	.67	00
ÍTEM 238	-.94	.04	.90	.96	-2.58	-1.00	.50	-.11
ÍTEM 241	.18	.04	1.20	1.12	4.51	2.50	.55	-.11
ÍTEM 283	.55	.05	1.03	0.98	.70	-.37	.58	.19
ÍTEM 298	1.66	.06	.91	.89	-1.53	-1.42	.51	-.22
ÍTEM 415	-.46	.04	.95	.96	-1.29	-1.04	.63	.00

Los estadísticos de ajuste respectivos para la escala de Afecto restringido indican que, en el caso de los ítems, el promedio del Infit fue de 1.01 (DT= .12). Para el ajuste global externo, el promedio del Outfit fue de 1.00 (DT= .12). En cuanto a los indicadores de las personas, el valor del ajuste interno obtenido fue de 1.01 (DT= .60) y el valor del Outfit de .99 (DT= .72). De esta forma, ninguno de los ítems presenta índices de ajuste inadecuados (Infit u Outfit > 1.5), por lo

que se evidencia que los valores de ajuste de todos los ítems se incluyen en el rango óptimo para medir adecuadamente. Por otro lado, solamente 8.7 % de las personas presentaron valores mayores a 2 en Infit u Outfit (lo que implica un porcentaje adecuado que permite concluir que el ajuste de las personas al modelo es aceptable). De esta manera, los datos señalan que no hay divergencias significativas entre las predicciones del modelo y los datos empíricos obtenidos. Posterior al análisis de los valores de correlación punto-medida se identificó que todos los ítems obtuvieron valores mayores a 0.3 (0.46 a 0.73) por lo tanto, se evidencia cumplen con el criterio de validez de contenido requerido.

Para investigar el ajuste de la prueba al supuesto de unidimensionalidad, se realizó un Análisis de Componentes Principales (ACP) de los residuos. El porcentaje de la varianza explicada por la medida Rasch fue del 45.2 %. Asimismo, el primer componente tenía un valor propio de 1.68, lo que corresponde a un 10.2 % de la varianza explicada, cumpliendo de esta forma con los criterios de unidimensionalidad establecidos.

Los nueve ítems que se mantuvieron en la escala muestran un buen funcionamiento diferencial. Ninguno tiene un DIF por encima de los criterios establecidos para detectar dicho criterio, ni presenta sesgos por sexo.

La validez de constructo fue respaldada por todos los ítems en la escala de Afecto restringido que tenían un buen ajuste bajo el modelo de Rasch, estaban libres de DIF y tenían correlaciones ítem-total que eran positivas y cercanas a sus valores esperados.

Figura 28

Escala de Exageración de Severidad

Gráfico Escala de Exageración de Severidad -Distribución casos e ítems.

```
MEASURE     PERSON - MAP - ITEM
                <more>|<rare>
     5                +
                   .#  |
                       |
                   .#  |
                       |
                       |
                       |
     4                 +
                       |
                .#### T|
                       |
                       |
              .######  |
                       |
     3                 +
               .#####  |
                     S|
           .########  |
                       |
          .#########  |
          .#########  |T
     2                 +
        .###########  |
        .########### M|
                       |
         .##########  |  ITEM43
             .######  |  ITEM327  ITEM53
           .########  |S
     1   .##########  +  ITEM411
               .#####  |
                .####  |  ITEM374
                     S|
               .#####  |
                  .##  |
                 .###  |  ITEM156
     0            .##  +M ITEM309
                  .##  |  ITEM54
                    #  |  ITEM59
                    # T|  ITEM9
                    .  |
                    .  |
                    .  |
    -1              .  +
                    .  |S
                    .  |
                       |  ITEM380
                       |  ITEM2
                       |
                       |  ITEM321
    -2                 +
                <less>|<freq>
 EACH "#" IS 8: EACH "." IS 1 TO 7
```

Fuente: Winsteps

Análisis de ítems

La escala de Exageración de severidad estaba compuesta originalmente por un total de 17 ítems, durante el proceso de ajuste se eliminaron los siguientes ítems debido a que desajustaron severamente por sus valores de infit y outfit: 81 (infit = 1.52, outfit =1.57), el ítem 192 (infit = 1.07, outfit = 1.13), el ítem 265 (infit = 1.19, outfit = 1.25), y 364(infit = 1.10, outfit =1.15). Finalmente se realizó una exploración de posible funcionamiento diferencial de los ítems (DIF) asociado con el sexo, con la finalidad de determinar posible sesgo de los puntajes en relación con esta variable. Siguiendo con los criterios de Linacre (2009), se detectaron el ítem 9 (DIF contrast = .59, p< ,001) y el ítem 53 (DIF contrast = .62, p< ,001) que podrían estar presentando funcionamiento diferencial. De los anteriores y tras realizar el análisis de contenido de los ítems se toma la decisión de eliminar el ítem 53 (DIF contrast = .62, p< ,001) y mantener el ítem 9 (DIF contrast = .59, p< ,001), puesto que el contenido de este es de interés para llevar a cabo la medición de la severidad de constructo en la escala Exageración de severidad. Por lo que la escala de Exageración de severidad quedó en definitiva con 13 ítems en total.

Tabla 79

Estadísticos de Fiabilidad y Separación de ítems y personas en la escala de Exageración de severidad

	Ítems	Personas
Fiabilidad	1.00	.78
Separación	20.04	1.89

Tal y como se observa en la tabla 79, los estadísticos de fiabilidad y separación indican que la escala es sensible para diferenciar a personas con diferentes niveles de exageración de severidad

y que podríamos esperar consistencia de estas inferencias, así como que se comprueba que existe una jerarquía en los ítems de la escala.

Tabla 80

Estadísticos correspondientes a la Estructura de Categorías (k=4) para la escala de Exageración de Severidad

Categoría	Muestra	Frecuencia (%)	Promedio	InFit	OutFit	Paso
1	555	4%	-.12	1.38	1.75	No
2	2015	14%	.19	.93	.88	-1.43
3	4956	35%	1.14	.94	.77	-.19
4	6566	47%	2.64	.98	.98	1.62

Los estadísticos de las categorías de respuesta muestran que la escala Exageración de severidad cumple con los cuatro criterios propuestos por Linacre (2002), que garantizan la calidad de las categorías de respuesta utilizadas en esta escala.

Tabla 81

Estadísticos de los ítems: ajuste (Infit y Outfit); nivel de severidad (d); el error estándar (SE) y homogeneidad para la escala de Exageración de severidad

Ítem	Nivel de severidad (en logits)	Error estándar	MNSQ		ZTSD		Correlaciones punto-medida	DIF contra st
			Infit	Outfit	Infit	Outfit		
ITEM2	-1.52	.07	1.19	1.12	3.05	1.37	.37	.15
ITEM9	-.40	.05	.88	.85	-2.63	-2.93	.53	.50
ITEM43	1.40	.04	1.12	1.21	2.85	4.87	.36	-.28
ITEM53	1.35	.04	.108	1.06	1.88	1.38	.61	.52
ITEM54	-.20	.05	1.03	.92	.69	-1.64	.60	.08
ITEM59	-.35	.05	1.02	.86	.42	-2.61	.61	.10
ITEM156	.15	.05	.67	.69	-8.62	-7.29	.59	-.17
ITEM309	-.03	.05	.97	.97	-.71	-.69	.52	.15
ITEM321	-1.87	.08	.95	.76	-.69	-2.51	.39	-.28
ITEM327	1.22	.04	1.08	1.09	1.91	2.26	.49	-.19
ITEM374	.69	.04	1.19	1.21	4.26	4.59	.48	-.33
ITEM380	-1.44	.07	1.14	1.00	2.30	.08	.41	-.13
ITEM411	1.02	.04	1.07	1.05	1.69	1.32	.58	-.07

Los estadísticos de ajuste respectivos para la escala de exageración de severidad indican que, en el caso de los ítems, el promedio del Infit fue de 1.03 (DT= .14). Para el ajuste global externo, el promedio del Outfit fue de .98 (DT=.16). En cuanto a los indicadores de las personas,

el valor del ajuste interno obtenido fue de 1.03 (DT= .58) y el valor del Outfit de.98 (DT=.69). De esta forma, ninguno de los ítems presenta índices de ajuste inadecuados (Infit u Outfit > 1.5), por lo que se evidencia que los valores de ajuste de todos los ítems se incluyen en el rango óptimo para medir adecuadamente. Por otro lado, solamente 9.13% de las personas presentaron valores mayores a 2 en Infit u Outfit (lo que implica un porcentaje adecuado que permite concluir que el ajuste de las personas al modelo es aceptable). De esta forma, los datos señalan que no hay divergencias significativas entre las predicciones del modelo y los datos empíricos obtenidos. Posterior al análisis de los valores de correlación punto-medida se identificó que todos los ítems obtuvieron valores mayores a .3 (0.37 a 0.61) por lo tanto, se evidencia cumplen con el criterio de validez de contenido requerido.

Para investigar el ajuste de la prueba al supuesto de unidimensionalidad, se realizó un Análisis de Componentes Principales (ACP) de los residuos. Así mismo, el primer componente tenía un valor propio de 1.56 lo que corresponde a un 6.7 % de la varianza explicada, cumpliendo de esta forma con los criterios de unidimensionalidad establecidos.

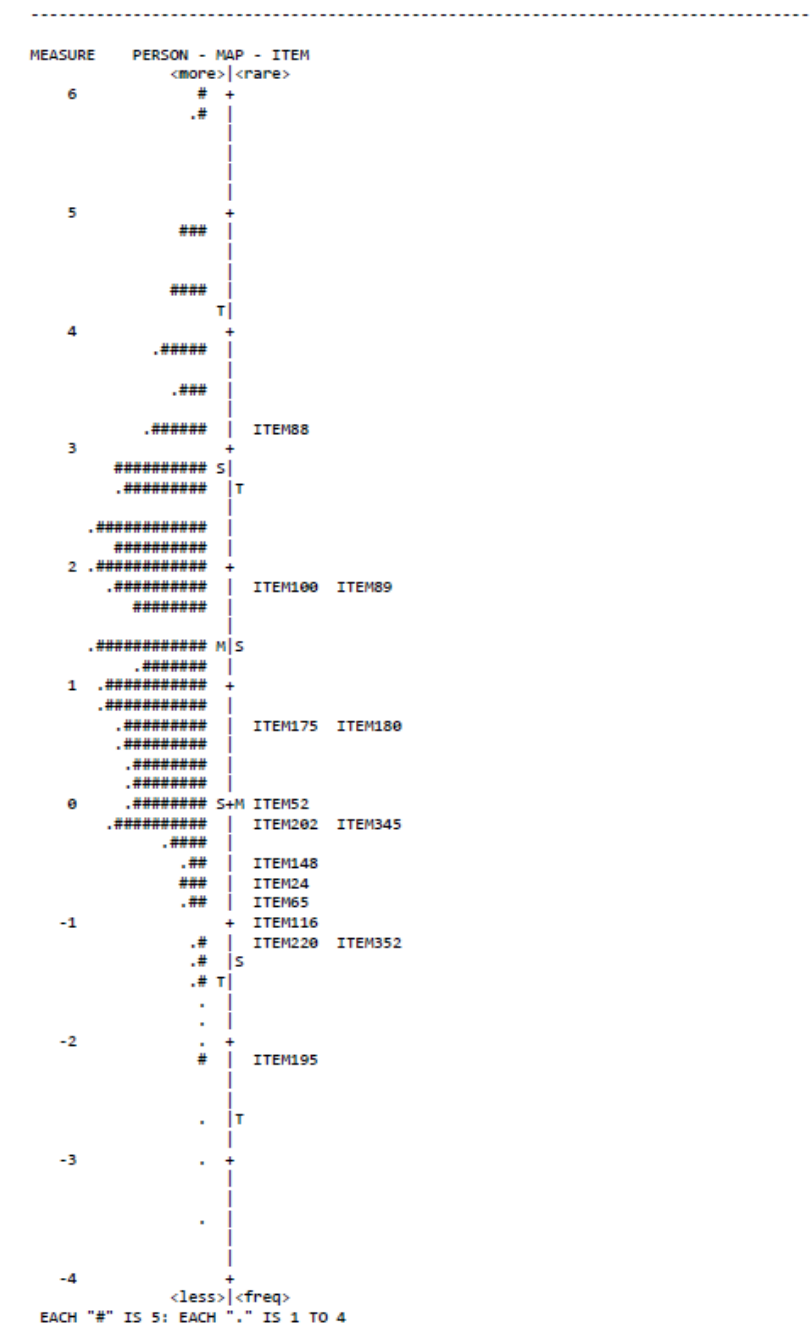
Los 13 ítems que se mantienen en la escala presentan un buen funcionamiento diferencial, ya que ninguno muestra un DIF superior a los criterios establecidos, por lo que puede decirse que no hay ningún ítem que presente un sesgo por sexo.

La validez de constructo fue respaldada por todos los ítems en la escala de Exageración de severidad que tenían un buen ajuste bajo el modelo de Rasch, estaban libres de DIF y tenían correlaciones ítem-total que eran positivas y cercanas a sus valores esperados.

6.1.5.3 Escala Negación de problemas

Figura 29

Gráfico Escala de Negación de Problemas -Distribución casos e ítems



Fuente: Winsteps

Análisis de ítems

La escala de Negación de problemas estaba compuesta originalmente por un total de 17 ítems, durante el proceso de ajuste se eliminaron los siguientes ítems debido a que desajustaron severamente por sus valores de infit y outfit: Los ítems 60 (infit = 1.77, outfit =1.97), y 334 (infit = 1.53, outfit =1.59). Finalmente se realizó una exploración de posible funcionamiento diferencial de los ítems (DIF) asociado con el sexo, con la finalidad de determinar posible sesgo de los puntajes en relación con esta variable. Siguiendo con los criterios de Linacre (2009), se detectaron los ítems 89 (DIF contrast = .59, p< ,001) y el ítem 53 (DIF contrast = .62, p< ,001), siendo ambos de mayor severidad para las mujeres que componían la muestra y que podrían estar presentando funcionamiento diferencial, sin embargo de acuerdo al análisis del contenido de dichos ítems se toma la decisión de mantenerlos puesto que realizan un aporte relevante para la medición adecuada de la severidad del constructo evaluado en la escala de Negación de problemas. Por lo que la escala quedó en definitiva con 15 ítems en total.

Tabla 82

Estadísticos de Fiabilidad y Separación de ítems y personas en la escala de Negación de Problemas

	Ítems	Personas
Fiabilidad	1.00	.89
Separación	25.68	2.85

Tal y como se observa en la tabla 82, los estadísticos de fiabilidad y separación indican que la escala es sensible para diferenciar a personas con diferentes niveles de negación de problemas y que podríamos esperar consistencia de estas inferencias, así como que se comprueba que existe una jerarquía en los ítems de la escala.

Tabla 83

Estadísticos correspondientes a la Estructura de Categorías (k=4) para la escala de Negación de problemas

Categoría	Muestra	Frecuencia (%)	Promedio	InFit	OutFit	Paso
1	1031	6%	-1.83	1.15	1.15	No
2	3511	22%	-.17	1.00	.98	-2.27
3	5888	36%	1.29	.98	.81	.09
4	5830	36%	3.03	1.00	1.03	2.18

Los estadísticos de las categorías de respuesta muestran que la escala Negación de problemas cumple con los cuatro criterios propuestos por Linacre (2002), que garantizan la calidad de las categorías de respuesta utilizadas en esta escala.

Tabla 84

Estadísticos de los ítems: ajuste (Infit y Outfit); nivel de severidad (d); el error estándar (SE) y homogeneidad para la escala de Negación de problemas.

Ítem	Nivel de severidad (en logits)	Error estándar	MNSQ		ZTSD		Correlaciones punto-medida	DIF contra st
			Infit	Outfit	Infit	Outfit		
ITEM24	-.71	.05	.87	.86	-3.05	-2.70	.64	-.07
ITEM52	.00	.05	.86	.90	-3.64	-2.31	.60	-.53
ITEM65	-.91	.05	1.06	.95	1.31	-.86	.62	.34
ITEM88	3.17	.05	1.30	1.30	6.45	5.88	.58	-.43
ITEM89	1.90	.05	.99	1.03	-.25	.67	.66	.65
ITEM100	1.77	.05	1.40	1.42	8.75	8.97	.49	-.99
ITEM116	-1.02	.06	1.00	.90	-.06	-1.69	.61	.46
ITEM148	-.47	.05	1.12	1.01	2.67	.23	.67	-.08
ITEM175	.60	.05	.93	.93	-1.70	-1.75	.64	.00
ITEM180	.58	.05	.80	.79	-5.14	-5.19	.68	.57
ITEM195	-2.20	.07	1.04	.74	.71	-2.69	.55	-.45
ITEM202	-.23	.05	.88	.86	-3.11	-3.00	.61	.39
ITEM220	-1.13	.06	.80	.74	-4.78	-4.46	.65	-.18
ITEM345	-.13	.05	1.12	1.08	2.85	1.57	.64	.44
ITEM352	-1.21	.06	1.07	.94	1.52	-.92	.60	-.30

Los estadísticos de ajuste respectivos para la escala de Negación de problemas indican que, en el caso de los ítems, el promedio del Infit fue de 1.02 (DT= .17). Para el ajuste global externo, el promedio del Outfit fue de .96 (DT=.18). En cuanto a los indicadores de las personas, el valor del ajuste interno obtenido fue de 1.00 (DT= .54) y el valor del Outfit de .96 (DT= .57). De esta forma, ninguno de los ítems presenta índices de ajuste inadecuados (Infit u Outfit > 1.5), por lo que se evidencia que los valores de ajuste de todos los ítems se incluyen en el rango óptimo para medir adecuadamente. Por otro lado, solamente 8.94% de las personas presentaron valores mayores a 2 en Infit u Outfit (lo que implica un porcentaje adecuado que permite concluir que el ajuste de las personas al modelo es aceptable). De esta forma, los datos señalan que no hay divergencias significativas entre las predicciones del modelo y los datos empíricos obtenidos. Posterior al análisis de los valores de correlación punto-medida se identificó que todos los ítems obtuvieron valores mayores a .3 (0.49 a 0.68) por lo tanto, se evidencia cumplen con el criterio de validez de contenido requerido.

Para investigar el ajuste de la prueba al supuesto de unidimensionalidad, se realizó un Análisis de Componentes Principales (ACP) de los residuos. Así mismo el primer componente tenía un valor propio de 1.76, lo que corresponde a un 5.0 % de la varianza explicada, cumpliendo de esta forma con los criterios de unidimensionalidad establecidos.

Los 15 ítems que se mantienen en la escala presentan un buen funcionamiento diferencial, ya que ninguno muestra un DIF superior a los criterios establecidos, por lo que puede decirse que no hay ningún ítem que presente un sesgo por sexo.

La validez de constructo fue respaldada por todos los ítems en la escala Negación de problemas que tenían un buen ajuste bajo el modelo de Rasch, estaban libres de DIF y tenían correlaciones ítem-total que eran positivas y cercanas a sus valores esperados.

6.2 Evidencias de Validez de Constructo desde la TCT

6.3 Caracterización de la muestra

Para este estudio de análisis de varianza se contó con una muestra normativa de 828 personas para las cuáles se analizaron las variantes de sexo, nacionalidad, escolaridad, estado civil, residencia y edad.

Para la muestra de población normativa se incluyó a ciudadanos y residentes costarricenses de todas partes del país, mayores de 18 años. Como criterios de inclusión se tuvieron los siguientes: que la persona sea independiente a nivel funcional, que no sea portador de algún tipo de discapacidad cognitiva que limite su capacidad de comprensión verbal o de lectura, y que no tuviera antecedentes de haber experimentado algún tipo de desajuste severo a nivel psicológico que requiriera su internamiento en centro médico o el tratamiento psicofarmacológico prolongado (por más de 6 meses).

Las principales características de la población de la muestra normativa son las siguientes:

Tabla 85

Frecuencias de Sexo

Niveles	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Femenino	558	67.4 %	67.4 %
Masculino	270	32.6%	100 %

Como se puede ver en la tabla 85 la mayoría de las personas que llenaron la encuesta se identifican como mujeres, lo que representa un 67,4%, contra un 32,6%, que se identificaron como hombres.

Tabla 86

Frecuencias de Nacionalidad

Niveles	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Costarricense	792	96.1 %	96.1 %
Nicaragüense	11	1.3 %	97.5 %
Otro Centroamérica	4	0.5 %	97.9 %
Otra	17	2.1 %	100 %

El análisis de nacionalidad se realizó sobre 824 personas, ya que 4 personas no respondieron el enunciado. La nacionalidad costarricense es la predominante en los participantes, representado en un 96,1%. El 3,9% restante de la población se ubicó en otras nacionalidades, como nicaragüenses, otra nacionalidad centroamericana u otra nacionalidad.

Tabla 87

Frecuencias de Escolaridad

Niveles	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Primaria incompleta	9	1.2 %	1.2 %
Primaria completa	25	3.2 %	4.4 %
Secundaria incompleta	49	6.3 %	10.8 %
Secundaria completa	92	11.9 %	22.7 %
Educación técnica	2	0.3 %	22.9 %
Universitaria incompleta bachiller	188	24.4 %	47.3 %
Universitaria completa bachiller	100	13.0 %	60.2 %
Universitaria incompleta licenciatura	56	7.3 %	67.5 %
Universitaria completa licenciatura	159	20.6 %	88.1 %
Posgrado universitario	92	11.9 %	100.0 %

El análisis sobre escolaridad se realizó con base a 772 personas, debido a que 56 no indicaron su nivel académico, siendo el enunciado que más personas no respondieron. Un 77,2% de la muestra cuenta con estudios universitarios, en los rangos que van desde bachillerato universitario incompleto hasta personas con un posgrado concluido. Un 22,8% de la muestra tiene menor escolaridad, en un espectro que va desde la primaria incompleta hasta educación secundaria de nivel técnico.

Tabla 88

Frecuencias de Estado civil

Niveles	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Soltera(o)	414	52.5 %	52.5 %
Casada(o)	210	26.6 %	79.1 %
Union libre	81	10.3 %	89.4 %
Divorciada(o)	66	8.4 %	97.7 %
Separada(o)	15	1.9 %	99.6 %
Viuda(o)	3	0.4 %	100.0 %

Referente al estado civil de las personas en la muestra, se analizaron los datos de 789 personas, ya que 39 no respondieron este enunciado. Esta muestra estuvo distribuida en un 52.5% en personas solteras, el 47,5% restante estuvo distribuida entre los siguientes estatus: casada, unión libre, divorciada, separada o viuda

Tabla 89

Frecuencia por Provincia de residencia

Niveles	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
San José	334	40.7 %	40.7 %
Alajuela	195	23.8 %	64.4 %
Cartago	69	8.4 %	72.8 %
Heredia	180	21.9 %	94.8 %
Puntarenas	22	2.7 %	97.4 %
Guanacaste	10	1.2 %	98.7 %
Limón	11	1.3 %	100.0 %

Referente a la distribución geográfica, se analizaron 821 datos, 7 personas no respondieron sobre la provincia de residencia. La muestra está fuertemente localizada en el Valle Central, con un 94,8% de las personas proviniendo de las provincias de San José, Alajuela, Cartago y Heredia. Solo 5,2% provino de las otras tres provincias.

Tabla 90

Distribución de edades

	Edad
n	826
Perdidos	2
Media	34.5
Mediana	33.0
Desviación estándar	11.8
Mínimo	18
Máximo	81

Por último, referente a las edades en la muestra, se analizaron 826 personas, quedando 2 personas sin responder. Las edades están en un rango entre los 18 y 81 años, con una media de 34,5 años.

6.3.1 Pruebas *t* por sexo para muestra la muestra normativa

6.3.1.1 Espectro de Antagonismo

Se realizó una Prueba t de Student, para las escalas del espectro de antagonismo, esto con el objetivo de observar si existían diferencias significativas dentro de la muestra normativa de acuerdo con su sexo.

Tabla 91

Prueba t para muestras independientes

		t	de	Student		*d* de Cohen
Escalas	*t*	*gl*	*p*	Diferencia de Medias	EE de la Diferencia	Tamaño del Efecto
Búsqueda de Atención	-2.41	802	.0016	-0.927	0.385	-0.181
Rasgos Manipulatorios	-2.79	802	.005	-1.136	0.408	0.209
Tendencia al Engaño	-3.44	802	< .001	-1.567	0.455	0.258
Rasgos de Grandiosidad	-1.54	802	.214	-0.533	0.346	0.116
Insensibilidad Interpersonal	-4.59	802	< .001	-1.298	0.274	0.357

Los resultados de la prueba t de Student, permitieron determinar que todas las escalas presentan un promedio mayor en el grupo masculino. Así, por ejemplo, en Búsqueda de Atención el grupo masculino reportó mayores puntuaciones (M=18.8; SD=4.95) que el grupo femenino

(M=17.9; SD=17.9). En la escala de Rasgos Manipulatorios igualmente el grupo masculino tuvo mayores puntuaciones (M=21.7; SD=5.53) que el grupo femenino (M=20.6; SD= 5.39). Es la misma situación con la escala de Tendencia al Engaño, donde el grupo masculino puntúa más alto (M=21.8; SD=6.83) que el grupo femenino (M=20.3; SD=5.67). También con la escala de Rasgos de Grandiosidad, el grupo masculino (M=21.3; SD=4.72) reporta mayores puntuaciones que el grupo femenino (M=20.7; SD=4.56). Finalmente, en la escala de Insensibilidad Interpersonal, el grupo masculino (M=19.2; SD=3.68) puntúa más que el grupo femenino (M=17.9; SD=3.58), (ver tabla 92).

Estas diferencias nos permitieron identificar que hubo diferencias significativas [$p \leq .05$] entre ambos grupos, para cuatro de las cinco escalas de este espectro.

Tabla 92

Descriptivas de grupo

	Grupo	N	Media	Mediana	DE	EE
Búsqueda de Atención	Femenino	538	17.9	18.0	5.22	0.225
	Masculino	266	18.8	18.5	4.95	0.304
Rasgos Manipulatorios	Femenino	538	20.6	20.0	5.39	0.233
	Masculino	266	21.7	22.0	5.53	0.339
Tendencia al Engaño	Femenino	538	20.3	19.0	5.67	0.244
	Masculino	266	21.8	21.0	6.83	0.419
Rasgos de Grandiosidad	Femenino	538	20.7	21.0	4.56	0.196
	Masculino	266	21.3	21.0	4.72	0.290
Insensibilidad Interpersonal	Femenino	538	17.9	18.0	3.58	0.154
	Masculino	266	19.2	19.0	3.68	0.226

De esta forma, en las escalas de Búsqueda de Atención [t (802) = -2.41, $p < .016$], Rasgos Manipulatorios [t (802) = -2.79, $p < .005$], Tendencia al Engaño [t (802) = -3.44, $p < .001$], e Insensibilidad Interpersonal [t (802) = -4.79, $p < .001$]; se observan las diferencias significativas entre ambos grupos (ver tabla 91).Mientras que la escala restante del espectro, la cual corresponde a Rasgos de Grandiosidad [t (802) = -1.54, $p < .214$]; no presenta una diferencia significativa entre ambos grupos.

De acuerdo con los resultados anteriores, por medio de la *d* de Cohen se midió el tamaño del efecto y se pudo determinar que cuatro escalas presentan un efecto pequeño de la varianza total y una escala puntuó en el efecto medio de la varianza total.

Las escalas que puntuaron en el efecto pequeño (r = < .10 y/o <.30) son las siguientes: Búsqueda de Atención (r = .18), Rasgos Manipulatorios (r = .20), Tendencia al Engaño (r = .25) y Rasgos de Grandiosidad (r =.11) por lo que el efecto es relativo al 1% de la varianza y el efecto no es tan significativo.

La escala que puntuó en el efecto medio (r = > .30 < .50) fue la de Insensibilidad Interpersonal (r = .35), por lo que el efecto es relativo al 9% de la varianza y el efecto no es significativo.

De acuerdo con este análisis y los hallazgos anteriormente mencionados, al no haber resultados que estuvieran por encima de r = .50; así como por el hecho de que las escalas estén por debajo de ese efecto, no es necesario, o relevante, tener normas diferenciadoras para hombres y mujeres en las escalas de este espectro, ya que las diferencias son poco relevantes a nivel práctico.

6.3.1.2 Espectro de Desinhibición

De acuerdo con la metodología, se realizó una Prueba *t* de Student para las escalas del espectro de Desinhibición, con el fin de determinar si existían diferencias significativas en la muestra de acuerdo con su sexo.

Tabla 93

Prueba t para muestras independientes

		t	de	Student		*d* de Cohen
Escalas	*t*	*gl*	*p*	Diferencia de Medias	EE de la Diferencia	Tamaño del Efecto
Irresponsabilidad	0.992	802	0.321	0.406	0.464	0.0744
Rasgos Impulsivos	2.205	802	0.028	0.660	0.299	0.1653
Necesidad de Estímulos y toma de Riesgos	4.991	802	< .001	2.132	0.427	0.3741
Distractabilidad	2.230	802	0.026	1.110	0.498	0.1671
Potencial a la Adicción	7.646	802	< .001	4.982	0.652	0.5733

Los resultados de la prueba *t* de Student nos permitieron determinar que tres de las cinco escalas, presentan un promedio mayor en el grupo masculino. Estas escalas son: la escala de Irresponsabilidad que reporta un promedio mayor en el grupo masculino (M=22.4; SD=5.71) que en el grupo femenino (M=22.0; SD=5.32), de igual forma en la escala Potencial a la Adicción, el grupo masculino tiene una media más alta (M=29.8; SD=9.79) que el grupo femenino (M=24.9; SD=8.09) y la tercera es la escala de Rasgos Impulsivos donde el grupo masculino (M=20.5; SD=4.14) es mayor que el grupo femenino (M=21.2; SD=3.92), (ver tabla 94).

Para las otras escalas el grupo femenino presenta un promedio mayor que el grupo masculino, así para la escala de Distractibilidad, el grupo masculino (M=29.0; SD=6.98) es menor al grupo femenino (M=30.1; SD=6.47); y es el mismo caso de la escala de Rasgos Impulsivos donde el grupo femenino (M=21.2; SD=3.92) es mayor que el grupo masculino (M=20.5; SD=4.14).

Tabla 94

Descriptivas de Grupo

	Grupo	N	Media	Mediana	DE	EE
Irresponsabilidad	Femenino	538	22.0	22.0	5.32	0.229
	Masculino	266	22.4	22.0	5.71	0.350
Rasgos Impulsivos	Femenino	538	21.2	21.0	3.92	.0169
	Masculino	266	20.5	21.0	4.14	0.254
Necesidad de Estímulos y toma de Riesgos	Femenino	538	26.5	26.0	5.72	0.247
	Masculino	266	28.6	28.0	5.66	0.347
Distractibilidad	Femenino	538	30.1	30.0	6.47	0.279
	Masculino	266	29.0	29.0	6.98	0.428
Potencial a la Adicción	Femenino	538	24.9	22.0	8.09	0.349
	Masculino	266	29.8	27.0	9.79	0.601

Estos resultados nos sugieren que hubo diferencias significativas [$p \leq .05$] en la varianza entre ambos grupos, en cuatro de las cinco escalas de este espectro (ver tabla 93).

Las escalas con esta diferencia significativa entre ambos grupos son: la escala de Rasgos Impulsivos [t (802) = 2.20, $p < .028$], la escala de Necesidad de Estímulos y Toma de Riesgos [t (802) = 4.99, $p < .001$], la escala de Distractibilidad [t (802) = 2.23, $p < .026$] y la escala de Potencial a la Adicción [t (802) = 7.64, $p < .001$].

Por su parte la escala de Irresponsabilidad [t (802) = 0.99, $p < .321$], no tuvo una diferencia significativa entre ambos grupos.

Finalmente, de acuerdo con los resultados anteriores, por medio de la *d* de Cohen se midió el tamaño del efecto y se pudo determinar que tres escalas puntuaron en el efecto pequeño de la varianza total, una escala puntuó en el efecto medio de la varianza total y la escala restante en el efecto grande de la varianza total.

Las escalas que puntuaron en el efecto pequeño (r = <.10 y/o <.30) son las siguientes: Irresponsabilidad (r = .07), Rasgos Impulsivos (r = .16), Distractibilidad (r = .16), por lo que el efecto es relativo al 1% de la varianza y el efecto no es tan significativo.

La escala que puntuó en el efecto medio (r = >.30 - <.50) fue la escala de Necesidad de Estímulos y Toma de Riesgos (r=.37); por lo que el efecto es relativo al 9% de la varianza y el efecto no es significativo.

Por último, la escala restante Potencial a la Adicción (r = .57) puntuó en el efecto grande (r = > .50) de la varianza total, por lo que el efecto es relativo al 25% de la varianza y el efecto es significativo. Al tener este resultado que estuvo por encima de .50 es necesario o relevante, tener normas para hombres y mujeres que permitan diferenciar en la interpretación de los resultados para estas poblaciones, puesto que para esta escala específica las diferencias son relevantes a nivel práctico.

6.3.2 Espectro de Afecto Negativo

Siguiendo la metodología, se realizó una Prueba *t* de Student para las escalas del espectro de Afecto Negativo, con el fin de determinar si existían diferencias significativas en la muestra de acuerdo con su sexo.

Tabla 95

Prueba t para muestras independientes

		t	de	Student		*d* de Cohen
Escalas	*t*	*gl*	*p*	Diferencia de Medias	EE de la Diferencia	Tamaño del Efecto
Rasgos Depresivos	0.543	802	0.587	0.368	0.678	0.0407
Rasgos Ansiosos	5.857	802	< .001	4.020	0.686	0.4390
Inestabilidad Emocional	6.278	802	< .001	2.526	0.402	0.4705
Rasgos Hostiles	2.622	802	0.009	1.974	0.753	0.1965
Rigidez Perseverativa	-0.72	802	0.446	-0.201	0.276	0.0546
Rasgos de Inseguridad Vincular	1.827	802	0.068	0.591	0.323	0.1370
Vulnerabilidad al Estrés	5.454	802	< .001	2.667	0.489	0.4088

Los resultados de la prueba *t* de Student permitieron determinar que seis escalas de las siete en total presentan un promedio mayor en el grupo femenino sobre el grupo masculino (ver tabla 96).

Así en la escala de Rasgos Depresivos el grupo femenino (M=29.5; SD= 8.76) tuvo mayores puntuaciones que el grupo masculino (M= 29.1; SD=9.61), en la escala de Rasgos Ansiosos el grupo femenino (M=32.6; SD= 9.38) puntúa sobre el grupo masculino (M= 28.6; SD=8.68), en la escala de Inestabilidad Emocional el las puntuaciones del grupo femenino (M=22.6; SD= 5.48) se encuentran sobre el grupo masculino (M= 20.0;SD=5.13), en la escala de Rasgos Hostiles, el grupo femenino (M=45.5; SD=10.01) es mayor que el grupo masculino (M= 43.5; SD=10.12), también en la escala de Rasgos de Inseguridad Vincular, el grupo femenino (M=18.6; SD= 4.26) es mayor que el grupo masculino (M= 18.0; SD=4.41) y por último, en la escala de Vulnerabilidad al Estrés, el grupo femenino (M=29.4; SD=6.67) es mayor que el grupo masculino (M= 26.7; SD=6.21).

Así solamente para la escala de Rigidez Perseverativa, se encontraron resultados que indicaron que el grupo masculino (M=20.9; SD=3.50) es mayor que el grupo femenino (M= 20.7; SD=3.77).

Tabla 96

Descriptivas de Grupo

	Grupo	N	Media	Mediana	DE	EE
Rasgos Depresivos	Femenino	538	29.5	27.0	8.76	0.378
	Masculino	266	29.1	27.0	9.61	0.589
Rasgos Ansiosos	Femenino	538	32.6	32.0	9.38	0.405
	Masculino	266	28.6	28.0	8.68	0.532
Inestabilidad Emocional	Femenino	538	22.6	22.0	5.48	0.236
	Masculino	266	20.0	19.0	5.13	0.314
Rasgos Hostiles	Femenino	538	45.5	46.0	10.01	0.431
	Masculino	266	43.5	43.0	10.12	0.621
Rigidez Perseverativa	Femenino	538	20.7	21.0	3.77	0.163
	Masculino	266	20.9	21.0	3.50	0.214
Rasgos de Inseguridad Vincular	Femenino	538	18.6	18.0	4.26	0.184
	Masculino	266	18.0	18.0	4.41	0.270
Vulnerabilidad al Estrés	Femenino	538	29.4	29.0	6.67	0.288
	Masculino	266	26.7	27.0	6.21	0.381

Estos resultados permitieron identificar que hubo diferencias significativas [$p \leq .05$] entre ambos grupos, el masculino y el femenino en cuatro de las siete escalas de este espectro (ver tabla 95).

Las escalas que presentaron diferencias significativas entre hombres y mujeres son: Rasgos Ansiosos [t (802) = 5.85, $p < .001$], Inestabilidad Emocional [t (802) = 6.27, $p < .001$], Rasgos Hostiles [t (802) = 2.62, $p < .009$] y Vulnerabilidad al Estrés [t (802) = 5.45, $p < .001$]. Estas cuatro escalas presentan una diferencia importante ya que su rango es muy bajo dentro de p, lo cual da una fiabilidad del 99% de la varianza entre ambos grupos.

Por el contrario, las escalas que no tienen diferencias significativas entre ambos grupos son: la escala de Rasgos Depresivos [t (802) = 0.54, $p < .587$], Rigidez Perseverativa [t (802) = -0.72, $p < .446$] y Rasgos de Inseguridad Vincular [t (802) = 1.82, $p < .068$], todas estas escalas presentan una (p <.05).

Finalmente, de acuerdo con los resultados anteriores, por medio de la d de Cohen se midió el tamaño del efecto y se pudo determinar que cuatro escalas puntuaron en el efecto pequeño y tres en el efecto medio.

Las escalas que puntuaron en el efecto pequeño (r = < .10 y/o <.30) son las siguientes: Rasgos Depresivos (r = .04), Rasgos Hostiles (r = .19), Rigidez Perseverativa (r = .05) y Rasgos de Inseguridad Vincular (r = .13).

Las escalas que puntuaron en el efecto medio (r = >.30 <.50) son las siguientes: Rasgos Ansiosos (r = .43), Inestabilidad Emocional (r = .47) y Vulnerabilidad al Estrés (r = .40).

Dado que no hubo resultados que estuvieran por encima de .50, es decir, al estar las escalas por debajo de ese efecto, no es necesario o relevante, tener normas diferenciadoras para hombres y mujeres que expliquen la varianza, ya que las diferencias son poco relevantes a nivel práctico.

6.3.3 Espectro de Desapego

Con respecto al espectro de Desapego, siguiendo la metodología, también se realizó la prueba *t* de Student, para muestras independientes con el objetivo de poder identificar diferencias significativas en la muestra de acuerdo con su sexo (ver tabla 98).

Tabla 97

Prueba t para muestras independientes

		t	de	Student		*d* de Cohen
Escalas	*t*	*gl*	*p*	Diferencia de Medias	EE de la Diferencia	Tamaño del Efecto
Tendencia al Aislamiento	-1.39	802	0.166	-0.382	0.600	0.104
Afecto Restringido	-3.58	802	< .001	-1.190	0.332	0.268

Los resultados de la prueba *t* de Student, permitieron determinar que las dos escalas presentan un promedio mayor en el grupo masculino. Así, por ejemplo, para la escala de Tendencia al Aislamiento el grupo masculino (M=33.6; SD=8.45) tuvo mayores puntuaciones que el grupo femenino (M= 32.8; SD=7.77); y lo mismo sucede con la escala de Afecto Restringido donde el grupo masculino (M=19.4; SD=4.57) es mayor que el grupo femenino (M= 18.2; SD=4.37).

Tabla 98

Descriptivas de Grupo

	Grupo	N	Media	Mediana	DE	EE
Tendencia al aislamiento	Femenino	538	32.8	33.0	7.77	0.335
	Masculino	266	33.6	33.0	8.45	0.518
Afecto Restringido	Femenino	538	18.2	18.0	4.37	0.188
	Masculino	266	19.4	19.0	3.57	0.280

Los resultados anteriores nos permitieron identificar que una de las dos escalas presenta una diferencia significativa, así la escala de Tendencia al Aislamiento [t (802) = -1.39, p < .166] no presenta una diferencia significativa, por el contrario Afecto Restringido [t (802) = -3.58, p < .001], si presenta una diferencia significativas [$p \leq .05$] entre ambos grupos, esta diferencia es importante ya que su rango es muy bajo dentro de p, lo cual da una fiabilidad del 99% de la diferencia entre ambos géneros (ver tabla 97).

Finalmente, de acuerdo con los resultados anteriores, por medio de la d de Cohen se midió el tamaño del efecto y se pudo determinar que las 2 escalas puntuaron en el efecto pequeño (r = < .10 y/o < .30) de la varianza total. En este caso, la escala de Tendencia al Aislamiento (r = .10) y Afecto Restringido (r = .26).

Por lo tanto, al no haber resultados que estuvieran por encima de .50 y por estar las escalas por debajo de ese efecto, no es necesario o relevante, tener normas de interpretación diferenciadas de los resultados, para hombres y mujeres ya que las diferencias son poco relevantes a nivel práctico.

6.3.4 Espectro de Psicoticismo

Finalmente, en el análisis del espectro de Psicoticismo, siguiendo la metodología, de acuerdo con la prueba *t* de Student, para muestras independientes se pudieron identificar diferencias en la muestra de acuerdo con su sexo (ver tabla 100).

Tabla 99

Prueba t para muestras independientes

		t	de	Student		*d* de Cohen
Escalas	*t*	*gl*	*p*	Diferencia de Medias	EE de la Diferencia	Tamaño del Efecto
Creencias Experiencias Inusuales	2.46	802	0.014	1.127	0.458	0.184
Suspicacia Paranoia	1.76	802	0.078	0.957	0.543	0.132
Desregulación Perceptual Cognitiva	1.90	802	.0058	0.803	0.423	0.142
Excentricidad	-4.34	802	< .001	2.111	0.486	0.325
Tendencias Hipomaníacas	-2.13	802	0.033	0.829	0.389	0.160

Los resultados de la prueba *t* de Student, permitieron identificar que tres de las cinco escalas que componen la dimensión, presentaron un promedio mayor en el grupo femenino, en el caso de la escala de Creencias y Experiencias Inusuales el grupo femenino (M=22.7; SD=6.31) es mayor que el grupo masculino (M= 21.6; SD=5.70), mientras que para la escala de Suspicacia/Paranoia el grupo femenino (M= 32.3; SD= 7.34) es mayor que el grupo masculino (M= 31.4;SD= 7.04) y

en la escala de Desregulación Perceptual y Cognitiva el grupo femenino (M= 20.3;SD= 5.73) presentó resultados mayores que el grupo masculino (M= 19.5; SD=5.46).

Tabla 100

Descriptivas de Grupo

	Grupo	N	Media	Mediana	DE	EE
Creencias Experiencias Inusuales	Femenino	538	22.7	22.0	6.31	0.272
	Masculino	266	21.6	21.0	5.70	0.349
Suspicacia Paranoia	Femenino	538	32.3	32.0	7.34	0.316
	Masculino	266	31.4	31.0	7.04	0.431
Desregulación Perceptual Cognitiva	Femenino	538	20.3	20.0	5.73	0.247
	Masculino	266	19.5	18.0	5.46	0.335
Excentricidad	Femenino	538	20.6	20.0	6.53	0.281
	Masculino	266	22.8	22.0	6.41	0.393
Tendencias Hipomaníacas	Femenino	538	24.5	24.0	5.09	0.220
	Masculino	266	25.3	25.0	5.38	0.330

Solamente en dos de las escalas que componen la dimensión se identificaron diferencias por sexo, siendo para la escala de Excentricidad que el grupo masculino (M=22.8; SD= 6.41) es mayor que el grupo femenino (M= 20.6; SD=6.53) y en la escala de Tendencias Hipomaníacas el grupo masculino (M=25.3; SD=5.38) es mayor que el grupo femenino (M= 24.5; SD=5.09).

Los resultados anteriores nos permitieron identificar que hubo diferencias significativas en tres de las cinco escalas, dado que presentaron una diferencia [$p \leq .05$] entre ambos grupos (ver tabla 99).

Las escalas que presentaron diferencias significativas entre hombres y mujeres fueron: la escala de Creencias y Experiencias Inusuales [t (802) = 2.46, p < .014], la escala de Excentricidad [t (802) = -4.34, p < .001], y la escala de Tendencias Hipomaníacas [t (802) = -2.13, p < .033].

Por el contrario, las escalas que no tienen diferencias significativas entre ambos sexos son: la escala de Suspicacia/Paranoia [t (802) = 1.76, p < .078] y la escala de Desregulación Perceptual y Cognitiva [t (802) = 1.90, p < .058], estos dos presentan una diferencia de [$p \leq .05$].

Finalmente, de acuerdo con los resultados anteriores, por medio de la d de Cohen se midió el tamaño del efecto y se pudo determinar que, de las cinco escalas, cuatro puntuaron en el efecto pequeño (r = <. 10 y/o <.30) de la varianza total y una en el efecto medio.

En este caso, las escalas de efecto pequeño son las siguientes: Creencias y Experiencias Inusuales (r = .18), Suspicacia/Paranoia (r = .13), Desregulación Perceptual y Cognitiva (r = .14) y Tendencias Hipomaníacas (r = .16). Mientras que la escala de Excentricidad (r = .32), puntuó en el efecto medio.

Por lo tanto, al no haber resultados que estuvieran por encima de .50 y por estar las escalas por debajo de ese efecto, no es necesario o relevante tener normas para hombres y mujeres ya que las diferencias son poco relevantes a nivel práctico

6.3.5 Pruebas *t* Student para muestras normativa y Policial

6.3.5.1 Espectro de Antagonismo

Se realizó una Prueba *t* de Student, para las escalas del espectro de Antagonismo, con el fin de determinar sí existen diferencias significativas entre la muestra normativa y policial (ver tabla 102).

Tabla 101

Prueba t para muestras independientes

		t	de	Student		*d* de Cohen
Escalas	*t*	*gl*	*p*	Diferencia de Medias	EE de la Diferencia	Tamaño del Efecto
Búsqueda de Atención	7.61	49	< .001	3.13	0.411	0.703
Rasgos Manipulatorios	10.82	469	< .001	4.90	0.453	1.000
Tendencia al Engaño	11.55	469	< .001	5.96	0.516	1.067
Rasgos de Grandiosidad	13.95	469	< .001	5.78	0.414	1.289
Insensibilidad Interpersonal	10.05	469	< .001	3.30	0.329	0.928

Los resultados de la prueba *t* de Student, permitieron determinar que todas las escalas presentan un promedio mayor de las puntuaciones en el grupo normativo que con respecto al grupo del policial, por ejemplo, en Búsqueda de Atención el grupo normativo (M = 18.7; SD = 4.90) es mayor que el grupo del policial (M = 15.6; SD = 3.85), en el caso de Rasgos Manipulatorios, el grupo normativo (M = 21.8; SD = 5.47) es mayor en promedio al grupo policial (M = 16.9; SD =

4.16). En Tendencia al Engaño el grupo normativo (M = 21.9; SD = 6.86) es mayor que el grupo policial (M = 15.9; SD = 3.58). También en Rasgos de Grandiosidad, el grupo normativo es mayor (M = 21.2; SD = 4.72) que el grupo policial (M = 15.5; SD = 4.19). Finalmente, para la escala de Insensibilidad Interpersonal el grupo normativo (M = 19.2; SD = 3.69) es mayor que el grupo policial (M = 15.9; SD = 3.40).

Tabla 102

Descriptivas de Grupo

	Grupo	N	Media	Mediana	DE	EE
Búsqueda de Atención	Normativo	252	18.7	18.0	4.90	0.309
	Policial	219	15.6	15.0	3.85	0.260
Rasgos Manipulatorios	Normativo	252	21.8	22.0	5.47	0.344
	Policial	219	16.9	17.0	4.16	0.281
Tendencia al engaño	Normativo	252	21.9	21.0	6.86	0.432
	Policial	219	15.9	15.0	3.58	0.242
Rasgos de Grandiosidad	Normativo	252	21.2	21.0	4.72	0.298
	Policial	219	15.5	14.0	4.19	0.283
Insensibilidad Interpersonal	Normativo	252	19.2	19.0	3.69	0.232
	Policial	219	15.9	15.0	3.40	0.230

De acuerdo con los resultados anteriores, se pudo observar que las cinco escalas que componen el espectro de Antagonismo, tales como, Búsqueda de Atención [t (469) = 7.61, p < .001], Rasgos Manipulatorios [t (469) = 10.82, p < .001], Tendencia al Engaño [t (469) = 11.55, p < .001], Rasgos de Grandiosidad [t (469) = 13.95, p < .001] e Insensibilidad Interpersonal [t (469)

= 10.05, $p < .001$], presentan una diferencia significativa [$p \leq .05$] entre ambos grupos (ver tabla 101).

De acuerdo con la metodología de esta investigación, se hizo un análisis por medio de la *d* de Cohen para las muestras independientes para medir el tamaño del efecto como diferencia de medias estandarizada y revisar cuántas desviaciones típicas de diferencia hay entre los resultados anteriores obtenidos de los dos grupos que se comparan, es decir, normativa y el policial.

Por lo tanto, por medio del análisis de la *d* de Cohen para estos dos grupos, se pudo observar que las cinco escalas: Búsqueda de Atención (r = .70), Rasgos Manipulatorios (r = 1.00), Tendencia al Engaño (r = 1.06), Rasgos de Grandiosidad (r = 1.28) e Insensibilidad Interpersonal (r =.92), puntuaron en el efecto grande (r = >.50) de la varianza total. Por lo que el efecto es relativo al 25% de la varianza total y el efecto es significativo. Al tener este resultado sobre .50 es necesario o relevante, tener normas de diferenciación que permitan la interpretación de la varianza entre ambos grupos, para esta dimensión específica, ya que las diferencias son relevantes a nivel práctico.

6.3.5.2 Espectro de Desinhibición

Se realizó una Prueba *t* de Student, para las escalas del espectro de Desinhibición, con el fin de determinar si existían diferencias significativas entre el grupo normativo y el policial (ver tabla 104).

Tabla 103

Prueba t para muestras independientes

		t	de	Student		*d* de Cohen
Escalas	*t*	*gl*	*p*	Diferencia de Medias	EE de la Diferencia	Tamaño del Efecto
Irresponsabilidad	13.79	469	< .001	6.40	0.464	1.274
Rasgos Impulsivos	16.22	469	< .001	5.88	0.363	1.499
Necesidad de Estímulos y toma de Riesgos	7.97	469	< .001	3.85	0.483	0.736
Distractibilidad	16.01	469	< .001	9.42	0.588	1.479
Potencial a la Adicción	14.03	469	< .001	9.60	0.684	1.296

Los resultados de la prueba *t* de Student, permitieron determinar que para este espectro todas las escalas presentan un promedio mayor en el grupo normativo que con respecto al grupo policial, por ejemplo, la escala de Irresponsabilidad (M = 22.3;SD = 5.64) reporta un promedio mayor en el grupo normativo que en el grupo policial (M = 15.9;SD = 4.20), es la misma situación con la escala de Rasgos Impulsivos (M = 20.4;SD = 4.13) que reporta un promedio mayor en el grupo normativo que en el grupo del policial (M = 14.5;SD = 3.68), también la escala de Necesidad de Estímulos y Toma de Riesgos (M = 28.6;SD = 5.52) que reporta un promedio mayor en el grupo normativo que en el grupo policial (M = 24.8;SD = 4.87), en el caso de la escala de Distractibilidad (M = 28.9;SD = 6.92) tenemos la misma situación que reporta un promedio mayor en el grupo normativo que en el grupo policial (M = 19.5;SD = 5.67), y finalmente la escala de Potencial a la Adicción (M = 29.6;SD = 9.70), que reporta un promedio mayor en el grupo normativo, que en el grupo policial (M = 20.0;SD = 3.13).

Tabla 104

Descriptivas de Grupo

	Grupo	N	Media	Mediana	DE	EE
Irresponsabilidad	Normativo	252	22.3	22.0	5.64	0.355
	Policial	219	15.9	15.0	4.20	0.284
Rasgos Impulsivos	Normativo	252	20.4	21.0	4.13	.0260
	Policial	219	14.5	20.0	3.68	0.249
Necesidad de Estímulos y toma de Riesgos	Normativo	252	28.6	28.0	5.52	0.348
	Policial	219	24.8	25.0	4.87	0.3829
Distractibilidad	Normativo	225	24.9	29.0	6.92	0.436
	Policial	219	19.5	24.0	5.67	0.383
Potencial a la Adicción	Normativo	252	29.6	26.0	9.70	0.611
	Policial	219	20.	23.0	3.13	0.211

Las diferencias anteriores sugieren la existencia de diferencias significativas [$p \leq .05$] entre ambos grupos, los resultados mostraron que efectivamente las cinco escalas que componen el espectro de Desinhibición presentan una diferencia significativa (ver tabla 103).

Las diferencias fueron las siguientes, para la escala de Irresponsabilidad [t (469) = 13.79, p < .001], para la escala de Rasgos Impulsivos [t (469) = 16.22, p <.001], para la escala de Necesidad de Estímulos y Toma de Riesgos [t (469) = 7.97, p <.001], para la escala de Distractibilidad [t (469) = 16.01, p < .001], y para la escala de Potencial a la Adicción [t (469) = 14.03, p < .001]

De acuerdo con el análisis por medio de la d de Cohen, se pudo observar que las cinco escalas en su totalidad: la de Irresponsabilidad (r =1.27), la escala de Rasgos Impulsivos (r = 1.49), la escala de Necesidad de Estímulos (r = 0.73), la escala de Distractibilidad (r = 1.47) y la escala de Potencial a la Adicción (r = 1.29), puntuaron en el efecto grande (r = >.50) de la varianza

total, por lo que el efecto es relativo al 25% de la varianza y el efecto es significativo. Al tener este resultado que estuvo por encima de .50 es necesario o relevante, tener normas diferenciadoras para la interpretación de los resultados para ambos grupos, para esta escala específica ya que las diferencias son relevantes a nivel práctico.

6.3.5.3 Espectro de Afecto Negativo

Se realizó una Prueba *t* de Student, para las siete escalas del espectro de Afecto Negativo, con el fin de determinar si existían diferencias significativas entre la población normativa y del policial (ver tabla 106).

Tabla 105

Prueba t para muestras independientes

		t	de	Student		*d* de Cohen
Escalas	*t*	*gl*	*p*	Diferencia de Medias	EE de la Diferencia	Tamaño del Efecto
Rasgos Depresivos	13.95	469	< .001	9.32	0.668	1.289
Rasgos Ansiosos	14.56	469	< .001	9.34	0.642	1.345
Inestabilidad Emocional	14.06	469	< .001	5.67	0.403	1.299
Rasgos Hostiles	15.92	469	< .001	13.42	0.843	1.471
Rigidez Perseverativa	13.55	469	< .001	4.20	0.310	1.252
Rasgos de Inseguridad Vincular	11.03	469	< .001	3.96	0.359	1.019
Vulnerabilidad al Estrés	15.11	469	< .001	7.81	0.517	1.396

Los resultados de la prueba *t* de Student, nos permitieron determinar que para este espectro todas las escalas presentan un promedio mayor en las puntuaciones en el grupo normativo con respecto al grupo policial, por ejemplo, en Rasgos Depresivos el grupo normativo (M = 28.7;SE = 9.36) es mayor que el grupo policial (M = 19.4; SD = 3.42), en la escala de Rasgos Ansiosos el grupo normativo (M = 28.2; SD = 8.47) es mayor que el grupo policial (M = 18.8; SD = 4.59), en la escala de Inestabilidad Emocional el grupo normativo (M = 19.8; SD = 5.06) es mayor que el grupo policial (M = 14.1;SD=3.40), en la escala de Rasgos Hostiles, el grupo normativo (M = 43.4; SD = 10.16) es mayor que el grupo policial (M = 30; SD = 7.77), en la escala de Rigidez Perseverativa, el grupo normativo (M = 20.9; SD = 3.42) es mayor que el grupo policial (M = 16.7;SD=3.28), también en la escala de Rasgos de Inseguridad Vincular, el grupo normativo (M = 17.9; SD = 4.35) es mayor que el grupo policial (M= 13.9; SD = 3.26) y por último, en la escala de Vulnerabilidad al Estrés, el grupo normativo (M=26.5; SD = 6.15) es mayor que el grupo policial (M = 18.7; SD = 4.88).

Tabla 106

Descriptivas de Grupo

	Grupo	N	Media	Mediana	DE	EE
Rasgos Depresivos	Normativo	252	28.7	26.5	9.36	0.589
	Policial	219	19.4	19.0	3.42	0.231
Rasgos Ansiosos	Normativo	252	28.2	27.0	8.47	0.534
	Policial	219	18.8	17.0	4.59	0.310
Inestabilidad Emocional	Normativo	252	19.8	19.0	5.06	0.319
	Policial	219	14.1	13.0	3.40	0.230
Rasgos Hostiles	Normativo	252	43.4	43.0	10.16	0.640
	Policial	219	30.0	28.0	7.77	0.525
Rigidez Perseverativa	Normativo	252	20.9	21.0	3.42	0.215
	Policial	219	16.7	17.0	3.28	0.222
Rasgos de Inseguridad Vincular	Normativo	252	17.9	17.0	4.35	0.274
	Policial	219	13.9	14.0	3.26	0.220
Vulnerabilidad al Estrés	Normativo	252	26.5	26.0	6.15	0.387
	Policial	219	18.7	17.0	4.88	0.330

Siguiendo los resultados anteriores, se pudo observar que las siete escalas que componen el espectro de Afecto Negativo presentan una diferencia significativa [$p \leq .05$] entre ambos grupos, así la escala de Rasgos Depresivos [t (469) = 13.95, $p < .001$], Rasgos Ansiosos [t (469) = 14.56, $p < .001$], Inestabilidad Emocional [t (469) = 14.06, $p < .001$], Rasgos Hostiles [t (469) = 15.92,

$p < .001$], Rigidez Perseverativa [t (469) = 13.55, $p < .001$], Rasgos de Inseguridad Vincular [t (469) = 11.03, $p < .001$], y Vulnerabilidad al Estrés [t (469) = 15.11, $p < .001$], presentan esta diferencia entre el grupo normativo y el policial (ver tabla 105).

En el análisis hecho, por medio de la *d* de Cohen a la muestra normativa y policial, se determinó que las siete escalas, tales como la escala de Rasgos Depresivos (r = 1.28), la escala de Rasgos Ansiosos (r = 1.34), la escala de Inestabilidad Emocional (r = 1.29), la escala de Rasgos Hostiles (r = 1.47), la escala de Rigidez Perseverativa (r = 1.25), la escala de Rasgos de Inseguridad Vincular (r = 1.09) y la escala de Vulnerabilidad al Estrés (r = 1.39) puntuaron en el efecto grande (r = >.50) de la varianza total, por lo que el efecto es relativo al 25% de la varianza siendo este significativo. Al tener este resultado que estuvo por encima de .50 es necesario o relevante, tener normas diferenciadoras para la interpretación de los resultados para ambos grupos, para esta dimensión específica, ya que las diferencias son relevantes a nivel práctico.

6.3.5.4 Espectro de Desapego

Con respecto al espectro de Desapego, siguiendo la metodología, se realizó la prueba *t* de Student para muestras independientes con el objetivo de poder identificar la existencia de diferencias significativas entre el grupo normativo y policial (ver tabla 108).

Tabla 107

Prueba t para muestras independientes

		t	de	Student		*d* de Cohen
Escalas	*t*	gl	*p*	Diferencia de Medias	EE de la Diferencia	Tamaño del Efecto
Tendencia al Aislamiento	12.74	469	< .001	8.96	0.703	1.177
Afecto Restringido	11.38	469	< .001	4.42	0.389	1.051

Los resultados de la prueba *t* de Student, muestran que las dos escalas presentan un promedio mayor de puntuaciones en el grupo normativo sobre el grupo policial, así por ejemplo la escala de Tendencia al Aislamiento el grupo normativo (M = 33.5; SD = 8.29) es mayor que el grupo policial (M = 24.5; SD = 6.74), lo mismo sucede con la escala de Afecto Restringido donde el grupo normativo (M = 19.4; SD = 4.51) es mayor que el grupo policial (M = 15; SD = 3.82).

Tabla 108

Descriptivas de Grupo

	Grupo	N	Media	Mediana	DE	EE
Tendencia al aislamiento	Normativo	252	33.5	33.0	8.29	0.522
	Policial	219	24.5	23.0	6.74	0.455
Afecto Restringido	Normativo	252	19.4	19.0	4.51	0.284
	Policial	219	15.0	14.0	3.82	0.258

Siguiendo el análisis anterior se pudo observar que las dos únicas escalas del espectro de Desapego; la escala de Tendencia al Aislamiento [t (469) = 12.74, $p < .001$] y la escala de Afecto

Restringido [t (469) = 11.38, p <.001]; presentaron una diferencia significativa [$p \leq .05$] entre ambos grupos normativo y policial.

Finalmente, de acuerdo con los resultados anteriores y con el análisis por medio de la *d* de Cohen, se pudo determinar que la escala de Tendencia al Aislamiento (r = 1.17) y la escala de Afecto Restringido (r =.1.05), puntuaron en el efecto grande (r = >.50) de la varianza total, por lo que el efecto es relativo al 25% de la varianza y el mismo es significativo. Al tener este resultado que estuvo por encima de .50 es necesario, o relevante, tener normas para ambos grupos, para esta escala específica, ya que las diferencias son relevantes a nivel práctico (ver tabla 107).

6.3.5.5 Espectro de Psicoticismo

Con respecto al espectro de Psicoticismo, siguiendo la metodología, se realizó la prueba *t* de Student para muestras independientes con el objetivo de poder identificar si existen diferencias significativas entre la población normativa y policial (ver tabla 110).

Tabla 109

Prueba t para muestras independientes

		t	de	Student		*d* de Cohen
Escalas	*t*	*gl*	*p*	Diferencia de Medias	EE de la Diferencia	Tamaño del Efecto
Creencias Experiencias Inusuales	13.65	469	< .001	5.90	0.432	1.261
Suspicacia Paranoia	12.15	469	< .001	7.53	0.620	1.122
Desregulación Perceptual Cognitiva	14.46	469	< .001	5.73	0.396	1.336
Excentricidad	17.75	469	< .001	8.67	0.488	1.640
Tendencias Hipomaníacas	7.62	469	< .001	3.67	.0482	0.704

Los resultados de la prueba *t* de Student, nos permitieron determinar que para este espectro todas las escalas presentan un promedio mayor en las puntuaciones en el grupo normativo que con respecto al grupo del policial.

Así en el caso de Creencias y Experiencias Inusuales el grupo normativo (M=21.6;SD=5.78) es mayor que el grupo policial (M = 15.7; SD =2.93), en la escala de Suspicacia/Paranoia el grupo normativo (M = 31.5; SD = 7.09) es mayor que el grupo policial (M = 23.9; SD = 6.25), en la escala de Desregulación Perceptual y Cognitiva el grupo normativo (M = 19.4; SD = 5.42) es mayor que el grupo policial (M = 13.6; SD = 2.38) lo mismo sucede con la escala de Excentricidad el grupo normativo (M = 22.7; SD = 6.44) es mayor que el grupo policial (M = 14; SD = 3.52) y en Tendencias Hipomaníacas el grupo normativo (M = 25.4; SD =5.36) es mayor que el grupo del policial (M = 21; SD = 5.05).

Tabla 110

Descriptivas de Grupo

	Grupo	N	Media	Mediana	DE	EE
Creencias Experiencias Inusuales	Normativo	252	21.6	21.0	5.78	0.364
	Policial	219	15.7	15.0	2.93	0.198
Suspicacia Paranoia	Normativo	252	31.5	31.5	7.09	0.447
	Policial	219	23.9	23.0	6.25	0.423
Desregulación Perceptual Cognitiva	Normativo	252	19.4	18.0	5.42	0.342
	Policial	219	13.6	13.0	2.38	0.161
Excentricidad	Normativo	252	22.7	22.0	6.44	0.406
	Policial	219	14.0	13.0	3.52	0.238
Tendencias Hipomaníacas	Normativo	252	25.4	25.0	5.36	0.338
	Policial	219	21.7	21.0	5.05	0.341

Siguiendo los resultados anteriores, se pudo observar que las cinco escalas que componen el espectro de Psicoticismo presentan una diferencia significativa [$p \leq .05$] entre ambos grupos, así la escala de Creencias y Experiencias Inusuales [t (469) = 13.65, $p < .001$], la escala de Suspicacia/Paranoia [t (469) = 12.15, $p < .001$], Desregulación Perceptual y Cognitiva [t (469) = 14.46, $p < .001$], Excentricidad [t (469) = 17.75, $p < .001$] y Tendencias Hipomaníacas con una diferencia de [t (469) = 7.62, $p < .001$], (ver tabla 109).

En el análisis hecho, por medio de la d de Cohen a la muestra normativa y policial, con respecto al espectro de Psicoticismo, se pudo observar que el total de las cinco escalas, tales como la escala de Creencias y Experiencias Inusuales (r = 1.26), la escala de Suspicacia/Paranoia (r = 1.12), la escala de Desregulación Perceptual y Cognitiva (r = 1.33), la escala de Excentricidad (r

= 1.64) y la escala de Tendencias Hipomaníacas (r = 0.70) puntuaron en el efecto grande (r = >.50) de la varianza total, por lo que el efecto es relativo al 25% de la varianza y el mismo es significativo. Al tener este resultado que estuvo por encima de .50 es necesario, o relevante, tener normas diferenciadas para la interpretación de los resultados para ambos grupos en esta dimensión específica, ya que las diferencias son relevantes a nivel práctico.

6.3.6 Pruebas *t* para muestras independientes de la muestra Normativa y Penitenciaria

6.3.6.1 Espectro de Antagonismo

Se realizó una Prueba *t* de Student, para las escalas del espectro de Antagonismo, con el fin de determinar si existían diferencias significativas entre el grupo normativo y penitenciario (ver tabla 112).

Tabla 111

Prueba t para muestras independientes

		t	de	Student		*d* de Cohen
Escalas	*t*	*gl*	*p*	Diferencia de Medias	EE de la Diferencia	Tamaño del Efecto
Búsqueda de Atención	4.581	341	< .001	2.610	0.570	0.5602
Rasgos Manipulatorios	4.610	341	< .001	3.082	0.668	0.5638
Tendencia al Engaño	2.197	341	.029	1.779	0.810	0.2687
Rasgos de Grandiosidad	5.569	341	< .001	3.227	0.580	0.6810
Insensibilidad Interpersonal	3.512	341	< .001	1.625	0.463	0.4296

Los resultados de la prueba *t* de Student, nos permitieron determinar que todas las escalas presentan un promedio mayor de las puntuaciones en el grupo normativo con respecto al grupo penitenciario, por ejemplo, en Búsqueda de atención el grupo normativo (M = 18.7; SD=4.90) es mayor que el grupo penitenciario (M = 16.1; SD = 3.90), en el caso de Rasgos Manipulatorios, el grupo normativo (M = 21.8; SD = 5.47) es mayor en promedio al grupo penitenciario (M=18.7; SD=5.46). En Tendencia al Engaño el grupo normativo (M = 21.9; SD = 6.86) es mayor que el grupo penitenciario (M=20.1; SD = 5.89). También en Rasgos de Grandiosidad, el grupo normativo es mayor (M = 21.2; SD = 4.72) que el grupo penitenciario (M=18.0; SD=4.78) y finalmente en Insensibilidad Interpersonal el grupo normativo (M = 19.2; SD=3.69) es mayor que el grupo penitenciario (M = 17.5; SD = 4.04).

Tabla 112

Descriptivas de Grupo

	Grupo	N	Media	Mediana	DE	EE
Búsqueda de Atención	Normativo	252	18.7	18.0	4.90	0.309
	Penitenciario	91	16.1	16.0	3.90	0.408
Rasgos Manipulatorios	Normativo	252	21.8	20.0	5.47	0.344
	Penitenciario	91	18.7	18.0	5.46	0.572
Tendencia al engaño	Normativo	252	21.9	21.0	6.86	0.432
	Penitenciario	91	20.1	19.0	5.89	0.617
Rasgos de Grandiosidad	Normativo	252	21.2	21.0	4.72	0.298
	Penitenciario	91	18.0	17.0	4.78	0.501
Insensibilidad Interpersonal	Normativo	252	19.2	19.0	3.69	0.232
	Penitenciario	91	17.5	17.0	4.04	0.424

En concordancia con estos resultados, se pudo determinar que las cinco escalas que componen el espectro de Antagonismo, la escala de Búsqueda de Atención [t (341) = 4.58, p < .001], la escala de Rasgos Manipulatorios [t (341) = 4.61, p < .001], la escala de Tendencia al Engaño [t (341) = 2.19, p < .029], la escala Rasgos de Grandiosidad [t (341) = 5.56, p < .001], y la escala de Insensibilidad Interpersonal [t (341) = 3.51, p < .001], presentan una diferencia significativa [$p \leq .05$] entre ambas poblaciones (ver tabla 111).

Siguiendo estos resultados se hizo un análisis por medio de la *d* de Cohen para medir el tamaño del efecto como diferencia de medias estandarizada y revisar cuántas desviaciones típicas de diferencia hay entre los resultados de ambos grupos, es decir, normativa y penitenciaria.

Por lo tanto, por medio del análisis de la *d* de Cohen a estos dos grupos, se pudo observar que: la escala de Tendencia al Engaño (r = .26) puntuó en el efecto pequeño (r = <.10 y/o <.30) de la varianza total, por lo que el efecto es relativo al 1% de la varianza y el efecto no es tan significativo.

La escala de Insensibilidad Interpersonal (r = .42) puntuó en el efecto medio (r = > .30 < .50) de la varianza total, por lo que el efecto es relativo al 9% de la varianza y el efecto no es significativo.

En el caso de la escala de Búsqueda de Atención (r = .56), la escala de Rasgos Manipulatorios (r =.56) y la escala de Rasgos de Grandiosidad (r = .68), puntuaron en el efecto grande (r = >.50) de la varianza total, por lo que el efecto es relativo al 25% de la varianza y el efecto es significativo. Al tener este resultado que estuvo por encima de .50 es necesario o relevante, tener normas diferenciadoras para la interpretación de los resultados de tres escalas al aplicarse a ambos grupos, ya que las diferencias son relevantes a nivel práctico.

6.3.6.2 Espectro de Desinhibición

Se realizó una Prueba t de Student, para las escalas del espectro de Desinhibición, con el fin de determinar si existían diferencias significativas entre la población normativa y penitenciaria (ver tabla 114).

Tabla 113

Prueba t para muestras independientes

		t	de	Student		*d* de Cohen
Escalas	*t*	*gl*	*p*	Diferencia de Medias	EE de la Diferencia	Tamaño del Efecto
Irresponsabilidad	3.561	341	< .001	2.418	0.679	0.4356
Rasgos Impulsivos	-0.65	341	0.516	-0.338	0.519	-0.0796
Necesidad de Estímulos y toma de Riesgos	2.906	341	.004	2.010	0.692	0.3554
Distractibilidad	5.393	341	< .001	4.486	0.832	0.6595
Potencial a la Adicción	0.470	341	0.638	0.589	1.251	0.0575

Los resultados de la prueba *t* de Student, permitieron determinar que cuatro de las cinco escalas presentan un promedio mayor de las puntuaciones en el grupo normativo con respecto al grupo penitenciario, y solo una escala presenta lo contrario, es decir mayores puntuaciones en el grupo penitenciario con respecto al normativo.

Las escalas donde en promedio se reportaron mayores puntuaciones del grupo normativo sobre el penitenciario son: la escala de Irresponsabilidad que reporta un promedio mayor en el grupo normativo (M = 22.3; SD = 5.64) que en el grupo penitenciario (M = 19.9; SD = 5.29), es

la misma situación con la escala de Necesidad de Estímulos y Toma de Riesgos que reporta un promedio mayor en el grupo normativo (M = 28.6; SD = 5.52) que en el grupo penitenciario (M = 26.6; SD = 6.01), en el caso de la escala de Distractibilidad tenemos la misma situación que reporta un promedio mayor en el grupo normativo (M = 28.9; SD = 6.92) que en el grupo penitenciario (M = 24.4; SD = 6.46), y finalmente la escala de Potencial a la Adicción , que reporta un promedio mayor en el grupo normativo (M = 29.6; SD = 9.70), que en el grupo penitenciario (M = 29.0; SD =11.59). Finalmente, para la escala de Rasgos Impulsivos el grupo penitenciario (M = 20.8; SD = 4.13) presenta un promedio mayor que el grupo normativo (M = 20.4; SD = 4.55).

Tabla 114

Descriptivas de Grupo

	Grupo	N	Media	Mediana	DE	EE
Irresponsabilidad	Normativo	252	22.3	22.0	5.64	0.355
	Penitenciario	91	19.9	19.0	5.29	0.555
Rasgos Impulsivos	Normativo	252	20.4	21.0	4.13	0260
	Penitenciario	91	20.8	20.2	4.55	0.477
Necesidad de Estímulos y toma de Riesgos	Normativo	252	28.6	28.0	5.52	0.348
	Penitenciario	91	26.6	25.0	6.01	0.630
Distractibilidad	Normativo	225	28.9	29.0	6.92	0.436
	Penitenciario	91	24.4	24.0	6.46	0.677
Potencial a la Adicción	Normativo	252	29.6	26.0	9.70	0.611
	Penitenciario	91	29.0	23.0	11.59	1.215

Como parte de los resultados anteriores se pudo constatar que, de las cinco escalas que componen el espectro, tres presentan una diferencia significativa [$p \leq .05$], en este caso son las escalas de Irresponsabilidad [t (341) = 3.56, $p < .001$], Necesidad de Estímulos y Toma de Riesgos [t (341) = 2.90, $p < .004$] y Distractibilidad [t (341) = 5.39, $p < .001$], (ver tabla 113).

Y las dos escalas restantes, no presentan una diferencia significativa, estas escalas son las de Rasgos Impulsivos [t (341) = -0.65, $p < .516$] y la de Potencial a la Adicción [t (341) = 0.47, $p < .638$].

Por último, de acuerdo con el análisis por medio de la *d* de Cohen (ver tabla 113), se obtuvieron los siguientes resultados:

La escala de Rasgos Impulsivos (r = -0.07) y la escala de Potencial a la Adicción (r = 0.05) puntuaron en el efecto pequeño (r = <.10 y/o <.30) de la varianza total, por lo que el efecto es relativo al 1% de la varianza y el mismo no es tan significativo.

Las escalas de Irresponsabilidad (r =.43) y Necesidad de Estímulos (r =.35) puntuaron en el efecto medio (r = >.30 <.50) de la varianza total, por lo que el efecto es relativo al 9% de la varianza y este no es significativo.

En el caso de la escala de Distractibilidad (r =.65) puntuó en el efecto grande (r = >.50) de la varianza total, por lo que el efecto es relativo al 25% de la varianza y este es significativo. Al tener este resultado que estuvo por encima de .50 es necesario o relevante, tener normas diferenciadoras para la interpretación de los resultados para ambos grupos con respecto a esta escala, ya que las diferencias son relevantes a nivel práctico.

6.3.6.3 Espectro de Afecto Negativo

Se realizó una Prueba *t* de Student, para las siete escalas del espectro de Afecto Negativo, con el fin de determinar si existían diferencias significativas entre la población normativa y penitenciaria (ver tabla 116).

Tabla 115

Prueba t para muestras independientes

		t	de	Student		*d* de Cohen
Escalas	*t*	*gl*	*p*	Diferencia de Medias	EE de la Diferencia	Tamaño del Efecto
Rasgos Depresivos	1.576	341	0.116	1.680	1.066	0.1927
Rasgos Ansiosos	1.861	341	0.064	1.884	1.013	0.2275
Inestabilidad Emocional	0.879	341	0.380	0.550	0.626	0.1075
Rasgos Hostiles	4.254	341	< .001	5.360	1.260	0.5202
Rigidez Perseverativa	4.603	341	< .001	1.993	0.433	0.5629
Rasgos de Inseguridad Vincular	0.393	341	0.0694	0.204	0.518	0.0481
Vulnerabilidad al Estrés	3.606	341	< .001	2.754	0.764	0.4410

Los resultados de la prueba *t* de Student, permitieron determinar que para este espectro todas las escalas presentan un promedio mayor en las puntuaciones del grupo normativo que con respecto al grupo penitenciario.

Así en el caso de Rasgos Depresivos el grupo normativo (M = 28.7; SD =9 .36) es mayor que el grupo penitenciario (M = 27.0; SD = 6.63), en el caso de Rasgos Ansiosos el grupo normativo (M=28.2;SD=8.47) es mayor que el grupo penitenciario (M = 26.3; SD = 7.41), en la escala de Inestabilidad Emocional el grupo normativo (M = 19.8; SD = 5.06) es mayor que el grupo penitenciario (M = 19.3; SD = 5.28), en la escala de Rasgos Hostiles, el grupo normativo (M = 43.4; SD = 10.16) es mayor que el grupo penitenciario (M= 38.1; SD = 10.70), en la escala de Rigidez Perseverativa, el grupo normativo (M = 20.9; SD = 3.42) es mayor que el grupo penitenciario (M = 18.9; SD = 3.86), también en la escala de Rasgos de Inseguridad Vincular, el grupo normativo (M = 17.9; SD = 4.35) es mayor que el grupo penitenciario (M= 17.7;SD=3.89) y por último, en la escala de Vulnerabilidad al Estrés, el grupo normativo (M = 26.5, SD = 6.15) es mayor que el grupo penitenciario (M = 23.8; SD = 6.51).

Tabla 116

Descriptivas de Grupo

	Grupo	N	Media	Mediana	DE	EE
Rasgos Depresivos	Normativo	252	28.7	26.5	9.36	0.589
	Penitenciario	91	27.0	25.0	6.63	0.695
Rasgos Ansiosos	Normativo	252	28.2	27.0	8.47	0.534
	Penitenciario	91	26.3	24.0	7.71	0.808
Inestabilidad Emocional	Normativo	252	19.8	19.0	5.06	0.319
	Penitenciario	91	19.3	18.0	5.28	0.553
Rasgos Hostiles	Normativo	252	43.4	43.0	10.16	0.640
	Penitenciario	91	38.1	36.0	10.70	1.122
Rigidez Perseverativa	Normativo	252	209	21.0	3.42	0.215
	Penitenciario					
Rasgos de Inseguridad Vincular	Normativo	252	179	17.0	4.35	0.274
	Penitenciario	91	18.9	19.0	3.86	0.404
Vulnerabilidad al Estrés	Normativo	252	17.9	17.0	4.35	0.274
	Penitenciario	91	17.7	18.0	3.89	0.407

Siguiendo estos resultados se pudo identificar que hubo diferencias en tres de las siete escalas, dado que presentaron una diferencia significativa [$p \leq .05$] entre el grupo normativo y penitenciario (ver tabla 116).

Las escalas que presentaron diferencias significativas entre población normativa y penitenciaria son: Rasgos Hostiles con una diferencia de [t (341) = 4.25, $p < .001$], Rigidez

Perseverativa con una diferencia de [t (341) = 4.60, p < .001] y Vulnerabilidad al Estrés con una diferencia de [t (341) = 3.606, p < .001].

Por el contrario, las escalas que no tienen diferencias significativas entre ambos grupos son: la escala de Rasgos Depresivos [t (341) = 1.57, p < .116], la escala de Rasgos Ansiosos [t (341) = 1.86, p < .064], la escala de Inestabilidad Emocional [t (341) = 0.87, p < .380] y la escala de Rasgos de Inseguridad Vincular [t (341) = 0.393 p < .069], siendo que todas ellos presentan una [p ≤ .05].

En el análisis hecho, por medio de la *d* de Cohen a la muestra normativa y penitenciaria con respecto al espectro de Afecto Negativo, se obtuvieron los siguientes resultados: cuatro escalas puntuaron en el efecto pequeño de la varianza total y tres escalas puntuaron en el efecto medio de la varianza total.

Las escalas que puntuaron en el efecto pequeño (r = < .10 y/o <.30) son las siguientes: Rasgos Depresivos (r = .19), Rasgos Ansiosos (r = .22), Inestabilidad Emocional (r = .10) y Rasgos de Inseguridad Vincular (r = .04), por lo que el efecto es relativo al 1% de la varianza total y el mismo no es tan significativo.

La escala que puntuó en el efecto medio (r = >.30 <.50), es Vulnerabilidad al Estrés (r = .44) de la varianza total, por lo que el efecto es relativo al 9% de la varianza y el efecto no es significativo.

Las dos escalas restantes, Rasgos Hostiles (r = .52) y Rigidez Perseverativa (r = .56) puntuaron en el efecto grande (r = >.50) de la varianza total, por lo que el efecto es relativo al 25% de la varianza y el mismo es significativo. Al tener este resultado que estuvo por encima de .50 es necesario o relevante, tener normas diferenciadoras para la interpretación de los resultados para

ambos grupos, para estas dos escalas específicas ya que las diferencias son relevantes a nivel práctico.

6.3.6.4 Espectro de Desapego

Con respecto al espectro de Desapego, siguiendo la metodología, se realizó la Prueba *t* de Student, para muestras independientes con el objetivo de poder identificar la existencia de diferencias significativas entre la población normativa y penitenciaria (ver tabla 117).

Tabla 117

Prueba *t* para muestras independientes

		t	de	Student		*d* de Cohen
Escalas	*t*	*gl*	*p*	Diferencia de Medias	EE de la Diferencia	Tamaño del Efecto
Tendencia al Aislamiento	3.64	341	< .001	3.678	1.010	0.4451
Afecto Restringido	4.71	341	< .001	2.497	0.530	0.5765

Los resultados de la prueba t de Student, nos permitieron determinar que para este espectro las dos escalas presentan una tendencia en un promedio mayor en la muestra normativa sobre la penitenciaria, así por ejemplo la escala de Tendencia al Aislamiento el grupo normativo (M=33.5; SD=8.29) es mayor que el grupo penitenciario (M = 29.8; SD=8.17), lo mismo sucede con la escala de Afecto Restringido donde el grupo normativo (M =19.4; SD = 4.51) es mayor que el grupo penitenciario (M = 16.9; SD = 3.78).

Tabla 118

Descriptivas de Grupo

	Grupo	N	Media	Mediana	DE	EE
Tendencia al aislamiento	Normativo	252	33.5	33.0	8.29	0.522
	Penitenciario	91	29.8	29.0	8.17	0.857
Afecto Restringido	Normativo	252	19.4	19.0	4.51	0.284
	Penitenciario	91	16.9	17.0	3.78	0.396

Siguiendo los resultados anteriores, se pudo observar que las dos únicas escalas del espectro, Tendencia al Aislamiento [t (341) = 3.64, $p < .001$] y Afecto Restringido [t (341) = 4.71, $p < .001$], presentaron una diferencia significativa [$p \leq .05$] entre ambos grupos normativo y penitenciario (ver tabla 117).

También de acuerdo con el análisis por medio de la d de Cohen, la escala de Tendencia al Aislamiento (r = .44) puntuó en el efecto medio de la varianza (r = >.30 <.50) por lo que el efecto es relativo al 9% de la varianza y el mismo no es significativo.

En el caso del espectro de Afecto Restringido (r = .57), puntuó en el efecto grande (r = >. 50) de la varianza total, por lo que el efecto es relativo al 25% de la varianza y el mismo es significativo. Al tener este resultado que estuvo por encima de .50 es necesario o relevante, tener normas diferenciadoras para la interpretación de los resultados para ambos grupos, para esta escala específica, ya que las diferencias son relevantes a nivel práctico.

6.3.6.5 Espectro de Psicoticismo

Con respecto al espectro de Psicoticismo, siguiendo la metodología, se realizó la Prueba *t* de Student para muestras independientes con el objetivo de poder identificar diferencias significativas entre el grupo normativo y penitenciario (ver tabla 120).

Tabla 119

Prueba t para muestras independientes

		t	de	Student		*d* de Cohen
Escalas	*t*	*gl*	*p*	Diferencia de Medias	EE de la Diferencia	Tamaño del Efecto
Creencias Experiencias Inusuales	0.38	341	0.704	0.264	0.695	0.465
Suspicacia Paranoia	-1.00	341	0.318	-0.86	0.869	-0.122
Desregulación Perceptual Cognitiva	1.321	341	0.188	0.864	0.654	0.1615
Excentricidad	3.399	341	< .001	2.615	0.769	0.4157
Tendencias Hipomaníacas	4.293	341	< .001	2.852	0.664	0.5250

Los resultados de la prueba *t* de Student, permitieron determinar que para este espectro, cuatro de las cinco escalas presentan un promedio mayor en el grupo normativo en relación con el penitenciario, así en el caso de Creencias y Experiencias Inusuales el grupo normativo (M=21.6;SD=5.78) es mayor que el grupo penitenciario (M = 21.4; SD=5.41), en la escala de Desregulación Perceptual y Cognitiva el grupo normativo (M = 19.4; SD =5 .42) es mayor que el grupo penitenciario (M = 18.5; SD = 5.13), lo mismo sucede con la escala de Excentricidad donde

el grupo normativo (M =22.7; SD=6.44) es mayor que el grupo penitenciario (M= 20.0; SD = 5.86) y en Tendencias Hipomaníacas el grupo normativo (M = 25.4; SD = 5.36) es mayor que el grupo penitenciario (M = 22.6; SD = 5.64).

Por el contrario, con la escala de Suspicacia/Paranoia el grupo penitenciario (M = 32.3; SD = 7.16) es mayor que el grupo normativo (M = 31.5; SD = 7.09).

Tabla 120

Descriptivas de Grupo

	Grupo	N	Media	Mediana	DE	EE
Creencias Experiencias Inusuales	Normativo	252	21.6	21.0	5.78	0.364
	Penitenciario	91	21.4	20.0	5.41	0.567
Suspicacia Paranoia	Normativo	252	31.5	31.5	7.09	0.447
	Penitenciario	91	32.3	33.0	7.16	0.751
Desregulación Perceptual Cognitiva	Normativo	252	19.4	18.0	5.42	0.342
	Penitenciario					
Excentricidad	Normativo	252	22.7	22.0	6.44	0.406
	Penitenciario	91	18.5	17.0	5.13	0.538
Tendencias Hipomaníacas	Normativo	252	25.4	25.0	5.36	0.338
	Penitenciario	91	22.6	22.0	5.64	0.591

Siguiendo estos resultados anteriores, se pudo observar que hubo diferencias en dos de las cinco escalas, dado que presentaron una diferencia significativa [$p \leq .05$] entre la población normativa y penitenciaria.

Las escalas que presentaron diferencias significativas entre la población normativa y penitenciaria son: Excentricidad con una diferencia de [t (341) = 3.39, p < .001] y Tendencias Hipomaníacas con una diferencia de [t (341) = 4.29, p < .001], (ver tabla 119).

Por el contrario, las otras tres escalas no tienen diferencias significativas entre ambos grupos, así tenemos las siguientes: Creencias y Experiencias Inusuales [t (341) = 0.38, p < .704], Suspicacia/Paranoia [t (341) = -1.00, p < .318] y Desregulación Perceptual y Cognitiva [t (341) = 1.32, p < .188], no presentan una diferencia significativa.

Así mismo de acuerdo con la metodología de esta investigación y al análisis por medio de la d de Cohen se tuvieron los siguientes resultados de las 5 escalas: 3 puntuaron en el efecto pequeño (r = < .10 y/o <.30) de la varianza total, mientras que de las otras dos restantes; una puntuó en el efecto medio y la última en el efecto grande.

En este caso, las escalas de efecto pequeño son las siguientes: Creencias y Experiencias Inusuales (r = .04), Suspicacia/Paranoia (r = -.12) y Desregulación Perceptual y Cognitiva (r = .16), por lo que el efecto es relativo al 1% de la varianza y el mismo no es tan significativo.

La escala que puntuó en el efecto medio fue la de Excentricidad (r = -.41), por lo que el efecto es relativo al 9% de la varianza y el efecto no es significativo.

En el caso de la escala de Tendencias Hipomaníacas (r = .52), esta puntuó en el efecto grande (r = >.50) de la varianza total, por lo que el efecto es relativo al 25% de la varianza y el mismo es significativo. Al tener este resultado que estuvo por encima de .50 es necesario o relevante, tener normas diferenciadoras para la interpretación de los resultados para ambos grupos, para esta escala específica, ya que las diferencias son relevantes a nivel práctico.

6.4 Análisis Factorial Exploratorio

De acuerdo con el análisis anterior de Rasch se ha podido demostrar empíricamente la unidimensionalidad de las escalas, por lo tanto, como siguiente paso en el diseño metodológico, se trataron los datos desde la TCT. A partir de esta, se llevó a cabo un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) de las escalas, utilizando el método de extracción de datos de Máxima Verosimilitud y rotación Promax. Esto con el fin de validar las escalas en las dimensiones respectivas y de forma paramétrica.

Este análisis factorial se aplicó a un total de 21 escalas del IDPP, construido por Orozco y Quesada (2018). Las escalas de Potencial a la Adicción, Vulnerabilidad al Estrés y Tendencias Hipomaniacas se excluyeron, puesto que no corresponden al modelo original propuesto por ellos.

Se empleó el AFE, ya que según Lloret et al (2014), es el procedimiento más utilizado y recomendado para el análisis de los inventarios de personalidad. Esto porque se ha venido empleando desde los años 60 para este tipo de análisis y, además, se ha fortalecido en los últimos años de la mano de la informática, por lo que permite hacer el análisis de forma más precisa y completa.

De acuerdo con Lloret et al (2014), este método permite analizar las variables que conforman el test, tanto de manera latente como con base en factores comunes, lo que permiten explicar o agrupar las respuestas de los ítems en un test, permitiendo comprender la distribución de factores y el peso de los mismos, así como comprobar si estos se agrupan en dimensiones coherentes con el modelo de 5 dimensiones propuesto (Antagonismo, Desinhibición, Afecto Negativo, Psicoticismo y Desapego).

Se realizaron los análisis de efecto de la distribución de la muestra por medio de la asimetría y la curtosis, y pruebas preliminares a la matriz de datos para comprobar la idoneidad del muestreo, específicamente la prueba de esfericidad de Bartlett y la medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo (KMO). Por último, se ejecutó un análisis factorial de las correlaciones de las escalas, tomando en consideración la varianza, la correlación entre los factores, así como el ajuste del modelo de Error de Aproximación (RMSEA) y el Índice de Tucker-Lewis (TLI).

Con respecto a los resultados, el análisis de la distribución de la muestra por medio de la asimetría y la curtosis dio como resultado que las escalas cumplen con el criterio de normalidad, es decir, son datos paramétricos, ya que tanto la asimetría como la curtosis están en el rango de -1 y 1.

Mientras que la medida de KMO (< 0.7) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($p < .001$), presentaron valores que demuestran la capacidad del instrumento y las escalas que lo componen para poder realizar el análisis factorial requerido. Es decir, se pudo demostrar que hay suficiente varianza entre las escalas para completar este análisis.

Los valores mostrados fueron, un KMO Global de 0.915 con el valor más alto de 0.958 para la escala de Suspicacia/Paranoia y la puntuación más baja de 0.824 para la escala de Tendencia al Aislamiento. En general, todas las escalas presentaron valores superiores a 0.7, cumpliendo con la medida mínima requerida para el muestreo KMO (ver tabla 121).

Tabla 121

Medida de Idoneidad del Muestreo KMO

Escala	MSA
Global	0.915
Búsqueda de Atención	0.853
Rasgos Manipulatorios	0.902
Tendencia al Engaño	0.918
Rasgos de Grandiosidad	0.921
Irresponsabilidad	0.904
Rasgos Impulsivos	0.957
Necesidad de Estímulos y Toma de Riesgos	0.873
Insensibilidad Interpersonal	0.894
Distractibilidad	0.923
Rasgos Depresivos	0.935
Rasgos Ansiosos	0.933
Inestabilidad Emocional	0.928
Rasgos Hostiles	0.915
Rasgos de Inseguridad Vincular	0.939
Tendencia al Aislamiento	0.824
Afecto Restringido	0.875
Creencias y Experiencias Inusuales	0.874
Suspicacia / Paranoia	0.958
Desregulación Perceptual Cognitiva	0.917

Excentricidad	0.932

Mientras que en el caso de los resultados de la prueba de esfericidad de Barttlet, todas las escalas presentaron valores menores a 0.05, con un $p < .001$, lo que sugiere que el instrumento cuenta con la varianza requerida para poder generar el análisis factorial exploratorio (ver tabla 122).

Tabla 122

Prueba de Esfericidad de Bartlett
Comprobaciones de Supuestos

χ^2	gl	*p*
11179	190	< .001

Los análisis preliminares nos indican que los resultados obtenidos y la matriz estadística son confiables y que permiten avanzar con la aplicación a las escalas de un Análisis Factorial Exploratorio utilizando el método de Máxima Verosimilitud, puesto que la estructura de la matriz de datos es adecuada para la realización de este.

Al aplicar el Análisis Factorial Exploratorio, se encuentra que la información se agrupa en un sentido teórico muy similar a lo esperado, permitiendo de esta manera verificar la validez del constructo, tanto para las dimensiones como para las escalas. Se puede observar como las escalas se agrupan en un total de seis factores, muy similares a las cinco dimensiones planteadas en el IDPP: Factor 1- Afecto Negativo, Factor 2- Antagonismo, Factor 3- Psicoticismo incluyendo la escala de Necesidad de Estímulos y Toma de Riesgos, Factor 4- Desapego, Factor 5 y 6-

Desinhibición con características de Antagonismo por la presencia de la escala de Insensibilidad Interpersonal. Mientras que en el caso de la escala de Rigidez Perseverativa que corresponde a la Dimensión de Afecto Negativo, no cargó de forma particular para ninguno de los factores (ver tabla 123).

Tabla 123

Análisis Factorial Exploratorio - Cargas de los Factores

	Factor						
Faceta	1	2	3	4	5	6	Unicidad
Rasgos Ansiosos	0.795						0.167
Rasgos de Inseguridad Vincular	0.735						0.420
Inestabilidad Emocional	0.706						0.179
Rasgos Depresivos	0.662						0.296
Búsqueda Atención		0.881					0.351
Rasgos Manipulatorios		0.840					0.284
Rasgos de Grandiosidad		0.704					0.341

Tendencia al Engaño	0.631				0.396
Creencias		0.977			
Experiencias Inusuales					0.246
Desregulación Perceptual		0.742			0.172
Cognitiva Excentricidad		0.522			0.357
Necesidad Estímulos Toma Riesgos		0.420			0.561
Suspicacia Paranoia		0.417			0.383
Tendencia al Aislamiento			0.896		0.261
Afecto Restringido			0.801		0.357
Rasgos Hostiles				0.891	0.103
Rasgos Impulsivos				0.447	0.358
Insensibilidad Interpersonal				0.417	0.443

Irresponsabilidad	0.781	0.271
Distractibilidad	0.561	0.314

Nota. El método de extracción 'Máxima verosimilitud' se usó en combinación con una rotación 'promax'. Fuente: Elaboración propia

Aunque los resultados de Análisis Factorial Exploratorio, no se ajustan totalmente al modelo de cinco factores, si se puede inferir que la distribución en seis factores es un aporte significativo y tiene una relación cercana con las escalas propuestas por el modelo inicial; así como nos permiten explicar el 68.7% de la varianza total (ver tabla 124).

A pesar de que aparecen cinco dimensiones, dentro de esta exploración se observa una sexta, esto es parte de lo que se podría esperar de un modelo en constante proceso de estudio, además los fundamentos del modelo dimensional tienen como premisa fundamental de su estructura interna, la Continuidad de las dimensiones entre sí, en donde es posible la convergencia de rasgos que la componen que se puede comprender a partir de la transversalidad del *factor p*. Esto podría explicar por qué hay una aparente sexta dimensión pequeña, que abre la posibilidad de más estudios de manera local.

Tabla 124

Varianza explicada por factores

Factor	SC Cargas	% de la Varianza	% Acumulado
1	3.55	17.73	17.7
2	2.68	13.40	31.1
3	2.27	11.37	42.5
4	2.07	10.33	52.8
5	1.73	8.66	61.5
6	1.44	7.20	68.7

Por otra parte, los resultados correlacionales obtenidos son en su mayoría superiores a 0.4, lo que sugiere que los factores son oblicuos y, por tanto, no son ortogonales o independientes entre sí (ver tabla 125).

Tabla 125

Correlaciones Entre Factores

	1	2	3	4	5	6
1	—	0.316	0.491	0.334	0.458	0.429
2		—	0.551	0.290	0.590	0.587
3			—	0.543	0.572	0.508
4				—	0.539	0.349
5					—	0.540

Correlaciones Entre Factores

	1	2	3	4	5	6
6						—

Finalmente, en cuanto al ajuste del modelo factorial, presenta un resultado RMSEA global de 0.07, con un rango inferior de 0.06 y superior de 0.07. Lo que indica que la cantidad de varianza no explicada por el modelo por el grado de libertad se ajusta al criterio establecido (> 0.08), y, por tanto, puede considerarse como un modelo normal. Mientras que el resultado específico para el TLI es de 0.92, de acuerdo con esto se considera que el grado de ajuste al modelo es bueno (<0.90), (ver tabla 126).

Tabla 126

Medidas de Ajuste del Modelo

	IC 90%	del RMSEA			Prueba del		Modelo
RMSEA	Inferior	Superior	TLI	BIC	χ^2	gl	*p*
0.0729	0.0664	0.0797	0.926	-120	448	85	< .001

6.5 Evidencias de Validez Externa o de Criterio

6.5.1 Correlaciones del IDPP con el MMPI-2, el PAI y el PID-5

De acuerdo con la metodología propuesta en el seminario, se realizó un análisis del coeficiente de correlación por medio de la *r* de Pearson de las escalas del IDPP con indicadores externos, dado que se buscaba estimar la validez concurrente del instrumento mediante el uso de un criterio independiente al IDPP, para lo cual se utilizaron las pruebas: MMPI-2, PAI y PID-5. La utilización de estas tres diferentes pruebas permitió la comparación de cada una de las dimensiones del IDPP con distintas escalas de contenido similar, incluidas en estas pruebas de uso amplio en la práctica profesional evaluativa, lo que proporciona evidencia convergente. Asimismo, se pudieron establecer patrones de correlación más bajos o nulos con otros indicadores que teóricamente no se esperarían relaciones fuertes con las dimensiones del IDPP, obteniendo de esta forma evidencia discriminante. Cabe señalar que la validez convergente se refiere a la relación existente entre las medidas de dos pruebas que evalúan un constructo similar o teóricamente relacionado, mientras que la validez discriminante muestra la existencia de correlaciones inferiores con otros constructos, evidenciando que dos constructos que se suponen distintos efectivamente obtienen resultados diferentes (Martínez et al., 2014). A continuación, se presentan solamente las correlaciones que aportan evidencias de validez convergente para cada una de las Facetas del IDPP, ya que los bajos niveles de asociación con las restantes dan cuenta de la validez discriminante, siguiendo los parámetros propuestos por Hernández et al. (2016), en el sentido de considerar una correlación ***Adecuada, pero con algunas carencias*** cuando se obtienen valores de r entre ($0.35 \leq r < 0.50$), ***Adecuada*** con los valores en el rango ($0.50 \leq r < 0.60$), ***Buena*** cuando

los valores se encuentran entre ($0.60 \leq r < 0.70$), mientras que los valores iguales o mayores a ($r \geq 0.70$), se consideran como evidencia ***Excelente***.

6.5.1.1 Espectro de Externalización

6.5.1.1.1 Faceta Búsqueda de Atención

Tabla 127

MMPI-2 (N=226)		PAI (N=184)		PID-5 (N=219)	
Escala	*r*	Escala	*r*	Escala	*r*
Activación hipomaníaca (RC9)	.49	Manía (MAN)	.39	Búsqueda de Atención (Attention Seeking)	.81
Potencial de Adicción (PA)	.46	Antagonismo	.37	Manipulación (Manipulativeness)	.43
				Inseguridad de Separación (Separation Insecurity)	.43
				Engaño (Deceitfulness)	.42
				Grandiosidad (Grandiosity)	.36

Tal y como se observa en la tabla 127, la evidencia obtenida con el MMPI-2 apunta directamente a características asociadas con la faceta de Búsqueda de Atención, en una correlación adecuada, pero con algunas carencias ($0.35 \leq r < 0.50$).

Así estas correlaciones implican asociaciones importantes con la faceta de Búsqueda de Atención, ya que, en el caso particular de la Activación Hipomaníaca, algunas de las conductas

relacionadas son: que la persona tiende a ser extrovertida y con un bajo control de sus impulsos. Así mismo en el caso de la escala de Potencial de Adicción, esta se relaciona con la Búsqueda de Atención porque entre las conductas que la caracterizan, están el poco control de impulsos y los comportamientos reactivos a la provocación, además de sentimientos relacionados con conflictos internos de cómo los perciben los demás.

Por su parte, los resultados con el PAI permiten establecer una correlación adecuada, pero con algunas carencias ($0.35 \leq r < 0.50$), con las escalas de Manía y Antagonismo. En relación con la escala de Manía esta se asocia con la escala de Búsqueda de Atención porque ambas escalas miden las conductas asociadas a conductas impulsivas, problemas en el control de la actividad y sentimientos de grandiosidad. En el caso de Antagonismo esta escala mide las conductas de las personas que tienden a utilizar a otras personas en beneficio personal ya que se consideran que merecen un trato especial.

Finalmente, en el caso del PID-5 con la escala de Búsqueda de Atención se obtuvieron evidencias de una correlación excelente ($r \geq 0.70$), ya que esta escala y la faceta de Búsqueda de Atención miden las conductas enfocadas a hacerse notar y ser el centro de atención y foco de admiración de los demás. Adicionalmente con esta faceta también se dieron dos correlaciones adecuadas, pero con algunas carencias ($0.35 \leq r < 0.50$), las cuales fueron con las escalas de Manipulación y Engaño, ambas pertenecientes al mismo dominio desadaptativo de Antagonismo.

Estas escalas se relacionan con la faceta de Búsqueda de Atención porque la primera mide las conductas asociadas a influir o controlar a otros por medio de llamar la atención, por ejemplo, seducción, encanto o por otros medios. Y con la segunda en el caso de Engaño, se relaciona con la faceta de Búsqueda de Atención ya que esta escala mide las conductas destinadas a representarse así mismo de una forma premeditada para engañar a otros o distorsionar la realidad.

6.5.1.2 Faceta Rasgos Manipulatorios

Tabla 128

MMPI-2 (N=226)		PAI (N=184)		PID-5 (N=219)	
Escala	*r*	Escala	*r*	Escala	*r*
Activación hipomaníaca (RC9)	.52	Rasgos Antisociales (ANT)	.48	Manipulación (Manipulativeness)	.69
Escala Antisocial	.46	Conductas Antisociales (ANT_A)	.45	Engaño (Deceitfulness)	.64
Comportamiento tipo A (PTA)	.42	Relaciones Interpersonales Problemáticas (BOR_N)	.43	Búsqueda de Atención (Attention Seeking)	.47
Hostilidad de Cook y Medley (HO)	.41	Búsqueda de Sensaciones (ANT_S)	.42	Hostilidad (Hostility)	.37
Conductas antisociales (PAS)	.40	Desinhibición	.41		
Hipomanía (Ma)	.39	Rasgos Límites (BOR)	.39		

De acuerdo con la tabla 128, la evidencia obtenida con el MMPI-2 nos describe evidencias de validez convergente, entre ellas tenemos el nivel adecuado ($0.50 \leq r < 0.60$) de asociación con la escala de Activación Hipomaníaca, esta escala se relaciona con la faceta de Rasgos Manipulatorios por que ambas escalas miden las conductas de personas extrovertidas, pero con

tendencias antisociales, con poco control de los impulsos, con una constante búsqueda de emociones y toma de riesgos.

También la evidencia con el MMPI-2, nos describe asociaciones adecuadas, pero con algunas carencias ($0.35 \leq r < 0.50$), entre estas tenemos de suma importancia las escalas Antisocial y de Conductas Antisociales, que se asocian con la faceta de Rasgos Manipulatorios, porque en sí, esta conducta, es una conducta antisocial, donde priman los actos y pensamientos de beneficio propio en detrimento de las otras personas. También la escala de Comportamiento tipo A se relaciona con la faceta de Rasgos Manipulatorios porque dentro de las conductas donde se interrelacionan están las de reconocimiento y admiración por parte de los interlocutores y las conductas egocéntricas en detrimento de las necesidades de las otras personas. La escala de Hostilidad de Cook y Medley se interrelaciona con la faceta porque ambas miden las conductas egoístas, depredadoras y cínicas donde las acciones están encaminadas al beneficio y salvaguarda propio en detrimento de los demás bajo el concepto de que reciben lo que se merecen.

Con respecto al PAI, los resultados permiten establecer correlaciones adecuadas, pero con algunas carencias ($0.35 \leq r < 0.50$), entre las relaciones más significativas están las relaciones con las escalas de Rasgos Antisociales y Conductas Antisociales, ya que estas se asocian con la faceta de Rasgos Manipulatorios, porque en sí, estas escalas miden las conductas antisociales donde priman los actos y pensamientos de beneficio propio en detrimento de las otras personas. En el caso de Relaciones Interpersonales Problemáticas, también se asocia con la faceta ya que las conductas de manipulación se enmarcan en Relaciones interpersonales problemáticas y sus efectos negativos en las otras personas.

Finalmente, es de destacar que en el caso del PID-5 con la faceta de Rasgos Manipulatorios se obtuvieron niveles de asociación buenos entre ($0.60 \leq r < 0.70$), las evidencias apuntan a las

escalas de Manipulación y Engaño, de las cuales la primera mide las conductas asociadas a la manipulación como las que caracterizan a una persona que utiliza diferentes estrategias para conseguir sus fines en detrimento de los otros y la segunda que es parte de las conductas asociadas para lograr la manipulación de los otros, como lo es el engaño o las conductas enfocadas a distorsionar la realidad y confundir a las otras personas. Por último, también se dio una correlación adecuada, pero con algunas carencias ($0.35 \leq r < 0.50$) con la escala de Búsqueda de Atención principalmente porque ambas escalas se interrelacionan con las conductas asociadas a encandilar a las otras personas o conseguir su atención por medio de diferentes comportamientos con un propósito definido y para obtener un beneficio propio o admiración por los logros.

6.5.1.3 Faceta de Tendencia al Engaño

Tabla 129

MMPI-2 (N=226)		PAI (N=184)		PID-5 (N=219)	
Escala	*r*	Escala	*r*	Escala	*r*
Antisocial	.61	Rasgos Antisociales (ANT)	.55	Engaño (Deceitfulness)	.79
Conductas Antisociales (ASP)	.53	Conductas Antisociales (ANT-A)	.52	Manipulación (Manipulativeness)	.68
Hostilidad de Cook y Medley (HO)	.51	Desinhibición	.45	Irresponsabilidad (Irresponsibility)	.58
Activación hipomaníaca (RC9)	.50	Búsqueda de Sensaciones (ANT_S)	.42	Insensibilidad (Callousness)	.45
Esquizofrenia (Es)	.50	Alteración del Pensamiento (SCZ_T)	.40	Distraibilidad (Distractibility)	.42
Trastorno de estrés postraumático Keane (EPK)	.48	Relaciones Interpersonales Problemáticas (BOR_N)	.40	Hostilidad (Hostility)	.39

Desinhibición (DIS)	.47	Egocentrismo (ANT_E)	.39	Depresión (Depresivity)	.39
Trastorno de estrés postraumático Schlenger (EPS)	.47	Rasgos Límites (BOR)	.38	Búsqueda de Atención (Attention Seeking)	.37
Desviación Psicopática (Dp)	.45	Depresión Cognitiva (DEP C)	.36	Anhedonia (Anhedonia)	.36
Conducta antisocial (RC4)	.45	Esquizofrenia (SCZ)	.35	Impulsividad (Impulsivity)	.35
Interferencia laboral (DTR)	.45				
Psicoticismo (PSY)	.45				
Psicastenia (Pt)	.44				
Escala de Obsesividad (OBS)	.44				
Experiencias Aberrantes (RC8)	.44				
Pensamiento extravagante (DEL)	.44				
Indicadores negativos de tratamiento (RTR)	.43				
Ansiedad (A)	.43				
Hipomanía (Ma)	.43				

Emociones Negativas Disfuncionales (RC7)	.42
Comportamiento Tipo A (TPA)	.42
Inadaptación universitaria (DPR)	.41
Cinismo (CIN)	.40
Reconocimiento de adicción (ERA)	.40
Potencial de adicción (PA)	.40
Desmoralización (RCd)	.40
Espectro Depresión	.40

Tal y como se observa en la tabla 129, parte de la evidencia obtenida con el MMPI-2 apunta directamente a una correlación buena ($0.60 \leq r < 0.70$), la cual corresponde a la escala de Antisocial, esta escala tiene una buena asociación con la faceta de Tendencia al Engaño ya que

ambas miden las conductas antisociales que las componen, como son el fraude, la deshonestidad, la mentira entre otras, con el fin de lograr objetivos personales.

Siguiendo con la evidencia observada por medio de las correlaciones se obtuvieron cuatro correlaciones adecuadas ($0.50 \leq r < 0.60$), con las escalas de Conductas Antisociales, Hostilidad de Cook y Medley, Esquizofrenia y Activación hipomaníaca. En el caso de Conductas Antisociales esta se relaciona con la faceta de Tendencia al Engaño porque ambas miden las conductas que describen las características de los individuos que se inclinan por una serie de conductas y actitudes antisociales, como el mentir, amenazar, engañar para fines propios. Con respecto a la escala de Hostilidad de Cook y Medley ésta se interrelaciona con la faceta de Tendencia al Engaño porque ambas miden las conductas que se enmarcan en el cinismo hacia otras personas, el egoísmo y la depredación con el fin de obtener beneficios propios.

La escala de Activación hipomaníaca se relaciona con la faceta de Tendencia al Engaño porque ambas escalas tienen a medir las conductas de personas extrovertidas, pero con tendencias antisociales, con poco control de los impulsos, que se caracterizan por una constante búsqueda de emociones y toma de riesgos.

Y con respecto a la escala de Esquizofrenia se relaciona con la faceta de Tendencia al Engaño, porque ambas miden las conductas donde la persona tiene tendencias a interpretar la realidad o verla de otra forma acorde a sus fantasías y problemas de ansiedad y hostilidad, además de un comportamiento ambivalente constante, acorde a su interpretación de la realidad.

Por su parte, los resultados con el PAI permiten establecer que dos escalas, las de Rasgos Antisociales y Conductas Antisociales tuvieron una correlación adecuada ($0.50 \leq r < 0.60$). En el caso de Rasgos Antisociales y Conductas Antisociales, estas se relacionan con la faceta de Tendencia al Engaño, porque ambas miden conductas antisociales como mentir, falsedad, limitada

empatía, irresponsabilidad, impulsividad, sacar provecho para sí mismos y tendencias negativas de egocentrismo, así como no tener respeto por las normas sociales y la autoridad.

Finalmente, con respecto al PID-5, se obtuvo un nivel de asociación excelente a ($r \geq 0.70$), con la escala de Engaño con la faceta de Tendencia al Engaño. También se obtuvo un puntaje de asociación bueno con la escala de Manipulación, esto porque ambas escalas miden, como parte de las conductas asociadas al engaño, la manipulación.

Por último, con la escala de Irresponsabilidad se obtuvo un nivel de asociación adecuado ($0.50 \leq r < 0.60$). De esta forma la escala de Irresponsabilidad se puede asociar con la faceta de Tendencia al Engaño, porque tienen elementos de medición comunes con las conductas donde priva el beneficio propio, sin el análisis de las consecuencias para otras personas o a futuro de las acciones, así como la impulsividad y la mentira para conseguir beneficios u objetivos.

6.5.1.4 Faceta Rasgos de Grandiosidad

Tabla 130

MMPI-2 (N=226)		PAI (N=184)		PID-5 (N=219)	
Escala	*r*	Escala	*r*	Escala	*r*
Comportamiento tipo A (TPA)	.59	Irritabilidad (MAN_I)	.56	Grandiosidad (Grandiosity)	.52
Activación hipomaníaca (RC9)	.52	Manía (MAN)	.54	Hostilidad (Hostility)	.52
Hostilidad de Cook y Medley (HO)	.51	Relaciones Interpersonales Problemáticas (BOR_N)	.49	Engaño (Deceitfulness)	.51
Agresión (AGG)	.41	Antagonismo	.47	Manipulación (Manipulativeness)	.49

Hostilidad (ENJ)	.40	Rasgos Límites (BOR)	.46	Búsqueda de Atención (Attention Seeking)	.47
Emociones negativas disfuncionales (RC7)	.40	Rasgos Antisociales (ANT)	.41	Excentricidad (Eccentricity)	.44
Antisocial	.40	Búsqueda de Sensaciones (ANT_S)	.41	Insensibilidad (Callousness)	.43
		Afecto Negativo	.40	Desconfianza (Suspiciousness)	.43
				Perseverancia (Perseveration)	.40
				Depresión (Depressivity) Anhedonia (Anhedonia)	.39
				Depresión (Depresivity)	.38
				Irresponsabilidad (Irresponsibility)	.37
				Ansiedad (Anxiousness)	.35

Tal y como se observa en la tabla 130, la evidencia obtenida con el MMPI-2 apunta directamente a características asociadas con una correlación adecuada ($0.50 \leq r < 0.60$) con las escalas de Comportamiento tipo A, de Activación Hipomaníaca y de Hostilidad de Cook y Medley.

Estas escalas se relacionan con la faceta Rasgos de Grandiosidad por las características de las conductas que miden, por ejemplo, con la escala de Comportamiento tipo A, porque dentro de las conductas donde se interrelacionan están las de necesidad de reconocimiento y admiración por parte de los interlocutores y las conductas egocéntricas en detrimento de las necesidades de las otras personas y la autopercepción de superioridad.

La escala de Activación Hipomaníaca se relaciona con la faceta Rasgos de Grandiosidad, porque ambas escalas tienden a medir las conductas de personas extrovertidas, con tendencias antisociales, con poco control de los impulsos, que se caracterizan por una constante búsqueda de emociones y toma de riesgos con el propósito de ser admirados.

Con respecto a la escala de Hostilidad de Cook y Medley ésta se interrelaciona con la faceta Rasgos de Grandiosidad porque ambas miden las conductas que se enmarcan en conductas egoístas, depredadoras y cínicas donde las acciones están encaminadas al beneficio y salvaguarda propio en detrimento de los demás bajo el concepto de que reciben lo que se merecen o de recibir y obtener lo que se merece por naturaleza.

Adicionalmente también se dieron evidencias asociadas en el nivel de correlación adecuada, pero con algunas carencias ($0.35 \leq r < 0.50$), las escalas que aportaron estas evidencias son las escalas de Agresión, de Hostilidad, de Emociones negativas disfuncionales y Antisocial.

Las escalas de Agresión, de Hostilidad y Antisocial se relacionan con la faceta Rasgos de Grandiosidad, por que miden comportamientos antisociales que son parte de la faceta como por ejemplo, en el caso de la escala de Agresión, las conductas de personas engreídas que temen estar

sometidos al control de otros por lo que actúan de forma violenta y vindicativa para tomar el control y evitarlo, marcado por la tendencia a ser superiores, arrogancia, condescendencia y soberbia hacia los demás. En general estas conductas anteriores de superioridad, arrogancia y condescendencia son conductas hostiles en forma leve hacia las otras personas. También se relaciona con la escala Antisocial porque la faceta de Rasgos de Grandiosidad también mide las tendencias donde la persona se siente por encima de los demás, con un grado superior moral y de merecimiento especial, así como el tener derecho a determinados beneficios como resultado de ser quien se es, se enmarcan levemente en las conductas antisociales.

La escala de Emociones Negativas Disfuncionales se relaciona con la faceta de Rasgos de Grandiosidad porque dentro de las características que mide, está la propensión a percibir crítica donde no existe, lo cual de forma leve puede potenciar la necesidad de autoafirmación y superioridad.

Por su parte, los resultados con el PAI permiten establecer que puntajes altos en la faceta de Rasgos de Grandiosidad se asocian con las escalas de Irritabilidad y Manía, las cuales correlacionaron en una asociación adecuada ($0.50 \leq r < 0.60$), dado que estas escalas miden en conjunto los delirios de grandeza, la poca empatía, hostilidad, la irritabilidad y la impaciencia.

Adicionalmente también se tuvieron puntuaciones adecuada, pero con algunas carencias ($0.35 \leq r < 0.50$) con escalas significativas con la faceta de Rasgos de Grandiosidad, entre esas están las Relaciones Interpersonales Problemáticas, Antagonismo, Rasgos Límites, Rasgos Antisociales, Búsqueda de Sensaciones, todas escalas de importancia con el espectro de Antagonismo y la faceta.

Finalmente, es de destacar que se obtuvieron niveles de asociación adecuada ($0.50 \leq r < 0.60$), entre esta faceta y la escala de Grandiosidad del PID-5, lo que era un resultado esperado.

Correlacionan en este mismo rango las escalas de Hostilidad y Engaño que miden conductas asociadas a los rasgos de grandiosidad como el creerse superior, ser una persona merecedora de un trato especial que deriva en hostilidad hacia los demás y el proyectar una imagen no real de sí mismo.

También se dieron correlaciones adecuada, pero con algunas carencias ($0.35 \leq r < 0.50$), con las escalas de Manipulación, Búsqueda de Atención e Insensibilidad, las cuales forman parte del espectro de Antagonismo y que miden características de la grandiosidad.

6.5.1.5 Faceta de Insensibilidad Interpersonal

Tabla 131

MMPI-2 (N=226)		PAI (N=184)		PID-5 (N=219)	
Escala	*r*	Escala	*r*	Escala	*r*
Hostilidad de Cook y Medley (HO)	.52	Rasgos Antisociales (ANT)	.39	Insensibilidad (Callousness)	.63
Conductas antisociales (PAS)	.50			Hostilidad (Hostility)	.61
Antisocial	.49			Afectividad Restringida (Restricted Affectivity)	.43
Hostilidad (ENJ)	.46			Engaño (Deceitfulness)	.40
Escala de Cinismo (CYN)	.46			Irresponsabilidad (Irresponsibility)	.39
Cinismo (RC3)	.42			Manipulación (Manipulativeness)	.38

Comportamiento tipo A (PTA)	.39	Distanciamiento (Withdrawal)	.38
Trastorno de estrés postraumático Keane (EPK)	.39	Desregulación cognitiva y perceptiva (Perceptual Dysregulation)	.37
Psicoticismo (PSY)	.38	Anhedonia (Anhedonia)	.37
Esquizofrenia (Es)	.37	Distraibilidad (Distractibility)	.35
Indicadores negativos de tratamiento (RTR)	.37	Impulsividad (Impulsivity)	.35
Agresión (AGG)	.37		
Activación hipomaníaca (RC9)	.37		
Desinhibición (DIS)	.36		
Pensamiento extravagante (DEL)	.35		
Problemas familiares (FAM)	.35		

Tal y como se observa en la tabla 131, la evidencia obtenida con el MMPI-2 apunta directamente a características asociadas, con una correlación adecuada ($0.50 \leq r < 0.60$), con las escalas de Hostilidad de Cook y Medley y la de Conductas Antisociales. Esta asociación es esperada ya que la faceta mide las conductas relacionadas al espectro de Antagonismo y específicamente con la escala de Insensibilidad Interpersonal, ambas escalas miden las conductas donde prima la falta de preocupación por las emociones, derechos o problemas de otras personas, y donde es central el beneficio propio y la consecución de los deseos.

Adicionalmente otras escalas relacionadas con esta faceta de Insensibilidad Interpersonal tuvieron una asociación adecuada, pero con algunas carencias ($0.35 \leq r < 0.50$), como lo fueron la escala Antisocial, la escala de Hostilidad y las escalas de Cinismo. Todas estas escalas son parte de las conductas que tienden a manifestarse en individuos con rasgos de Insensibilidad Interpersonal.

Por su parte, los resultados con el PAI permiten establecer que se dio una correlación adecuada, pero con algunas carencias ($0.35 \leq r < 0.50$) con la escala Rasgos Antisociales, asociación de suma importancia porque los rasgos antisociales son parte de las conductas relacionadas con los rasgos de Insensibilidad Interpersonal.

Finalmente, los resultados con el PID-5 permiten establecer que las escalas de Insensibilidad y Hostilidad tuvieron puntajes importantes de una correlación buena ($0.60 \leq r < 0.70$), en el caso de la escala de Insensibilidad es un resultado esperado y en el caso de Hostilidad esta contribuye con la medición de las conductas asociadas con la faceta de Insensibilidad Interpersonal, como lo son la falta de preocupación y empatía por los sentimientos y bienestar de las otras personas y las acciones dañinas hacia otros en beneficio propio.

6.5.2 Espectro de Desinhibición

6.5.2.1 Faceta Irresponsabilidad

Tabla 131

MMPI-2 (N=226)		PAI (N=184)		PID-5 (N=219)	
Escala	*r*	Escala	*r*	Escala	*r*
Interferencia laboral (DTR)	.62	Rasgos Límites (BOR)	.59	Distraibilidad (Distratibility)	.63
Trastorno de estrés postraumático Schlenger (EPS)	.56	Búsqueda de Sensaciones (ANT_S)	.52	Irresponsabilidad (Irresponsibility)	.60
Ansiedad (A)	.56	Cognitiva (DEP_C)	.52	Depresión (Depressivity)	.43
Inadaptación universitaria (DPR)	.54	Depresión (DEP)	.50	Engaño (Deceitfulness)	.43
Escala 8 - Esquizofrenia (Es)	.53	Rasgos Antisociales (ANT)	.48	Impulsividad (Impulsivity)	.42
Obsesividad (OBS)	.50	Alteración de la Identidad (BOR_I)	.45	Desregulación cognitiva y perceptual (Perceptual Dysregulation)	.41
Trastorno de estrés postraumático Keane (EPK)	.50	Agresiones Físicas (AGG_P)	.44		
Baja autoestima (BAE)	.50	Desinhibición	.32		
Escala 6 - Paranoia (Pa)	.47				
Emociones negativas disfuncional (RC7)	.46				

Depresión (DEP)	.45
Conducta antisocial (RC4)	.42
Hostilidad excesivamente controlada (HR)	-.40
Responsabilidad social (RS)	-.40

Tal y como se observa en la tabla 131, la evidencia obtenida con el MMPI-2 apunta directamente a una correlación buena ($0.60 \leq r < 0.70$), con las dinámicas internas de personas que tienen confianza en sí mismas, falta de concentración, y tensión. Dificultad para tomar decisiones, falta de apoyo familiar, cuestionamientos personales, actitudes negativas hacia los compañeros. Ansiedad, así como, preocupaciones excesivas o incluso, síntomas depresivos. Todas estas dinámicas, conductas o actitudes les provocan un desempeño laboral deficiente.

Se presentan cuatro correlaciones adecuadas ($0.50 \leq r < 0.60$) con la escala de Trastorno de estrés postraumático Schlenger, escala de Ansiedad, escala de Inadaptación universitaria, escala 8 – Esquizofrenia, escala de Obsesividad, escala de Baja Autoestima y la escala de Trastorno de Estrés Postraumático Keane. Las escalas antes mencionadas y la faceta de Irresponsabilidad correlacionan en la medición de síntomas de ansiedad y falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a desorganizarse ante el estrés y a la dificultad para ajustarse a las circunstancias.

Por su parte, los resultados con el PAI permiten establecer puntajes adecuado ($0.50 \leq r < 0.60$) en la faceta de Irresponsabilidad con las escalas de Rasgos Límites, Cognitiva, Búsqueda de

Sensaciones y Depresión. Que tiene relación con el escaso control de las emociones y la ira, confusión en torno a temas relacionados con la identidad y valores, así como el establecimiento de relaciones intensas y combativas con los demás. Se caracteriza por la impulsividad y con individuos que presentan un deseo de asumir riesgos y buscar la novedad, con una tendencia desinhibida, conductas imprudentes y potencialmente peligrosas. En esta misma prueba tenemos correlaciones que se clasifican como adecuada, pero con algunas carencias ubicándose todas en un rango de ($0.35 \leq r < 0.50$), las cuales son Rasgos Antisociales, Alteración de la Identidad y Agresiones Físicas.

Finalmente, de acuerdo con los resultados del PID-5, es de destacar que se obtuvieron niveles de asociación bueno con un rango de ($0.60 \leq r < 0.70$) con las escalas de Distractibilidad e Irresponsabilidad. Entendiendo irresponsabilidad como un aspecto de la desinhibición, indiferencia e incumplimiento de obligaciones o compromisos económicos y de otro tipo, falta de respeto y seguimiento de acuerdos y promesas y negligencia con la propiedad ajena.

6.5.2.2 Faceta Rasgos Impulsivos

Tabla 132

MMPI-2 (N=226)		PAI (N=184)		PID-5 (N=219)	
Escala	*r*	Escala	*r*	Escala	*r*
Ansiedad (A)	.60	Quejas somáticas (Escal_RC1)	.59	Irresponsabilidad (Irresponsibility)	.60
Inadaptación universitaria (DPR)	.60	Afecto Negativo	.59	Labilidad Emocional (Emotional Lability)	.50
Escala 7 - Psicastenia (Pt)	.59	Psicoticismo	.58	Depresión (Depressivity)	.45

Obsesividad (OBS)	.58	Relaciones Interpersonales Problemáticas (BOR_N)	.55	Hostilidad (Hostility)	.49
Interferencia laboral (DTR)	.58	Quejas Somáticas (SOM)	.54	Inseguridad de separación (Separation Insecurity)	.46
Emociones negativas disfuncionales (RC7)	.58	Alteración del Pensamiento (SCZ_T)	.53	Perseverancia (Perseveration)	.43
Neuroticismo o Emocionalidad negativa (NEN)	.57	Cognitiva (DEP_C)	.52	Impulsividad (Impulsivity)	.42
Desmoralización (RCd)	.57	Búsqueda de Sensaciones (ANT_S)	.52	Desregulación perceptual y cognitiva (Perceptual Dysregulation)	.42
Escala 8 - Esquizofrenia (Es)	.55	Conversión (SOM_C)	.51	Desconfianza (Suspiciousness)	.42
Depresión (DEP)	.55	Alteración de la Identidad (BOR_I)	.51		
Ansiedad (ANS)	.55	Depresión (DEP)	.50		
Baja autoestima (BAE)	.54	Estrés Postraumático (ARD_T)	.50		
Escala 4 - Desviación Psicopática (DP)	.50	Rasgos Antisociales (ANT)	.48		
Hostilidad (ENJ)	.51	Fisiológica (DEP_P)	.47		
Indicadores negativos de tratamiento (RTR)	.51	Somatización (SOM_S)	.48		
Problemas familiares (FAM)	.48	Trastornos Relacionados con la Ansiedad (ARD)	.46		
Psicoticismo (PSY)	.46	Inestabilidad Emocional (BOR_A)	.45		

Potencial de adicción (PA)	.45	Agresiones Físicas (AGG_P)	.44
Activación hipomaníaca (RC9)	.44	Emocional (DEP_A)	.44
Comportamiento tipo A (PTA)	.44	Fisiológica (ANX_P)	.44
Escala 1 - Hipocondría (Hs)	.43	Ansiedad (ANX)	.41
Experiencias aberrantes (RC8)	.43	Esquizofrenia (SCZ)	.41
Pensamiento extravagante (DEL)	.42	Desinhibición	.32
Preocupaciones por la salud (SAU)	.42		
Quejas somáticas (Escal_RC1)	.40		

Según puede detallarse en la tabla 132, el resultado del MMPI-2 aporta evidencia adecuada ($0.50 \leq r < 0.60$) asociada directamente a características de validez presentes en esta faceta, las cuales están relacionadas con la escala de Ansiedad, escala de Inadaptación universitaria, escala 7 – Psicastenia, escala de Obsesividad, escala de Interferencia Laboral, escala de Emociones Negativas Disfuncionales, escala de Neuroticismo o Emocionalidad Negativa, escala de Desmoralización, escala 8 – Esquizofrenia, escala de Depresión, escala de Ansiedad, escala de Baja Autoestima, escala 4 - Desviación Psicopática, escala de Hostilidad y la escala de Indicadores negativos de tratamiento. Presentando características comunes como altos índices de falta de confianza y actitudes negativas hacia ellos mismos. Presencia de confusión y desorganización, impotencia, dependencia, indecisión e inestabilidad.

Por otro lado, como puede observarse en los resultados del PAI, éstos permiten establecer que se reflejan puntajes adecuados ($0.50 \leq r < 0.60$) en las escalas: Quejas Somáticas, Afecto Negativo, Psicoticismo, Relaciones Interpersonales Problemáticas, Alteración del Pensamiento, Cognitiva, Búsqueda de Sensaciones, Conversión, Alteración de la Identidad, Depresión y Estrés Postraumático. Las escalas antes mencionadas correlacionan con la faceta de Rasgos Impulsivos ya que, implican una amplia gama de emociones negativas, ansiedad, depresión, culpa/vergüenza, preocupación, enfado. Sugiere confusión en el proceso de pensamiento, problemas en la concentración y toma de decisiones.

Finalmente, cabe mencionar, que se obtuvo niveles adecuado de asociación ($0.50 \leq r < 0.60$) entre esta faceta y el PID-5, en las escalas Irresponsabilidad y Labilidad Emocional. La faceta de Rasgos Impulsivos correlaciona con la escala de Irresponsabilidad en indiferencia e incumplimiento de obligaciones o compromisos económicos y de otro tipo, falta de respeto y seguimiento de acuerdos y promesas y negligencia con la propiedad ajena.

6.5.2.3 Faceta Necesidad de Estímulos y Toma de Riegos

Tabla 133

MMPI-2 (N=226)		PAI (N=184)		PID-5 (N=219)	
Escala	*r*	Escala	*r*	Escala	*r*
Activación hipomaníaca (RC9)	.59	Rasgos Antisociales (ANT)	.68	Asunción de Riesgos	.67
Desinhibición (DIS)	.58	Búsqueda de Sensaciones (ANT_S)	.66		
Escala 9 - Hipomanía (Ma)	.51	Conductas Antisociales (ANT_A)	.55		

Alcoholismo revisado de MacAndrew (AMAC)	.48	Manía (MAN)	.55
Conducta antisocial (RC4)	.45	Desinhibición	.45
Potencial de adicción (PA)	.44	Egocentrismo (ANT_E)	.45
Reconocimiento de adicción (ERA)	.44	Nivel de Actividad (MAN_A)	.45
Experiencias aberrantes (RC8)	.42		
Hostilidad de Cook y Medley (HO)	.41		
Agresión (AGG)	.41		

Según puede detallarse en la tabla 133, el resultado del MMPI-2 brinda evidencia de correlación adecuada ($0.50 \leq r < 0.60$) con la faceta Necesidad de Estímulos y Toma de Riesgos y las escalas de Activación hipomaníaca, Desinhibición y la escala 9 – Hipomanía. Las escalas y la faceta antes mencionadas coinciden en medir altos niveles de energía, alto humor e irritabilidad, así como un pobre control de impulsos, euforia y poca necesidad de sueño, búsqueda de emoción y toma de riesgos.

Por su parte, como puede observarse en los resultados del PAI, éstos permiten establecer puntaje bueno ($0.50 \leq r < 0.60$) en cuatro escalas que son: Rasgos Antisociales, Búsqueda de Sensaciones, Conductas Antisociales, y Manía. Lo cual está relacionado con dificultades con la autoridad, deseo de asumir riesgos y buscar la novedad, con una tendencia desinhibida, conductas imprudentes y potencialmente peligrosas. Tres correlaciones adecuadas, pero, con carencias en un rango de ($0.35 \leq r < 0.50$) fueron: Egocentrismo, Nivel de Actividad y Desinhibición. Lo que

tiene relación con personas frías, sin empatía, egocéntricos, desconsiderados y con orientación hacia la satisfacción inmediata.

Finalmente, con el PID-5 se obtuvo una correlación buena ($0.60 \leq r < 0.70$) con la escala Asunción de Riesgos, es decir con la necesidad de involucrarse y realizar actividades peligrosas, arriesgadas y potencialmente dañinas para uno mismo sin necesidad y sin tener en cuenta las consecuencias; falta de preocupación por las limitaciones y negación de la realidad del peligro personal; búsqueda desenfrenada de metas sin importar el nivel de riesgo involucrado.

6.5.2.4 Faceta Distractibilidad

Tabla 134

MMPI-2 (N=226)		PAI (N=184)		PID-5 (N=219)	
Escala	*r*	Escala	*r*	Escala	*r*
Interferencia laboral (Esc_DTR)	.62	Alteración del Pensamiento (SCZ_T)	.70	Distractibilidad (Distractibility)	.71
Trastorno de Estrés Postraumático Schlenger (Esc_EPS)	.60	Afecto_negativo	.57		
Escala 7 Psicastenia (Escal_Pt)	.60	Rasgos Límites (BOR)	.54		
Escala de Inadaptación universitaria (Esc_DPR)	.60	Depresión (DEP)	.47		
Ansiedad (Esc_A)	.57	Esquizofrenia (SCZ)	.45		
Obsesividad (Esc_OBS)	.57				
Desmoralización (Escal_RCd)	.55				

Escala 8 - Esquizofrenia (Escal_Es)	.55
Ansiedad (Esc_ANS)	.53
Emociones negativas disfuncionales (Escal_RC7)	.52
Trastorno estrés postraumático Keane (Esc_EPK)	.51
Baja autoestima (Esc_BAE)	.50
Personalidad psicopatológica de Neuroticismo o emocionalidad negativa (NEN)	.48
Escala 6 - Paranoia (Escal_PA)	.47
Escala 2 - Depresión (Escal_D)	.46
Hostilidad (Esc_ENJ)	.44
Experiencias aberrantes (Escal_RC8)	.44
Escala 2 Depresión (Escal_D)	.43
Activación hipomaníaca (Escal_RC9)	.42
Psicoticismo (Esc_PSY)	.41
Escala 1 - Hipocondría (Escal_Hs)	.41

Según puede detallarse en la tabla 134, el resultado del MMPI-2 aporta evidencia buena ($0.60 \leq r < 0.70$), asociada directamente a características de validez presentes en esta faceta, las cuales están relacionadas con las escalas de Interferencia Laboral, Estrés Postraumático, Inadaptación Universitaria y otras características de individuos que presentan dificultad para autocontrolarse, y que tienden a actuar por impulso, asimismo puede considerarse que existe una adecuada correlación ($0.50 \leq r < 0.60$),, con las escalas de Ansiedad, Baja Autoestima, Emociones Negativas Disfuncionales. Que tiene relación con altos índices de falta de confianza y actitudes negativas hacia ellos mismos. Además de ansiedad y falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas.

Por otro lado, como puede observarse en los resultados del PAI, éstos permiten establecer que se reflejan puntajes excelentes ($r \geq 0.70$) en la faceta de Alteración de Pensamiento, que se relaciona con la tendencia a andar distraído, sugiere problemas en la concentración, alto nivel de confusión o claridad en el proceso de pensamiento y un aumento en la dificultad para expresarse y comunicarse.

Finalmente, cabe mencionar, que se obtuvo niveles de asociación bueno ($0.60 \leq r < 0.70$), entre esta faceta y el PID-5, en la escala de Distractibilidad, lo que es esperable, ya que ambas coinciden con la dificultad para concentrarse y prestar atención a las tareas, distracción fácil por estímulos externos, problemas para realizar comportamientos dirigidos a metas y planificación de tareas.

6.5.2.5 Faceta Potencial a la Adicción

Tabla 135

MMPI-2 (N=226)		PAI (N=184)		PID-5 (N=219)	
Escala	*r*	Escala	*r*	Escala	*r*
Reconocimiento de adicción (Esc_ERA)	.74	Ansiedad (ANX)	.74	Asunción de riesgos (Risk Taking)	.40
Conducta Antisocial (Escal_RC4)	.65	Problemas con el Alcohol (ALC)	.73	Irresponsabilidad (Irresponsibility)	.37
Desinhibición (Esc_DIS)	.51	Desinhibición	.52		
Espectros de Trastorno de la personalidad antisocial	.50	Relaciones Interpersonales Problemáticas (BOR_N)	.41		
Escala 4- Desviación Psicopática (Escal_Dp)	.42	Rasgos Límites (BOR)	.41		
		Rasgos Antisociales (ANT)	.40		

Según puede detallarse en la tabla 135, el resultado del MMPI-2 aporta evidencia excelente ($r \geq 0.70$), asociada directamente a características de validez presentes en esta faceta, las cuales están relacionadas con la escala de Reconocimiento de Adicción, por sus características de individuos que no tienen inhibición de conductas y no tienen interés en el efecto de sus conductas sobre otras personas, que incluyen comportamientos de irresponsabilidad y búsqueda de riesgos, así mismo puede considerarse que existe una asociación buena ($0.60 \leq r < 0.70$) con la escala de Conducta Antisocial, y adecuada ($0.50 \leq r < 0.60$) con la escala de Trastorno de la Personalidad Antisocial.

Por su parte, como puede observarse en los resultados del PAI, éstos permiten establecer que igualmente se reflejan puntajes excelentes ($r \geq 0.70$) en las escalas de Ansiedad y Problemas con el Alcohol, como es esperable y de manera adecuada ($0.50 \leq r < 0.60$) con la escala de Relaciones Interpersonales Problemáticas, es decir, una tendencia a involucrarse en relaciones que son muy intensas y caóticas. Cree que las personas importantes no atienden sus necesidades, por lo que la persona se siente traicionada y explotada. Demuestra una falta de confianza y pesimismo en torno a las relaciones.

Finalmente, en el PID-5, se obtuvieron niveles adecuado, pero con algunas carencias ($0.35 \leq r < 0.50$) con la escala de Asunción de Riesgos e Irresponsabilidad, que implica la necesidad involucrarse y realizar actividades peligrosas, arriesgadas y potencialmente dañinas para uno mismo sin necesidad y sin tener en cuenta las consecuencias; falta de preocupación por las limitaciones y negación de la realidad del peligro personal; búsqueda desenfrenada de metas sin importar el nivel de riesgo involucrado.

6.5.3 Espectro de Internalización

6.5.3.1 Faceta Rasgos Depresivos

Tabla 136

MMPI-2 (N=226)		PAI (N=184)		PID-5 (N=219)	
Escala	*r*	Escala	*r*	Escala	*r*
Desmoralización (Escal_RCd)	.85	Cognitiva (DEP_C)	.85	Depresión (Depressivity)	.87
Depresión (Esc_DEP)	.83	Depresión (DEP)	.84	Anhedonia (Anhedonia)	.74

Trastorno de estrés postraumático Keane (Esc_EPK)	.80	Ideación Suicida (SUI)	.80	Ansiedad (Anxiousness)	.63
Trastorno de estrés postraumático Schlenger (Esc_EPS)	.80	Emocional (DEP_A)	.80		
Ansiedad (Esc_A)	.77	Afecto_Negativo_PA	.77		
Inadaptación universitaria (Esc_DPR)	.77	Fisiológica (ANX_P)	.74		
Escala 7 - Psicastenia (Escal_Pt)	.76	Trastornos Relacionados con la Ansiedad (ARD)	.73		
Interferencia laboral (Esc_DTR)	.75	Estrés Postraumático (ARD_T)	.72		
Escala 8 - Esquizofrenia (Escal_Es)	.75	Rasgos Límites (BOR)	.71		
Baja autoestima (Esc_BAE)	.74	Alteración de la Identidad (BOR_I)	.70		
Espectros de Trastorno de la personalidad límite	.70				
Ansiedad (Esc_ANS)	.70				

Escala 4 - Desviación Psicopática (Escal_Dp)	.67
Neuroticismo o Emocionalidad negativa (Esc_NEN)	.64
Emociones negativas disfuncionales (Escal_RC7)	.62

Según puede detallarse en la tabla 136, el resultado del MMPI-2 aporta evidencia excelente ($r \geq 0.70$), asociada directamente a características de validez presentes en esta faceta, las cuales están relacionadas con las escalas de Desmoralización, Depresión, Trastorno de Estrés Postraumático, Ansiedad, Inadaptación Universitaria, Psicastenia, Interferencia Laboral, Esquizofrenia, Baja Autoestima, Trastorno de Personalidad Límite, por sus características de individuos que tienen la tendencia a experimentar emociones negativas y que presentan una manifestación constante de preocupación.

Por su parte, como puede observarse en los resultados del PAI, éstos permiten establecer que igualmente se reflejan puntajes excelentes ($r \geq 0.70$) en las escalas de Depresión, Ideación Suicida, Afecto Negativo, Trastornos Relacionados con la Ansiedad, Rasgos Límite y Alteraciones de la Identidad. Contemplando pensamientos o ideas relacionadas con la muerte, impulsividad, conductas autodestructivas, incertidumbre, dudas sobre asuntos vitales, dificultad para encontrarle sentido a la vida y dificultades para mantener una representación de la propia identidad, lo que se refleja en cambios repentinos en deseos y metas.

Finalmente, en el PID-5, se obtuvieron niveles excelentes ($r \geq 0.70$) con la escala de Depresión y bueno ($0.50 \leq r < 0.60$) con la escala de Ansiedad. Haciendo referencia a sentimientos de inferioridad, de desgracia o de desesperanza; dificultad para recuperarse del estado de ánimo negativo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza o culpa omnipresente; baja autoestima; ideación y comportamiento suicidas.

6.5.3.2 Faceta Rasgos Ansiosos

Tabla 137

MMPI-2 (N=226)		PAI (N=184)		PID-5 (N=219)	
Escala	*r*	Escala	*r*	Escala	*r*
Escala 7 Psicastenia (Pt)	.81	Fisiológica (P)	.81	Ansiedad (Anxiousness)	.73
Desmoralización (RCd)	.79	Trastornos Relacionados con la Ansiedad (ARD)	.78	Depresión (Depressivity)	.67
Ansiedad (A)	.79	Ansiedad (ANX)	.77	Anhedonia (Anhedonia)	.56
Trastorno de estrés postraumático Schlenger (EPS)	.78	Cognitiva (DEP_C)	.74		
Ansiedad (ANS)	.77	Cognitiva (ANX_C)	.73		
Inadaptación Universitaria (DPR)	.77	Rasgos Límites (BOR)	.71		

Depresión (DEP)	.74	Psicoticismo	.61
Obsesividad (OBS)	.74	Afecto Negativo	.58
Trastorno de estrés postraumático Keane (EPK)	.74		
Emociones negativas disfuncionales (RC7)	.73		
Escala 8 Esquizofrenia (Es)	.71		
Neuroticismo o Emocionalidad negativa (NEN)	.70		
Escala 2 Depresión (D)	.67		

Tal y como se observa en la tabla 137, los valores obtenidos con el MMPI-2 aportan evidencia excelente ($r \geq 0.70$), asociada directamente a características de validez presentes en esta faceta asociadas con la mayoría de las escalas, tales como Psicastenia, Desmoralización, Ansiedad, Trastorno de Estrés Postraumático, Inadaptación Universitaria, Depresión, Obsesividad, entre otras, debido a la presencia de preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos, temores exagerados, emotividad negativa, control rígido de impulsos, miedo al fracaso, procrastinación, deterioro en la concentración y la memoria, culpa, autocrítica y rumiación. Puntuaciones altas en

esta escala permiten identificar síntomas de ansiedad y falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas. Es decir, una incapacidad de hacer frente o estar abrumado con la situación actual, y experimentan malestar clínico significativo.

Por su parte, los resultados con el PAI permiten establecer que puntajes excelentes ($r \geq 0.70$), en la faceta de Ansiedad Fisiológica se asocian con manifestaciones como taquicardia, sudoración en la palma de las manos, hiperventilación y mareos.

Finalmente, con el PID-5 se obtuvieron niveles de asociación excelentes ($r \geq 0.70$), entre esta faceta y la escala de Ansiedad, la cual es esperable ya que describe individuos con sentimientos intensos de nerviosismo, tensión o pánico, a menudo en respuesta a tensiones interpersonales.

6.5.3.3 Faceta Inestabilidad Emocional

Tabla 138

MMPI-2 (N=226)		PAI (N=184)		PID-5 (N=219)	
Escala	*r*	Escala	*r*	Escala	*r*
Inadaptación Universitaria (DPR)	.73	Afecto Negativo (PAI)	.79	Labilidad emocional (Emotional Lability)	.67
Ansiedad (A)	.72	Rasgos Límites (BOR)	.76	Ansiedad (Anxiousness)	.63

Escala 7 Psicastenia (Pt)	.72	Depresión (DEP)	.72	Depresión (Depressivity)	.57
Neuroticismo o Emocionalidad negativa (NEN)	.71	Alteración de la Identidad (BOR_I)	.71		
Desmoralización (RCd)	.71	Trastornos Relacionados con la Ansiedad (ARD)	.70		
Ansiedad (ANS)	.70	Fisiológica (ANX_P)	.69		
Trastorno de estrés postraumático Schlenger (EPS)	.70	Emocional (DEP_A)	.68		
Depresión (DEP)	.67	Cognitiva (DEP_C)	.68		
Emociones negativas disfuncionales (RC7)	.65	Psicoticismo	.61		
Escala 8 Esquizofrenia (Es)	.63				
Baja autoestima (BAE)	.62				

Escala 6 Paranoia (Pa)	.56

Según puede detallarse en la tabla 138, el resultado del MMPI-2 aporta evidencia excelente ($r \geq 0.70$), asociada directamente a características de validez presentes en esta faceta, las cuales están relacionadas con la escala de Inadaptación Universitaria, por sus características de Individuos que parecen poco adaptados, ineficientes, pesimistas y angustiados, asimismo puede considerarse que correlacionando en este mismo rango, se encuentran las escalas de Ansiedad, Psicastenia, Neuroticismo y Desmoralización, reflejando la presencia de preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos, temores exagerados, emotividad negativa, control rígido de impulsos, miedo al fracaso, procrastinación, deterioro en la concentración y la memoria, culpa y autocrítica, rumiación. Problemas de distracción y olvido. Falta de inventiva e ingenio le lleva a la dilación, indecisión, inmovilismo, así como síntomas de trastornos de ansiedad.

Por su parte, como puede observarse en los resultados del PAI, éstos permiten establecer que igualmente se reflejan puntajes excelentes ($r \geq 0.70$), en la faceta de Inestabilidad Emocional, los cuales se vinculan con la escala de Afecto Negativo, ya que esta refleja personas que experimentan una amplia gama de emociones, de igual forma se correlaciona con la escala de Rasgos Límites y Depresión, evidenciando sujetos con escaso control de las emociones.

Finalmente, cabe mencionar, que se obtuvo además niveles bueno ($0.50 \leq r < 0.60$) de asociación, entre esta faceta y el PID-5, en la escala de Labilidad Emocional, la cual se caracteriza por la presencia de estado de ánimo con cambios frecuente, así como en la escala de Ansiedad, cuyos individuos presentan sentimientos intensos de nerviosismo, tensión o pánico, sensación de miedo, aprensión o amenaza ante la incertidumbre; temor a desmoronarse o a perder el control.

6.5.3.4 Faceta Rasgos Hostiles

Tabla 139

MMPI-2 (N=226)		PAI (N=184)		PID-5 (N=219)	
Escala	*r*	Escala	*r*	Escala	*r*
Hostilidad (ENJ)	.72	Rasgos Límites (BOR)	.58	Hostilidad (Hostility)	.77
Neuroticismo o Emocionalidad negativa (NEN)	.69	Agresión (AGG)	.58	Ansiedad (Anxiousness)	.51
Inadaptación universitaria (DPR)	.67	Irritabilidad (MAN_I)	.57		
Trastorno de estrés postraumático Schlenger (EPS)	.65	Agresiones Físicas (AGG_P)	.56		
Ansiedad (A)	.64	Psicoticismo	.56		
Ansiedad (ANS)	.64	Inestabilidad Emocional (BOR_A)	.55		
Emociones negativas disfuncionales (RC7)	.64	Desinhibición	.53		
Escala 7 Psicastenia (Pt)	.62	Quejas Somáticas (SOM)	.52		
Desmoralización (RCd)	.62				
Escala 8 Esquizofrenia (Es)	.61				

Escala de Depresión (DEP)	.58
Escala 4 Desviación Psicopática (Dp)	.57

Según puede detallarse en la tabla 139, el resultado del MMPI-2 aporta evidencia excelente ($r \geq 0.70$), asociada directamente a características de validez presentes en esta faceta, las cuales están relacionadas con la escala de Hostilidad, haciendo referencia a personas que presentan problemas de control del enojo, es decir, tienen poca tolerancia a la frustración, pueden tener arrebatos de ira. También puede considerarse que existe una correlación buena ($0.60 \leq r < 0.70$), con las escalas de Emocionalidad Negativa, Inadaptación Universitaria, Trastorno de Estrés Postraumático, Ansiedad y Emociones Negativas Disfuncionales, para aquellos individuos que se muestran impotentes, dependientes, necesitados, indecisos e inestables. Las relaciones con otros se caracterizan por una pasividad extrema, un miedo a ser abandonado y una hipersensibilidad a las críticas.

Por su parte, como puede observarse en los resultados del PAI, éstos permiten establecer, que puntajes adecuados ($0.50 \leq r < 0.60$), en la faceta de Rasgos Hostiles, se vinculan con la escala de Rasgos Límites, la cual refleja un escaso control de las emociones y de la ira, así como con la escala de Agresión, evidenciando a personas con conductas potencialmente agresivas.

Finalmente, cabe mencionar, que se obtuvo además niveles excelentes de asociación ($r \geq 0.70$), entre esta faceta y el PID-5, en la escala de Hostilidad, la cual se caracteriza por la presencia de sentimientos de enojo persistentes o frecuentes; ira o irritabilidad en respuesta a ofensas e insultos menores.

6.5.3.5 Faceta Rigidez Perseverativa

Tabla 140

MMPI-2 (N=226)		PAI (N=184)		PID-5 (N=219)	
Escala	*r*	Escala	*r*	Escala	*r*
Obsesividad (OBS)	.41	Psicoticismo	.60	Perseverancia (Perseveration)	.59
Emociones negativas disfuncionales (RC7)	.41	Obsesivo - Compulsivo (ARD_O)	.58	Perfeccionismo rígido (Rigid Perfectionism)	.43
Comportamiento tipo A (PTA)	.40	Trastornos Relacionados con la Ansiedad (ARD)	.57		
Inadaptación universitaria (DPR)	.39	Esquizofrenia (SCZ)	.57		
Trastorno de estrés postraumático Schlenger (EPS)	.39	Alteración del Pensamiento (SCZ_T)	.56		
Escala 7 Psicastenia (Pt)	.39	Afecto Negativo	.55		
Escala 8 Esquizofrenia (Es)	.36				
Activación hipomaníaca (RC9)	.35				

De acuerdo a lo observado en la tabla 140, el resultado del MMPI-2 aporta evidencia adecuada, pero con algunas carencias ($0.35 \leq r < 0.50$), vinculada directamente a características de validez presentes en esta faceta, las cuales están asociadas con la escala de Obsesividad, en tanto refleja una dinámica interna donde la persona tiene dificultades para tomar decisiones y una tendencia constante a preocuparse de forma excesiva, porque prestan mucha atención a los detalles y sobrellevan muchos pensamientos intrusivos. Esto lleva a estas personas a sentirse abrumadas, con falta de confianza en sí mismas, miedo a emprender, dificultades para comprometerse, sentimientos de culpabilidad, autocrítica y timidez.

Por su parte, como puede observarse en los resultados del PAI, éstos permiten establecer, la existencia de puntajes buenos ($0.60 \leq r < 0.70$), en la faceta de Rigidez Perseverativa, los cuales se asocian con la escala de Psicoticismo, en la que se refleja una alta gama de conductas y cogniciones excéntricas, así como con la escala de Trastorno Obsesivo Compulsivo, evidenciando a personas rígidas que no toleran cambios o eventos inesperados.

Finalmente, cabe mencionar, que se obtuvo además niveles adecuado de asociación ($0.50 \leq r < 0.60$), entre esta faceta y el PID-5, tanto en la escala de Perseveración como en la escala de Perfeccionismo Rígido, la cual se caracteriza por la persistencia en las tareas e insistencia rígida.

6.5.3.6 Faceta Rasgos de Inseguridad Vincular

Tabla 141

MMPI-2 (N=226)		PAI (N=184)		PID-5 (N=219)	
Escala	*r*	Escala	*r*	Escala	*r*
Ansiedad (A)	.64	Afecto Negativo	.68	Sumisión (Submissiveness)	.59
Interferencia laboral (DTR)	.63	Trastornos Relacionados con la Ansiedad (ARD)	.65	Inseguridad de separación (Separation Insecurity)	.56
Ansiedad (ANS)	.61	Rasgos Límites (BOR)	.65	Distanciamiento (Withdrawal)	.54
Escala 7 - Psicastenia (Pt)	.60	Cognitiva (DEP_C)	.63	Distraibilidad (Distractibility)	.45
Inadaptación universitaria (DPR)	.60	Alteración de la Identidad (BOR_I)	.61	Labilidad emocional (Emotional Lability)	.44
Desmoralización (RCd)	.60	Estrés Postraumático (ARD_T)	.60		
Trastorno de estrés postraumático Schlenger (EPS)	.59	Fisiológica (ANX_P)	.60		

Neuroticismo o Emocionalidad negativa (NEN)	.58	Emocional (DEP_A)	.57
Emociones negativas disfuncionales (RC7)	.57	Fisiológica (DEP_P)	.56
Obsesividad (OBS)	.57	Ansiedad (ANX)	.56
Depresión (DEP)	.56	Cognitiva (ANX_C)	.55
Escala 8 - Esquizofrenia (Es)	.55	Quejas Somáticas (SOM)	.54
Trastorno de estrés postraumático Keane (EPK)	.54	Somatización (SOM_S)	.53
Indicadores negativos de tratamiento (RTR)	.51	Alteración del Pensamiento (SCZ)	.52
Escala 6 - Paranoia (Pa)	.48	Inestabilidad Emocional (BOR_A)	.52
Escala 4 - Desviación Psicopática (Dp)	.45	Psicoticismo	.52

Según puede detallarse en la tabla 141, el resultado del MMPI-2 aporta correlaciones buenas ($0.60 \leq r < 0.70$) con las escalas de Ansiedad y la escala de Interferencia Laboral.

Relacionado con una dinámica interna donde la persona tiene preocupaciones excesivas, tensión nerviosa, perturbaciones del sueño y problemas de atención y concentración. Presentan un miedo constante a perder la razón, mucho estrés y dificultades para tomar decisiones, así como con dinámicas internas de personas que tienen confianza en sí mismas, falta de concentración, y tensión. Las correlaciones adecuadas en un rango ($0.50 \leq r < 0.60$) son: escala 7 – Psicastenia, escala de Inadaptación Universitaria, escala de Desmoralización, escala de Trastorno de Estrés Postraumático Schlenger, escala de Neuroticismo o Emocionalidad Negativa, escala de Emociones Negativas Disfuncionales, escala de Obsesividad, escala de Depresión, escala 8 – Esquizofrenia, escala de Trastorno de Estrés Postraumático Keane y la escala de Indicadores Negativos de Tratamiento.

Por su parte, como puede observarse en los resultados del PAI, éstos permiten establecer que siete correlaciones buenas con un rango de ($0.60 \leq r < 0.70$) con las escalas Afecto Negativo, Trastornos Relacionados con la Ansiedad, Rasgos Límites, Cognitiva y Alteración de la Identidad. Es decir, se relaciona con emociones negativas y escaso control de las emociones y la ira, confusión en torno a temas relacionados con la identidad y valores, así como el establecimiento de relaciones intensas y combativas con los demás. Se caracteriza por la impulsividad y conductas autodestructivas. Las correlaciones adecuadas con un rango de ($0.50 \leq r < 0.60$) fueron Estrés Postraumático, Fisiológica, Emocional, Ansiedad, Cognitiva, Quejas Somáticas, Somatización, es decir preocupaciones sobre aspectos físicos y de salud, que van desde quejas de malestar físico menor como dolores de cabeza, hasta disfunciones mayores como parálisis.

En el PID-5 se obtuvieron tres correlaciones adecuadas ($0.50 \leq r < 0.60$) Sumisión, Inseguridad de Separación y Distanciamiento, relacionado con la afectividad negativa, temores de rechazo o separación de figuras significativas, asociados con el miedo a la dependencia excesiva

y a la pérdida total de autonomía. Miedo a quedarse solo debido al rechazo o la separación de los seres queridos basado en falta de confianza en la propia capacidad para cuidar de sí mismo, tanto física como emocionalmente. Asimismo, se presentan dos correlaciones adecuadas, pero con algunas carencias ($0.35 \leq r < 0.50$) con las escalas de Distractibilidad y Labilidad Emocional, las cuales presentan experiencias emocionales inestables, estado de ánimo con cambios frecuentes; las emociones se alteran fácil, intensa o desproporcionadamente con los acontecimientos y circunstancias.

6.5.3.7 Faceta de Vulnerabilidad al Estrés

Tabla 142

MMPI-2 (N=226)		PAI (N=184)		PID-5 (N=219)	
Escala	*r*	Escala	*r*	Escala	*r*
Ansiedad (A)	.71	Afecto Negativo	.72	Ansiedad (Anxiousness)	.59
Neuroticismo Emocionalidad negativa (NEN)	.70	Fisiológica (ANX_P)	.69	Hostilidad (Hostility)	.54
Psicastenia (Escal_Pt)	.70	Trastornos Relacionados con la Ansiedad (ARD)	.65	Labilidad emocional (Emotional Lability)	.53
Inadaptación universitaria (DPR)	.69	Ansiedad (ANX)	.64	Depresión (Depressivity)	.52

Interferencia laboral (DTR)	.69	Depresión (DEP)	.63	Distraibilidad (Distratibility)	.49
Dependant	.69	Cognitiva (DEP_C)	.62	Perseverancia (Perseveration)	.49
Ansiedad (ANS)	.68	Cognitiva (ANX_C)	.61	Desregulación cognitiva y perceptual (Perceptual Dysregulation)	.45
Desmoralización (RCd)	.68	Rasgos Límites (BOR)	.61	Inseguridad de separación (Separation Insecurity)	.45
Emociones negativas disfuncionales (RC7)	.68	Fobias (ARD_P)	.60	Anhedonia (Anhedonia)	.41
Trastorno de estrés postraumático Schlenger (EPS)	.67	Alteración de la Identidad (BOR_I)	.60	Sumisión (Submissiveness)	.41
Espectro Borderline	.67	Alteración del Pensamiento (ESQ-A)	.59	Impulsividad (Impulsivity)	.41
Baja autoestima (BAE)	.65	Emocional (DEP_A)	.56		
Obsesividad (OBS)	.65	Psicoticismo	.56		

Espectro Depresión	.63	Fisiológica (DEP_P)	.55
Trastorno de estrés postraumático Keane (EPK)	.62	Quejas Somáticas (SOM)	.55
Esquizofrenia (Es)	.59	Somatización (SOM_S)	.55
Depresión (DEP)	.59	Inestabilidad Emocional (BOR_A)	.54
Depresión (D)	.57	Estrés Postraumático (ARD_T)	.53
Indicadores negativos de tratamiento (RTR)	.56	Esquizofrenia (SCZ)	.53
Introversión social (Is)	.53	Ideación Suicida (SUI)	.48
Evitativo	.53	Conversión (SOM_C)	.48
Hipocondría (Hs)	.52	Irritabilidad (MAN-I)	.46
Escala de Hostilidad (ENJ)	.51	Agresión (AGR)	.46
Preocupaciones por la salud (SAU	.49	Deshinbición	.43

Problemas familiares (FAM)	.48	Nivel de Actividad (MAN-A)	.42
Potencial de adicción (PA)	.48	Estrés (EST)	.41
Malestar matrimonial (MM)	.46	Relaciones Interpersonales Problemáticas (LIM-P)	.41
Desviación Psicopática (Dp)	.46	Experiencias Psicóticas (ESQ-P)	.41
Comportamiento tipo A (PTA)	.45	Obsesivo – Compulsivo (TRA-O)	.41
Quejas somáticas (RC1)	.45	Paranoia (PAR)	.39
Miedos (MIE)	.43	Resentimiento (PAR-R)	.38
Paranoia (Pa)	.42	Agresiones Físicas (AGG F)	.38
Psicoticismo (PSY)	.41	Búsqueda de Sensaciones (ANT-B)	.36
Hostilidad de Cook y Medley (HO)	.40		
Activación hipomaníaca (RC9)	.37		

Experiencias Aberrantes (RC8)	.36
Pensamiento extravagante (DEL)	.35

Tal y como se observa en la tabla 142. la evidencia obtenida con el MMPI-2 apunta directamente a características asociadas con una correlación excelente ($r \geq 0.70$) con la escala de Ansiedad. Esta asociación es esperada ya que la faceta de Vulnerabilidad al Estrés mide las conductas relacionadas al espectro de Afecto Negativo. Adicionalmente la evidencia obtenida con otras escalas del MMPI-2 como las de: Neuroticismo Emocionalidad Negativa, Psicastenia, Inadaptación Universitaria, Interferencia Laboral, Dependencia, Ansiedad, Desmoralización, Emociones Negativas Disfuncionales, Trastorno de Estrés Postraumático Schlenger, espectro Borderline, Baja Autoestima, Obsesividad, espectro Depresión y Trastorno de Estrés Postraumático Keane, tuvieron una asociación buena ($0.60 \leq r < 0.70$), ya que estas escalas apuntan a trastornos y circunstancias donde el individuo está sometido, estuvo sometido o vive situaciones de estrés profundas dado su dinamismo psíquico interno, derivado de situaciones estresantes vividas o producidas por las mismas características del sujeto. Finalmente, con el MMPI-2, también se obtuvieron evidencias de una asociación adecuada ($0.50 \leq r < 0.60$) con las escalas de Esquizofrenia, Depresión, Indicadores Negativos de Tratamiento, Introversión Social, Evitativo, Hipocondría y Hostilidad. Todas estas anteriores se relacionan con la faceta de Vulnerabilidad al Estrés porque dentro las conductas que miden está el estrés producido ya sea por dinamismos

internos de la persona, problemas para relacionarse con otros o por situaciones ya sean depresivas o de esquizofrenia.

Por su parte, los resultados con el PAI permiten establecer que se dio una correlación Excelente ($r \geq 0.70$) con la escala de Afecto Negativo, esta asociación es importante porque la faceta de Vulnerabilidad al Estrés es parte de los rasgos o conductas que componen el espectro de Afecto Negativo. Así mismo con el PAI también se obtuvieron evidencias de una correlación buena ($0.60 \leq r < 0.70$) con las escalas de Fisiológica, Trastornos Relacionados con la Ansiedad, Ansiedad, Depresión, Cognitiva, Rasgos Límites, Fobias y Alteración de la Identidad, todas estas escalas en conjunto describen conductas y rasgos asociados a la vulnerabilidad al estrés, por lo que la correlación es importante y era esperada. También se dio una correlación Adecuada ($0.50 \leq r < 0.60$) con las escalas de Emocional, Psicoticismo, Fisiológica, Quejas Somáticas, Somatización, Inestabilidad Emocional, Estrés Postraumático y Esquizofrenia. Todas estas escalas describen rasgos de conducta asociados con el estrés en diferentes dinámicas internas de las personas y demuestra el dinamismo de la dimensionalidad de la personalidad, donde pueden converger diferentes rasgos en una dimensión.

Finalmente, los resultados con el PID-5 permiten establecer que las escalas de Ansiedad, Hostilidad, Labilidad Emocional y Depresión tuvieron puntajes importantes de una correlación adecuada ($0.50 \leq r < 0.60$), es un resultado esperado, dado que son los rasgos que componen el espectro de Afecto Negativo y se relacionan con la faceta de Vulnerabilidad al Estrés.

6.5.4 Espectro de Psicoticismo

6.5.4.1 Faceta Creencias y Experiencias Inusuales

Tabla 143

MMPI-2 (N=226)		PAI (N=184)		PID-5 (N=219)	
Escala	*r*	Escala	*r*	Escala	*r*
Psicoticismo (Esc_PSY)	.70	Experiencias Psicóticas (SCZ_P)	.76	Creencias y experiencias inusuales (Unusual Beliefs Experiences)	.68
Pensamiento extravagante (Esc_DEL)	.67	Psicoticismo	.73	Desregulación cognitiva y perceptiva (Perceptual Dysregulation)	.51
Esquizofrenia (Escal_Es)	.64	Esquizofrenia (SCZ)	.69	Excentricidad (Eccentricity)	.49
Experiencias aberrantes (Escal_RC8)	.64	Alteración del Pensamiento (SCZ_T)	.60	Desconfianza (Suspiciousness)	.48
Trastorno de estrés postraumático Schlenger (Esc_EPS)	.61	Agresiones Físicas (AGG_P)	.56		
Trastorno de estrés postraumático Keane (Esc_EPK)	.60	Paranoia (PAR)	.56		

Ideas de persecución (Escal_RC6)	.60	Búsqueda de Sensaciones (ANT_S)	.55
Hostilidad de Cook y Medley (Esc_HO)	.59	Ansiedad Fisiológica (ANX_P)	.55
Psicastenia (Escal_Pt)	.56	Afecto Negativo	.55
Ansiedad (Esc_A)	.55	Rasgos Límites (BOR)	.54
Hipomanía (Escal_Ma)	.54	Conversión (SOM_C)	.53
Depresión (Esc_DEP)	.54	Rasgos Antisociales (ANT)	.53
Inadaptación universitaria (Esc_DPR)	.53	Depresión (DEP)	.51
Ansiedad (Esc_ANS)	.51		

Cinismo (Esc_CIN)	.51
Desviación Psicopática (Escal_Dp)	.49

Tal y como se observa en la tabla 143, la evidencia obtenida con el MMPI-2 apunta directamente a una correlación excelente ($r \geq 0.70$), en lo relacionado con la manifestación de características asociadas con creencias o experiencias inusuales y una tendencia a admitir de buen grado el soñar despierto, mientras que las correlaciones con las escalas asociadas a estados persecutorios, delirios, alucinaciones, etc, correlaciona de manera buena ($0.60 \leq r < 0.70$) en ambos test. En cuanto a las manifestaciones emocionales como depresión, ansiedad, somatización y similares, los resultados demuestran que la relación entre ambos es adecuada ($0.50 \leq r < 0.60$) y únicamente la escala relacionada con la medida de desviaciones como conductas antisociales, juicio y capacidad de aprender de la propia experiencia correlaciona de forma adecuada, pero con algunas carencias ($0.35 \leq r < 0.50$).

Por su parte, los resultados con el PAI permiten establecer que puntajes altos en la faceta de Creencias y Experiencias Inusuales, se asocian de manera excelente ($r \geq 0.70$) con manifestaciones de ruptura con la realidad, pérdida de juicio, percepciones inusuales, pensamiento mágico, presencia de episodios delirantes y alucinaciones. Mientras que las puntuaciones buenas ($0.60 \leq r < 0.70$) se asocian con los problemas relacionados directamente con el proceso de juicio y autocontrol, lo cual limita los procesos de comunicación e interacción social. Mientras que los comportamientos como ansiedad, depresión, manifestaciones somáticas, toma de riesgos y conducta antisocial demuestra una correlación adecuada ($0.50 \leq r < 0.60$).

De acuerdo con los resultados del PID-5, es de destacar que se obtuvieron niveles de asociación bueno ($0.60 \leq r < 0.70$), entre esta faceta y la presencia del pensamiento mágico manifiesto a partir de experiencias insólitas de la realidad, como lo pueden ser la presencia de habilidades excepcionales y alucinaciones de cualquier tipo. Por su parte, las manifestaciones de despersonalización, disociación, desrealización y conductas o experiencias que reportan afectación sensorial, presentan resultados adecuado ($0.50 \leq r < 0.60$). Finalmente, se obtienen resultados adecuado, pero con algunas carencias ($0.35 \leq r < 0.50$), en relación con las escalas que involucran más procesos de comunicación alterados o extravagantes, así como desconfianza y temor en general.

6.5.4.2 Faceta Suspicacia / Paranoia

Tabla 144

MMPI-2 (N=226)		PAI (N=184)		PID-5 (N=219)	
Escala	*r*	Escala	*r*	Escala	*r*
Hostilidad de Cook y Medley (HO)	.65	Paranoia (PAR)	.74	Desconfianza (Suspiciousness)	.70
Psicoticismo (PSY)	.63	Persecución (PAR_P)	.66	Excentricidad (Eccentricity)	.48
Esquizofrenia (Es)	.60	Psicoticismo	.65	Desregulación cognitiva y perceptiva (Perceptual Dysregulation)	.47
Ideas de persecución (RC6)	.59	Esquizofrenia (SCZ)	.64	Ansiedad (Anxiousness)	.47

Cinismo (CIN)	.57	Trastornos Relacionados con la Ansiedad (ARD)	.62	Hostilidad (Hostility)	.46
Trastorno de estrés postraumático Schlenger (EPS)	.57	Quejas Somáticas (SOM)	.57	Creencias y experiencias inusuales (Unusual Beliefs Experiences)	.46
Trastorno de estrés postraumático Keane (EPK)	.56	Resentimiento (PAR_R)	.56	Anhedonia (Anhedonia)	.44
Ansiedad (A)	.56	Afecto Negativo	.56	Depresión (Depressivity)	.44
Indicadores negativos de tratamiento (RTR)	.56	Ansiedad Fisiológica (ANX_P)	.56	Distanciamiento (Withdrawal)	.42
Pensamiento extravagante (DEL)	.55	Obsesivo - Compulsivo (ARD_O)	.56	Insensibilidad (Callousness)	.42
Psicastenia (Pt)	.55	Relaciones Interpersonales Problemáticas (BOR_N)	.54		

Emociones negativas disfuncionales (RC7)	.55	Experiencias Psicóticas (SCZ_P)	.54
Desviación Psicopática (Dp)	.54	Estrés Postraumático (ARD_T)	.53
Malestar matrimonial (MM)	.52	Rasgos Límites (BOR)	.53
Inadaptación universitaria (DPR)	.52	Depresión (DEP)	.53
Problemas familiares (FAM)	.51	Ansiedad (ANX)	.52
Hostilidad (ENJ)	.51	Inestabilidad Emocional (BOR_A)	.52
Depresión (DEP)	.51	Conversión (SOM_C)	.52
Experiencias aberrantes (RC8)	.51	Fisiológica (DEP_P)	.51
Activación hipomaníaca (RC9)	.50	Cognitiva (ANX_C)	.50

Neuroticismo o Emocionalidad negativa (NEN)	.50	Indiferencia Social (SCZ_S)	.50
Desmoralización (RCd)	.49	Somatización (SOM_S)	.50
Comportamiento tipo A (PTA)	.49	Hipervigilancia PAR_H)	.49
Ansiedad (ANS)	.49	Alteración del Pensamiento	.49
Obsesividad (OBS)	.48	Estrés (STR)	.49
Baja autoestima (BAE)	.46	Nivel de Actividad (MAN_A)	.48
Cinismo (RC3)	.46	Irritabilidad (MAN_I)	.48
Quejas somáticas (RC1)	.46	Emocional (DEP_A)	.47
Conductas antisociales (PAS)	.45	Alteración de la Identidad (BOR_I)	.47

Preocupaciones por la salud (SAU)	.45	Agresiones Físicas (AGG_P)	.46
Hipomanía (Ma)	.45	Cognitiva (DEP_C)	.46
Conducta antisocial (RC4)	.44	Manía (MAN)	.45
Paranoia (Pa)	.43	Fobias (ARD_P)	.41
Hipocondría (Hs)	.43	SUI Ideación Suicida (SUI)	.41
Reconocimiento de adicción (ERA)	.43		

Tal y como se observa en la tabla 144, la evidencia obtenida con el MMPI-2 apunta directamente a una correlación buena ($0.60 \leq r < 0.70$), en lo relacionado con la manifestación de características asociadas con desconfianza, creencias o experiencias inusuales y una tendencia a admitir de buen grado el soñar despierto, experiencias de estados persecutorios, delirios, alucinaciones, percepciones sensoriales alteradas, etc. En cuanto a las manifestaciones emocionales como depresión, ansiedad, somatización, problemas para relacionarse con otros, inadaptación y problemas de proceso de pensamiento; los resultados demuestran que la relación entre ambas es adecuada ($0.50 \leq r < 0.60$). Mientras que se reporta una correlación adecuada, pero con algunas carencias ($0.35 \leq r < 0.50$), en relación con las escalas cuyo contenido abarca

desviaciones como conductas antisociales, problemas con la propia imagen, conductas obsesivas, pérdida del juicio y capacidad de aprender de la propia experiencia.

Por su parte, los resultados con el PAI permiten establecer que puntajes altos en la faceta de Suspicacia/Paranoia, se asocian de manera excelente ($r \geq 0.70$), con manifestaciones relacionadas con vigilancia y control excesivo del entorno, tendencia al resentimiento, el rencor y la predisposición a detectar injusticias por parte de otros. Las puntuaciones buenas ($0.60 \leq r < 0.70$), se asocian con los estados persecutorios, delirantes y alucinatorios, así como la experimentación de trastornos relacionados con la ansiedad y alteración de las percepciones y pensamiento, el juicio y el pensamiento mágico. En cuanto a la presencia de somatización, obsesividad, compulsiones, depresión, ansiedad, alteración en el comportamiento, toma de riesgos y dificultad para relacionarse, se asocian de manera adecuada ($0.50 \leq r < 0.60$), y la presencia de algunos rasgos más relacionados con la hipervigilancia, desconfianza, presencia de manías y fobias e incluso ideación suicida correlacionan adecuadamente, pero con algunas carencias ($0.35 \leq r < 0.50$).

Finalmente, de acuerdo con los resultados del PID-5, es de destacar que se obtuvieron niveles de asociación excelentes ($r \geq 0.70$), entre esta faceta y la presencia de expectativas y sensibilidad a señales de perjuicio o mala intención interpersonal; dudas sobre la lealtad y la fidelidad de los demás; así como los sentimientos de ser maltratado, utilizado o perseguidos por otros. Así como una correlación adecuada, pero con algunas carencias ($0.35 \leq r < 0.50$), en relación con las alteraciones de juicio y pensamiento mágico, experiencias o percepciones alteradas, depresión, hostilidad, desapego e insensibilidad.

6.5.4.3 Faceta Desregulación Perceptual y Cognitiva

Tabla 145

MMPI-2 (N=226)		PAI (N=184)		PID-5 (N=219)	
Escala	*r*	Escala	*r*	Escala	*r*
Esquizofrenia (Es)	.73	Esquizofrenia (SCZ)	.75	Desregulación cognitiva y perceptiva (Perceptual Dysregulation)	.64
Trastorno de estrés postraumático Schlenger (EPS)	.71	Psicoticismo	.75	Excentricidad (Eccentricity)	.55
Pensamiento extravagante (DEL)	.68	Afecto Negativo	.70	Creencias y experiencias inusuales (Unusual Beliefs Experiences)	.55
Trastorno de estrés postraumático Keane (EPK)	.67	Ansiedad (ANX)	.67	Depresión (Depressivity)	.52
		Depresión (DEP)	.67	Perseverancia (Perseveration)	.49
Experiencias aberrantes (RC8)	.67	Ideación Suicida (SUI)	.63	Distraibilidad (Distractibility)	.48
Psicastenia (Pt)	.66	Quejas Somáticas (SOM)	.63	Desconfianza (Suspiciousness)	.48

Depresión (DEP)	.65	Trastornos Relacionados con la Ansiedad (ARD)	.62	Labilidad emocional (EmotionalLability)	.45
Psicoticismo (PSY)	.65	Rasgos Límites (BOR)	.61	Irresponsabilidad (Irresponsibility)	.44
Desmoralización (RCd)	.63	Búsqueda de Sensaciones (ANT_S)	.57	Ansiedad (Anxiousness)	.43
Ansiedad (A)	.62	Somatización (SOM_S)	.57		
Obsesividad (OBS)	.61	Nivel de Actividad (MAN_A)	.57		
Interferencia laboral (DTR)	.60	Alteración de la Identidad (BOR_I)	.55		
Inadaptación universitaria (DPR)	.60	Fisiológica (DEP_P)	.55		
Baja autoestima (BAE)	.59	Estrés (STR)	.55		

Indicadores negativos de tratamiento (RTR)	.58	Agresiones Físicas (AGG_P)	.53
Emociones negativas disfuncionales (RC7)	.58	Paranoia	.53
Ideas de persecución (RC6)	.57	Rasgos Antisociales (ANT)	.50
Paranoia (Pa)	.54	Desinhibición	.49
Ansiedad (ANS)	.54	Persecución (PAR_P)	.46
Quejas somáticas (RC1)	.54	Fobias (ARD_P)	.44
Hipocondría (Hs)	.53	Obsesivo - Compulsivo (ARD_O)	.44
Desviación Psicopática (Dp)	.52	Agresión (AGG)	.43
Preocupaciones por la salud (SAU)	.51	Manía (MAN)	.42

Neuroticismo o Emocionalidad negativa (NEN)	.51	Relaciones Interpersonales Problemáticas (BOR_N)	.41
Hostilidad de Cook y Medley (HO)	.50	Irritabilidad (MAN_I)	.41
Activación hipomaníaca (RC9)	.50		
Problemas familiares (FAM)	.49		
Hipomanía (Ma)	.48		
Malestar matrimonial (MM)	.48		
Reconocimiento de adicción (ERA)	.46		
Hostilidad (ENJ)	.46		
Conducta antisocial (RC4)	.43		
Cinismo (CIN)	.42		

Depresión (D)	.41
Potencial de adicción (PA)	.41

Tal y como se observa en la tabla 145 la evidencia obtenida con el MMPI-2 apunta directamente a una correlación excelente ($r \geq 0.70$), en lo relacionado con la manifestación de características asociadas con síntomas de ansiedad, poca tolerancia a la frustración, desorganización producto del estrés y dificultades para manejarse a sí mismo, así como con la posibilidad de presentar alteraciones de pensamiento y sensoriales, delirios y alucinaciones de diversa índole. A la vez que el pensamiento mágico, las dificultades para relacionarse con los demás, inadaptación laboral y/o académica, estrés, depresión y ansiedad correlacionan de manera buena ($0.60 \leq r < 0.70$). Por otra parte, las manifestaciones relacionadas con déficit de autoestima, ideas de persecución, obsesividad, somatización y en general problemas emocionales que repercuten de manera negativa en la manera en que se relaciona o desenvuelve en sociedad, correlacionan de forma adecuada ($0.50 \leq r < 0.60$). Mientras que de manera adecuada, pero con algunas carencias ($0.35 \leq r < 0.50$), correlacionan el potencial a la adicción, carencia para desarrollar relaciones de confianza con las otras personas, tendencia a la agresividad y la conducta antisocial.

Por su parte, los resultados con el PAI permiten establecer que puntajes altos en la faceta de Desregulación Perceptual y Cognitiva, se asocian de manera excelente ($r \geq 0.70$), con manifestaciones relacionadas con creencias y percepciones inusuales, una escasa competencia social y anhedonia por las relaciones sociales, ineficacia y alteraciones en la atención, la concentración y los procesos asociativos, así como problemas de pensamiento y de juicio,

experimentar delirios y alucinaciones. Las puntuaciones buenas ($0.60 \leq r < 0.70$), se asocian con los estados de ansiedad y depresión, somatización, tendencia a las autolesiones e ideación suicida. En cuanto a la toma de riesgos y dificultad para relacionarse, búsqueda de sensaciones e hiperactivaciones, así como manifestaciones fisiológicas de la depresión y ansiedad se asocian de manera adecuada ($0.50 \leq r < 0.60$), y la presencia de algunos rasgos más relacionados con las ideas persecutorias, desconfianza, presencia de manías y fobias correlacionan adecuadamente pero con algunas carencias ($0.35 \leq r < 0.50$).

Finalmente, de acuerdo con los resultados del PID-5, es de destacar que se obtuvieron niveles de asociación buenos ($0.60 \leq r < 0.70$), entre esta faceta y la presencia de despersonalización, desrealización y experiencias disociativas, estados combinados de sueño y vigilia o sensación de pérdida de control del pensamiento. Así como la presencia de dificultades de comunicación al presentar un lenguaje circunstancial, vago, metafórico, recargado o estereotipado y la vivencia de sensaciones extrañas en diversas modalidades sensoriales, correlacionaron de manera adecuada ($0.50 \leq r < 0.60$). Por su parte las correlaciones adecuadas, pero con algunas carencias ($0.35 \leq r < 0.50$), son las relacionadas con pérdida de confianza, inestabilidad emocional y cambios de humor, depresión, ansiedad, problemas de concentración o para lograr objetivos en la vida.

6.5.4.4 Faceta Excentricidad

Tabla 146

MMPI-2 (N=226)		PAI (N=184)		PID-5 (N=219)	
Escala	*r*	Escala	*r*	Escala	*r*
Psicoticismo (PSY)	.74	Esquizofrenia (SCZ)	.67	Excentricidad (Eccentricity)	.75
Experiencias aberrantes (RC8)	.69	Rasgos Antisociales	.63	Creencias y experiencias inusuales (Unusual Beliefs Experiences)	.56
Esquizofrenia (Es)	.66	Psicoticismo	.62	Desregulación cognitiva y perceptiva (Perceptual Dysregulation)	.49
Ideas de persecución (RC6)	.64	Búsqueda de Sensaciones	.61	Depresión (Depressivity)	.47
Trastorno de estrés postraumático Keane (EPK)	.62	Experiencias Psicóticas	.59	Desconfianza (Suspiciousness)	.46
Desmoralización (RCd)	.62	Alteración del Pensamiento (SCZ_T)	.58	Irresponsabilidad (Irresponsibility)	.43
Pensamiento extravagante (DEL)	.61	Paranoia (PAR)	.58		

Trastorno de estrés postraumático Schlenger (EPS)	.61	Ideación Suicida (SUI)	.58
Experiencias aberrantes (RC8)	.61	Cognitiva (ANX_C)	.53
Emociones negativas disfuncionales (RC7)	.61	Nivel de Actividad (MAN_A)	.52
Psicoticismo (PSY)	.60	Depresión (DEP)	.52
Activación hipomaníaca (RC9)	.60	Cognitiva (DEP_C)	.51
Psicastenia (Pt)	.56	Emocional (DEP_A)	.51
Depresión (DEP)	.56	Resentimiento (PAR_R)	.48
Indicadores negativos de tratamiento (RTR)	.56	Afecto Negativo	.48
Hostilidad de Cook y Medley (HO)	.56	Estrés (STR)	.48

Neuroticismo o Emocionalidad negativa (NEN)	.55	Trastornos Relacionados con la Ansiedad (ARD)	.47
Quejas somáticas (RC1)	.55	Ansiedad (ANX)	.47
Ansiedad (A)	.54	Persecución (PAR_P)	.46
Obsesividad (OBS)	.53	Egocentrismo (ANT_E)	.46
Interferencia laboral (DTR)	.53	Obsesivo - Compulsivo (ARD_O)	.45
Desmoralización (RCd)	.53	Manía (MAN)	.45
Hipomanía (Ma)	.52	Estrés Postraumático (ARD_T)	.44
Activación hipomaníaca (RC9)	.52	Conversión (SOM_C)	.44

Conducta antisocial (RC4)	.52	Indiferencia Social (SCZ_S)	.44
Problemas familiares (AM)	.51	Rasgos Límites (BOR)	.44
Inadaptación universitaria (DPR)	.51	Conductas Antisociales (ANT_A)	.43
Desviación Psicopática (Dp)	.50	Agresiones Físicas (AGG_P)	.43
Reconocimiento de adicción (ERA)	.50	Fisiológica (ANX_P)	.42
Emociones negativas disfuncionales (RC7)	.49	Quejas Somáticas (SOM)	.42
Conducta antisocial (RC4)	.49	Desinhibición	.42
Cinismo (CIN)	.47	Inestabilidad Emocional (BOR_A)	.41
Conductas antisociales (PAS)	.47	Fisiológica (DEP_P)	.40

Malestar matrimonial (MM)	.47	Relaciones Interpersonales Problemáticas (BOR_N)	.40
Ideas de persecución (RC6)	.46	Falta de Apoyo Social (NON)	.40
Baja autoestima (BAE)	.45		
Ansiedad (ANS)	.45		
Cinismo (RC3)	.45		
Hostilidad (ENJ)	.44		
Paranoia (Pa)	.41		
Neuroticismo o Emocionalidad negativa (NEN)	.41		

Tal y como se observa en la tabla 146 la evidencia obtenida con el MMPI-2 apunta directamente a una correlación excelente ($r \geq 0.70$), en lo relacionado con características asociadas a alteraciones de pensamiento y del juicio, alteraciones sensoriales, delirios y alucinaciones de diversa índole. A la vez que el pensamiento mágico, las dificultades para relacionarse con los

demás, inadaptación social, búsqueda de sensaciones y toma de riesgos, las manifestaciones del estrés, la desorganización, la depresión y la ansiedad correlacionan de manera buena ($0.60 \leq r < 0.70$). Por otra parte, las manifestaciones relacionadas con déficit de autoestima, ideas de persecución, obsesividad, somatización, potencial a la adicción, agresividad y en general problemas que repercuten de manera negativa en la manera en que se relaciona o desenvuelve en sociedad, correlacionan de manera adecuada ($0.50 \leq r < 0.60$). Mientras que los problemas de autoimagen, la conducta antisocial y la dificultad para mantener relaciones cercanas o de confianza con otras personas, correlacionan de manera adecuada, pero con algunas carencias ($0.35 \leq r < 0.50$).

Por su parte, los resultados con el PAI permiten establecer que puntajes altos en la faceta de Excentricidad, se asocian de manera buena ($0.60 \leq r < 0.70$), con manifestaciones relacionadas con creencias y percepciones inusuales, una escasa competencia social y anhedonia por las relaciones sociales, ineficacia y alteraciones en la atención, la concentración y los procesos asociativos, así como problemas de pensamiento y de juicio, experimentar delirios y alucinaciones. Las puntuaciones adecuadas ($0.50 \leq r < 0.60$), se asocian con los estados de búsqueda de sensaciones e hiperactivación maníaca, ideas persecutorias, ansiedad y depresión, somatización, tendencia a las autolesiones e ideación suicida. En cuanto a la obsesividad, manías, somatización, toma de riesgos y dificultad para relacionarse, así como las manifestaciones más relacionadas con las ideas persecutorias, desconfianza, y presencia de manías correlacionan adecuadamente, pero con algunas carencias ($0.35 \leq r < 0.50$).

Finalmente, de acuerdo con los resultados del PID-5, es de destacar que se obtuvieron niveles de asociación excelentes ($r \geq 0.70$), entre esta faceta y el comportamiento, la apariencia o el habla raros, inusuales o extravagantes; la presencia de pensamientos extraños e impredecibles; y

manifestaciones de discurso aberrante o inapropiado. Por su parte las manifestaciones relacionadas con el pensamiento y visiones de la realidad alterados o peculiares, el pensamiento mágico, y las alucinaciones; correlacionan de manera adecuada ($0.50 \leq r < 0.60$). Por su parte las correlaciones adecuadas, pero con algunas carencias ($0.35 \leq r < 0.50$), son las relacionadas con pérdida de confianza, inestabilidad emocional y cambios de humor, depresión, problemas de concentración y para lograr objetivos en la vida.

6.5.4.5 Faceta Tendencias Hipomaniacas

Tabla 147

MMPI-2 (N=226)		PAI (N=184)		PID-5 (N=219)	
Escala	*r*	Escala	*r*	Escala	*r*
Activación hipomaníaca (RC9)	.48	Nivel de Actividad (MAN_A)	.61	Creencias y experiencias inusuales (Unusual Beliefs Experiences)	.38
Escala 9 - Hipomanía (Ma)	.39	Manía (MAN)	.61		
Agresión (AGG)	.36	Grandiosidad (MAN_G)	.44		
Psicoticismo (PSY)	.36	Psicoticismo	.39		

Según puede detallarse en la tabla 147, el resultado del MMPI-2 aporta evidencia adecuada con algunas carencias ($0.35 \leq r < 0.50$), asociada directamente a características de validez

presentes en esta faceta, las cuales están relacionadas con la escala de Activación Hipomaníaca, Agresión y Psicoticismo, haciendo referencia a individuos con mucha energía y ritmo mental y físico acelerado, con poca necesidad de sueño, sensaciones eufóricas, extroversión y altas aspiraciones, así como a conductas arriesgadas, mayor actividad sexual, impulsividad, volubilidad e irritabilidad.

Por su parte, como puede observarse en los resultados del PAI, éstos permiten establecer que igualmente se reflejan puntajes buenos ($0.60 \leq r < 0.70$) en la faceta de actividad maníaca y manía, y de manera adecuada ($0.50 \leq r < 0.60$) con la escala de Grandiosidad y Psicoticismo, con manifestaciones relacionadas a una amplia gama de conductas y cogniciones excéntricas, inusuales o culturalmente incongruentes y raras incluyendo tanto el proceso como el contenido.

Finalmente, en el PID-5, se obtuvieron niveles adecuados pero con algunas carencias ($0.35 \leq r < 0.50$), con la escala de Creencias y Experiencias Inusuales, con manifestaciones de contenido del pensamiento y visiones de la realidad que son vistos por otros como extraños o peculiares; experiencias insólitas de la realidad, habilidades excepcionales, tales como leer la mente, la telequinesia, la fusión pensamiento-acción; experiencias insólitas de la realidad, incluida la actividad de tipo alucinatorio.

6.5.5 Espectro de Desapego

6.5.5.1 Faceta Tendencia al aislamiento

Tabla 148

MMPI-2 (N=226)		PAI (N=184)		PID-5 (N=219)	
Escala	*r*	Escala	*r*	Escala	*r*
Malestar social (ISO)	.76	Indiferencia Social (SCZ_S)	.85	Evitación de la intimidad (Intimacy Avoidance)	.78
Escala 0 - Introversión social (Is)	.66	Esquizofrenia (SCZ)	.71	Anhedonia (Anhedonia)	.50
Baja autoestima (BAE)	.55	Afabilidad (WRM)	-.62	Afectividad restringida (Restricted Affectivity)	.45
		Fisiológica (DEP_P)	.51	Depresión (Depressivity)	.45
		Psicoticismo	.43		
		Afecto Negativo	.42		

Según puede detallarse en la tabla 148, el resultado del MMPI-2 aporta evidencia excelente ($r \geq 0.70$), asociada directamente a características de validez presentes en esta faceta, las cuales están relacionadas con la escala de Malestar social, por sus características de Individuos que presentan retraimiento social, temor social, desapego emocional, introversión, aislamiento y retraimiento social. Así mismo presenta una correlación adecuada ($0.50 \leq r < 0.60$) con la escala de baja autoestima con manifestaciones de individuos que tienen altos índices de falta de confianza y actitudes negativas hacia ellos mismos, con pensamientos de sentirse poco atractivos, inferiores, poco competentes, poco simpáticos, menos capacitados, menos inteligentes e incluso menos importantes o que no calzan en lo esperado por los otros.

Por su parte, como puede observarse en los resultados del PAI, éstos permiten establecer que igualmente se reflejan puntajes excelentes ($r \geq 0.70$), en las escalas de Indiferencia Social y Esquizofrenia, con características relacionadas a la falta de interés social y la falta de respuesta afectiva. Son personas reservadas, impasibles, que muestran poco interés por la vida de los demás y tienen poca habilidad para interpretar los signos normales de las relaciones interpersonales.

Finalmente, en el PID-5, se obtuvieron niveles excelentes ($r \geq 0.70$), con la escala de Evitación de la Intimidad, con comportamientos de desapego, evitando las relaciones interpersonales íntimas o románticas, el apego interpersonal, y las relaciones sexuales íntimas. Asimismo, presenta niveles adecuados ($0.50 \leq r < 0.60$) con la escala de Anhedonia con manifestaciones de sentimientos intensos de nerviosismo, tensión o pánico y a menudo en respuesta a tensiones interpersonales.

6.5.5.2 Faceta Afecto Restringido

Tabla 149

MMPI-2 (N=226)		PAI (N=184)		PID-5 (N=219)	
Escala	*r*	Escala	*r*	Escala	*r*
Malestar social (ISO)	.55	Indiferencia Social (SCZ_S)	.64	Afectividad restringida (Restricted Affectivity)	.64
Cinismo (RC3)	.40	Esquizofrenia (SCZ)	.56	Insensibilidad (Callousness)	.50
Hostilidad (HO)	.39	Psicoticismo	.35		
Cinismo (CIN)	.38	Afabilidad (WRM)	-.54		

Tal y como se observa en la tabla 149, la evidencia obtenida con el MMPI-2 apunta directamente a características de validez adecuada, pero con algunas carencias ($0.35 \leq r < 0.50$), presentes en esta faceta y asociadas mayormente con la escala de Malestar Social la cual describe las dinámicas internas de personas con alta introversión y baja extraversión. El principal conflicto interno de estas personas es la imposibilidad de relacionarse con los demás de forma efectiva y, por tanto, prefieren estar aislados lo más posible, teniendo conductas de poca integración en los grupos sociales y sentimientos de aislamiento.

Por su parte, como puede observarse, los resultados del PAI, permiten establecer que puntajes buenos ($0.60 \leq r < 0.70$)), en la faceta de Afecto Restringido se asocian con la escala de Indiferencia Social en la que se refleja la falta de respuesta afectiva, así como con la escala de Esquizofrenia que incluye creencias y percepciones inusuales, una escasa competencia social y anhedonia por las relaciones sociales, ineficacia y alteraciones en la atención, la concentración y los procesos asociativos, abarcando desde episodios esquizofrénicos activos en el cual la persona está confusa, retraída y suspicaz, su juicio es limitado y hay poca claridad en la percepción de la realidad. Con la posibilidad de aparición de delirios de transmisión, inserción, así como el robo o control del pensamiento. La persona puede sentirse aislada, incomprendida y rechazada, así como tener problemas a nivel de pensamiento, concentración, toma de decisiones y experimentar percepciones inusuales o creencias de naturaleza psicótica, hasta personas que se presentan retraídas, distantes y poco convencionales.

Finalmente, cabe mencionar, que se obtuvo niveles buenos de asociación ($0.60 \leq r < 0.70$), entre esta faceta y el PID-5 en la escala de Afectividad Restringida, la cual se caracteriza por la poca reacción emocional ante situaciones excitantes; experiencia y expresión emocionales constreñidas; indiferencia y frialdad en situaciones habitualmente atractivas.

6.6 Evidencias de Estabilidad Temporal

De acuerdo con la metodología se procedió a realizar un análisis de correlaciones por medio de la *r* de Pearson, a las 24 escalas que componen el IDPP, con el fin de evaluar la estabilidad temporal, de los resultados que presentan un subgrupo de 72 sujetos de la muestra normativa

quienes completaron por segunda vez el test con un tiempo promedio de 16 semanas, entre la primera y segunda aplicación.

6.6.1 Correlaciones IDPP Test-Retest

Tabla 150

*Estadísticas descriptivas y correlaciones para las escalas del test retest**

Escala	*r*
Antagonismo	
Búsqueda de Atención	0.83
Rasgos Manipulatorios	0.83
Tendencia al Engaño	0.83
Rasgos de Grandiosidad	0.75
Insensibilidad Interpersonal	0.70
Desinhibición	
Irresponsabilidad	0.69
Rasgos Impulsivos	0.83
Necesidad de Estímulos y Toma de Riesgos	0.84
Distractibilidad	0.87
Potencial a la Adicción	0.70
Afecto Negativo	
Rasgos Depresivos	0.85
Rasgos Ansiosos	0.86
Inestabilidad Emocional	0.84
Rasgos Hostiles	0.87
Rasgos de Inseguridad Vincular	0.70
Vulnerabilidad al Estrés	0.81
Psicoticismo	
Creencias Experiencias Inusuales	0.75
Suspicacia/Paranoia	0.80
Desregulación Perceptual Cognitiva	0.71
Excentricidad	0.84
Tendencias Hipomaníacas	0.72
Desapego	
Tendencia al Aislamiento	0.84
Afecto Restringido	0.82

**N=72; p < .001*

De acuerdo con los resultados del Test- Retest, se obtuvieron las siguientes puntuaciones de Correlación de Pearson (ver tabla 150).

En el espectro de *Antagonismo*, las escalas de Búsqueda de Atención (r =.83), Rasgos Manipulatorios (r = .83) y Tendencia al Engaño (r = .83) obtuvieron una r =.83, lo cual indica que existe una buena estabilidad temporal de dichas escalas, ya que están entre los rangos de (r = <.8 y/o <.9).

Con respecto a Rasgos de Grandiosidad (r = .75) e Insensibilidad Interpersonal (r = .70) tuvieron una puntuación (r = < .7 y/o < .8), lo cual indica que existe una estabilidad temporal aceptable para dichas escalas. Por lo tanto, con respecto a este espectro y sus correspondientes escalas, podemos concluir que se da una correlación importante en su estabilidad temporal, que se encuentra dentro de los rangos de fiabilidad para la validación del test.

En el caso del espectro de *Desinhibición,* cuatro de las cinco escalas estuvieron dentro de los rangos de r aceptables y solo una escala estuvo por debajo de .70, la cual fue la escala de Irresponsabilidad (r = .69) que tuvo una puntuación de la fiabilidad muy cercana al valor de aceptable (r = <.6 y/o <.7). Con las otras cuatro escalas la distribución fue la siguiente: Rasgos Impulsivos (r = .83), Necesidad de Estímulos y toma de Riesgos (r = .84) y Distractibilidad (r = .87); demostrando para las tres escalas que se obtuvieron puntuaciones de una muy buena fiabilidad (r = <.8 y/o <.9), finalmente en el caso de Potencial a la Adicción (r = .70) tuvo una puntuación de fiabilidad temporal aceptable (r = <.7 y/o <.8).

Por lo tanto, con los resultados de este espectro y sus correspondientes escalas, podemos concluir que, para cuatro de sus escalas, se da una estabilidad temporal satisfactoria, que se encuentra dentro de los rangos de fiabilidad para la validación del test. Mientras que para la escala

de Irresponsabilidad al tener una correlación por debajo de .70, podemos asumir que su estabilidad temporal apenas se aproxima a un valor aceptable.

En cuanto al espectro de *Afecto Negativo* las escalas de Rasgos Depresivos (r = .85), Rasgos Ansiosos (r = .86), Inestabilidad Emocional (r = .84), Rasgos Hostiles (r = .87) y Vulnerabilidad al Estrés (r = .81), se dio una buena estabilidad temporal (r = <.8 y/o <.9). Mientras que en el caso de Rasgos de Inseguridad Vincular (r = .70), tuvo una puntuación aceptable (r = < .7 y/o < .8) en la correlación.

Por lo tanto, con respecto a este espectro y sus correspondientes escalas, podemos concluir que se da una estabilidad temporal satisfactoria, que se encuentra dentro de los rangos de fiabilidad para la validación del test.

En cuanto al análisis de la correlación de Test- Retest del espectro de *Psicoticismo*, los resultados fueron superiores a .70, así por ejemplo en la escala de Suspicacia/Paranoia (r = .80) y Excentricidad (r = .84) se dio una buena fiabilidad en la correlación (r = <.8 y/o <.9). Mientras que, con respecto a las otras escalas, obtuvimos que la escala en Creencias y Experiencias Inusuales (r = .75), Desregulación Perceptual y Cognitiva (r = .71) y Tendencias Hipomaniacas (r = .72), todas obtuvieron una puntuación de estabilidad temporal aceptable (r = <.7 y/o <.8).

Por lo tanto, con respecto a este espectro y las correspondientes escalas que lo componen, podemos concluir que se obtuvieron en general evidencias de una estabilidad temporal aceptable o buena, que se encuentra dentro de los rangos de fiabilidad para la validación del test.

Finalmente, para las escalas del espectro de *Desapego*, las puntuaciones de la correlación estuvieron por encima de .80, así la escala de Tendencia al Aislamiento (r = .84) y la escala de Afecto Restringido (r = .82), obtuvieron puntuaciones de una muy buena estabilidad temporal (r = <.8 y/o <.9). Por lo tanto, con respecto a este espectro y las dos escalas que le componen,

podemos concluir que se da una correlación importante en sus indicadores de estabilidad temporal, que se encuentra dentro de los rangos de fiabilidad para la validación del test.

6.6.2 Alfa de Cronbach y Omega de McDonald

De acuerdo con Ventura y Caycho (2017) el alfa de Cronbach es una estimación de consistencia interna que indica la magnitud de la covarianza de los ítems, mientras que el coeficiente omega de McDonald trabaja con las cargas factoriales, lo que hace más estable los cálculos; además que no depende del número de ítems de la escala. Agregan estos autores que un valor aceptable de confiabilidad mediante el coeficiente omega debe encontrarse entre .70 y .90, siendo que en algunas circunstancias pueden aceptarse valores superiores a .65. Por otro lado, Hernández et al. (2016) indican que los coeficientes de consistencia interna mayores a un valor de 0.85 se consideran excelentes, mientras que valores entre 0.8 y 0.85 son indicadores de una buena confiabilidad. Asimismo, puntajes entre 0.7 y 0.8 se consideran adecuados, siendo que valores entre 0.6 y 0.7 siguen considerándose adecuados, pero con algunas carencias.

Tabla 151

Estadísticas de fiabilidad por facetas del IDPP *

Faceta	α de Cronbach	ω de McDonald
Búsqueda de Atención	0.826	0.831
Rasgos Manipulatorios	0.841	0.856
Tendencia al Engaño	0.884	0.891
Rasgos de Grandiosidad	0.802	0.804
Insensibilidad Interpersonal	0.665	0.682
Irresponsabilidad	0.844	0.851
Rasgos Impulsivos	0.803	0.808
Necesidad de Estímulos y Toma de Riesgos	0.787	0.79
Distractibilidad	0.919	0.92
Potencial a la Adicción	0.927	0.934
Tendencia al Aislamiento	0.904	0.905
Rasgos Depresivos	0.933	0.936
Rasgos Ansiosos	0.942	0.942
Inestabilidad Emocional	0.871	0.874
Rasgos Hostiles	0.931	0.932
Rigidez Perseverativa	0.674	0.687

Afecto Restringido	0.766	0.772
Rasgos de Inseguridad Vincular	0.788	0.794
Vulnerabilidad al Estrés	0.896	0.899
Tendencias Hipomaniacas	0.769	0.774
Creencias y Experiencias Inusuales	0.858	0.862
Suspicacia / Paranoia	0.884	0.886
Desregulación Perceptual Cognitiva	0.863	0.868
Excentricidad	0.893	0.895

Tal como puede observarse en la tabla 151, al realizarse el análisis de consistencia interna utilizando el ω de McDonald, la mayoría de las escalas del IDPP puntúan entre.70 y .90. Siendo únicamente las escalas de Insensibilidad Interpersonal (0.682) correspondiente al espectro de Antagonismo, y Rigidez Perseverativa (0.687), correspondiente al espectro de Afecto Negativo las que cargan por debajo del parámetro establecido por McDonald.

Por su parte, de acuerdo con los resultados del α de Cronbach, se demuestra un nivel de consistencia interna excelente ($\alpha \leq 0.85$), para las escalas: Tendencia al Engaño perteneciente al dominio de Antagonismo; Distractibilidad y Potencial a la Adicción que corresponden al dominio de Desinhibición; Tendencia al Aislamiento del dominio de Desapego; Rasgos Depresivos, Rasgos Ansiosos, Inestabilidad Emocional, Rasgos Hostiles y Vulnerabilidad al Estrés del dominio de Afecto Negativo y finalmente, Creencias y Experiencias Inusuales, Suspicacia/Paranoia, Desregulación Perceptual y Cognitiva, así como Excentricidad, las cuales pertenecen al dominio de Psicoticismo.

Por otra parte, las escalas de Búsqueda de Atención, Rasgos Manipulatorios y Rasgos de Grandiosidad del dominio de Antagonismo, así como Irresponsabilidad y Rasgos Impulsivos del dominio de Desinhibición; presentan resultados entre 0.8 y 0.85, demostrando así la existencia de una buena consistencia interna. Mientras que las escalas que puntúan en un rango adecuado entre 0.7 y 0.8, serían las de: Necesidad de Estímulos y Toma de Riesgos del dominio de Desinhibición; Afecto Restringido del domino de Desapego; Rasgos de Inseguridad Vincular perteneciente al dominio de Afecto Negativo y Tendencias Hipomaníacas del dominio de Psicoticismo.

Siendo únicamente las escalas de Insensibilidad Interpersonal (0.665) correspondiente al espectro de Antagonismo, y Rigidez Perseverativa (0.674), correspondiente al espectro de Afecto Negativo las que presentan puntuaciones entre 0.6 y 0.7, por lo que se considera que su consistencia interna es adecuada, pero con algunas carencias.

7 Discusión

7.1 Aspectos conceptuales

Del análisis y discusión de la literatura especializada sobre la dimensionalidad de la psicopatología de la personalidad, se rescata la idoneidad de la propuesta dimensional de HiTOP y el aporte que el modelo realiza para la construcción y validación del IDPP.

Las investigaciones más recientes en campos como la psicología clínica, la neurociencia, la psicometría y demás disciplinas médicas o sociales han comenzado a confluir en el reconocimiento de la necesidad de adoptar un enfoque dimensional acerca de la psicopatología. Permitiendo que el IDPP se consolide como una herramienta útil para comprender cómo el individuo se organiza, cómo este manifiesta diversos rasgos de personalidad y cuándo estos pueden llegar a significar una inadaptación a su entorno.

El instrumento brinda la posibilidad de estudiar la psicopatología, basada en evidencia científica que ha sido validada a través de distintos modelos metodológicos, para obtener datos cuantitativos que permitan en el futuro aproximarse a una nueva forma de diagnóstico y tratamiento de la psicopatología. De esta manera se demuestra que el IDPP se basa en un enfoque dimensional de la psicopatología que ofrece una perspectiva en la cual las personas con padecimientos mentales no son entidades que caen en una etiqueta o categoría dentro de un estándar clínico; sino, sujetos complejos cuya experiencia se da dentro un continuo dinámico en el cual su situación puede ser entendida y atendida de manera integral, dando el alivio de saber que atraviesa mal adaptaciones a un entorno complejo.

7.1.1 Evidencias obtenidas desde el Modelo de Rasch

Las evidencias de confiabilidad y validez que se obtuvieron al aplicarse el IDPP a una población costarricense, distribuida en tres grupos de muestras: normativa (n=828), policial (n=219) y penitenciaria (n=91); aportan evidencias empíricas que permiten facilitar la interpretación y aplicación de esta herramienta, así como su implementación para la toma de decisiones en la práctica profesional.

El instrumento inicial se configuraba en 415 ítems con 5 dominios distribuidos en 26 facetas, tras realizar el análisis desde el modelo Rasch, se obtiene una disminución en la cantidad de ítems que componen el IDPP, pasando a 320 ítems distribuidos en 5 dominios compuestos por 24 facetas y 2 escalas de control.

De la totalidad de las escalas que se analizaron se eliminaron 95 ítems, por las siguientes razones: desajustes severos en Infit u Outfit (51 ítems), punto medida bajo (8 ítems), funcionamiento diferencial que genera un sesgo por sexo (24 ítems), contenido inadecuado (5 ítems) y correlación atenuada que genera una segunda dimensión (7 ítems). Únicamente la escala de Rigidez Perseverativa se mantiene de acuerdo con su configuración inicial (ver tabla 152, en Anexo 3).

Posteriormente se realiza una discusión sobre el contenido de los ítems, que se eliminaron de las escalas originales y se toma la decisión de reclasificar tres de ellos: el ítem 196 de Afecto Restringido y el ítem 233 de Inestabilidad Emocional, que pasan a la escala Tendencias Hipomaniacas. Mientras que el ítem 391 de Desregulación Perceptual y Cognitiva, se mueve a la escala de Creencias y Experiencias Inusuales. Lo anterior debido a que la conceptualización de estos refleja de mejor manera el contenido correspondiente a estas facetas (ver tabla 153, en Anexo 5).

Tabla 152

Ítems reclasificados

Escala de origen	Ítem	Escala de reclasificación	Razón de reclasificación
Afecto Restringido	196	Tendencias Hipomaniacas	Contenido se ajusta mejor a esta escala
Inestabilidad Emocional	233	Tendencias Hipomaniacas	Contenido se ajusta mejor a esta escala
Desregulación Perceptual y Cognitiva	391	Creencias y Experiencias Inusuales	Contenido se ajusta mejor a esta escala

Teniendo una versión final del IDPP (320 ítems), para la cual se obtienen los estadísticos de separación de personas que sugieren que la prueba puede diferenciar entre grupos de habilidad de personas (Linacre, 2019a), ya que las escalas en su mayoría cumplieron con el parámetro de separación alta (>2). Siendo las escalas de la tabla 153, las que no cumplieron con dicho parámetro, pero se mantuvieron cercanas al puntaje deseado.

Por su parte, los estadísticos de fiabilidad de personas, en la mayoría de las escalas se encuentran entre .80 y .90 siendo este un rango bueno ≥ .80 y < .90. Mientras que las escalas de Distractibilidad, Rasgos Depresivos, Rasgos Ansiosos, Rasgos Hostiles y Tendencia al Aislamiento, puntúan de manera excelente ≥ .90 (Ver la tabla 153).

En cuanto a los estadísticos de separación de ítems, estos demuestran que la prueba puede diferenciar entre grupos de dificultad de ítems (Linacre, 2019a), ya que todas las escalas cumplieron con el parámetro de separación alta (>3). Lo que indica que el instrumento cuenta con una cantidad de niveles estadísticamente diferentes de dificultad de los ítems en relación con los datos, comprobando la jerarquía en severidad de estos. Mientras que la separación n de ítems cuenta con resultados excelentes ≥ .90, en todos los casos (ver tabla 154, en Anexo 6).

Con respecto a la estructura de categorías (k=4), de la escala Likert que se utiliza para dar respuesta al IDPP, la evidencia indica que se cumple con los cuatro criterios propuestos por Linacre (2002), adecuación de la medida, invarianza, unidimensionalidad y calidad de la medición; que permiten garantizar la calidad de las categorías de respuesta utilizadas en esta escala. Lo que apunta a que los ítems que componen el IDPP, comparten la misma estructura de calificación de la escala y proporcionan mediciones promedio y umbrales de categorías para el instrumento completo, lo que de acuerdo con Franchignoni et al. (2008), representa niveles de habilidad en los cuales la respuesta a cualquiera de dos categorías adyacentes es igualmente probable.

En relación con los estadísticos de los ítems, las escalas resultantes en el IDPP cumplen con los criterios establecidos de Infit < 1.5 y Outfit < 1.5, que garantizan un ajuste productivo para la medición. Mientras que el ajuste de personas es adecuado, ya que quienes presentan valores por debajo de 2.0 en estos indicadores (Infit y/o Outfit), corresponden a más del 85% en todos los casos. Por otra parte, el nivel de severidad (d) que presentan las escalas, demuestra la existencia de una mezcla adecuada de ítems de baja, media y alta dificultad en la prueba, lo que permite asumir que existe una habilidad confiable de los participantes en la investigación para responder a la prueba. En cuanto al error estándar (SE) de los ítems, se demuestra que los mismos son eficientes para la medición de lo que plantean, cumpliendo con el requerimiento de SE ≤ 0.10. Finalmente, a través del análisis de componentes principales de los residuos se confirma la existencia de homogeneidad de constructo en todas las escalas ya que los resultados indican que todos los ítems en una determinada escala miden lo mismo y no se presentan correlaciones atenuadas que generen alguna posible dimensión encubierta ACPR >2.0, en cuanto al DIF por sexo, no se presentan sesgos entre los participantes, reportando todos bajo .05.

En conclusión, después de realizar el análisis desde el modelo de Rasch, se puede afirmar que la prueba cumple con todos los estándares establecidos por Linacre (2019a), para aportar evidencias empíricas de confiabilidad y validez a la misma. Adicionalmente, se reduce la extensión de la prueba, a la vez que los ítems que se mantienen se ajustan de manera adecuada a cada una de las dimensiones y sus respectivas facetas; lo que mejora el instrumento transformándolo en una herramienta más práctica para su aplicación.

7.1.2 Evidencias de validez externa

7.1.2.1 Dimensión de Antagonismo

Con respecto a la dimensión de Antagonismo, las facetas de Tendencia al Engaño, Rasgos de Grandiosidad, Insensibilidad Interpersonal y Rasgos Manipulatorios del IDPP, correlacionaron de manera significativa con las escalas del MMPI-2 relacionadas con los rasgos desadaptativos que componen cada una de ellas.

Por su parte, para el PAI las escalas más significativas que describen conductas antisociales correlacionaron de manera significativa con las facetas de Tendencia al Engaño y Rasgos de Grandiosidad del IDPP. Mientras, que desde el análisis de correlación de Pearson para el IDPP y el PID-5, se puede constatar que, para la dimensión de Antagonismo, las facetas correspondientes a esta dimensión y las escalas de mayor relevancia del PID-5, en cada uno de los constructos evaluados ajustan muy bien entre sí.

Todo lo anterior permite inferir que las escalas que componen el dominio de Antagonismo para el IDPP, al ser contrastadas con los tres instrumentos con los que se compararon y especialmente en el caso del PID-5, posibilita medir de forma eficiente los rasgos desadaptativos

como lo pueden ser conductas que dificultan la interacción social, y de seguir patrones socialmente aceptables (cinismo, narcicismo, consumo de sustancias, insensibilidad, toma riesgos, entre otros), que conforman las facetas dentro de la dimensión de Antagonismo.

7.1.2.2 Dimensión de Desinhibición

Con respecto a las facetas que componen la dimensión de Desinhibición del IDPP, se logra identificar una distribución de evidencias de correlación a lo largo de las escalas del MMPI-2 que describen rasgos desadaptativos como toma de riesgos, agresividad, impaciencia, poca tolerancia a la frustración; las cuales son algunos de los componentes de los constructos de esta dimensión. Por su parte, para el PAI, las escalas más significativas que describen conductas desinhibitorias, correlacionaron de manera significativa con todas las facetas de esta dimensión del IDPP. Finalmente, las correlaciones entre el PID-5 y esta dimensión indican la existencia de una correlación fuerte entre los constructos que mide cada faceta del instrumento y las principales escalas relacionas con las mismas.

Todo lo anterior permite inferir que las escalas que componen el dominio de Desinhibición para el IDPP, al ser aplicadas miden los mismos constructos y rasgos de personalidad desadaptativos que miden las tres pruebas estandarizas con las que se compararon, especialmente en el caso de PID-5, a partir del cual se puede obtener mayor concurrencia de los componentes de la dimensión. Lo que brinda una excelente evidencia empírica que abarca los rasgos más representativos que se describen en las escalas de esta dimensión.

7.1.2.3 Dimensión de Afecto Negativo

Con respecto a las facetas que componen la dimensión de Afecto Negativo del IDPP, se logra identificar una coherencia en la distribución de evidencias de correlación a lo largo de las escalas del MMPI-2, que describen la composición de las facetas en rasgos desadaptativos como lo son la depresión, ansiedad, somatización, rasgos límites, inestabilidad emocional, inseguridad, entre otras; los cuales coinciden con los rasgos que conforman los constructos de esta dimensión. Por lo que puede inferirse que la utilización del MMPI-2, resulta de mucha utilidad si se requiere medir en particular, algunos de los rasgos que componen las facetas del Afecto Negativo.

En cuanto al PAI, de igual manera se obtienen evidencias significativas en la correlación de sus escalas con las facetas de la dimensión de Afecto Negativo, puesto que coinciden de manera excelente en la descripción de los componentes que las conforman. Finalmente, hay una concordancia importante entre las escalas del PID-5 relacionadas directamente con las facetas del IDPP que componen la dimensión, lo que brinda evidencia de validez de criterio de sus constructos.

7.1.2.4 Dimensión de Psicoticismo

Para la dimensión de Psicoticismo y las facetas que la componen, se encuentran correlaciones importantes en casi todos los casos, al compararse con las escalas del MMPI-2 que miden rasgos desadaptativos relacionados. Lo que sugiere que el constructo que mide cada una de las escalas en el IDPP, logra aproximarse de manera válida a la medición que hacen las escalas estandarizadas del MMPI-2; y que los rasgos que las componen son relevantes y aportan evidencia empírica sobre la idoneidad las mismas.

Por su parte, al analizar la misma dimensión en relación con el PAI, se evidencia que las escalas en dicho instrumento que resultan más sensibles a la medición de rasgos desadaptativos que describen las facetas de creencias y experiencias inusuales, desregulación perceptual y cognitiva, suspicacia/paranoia, excentricidad y tendencias hipomaníacas; correlacionan de manera significativa con ellas. Mientras que al ejecutar el mismo análisis de relación con el PID-5, casi todas las escalas sensibles a dichos rasgos correlacionan con las facetas de la dimensión de Psicoticismo.

Teniendo como única excepción la faceta de tendencias hipomaníacas, que tanto en el caso del MMPI-2, como el PID-5; no correlaciona de manera significativa con las escalas propias de estos instrumentos que miden los rasgos desadaptativos que componen la faceta. En este caso y por tratarse de una configuración de rasgos que requieren una sobre activación de la experiencia cognitiva, perceptual e incluso fisiológica, se sugiere que se confirme la correlación a partir de la evaluación de una población clínica, la cual podría suponerse se encuentran más cercanos a demostrar rasgos desadaptativos de este tipo.

7.1.2.5 Dimensión de Desapego

En el caso de la dimensión de Desapego y las facetas que la componen, las cuales a saber son Tendencia al Aislamiento y Afecto Restringido, se logra validar a través del análisis correlacional con el MMPI-2, el PAI y el PID, que ambas facetas correlacionan de manera significativa con las escalas de cada uno de los instrumentos, que describen rasgos desadaptativos como la indiferencia, falta de intimidad, poco disfrute de las relaciones sociales y distanciamiento, entre otros. Lo anterior sugiere que las evidencias empíricas que se obtienen de estos análisis brindan validez de criterio a los constructos que componen la dimensión.

7.1.3 Diferencias por sexo en dimensiones del IDPP

Los hallazgos obtenidos en las pruebas *t* de Student para la muestra normativa según sexo, en su mayoría las escalas del IDPP, no presentan diferencias relevantes en la varianza de sus puntuaciones. Únicamente se encuentran diferencias significativas para la escala Potencial a la Adicción perteneciente al espectro de Desinhibición, en la cual los hombres puntúan más alto que las mujeres. De acuerdo con estos resultados podríamos inferir que los hombres presentan una mayor dificultad para el control de impulsos relacionados al consumo de sustancias independientemente de las consecuencias asociadas al mismo. Por su parte, la definición de Potencial a la Adicción, encierra rasgos de conducta en donde la persona tiene dificultades para autorregularse y fuertes deseos por consumir alguna sustancia que se van acrecentando hasta el punto de incluso provocar problemas familiares y sociales. Con respecto a este resultado en particular se sugiere ampliar los estudios contando con una muestra más amplia y poniendo especial atención a esta escala para garantizar que no se trate de una tendencia a responder teñida de deseabilidad social o negación de problemas, que se manifieste debido a un sesgo por sexo o particularidades culturales. Aunque para esta investigación en particular al realizar el análisis diferencial por sexo desde el modelo Rasch, no se identificaron sesgos para los ítems en esta escala, los resultados que plantea la prueba *t* de Student muestran la existencia de un posible sesgo de este tipo, por lo que resulta necesario tener más datos que permitan contar con mayor evidencia empírica que confirme o descarte la necesidad de generar normas diferenciadas para la interpretación de los resultados entre ambos grupos.

7.1.4 Diferencias entre las muestra normativa y policial en dimensiones del IDPP

Los hallazgos obtenidos en las pruebas *t* de Student para las muestras normativa y policial, en los cinco dominios señalan la existencia de diferencias significativas entre ambos grupos, por lo que es necesario contar con normas diferenciadas para la interpretación de los resultados entre ellos. En el caso de la muestra policial los puntajes no pueden ser interpretados bajo el mismo parámetro de la muestra normativa, ya que los resultados en todas las escalas sugieren la existencia de una tendencia a responder de acuerdo con una expectativa de lo que se considera deseable dentro de su grupo de pares. Por lo que se recomienda realizar estudios con muestras más amplias de esta población, con miras a obtener evidencia empírica que permita generar normas particulares para ellos.

7.1.5 Diferencias entre la muestra normativa y penitenciaria en dimensiones del IDPP

Los hallazgos obtenidos en las pruebas *t* de Student para las muestras normativa y penitenciaria de la Dimensión de Antagonismo, presentaron diferencias significativas en la varianza en tres escalas, Búsqueda de Atención, Rasgos Manipulatorios y Rasgos de Grandiosidad. Tienen especial relevancia los resultados de este análisis, puesto que los mismos se podrían considerar esperados por parte de la población penitenciaria, que es congruente con los rasgos desadaptativos que componen las diferentes escalas de la Dimensión de Antagonismo, como lo son: la antipatía, insensibilidad hacia los demás, tendencias a utilizar a otras personas en beneficio propio, falta de honradez y búsqueda de atención, así como la presencia de conductas antisociales y problemas generales para relacionarse con los demás.

Por su parte la Dimensión de Desinhibición, para la mayoría de las escalas no se presentan diferencias significativas en la varianza entre la población normativa y penitenciaria. Los

resultados indican la necesidad de contar con normas diferenciadas para la interpretación de los resultados de la muestra penitenciaria, únicamente en relación con la escala de Distractibilidad, la cual se relaciona con los rasgos desadaptativos relacionados con la dificultad para mantener comportamientos dirigidos a la consecución de metas, así como a la planificación o realización de tareas.

En cuanto, a la Dimensión de Afecto Negativo, se identificaron dos escalas que presentaban diferencias significativas en la varianza entre la población normativa y penitenciaria. De acuerdo con esto es necesario contar con normas diferenciadas para la interpretación de resultados de la escala de Rasgos Hostiles, entendiéndose los rasgos desadaptativos correspondientes a esta escala, como un conjunto de pensamientos, emociones y conductas negativas hacia otros y manifestaciones de furia o irritabilidad hacia las otras personas en respuesta a desaires o insultos menores. Así como, para la escala de Rigidez Perseverativa que tiene que ver con la persistencia para llevar a cabo las actividades de determinada forma, incluso cuando la conducta solamente conlleva a fallos y errores. En este caso se aconseja realizar más estudios evaluando un mayor número de sujetos de la población penitenciaria para establecer normas diferenciadas para esta población en particular.

Para la Dimensión de Desapego, no se presentan diferencias significativas en la varianza entre la población normativa y penitenciaria para la escala de Tendencia al Aislamiento. Mientras que para la escala de Afecto Restringido, sí resulta necesario contar con normas de interpretación diferenciadas para esta. Quienes exhiben estas manifestaciones presentan una experiencia y expresión emocional restringida, indiferencia y distanciamiento a situaciones normalmente atractivas para otros/as.

Finalmente, para la Dimensión de Psicoticismo, en la mayoría de las escalas que le componen no se presentan diferencias significativas en la varianza entre la población normativa y penitenciaria. Siendo únicamente la escala de Tendencias Hipomaníacas, que se refiere a rasgos desadaptativos tales como sensación de bienestar y "omnipotencia" desmesurada; la que presenta diferencias que hacen necesario profundizar en su estudio y contar con mayor evidencia empírica que apoye la generación de normas diferenciadas entre ambas poblaciones.

De esta manera podemos resumir que en cuanto a la validez externa y de criterio para las muestras normativa y policial, es necesario desarrollar estudios que permitan la ampliación de la muestra penitenciaria en particular, así como profundizar en el análisis de los resultados para las escalas específicas de Búsqueda de la Atención, Rasgos Manipulatorios, Rasgos de Grandiosidad, Distractibilidad, Rasgos Hostiles, Rigidez Perseverativa, Afecto Restringido y Tendencias Hipomaníacas, con miras a poder confirmar o descartar la necesidad de contar con normas diferenciadoras para esta población.

7.1.6 Evidencias sobre validez estructural

Del análisis factorial exploratorio desde la TCT, se puede concluir que las escalas del instrumento cumplen con el criterio de la normalidad para datos paramétricos, puesto que tanto la asimetría como la curtosis están en el rango de -1 y 1. Mientras que el mismo, cuenta con suficiente varianza para la realización del análisis factorial ya que sus puntajes KMO (> 0.7) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($p < .001$), aseguran que se pueda evaluar de manera correcta la adecuación de los datos.

Utilizando el método de extracción de datos de Máxima Verosimilitud y rotación Promax para el análisis de los datos, se obtiene que la información se agrupa en un sentido teórico esperado

de acuerdo con el modelo HiTOP y la estructura que compone el IDPP, lo que permite verificar la validez del constructo, tanto para las dimensiones como para las escalas. Un total de 20 de las 21 escalas cargan distribuidas en 6 Factores 1- Afecto Negativo, Factor 2- Antagonismo, Factor 3- Psicoticismo incluyendo la escala de Necesidad de Estímulos y Toma de Riesgos, Factor 4- Desapego, Factor 5 y 6- Desinhibición con características de Antagonismo por la presencia de la escala de Insensibilidad Interpersonal. Siendo únicamente la escala de Rigidez Perseverativa la que queda excluida puesto que no carga con puntaje significativos en ninguno de los factores.

De manera general, se puede confirmar la existencia de la multidimensionalidad congruente con la carga de los factores, que, aunque no son exclusivamente cinco como los propuestos en la estructura del IDPP, sí representan un aporte significativo para dar validez a las dimensiones propuestas desde el modelo inicial, al tiempo que permite explicar el 68.7% de la varianza total.

7.1.7 Evidencias de confiabilidad y estabilidad temporal

Del análisis Correlacional de Pearson que se ejecutó para llevar a cabo la valoración de la estabilidad temporal de las 24 escalas del IDPP, que fue aplicado a una muestra de 72 personas que completaron el instrumento en dos ocasiones con una diferencia de 16 semanas promedio entre la primera y la segunda aplicación; se obtiene que de las 24 escalas que componen el instrumento, se puede concluir que existen indicadores de estabilidad temporal satisfactorios para 23 de ellas. Únicamente la escala de Irresponsabilidad (r = .69), perteneciente a la Dimensión de Desinhibición, presenta una puntuación dentro del rango de fiabilidad cuestionable (r = <.6 y/o <.7); ubicándose una décima por debajo del extremo inferior del estándar. En este caso, se

recomienda que se repitan los análisis con una muestra Test-Retest, más amplia que permita confirmar o descartar la estabilidad temporal de la escala en particular

De acuerdo con el resultado de la ω de McDonald, la mayoría de las escalas que componen el IDPP, presentan un nivel de consistencia interna óptimo, con puntuaciones entre .70 y .90. Siendo únicamente las escalas de Insensibilidad Interpersonal (0.682) correspondiente al espectro de Antagonismo, y Rigidez Perseverativa (0.687) del espectro de Afecto Negativo; las que puntúan en un nivel que podría considerarse adecuado, puesto que sus puntajes apenas superan el.65 que establece McDonald.

Por su parte los resultados del análisis del α de Cronbach, nos indican que un total de 22 escalas se cumplen con un nivel de consistencia interna que puntúan entre excelente ($\alpha \leq 0.85$) y adecuado ($0.7 < \alpha \leq 0.8$).

Mientras que en el caso particular de las escalas de Insensibilidad Interpersonal (0.665) correspondiente al espectro de Antagonismo, y Rigidez Perseverativa (0.674), correspondiente al espectro de Afecto Negativo, presentan un nivel de consistencia interna que se considera adecuada, pero con algunas carencias. De lo anterior, se desprende que únicamente estas dos escalas del IDPP no logran la consistencia esperada de acuerdo con los estándares que permiten confirmar la consistencia interna a través del α de Cronbach; sin embargo, si cumplen en alguna medida con la consistencia en la cohesión de la carga factorial que propone la ω de McDonald. Es decir, las puntuaciones demuestran la existencia de la posibilidad de reproducir los resultados en repetidas ocasiones al utilizar el IDPP.

.

8 Conclusiones

El primer objetivo de este seminario facilitó generar un importante conocimiento en torno al modelo HiTOP, así como al modelo categórico; a través de la discusión de estos. Lo cual permite enriquecer el proceso de consolidación de conocimiento y creación de nuevas rutas para comprender y evaluar la dimensionalidad de las estructuras de personalidad y los diferentes rasgos desadaptativos que la componen.

Se logró dentro del proceso de validación del IDPP comprobar la multidimensionalidad planteada por los teóricos del HiTOP, así como la pertinencia y aportes de esta multidemensionalidad a la capacidad para comprender los rasgos desadaptativos de la personalidad como un universo regido por el *factor p* que coexiste en cada individuo.

La revisión teórica de las últimas propuestas en torno al modelo HiTOP, permitió elaborar un constructo teórico sólido y actual, en torno a la propuesta dimensional que da origen a la razón de ser de este seminario, llevando a cabo el proceso de validación del IDPP para su aplicación en Costa Rica e implementación en distintos ámbitos.

Dicha revisión, permitió consolidar las bases teóricas y empíricas del instrumento y brindar validez de constructo a sus escalas. Por otra parte, toda esta construcción teórica, permitió orientar los siguientes pasos investigativos, en referencia a la exploración y necesidades particulares que pueden presentar las distintas muestras o grupos de población a los cuales se aplique el IDPP.

Al analizar los datos desde el modelo de Rasch, se pudo realizar una validación de los constructos que miden las facetas, así como las dimensiones en las que se organiza el IDPP. Por medio de esto, se logró la redistribución de algunos de los ítems que componen el instrumento lo

que brindó soporte a la validez de contenido de la prueba, a la vez que aseguró que existe una correcta distribución de evidencia a lo largo de cada uno de sus constructos.

Se redujo el instrumento en un total de 95 ítems, que generaban dificultades para la persona que se iba a evaluar y causaban diferenciaciones o sesgos al momento de su aplicación, así como problemas de validez consecuentes que este tipo de dificultades puede acarrear. De acuerdo con lo anterior y soportando las decisiones en la evidencia cuantitativa se realiza una limpieza de las escalas a partir de la cual se eliminan o reclasifican ítems. Por lo que se obtuvo una versión final de 320 ítems, distribuidos en 24 facetas que corresponden a 5 dimensiones; y que dan paso a la conformación de un instrumento más robusto teórica y empíricamente, así como de más fácil aplicación.

A partir de los resultados de los distintos análisis ejecutados desde la TCT, se pudo validar de forma empírica el IDPP y las dimensiones que lo componen. Permitiendo, además, abrir la discusión e identificar puentes entre las diferentes pruebas que se utilizan para llevar a cabo evaluaciones psicométricas. De esta forma se logra obtener evidencia de validez externa para el instrumento que demuestra la existencia de correlaciones importantes para sus facetas en relación con las escalas que miden constructos similares por parte de instrumentos estandarizados, como los son el MMPI-2, PAI y PID-5.

Se obtiene evidencia que demuestra la validez de constructo a partir de la realización de Pruebas *t* de Student para la muestra normativa, desde la que se logra evidenciar la idoneidad de la mayoría de las escalas, puesto que las mismas no presentan efectos grandes entre los sexos. Siendo únicamente la escala de Potencial a la Adicción perteneciente a la dimensión de Desinhibición, la que evidencia una necesidad de contar con normas diferenciadoras de acuerdo con el sexo para la interpretación de estas.

Por su parte, el análisis *t* de Student para la muestra normativa y policial, evidenció la existencia de diferencias significativas en las 24 escalas que componen los cinco dominios del instrumento, específicamente en relación con el grupo policial.

Mientras que para la muestra normativa y penitenciaria, se identifican diferencias importantes en las escalas de Búsqueda de la Atención, Rasgos Manipulatorios, Rasgos de Grandiosidad que corresponden a la dimensión de Antagonismo; para la escala de Distractibilidad que corresponde a la dimensión de Desinhibición; las escala de Rasgos Hostiles y Rigidez Perseverativa propias de la Dimensión de Afecto Negativo; la escala de Afecto Restringido que pertenece a la dimensión de Desapego y finalmente para la escala de Tendencias Hipomaníacas que pertenece a la Dimensión de Psicoticismo.

En resumen, lo anterior aunado a que para las muestras policial y penitenciaria, se obtuvieron evidencias importantes en relación con la escala de Deseabilidad Social y la escala de Negación de Problemas respectivamente; es que resulta importante profundizar más en el estudio de estas poblaciones, con el fin de aportar normas diferenciadoras para la interpretación de los resultados de estos grupos.

Por otra parte, se obtuvieron evidencias que aportan a la estabilidad temporal del instrumento a partir de la aplicación de un retest a una submuestra normativa (72 personas), con un tiempo promedio de aplicación de 16 semanas, entre la primera y la segunda aplicación. Esto brindó evidencias sobre la estabilidad de los constructos a lo largo del tiempo para la mayoría de las escalas que componen el IDPP. Lo que aporta una característica de utilidad, replicabilidad y eficiencia del instrumento, a la vez que aporta respaldo para su implementación en distintos ámbitos en Costa Rica.

Respecto a los parámetros normativos para demostrar la estabilidad de los ítems en el tiempo, se identifica la necesidad de contar con normas diferenciadoras para la interpretación de los resultados únicamente para la escala de Irresponsabilidad correspondiente a la dimensión de Desinhibición.

En general, aunque, a través de los distintos análisis que se aplicaron, se logró aportar evidencias de confiabilidad y validez para el IDPP y con esto demostrar la obtención del segundo objetivo de este seminario; cabe recomendar que se continúe realizando investigaciones que permitan profundizar en el entendimiento del instrumento y a partir de evidencia empírica se aporte mayor conocimiento y entendimiento sobre el modelo dimensional, así como la generación de parámetros de interpretación de las escalas que estén ajustados a distintos contextos de evaluación psicológica como lo pueden ser: educativo, laboral, clínico, forense, entre otros; respecto a los cuales el presente seminario permitió no solo generar una discusión sobre sus resultados en relación a la muestra normativa y a las submuestras que conformaron el estudio, también obtuvo datos relevantes que pueden funcionar como un precursor para la interpretación de las escalas y su relación con las distintas poblaciones. Lo que finalmente permite dejar la norma base para la interpretación diferenciada de los rasgos, las escalas y las dimensiones que componen el IDPP, cubriendo de esta manera el último objetivo de estudio.

9 Limitaciones

El desarrollo de la presente investigación, en su etapa de trabajo de campo y recolección de datos, coexistió con la declaratoria de emergencia de salud producida por la pandemia del COVID-19. Lo cual, significó un reto a nivel de repensar en la forma de recolección de datos más adecuada para los fines de esta investigación y que mitigara el riesgo de la salud tanto para los participantes como para el equipo de investigación.

Debido a esta situación global, se implementó todo un proceso de diseño y digitalización de los instrumentos necesarios para llevar a cabo la recolección de datos, que implicó para el equipo de investigación el desarrollo de habilidades y conocimientos digitales que no son el fuerte en el proceso de formación profesional y por ende debió gestionarse de forma empírica. Así como un apalancamiento en la comunicación y uso de redes sociales, como medio instrumental para el acercamiento a la población de estudio.

De igual manera, se identificó la necesidad de contar con apoyo por parte de la universidad que actualmente no cuenta con herramientas modernas para llevar a cabo la implementación del proceso de investigación de campo y recolección de los datos psicométricos. Así como de una base de datos que esté amparada en el branding de la Universidad de Costa Rica (UCR), para generar confianza en cuanto al origen del estudio y el manejo de la data, en la población que participa la investigación.

10 Recomendaciones

En línea con los resultados obtenidos en el presente Seminario de Graduación, resulta de interés integrar a la malla curricular de la carrera de Psicología, el abordaje profundo y exhaustivo acerca de los modelos dimensionales de la personalidad y la psicopatología. Siendo el presente estudio una fuente de información relevante que puede servir de antecedente para integrar directamente el estudio del modelo HiTOP, ya que se profundiza en el desarrollo de este y los planteamientos acerca de la existencia de un *factor p* transversal a los superespectros y cómo estos se organizan jerárquicamente.

Así mismo, a modo de recomendación se sugiere que se considere la posibilidad de integrar al programa de estudios; el diseño, aplicación y validación o adaptación de instrumentos de medición de la personalidad y la psicopatología, desde el modelo dimensional. Lo cual permitiría enriquecer no solo la formación de los futuros profesionales en el área, si no, también aportar al desarrollo de la psicometría en Costa Rica y contar con instrumentos adaptados a la población, así como con sus propias normas de interpretación.

Por otra parte, dada la relevancia de los estudios psicométricos, se recomienda contar con un sistema para el almacenamiento de base de datos desde la cual se puedan diseñar y administrar los instrumentos de manera digital, de preferencia que se encuentre anidada en los servidores de la universidad, con lo cual se mitigue el riesgo de seguridad de la información.

También, resulta necesario que la base de datos que se cree a partir de este tipo de investigaciones sea unificada y que asegure el acceso compartido de la data para que pueda ser aprovechada y estudiada a partir del desarrollo de otras investigaciones similares. De igual manera, la comunicación y difusión de los resultados de este tipo de estudios, con lo cual se genere un

mayor soporte a este tipo de procesos en el país. Lo cual pueda asegurar una transversalidad tanto a este estudio como a próximos estudios que se realicen en el área, aportando para el desarrollo de la investigación psicométrica.

Finalmente, se recomienda ampliamente, que se incluya dentro del programa curricular que maneja la UCR, para la carrera de Psicología; otros softwares de análisis de datos que respondan de manera óptima a las demandas del mundo moderno. Puesto que actualmente existen herramientas de punta para la realización de la investigación cuantitativa y cualitativa, sobre las cuales no se da visibilidad y que pueden ser de mucho provecho tanto para la formación académica e investigación, así como para la preparación del futuro profesional que ingresa al mercado laboral.

11 Bibliografía

About HiTOP. Renaissance School of Medicine at Stony Brook University. (n.d.). Retrieved, (2022, November 28) from https://renaissance.stonybrookmedicine.edu/HITOP/AboutHiTOP.

Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. Psychological Monographs: General and Applied, 80(7), 1-37. DOI: 10.1037/h0093906.

Affrunti, N. W., & Woodruff-Borden, J. (2015). Negative affect and child internalizing symptoms: The mediating role of perfectionism. Child Psychiatry & Human Development, 47(3), 358–368. https://doi.org/10.1007/s10578-015-0571-x.

Alfaro Mena, O. Garnier, L. Leandro Rojas, M. (1990). El Mini Mult-82, revisión y estandarización del Mini-Mult de Kincannon (Tesis de Licenciatura en Psicología sin publicar) Universidad de Costa Rica, San Pedro.

American Educational Research Association, American Psychological Association y National Council on Measurement in Education (2014). Standards for educational and psychological testing. Washington, DC: APA.

Arias García, N., Leiva Picado, A., Lobo Fallas, A. y Rivera Sequeira, G. (2010). Proceso de adaptación a Costa Rica del MMPI-A (inventario multifásico de la personalidad de Minnesota, versión para adolescentes). (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica, San Pedro.

Artavia E., Chinchilla J. (2022). Creación de una prueba psicométrica de auto reporte para la evaluación dimensional de la psicopatía en población forense y general" (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica, San Pedro.

Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.

Asociación Estadounidense de Psicología, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Estadounidense de Psicología, 2014.

Barlow, D, Durand, M, (2014). Abnormal Psychology: An Integrative Approach. Editorial Cengage Learning; Edition: 7th ISBN-10: 1285755618.

Barr, P. B., & Dick, D. M. (2020). The Genetics of Externalizing Problems. Current Topics in Behavioral Neurosciences, 47, 93–112. https://doi.org/10.1007/7854_2019_120

Beauchaine, T. P., Zisner, A. R., & Sauder, C. L. (2017). Trait Impulsivity and the Externalizing Spectrum. Annual Review of Clinical Psychology, 13(1), 343–368. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093253

Blais, M. (2010). La estructura común de la personalidad normal y la psicopatología: Exploración preliminar en una muestra de no pacientes; Personalidad y diferencias individuales, (48)3, 322-326. https://www.researchgate.net/publication/257045333

Blanco, C., Wall, M. M., He, J.-P., Krueger, R. F., Olfson, M., Jin, C. J., Burstein, M., & Merikangas, K. R. (2015). The Space of Common Psychiatric Disorders in Adolescents: Comorbidity Structure and Individual Latent Liabilities. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 54(1), 45–52. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.007

Blashfield, R., Flanagan, E. y Raley, K., (2010). En Contemporary Directions in Psychopathology: Scientific Foundations of the DSM-5 and ICD-11. Chapter 2. Themes in the Evolution of the 20th-Century DSM's. (pp. 53-71). New York: The Guilford Press.

Bo Bach, M. S., & Huxley, E. (2017b, August 21). Related Personality Disorders Located within an Elaborated Externalizing Psychopathology Spectrum. The Wiley Handbook of Disruptive and Impulse-Control Disorders, 103–123. https://doi.org/10.1002/9781119092254.ch7.

Bogarín Navarro, C y Vargas González, S. (1997). Características del paciente esquizofrénico costarricense según la prueba de personalidad Mini Mult 82. (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica, San Pedro.

Bond, G. T., & Fox, M. C. (2007). Applying the Rasch model. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, INC.

Bowers, L. (2003, June). Manipulation: description, identification, and ambiguity. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10(3), 323–328.https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00602.x.

Brown TA, Barlow DH. Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and beyond: comment on the special section. J Abnorm Psychol. 2005 Nov;114(4):551-6. doi: 10.1037/0021-843X.114.4.551. PMID: 16351377.

Cadavid, N. T., Delgado, A. R., & Prieto, G. (2007). Construcción de una escala de depresión con el modelo de Rasch. Psicothema, 19(3), 515-521. https://gredos.usal.es/bitstream/10366/22517/1/DPBPMCC_construccionescala.pdf

Carragher, N., Krueger, R., Eaton, N. & Slade, T. (2015). Disorders Without Borders: Current and Future Directions in the Meta-Structure of Mental Disorders. Soc Psychiatry, Psychiatr Epidemiol, (30), págs. 339-350.

Carvalho, L. D. F., Jesuíno, A. D. S. A., Zuchetto, S. R., & Zuanazzi, A. C. (2021, December 31). Development of the Dimensional Clinical Personality Inventory Antisocial Personality Disorder Scale based on the HiTOP. Psico, 52(4), e36442. https://doi.org/10.15448/1980-8623.2021.4.36442.

Carvalho, L. D. F., Sette, C., & Capitão, C. G. (2016, June 25). Investigation of the clinical functioning of the Attention Seeking of the Dimensional Clinical Personality Inventory. Psicología, 30(1), 49–60. https://doi.org/10.17575/rpsicol.v30i1.1072.

Castellanos-Ryan, N., Brière, F. N., O'Leary-Barrett, M., Banaschewski, T., Bokde, A., Bromberg, U., The IMAGEN Consortium. (2016). The structure of psychopathology in adolescence and its common personality and cognitive correlates. Journal of Abnormal Psychology, 125(8), 1039-1052. DOI: 10.1037/abn0000193.

Castellanos-Ryan, N., Struve, M., Whelan, R., Banaschewski, T., Barker, G. J., Bokde, A. L. W., Bromberg, U., Büchel, C., Flor, H., Fauth-Bühler, M., Frouin, V., Gallinat, J., Gowland, P., Heinz, A., Lawrence, C., Martinot, J.-L., Nees, F., Paus, T., Pausova, Z., & Rietschel, M. (2014). Neural and cognitive correlates of the common and specific variance across externalizing problems in young adolescence. The American Journal of Psychiatry, 171(12), 1310–1319. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13111499.

Céspedes Canales, M y Salazar Montero, C. (1994). Contexto interpretativo de la escala Hs (Hipocondriasis) del Mini Mult 82. (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica, San Pedro.

Chamorro, J., Bernardi, S., Potenza, M., Grant, J., Marsh, R., Wang, S., & Blanco, C. (2012). Impulsivity in the general population: A national study. Journal of Psychiatric Research, 46, 994-1001.

Clark, L. A., Cuthbert, B., Lewis-Fernández, R., Narrow, W. E., & Reed, G. M. (2017). Three Approaches to Understanding and Classifying Mental Disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). Psychological Science in the Public Interest, 18(2), 72–145. https://doi.org/10.1177/1529100617727266.

Cohen, L, (2011). The Handy Psychology Answer Book. The Handy Answer Book Series. Visible Ink Press (1 de enero de 2011). ISBN-13: 978-157859223.

Cohen, R.J. & Swerdlik, M.E. (2018). Psychological Testing and Assessment: An Introduction to Tests and Measurement (9th Ed.). New York: McGraw-Hill.

Conway, C. (2019). A Hierarchical Taxonomy of Psychopathology Can Transform Mental Health Research. Association for Psychological Science. https://doi.org/doi.org/10.1177/174569161881069.

Conway, C. C., Snorrason, I., Beard, C., Forgeard, M., Cuthbert, K., & Björgvinsson, T. (2021). A higher order internalizing dimension predicts response to partial hospitalization treatment. Clinical Psychological Science, 9(3), 373–384. https://doi.org/10.1177/2167702620959291.

Core Team (2021). R: A Language and environment for statistical computing. (Version 4.1) [Computer software]. Retrieved from https://cran.r-project.org. (R packages retrieved from MRAN snapshot 2022-01-01).

Costa, P. Widiger, T. (2002). Los trastornos de la personalidad y el modelo de los cinco factores de la personalidad; 2°ed. Asociación Americana de Psicología. Washington DC.

Cuncic, A. (2021). What Are the Research Domain Criteria? Verywell Mind.https://www.verywellmind.com/overview-of-the-research-domain-criteria-4691025.

Del Barrio, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. Revista de Historia de la Psicología, 30 (2-3),pág. 81-90.

DeYoung, C. G., Chmielewski, M., Clark, L. A., Condon, D. M., Kotov, R., Krueger, R. F., Lynam, D. R., Markon, K. E., Miller, J. D., Mullins-Sweatt, S. N., Samuel, D. B., Sellbom, M., South, S. C., Thomas, K. K., Watson, D. I., Watts, A. L., Widiger, T. A., Wright, A. G. C., & Workgroup, H. U. (2020). The distinction between symptoms and traits in the

Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). Journal of Personality, 90(1), 20-33. https://doi.org/10.1111/jopy.12593

Dickson, D. J., Marion, D., & Laursen, B. (2018). Externalizing symptoms anticipate declining support and increasing negativity between adolescent friends. Infant and Child Development, 27(6). https://doi.org/10.1002/icd.2109

Dickson, D. J., Marion, D., & Laursen, B. (2018). Externalizing symptoms anticipate declining support and increasing negativity between adolescent friends. Infant and Child Development, 27(6). https://doi.org/10.1002/icd.2109

Drabick, D.A. Steinberg, E (2015). A developmental psychopathology perspective on ADHD and comorbid conditions: The role of emotion regulation. Child Psychiatry and Human Development, 46, 951-966.

Eaton, N., Krueger, R., & Oltmanns, T. (2011). Aging and the structure and long-term stability of the internalizing spectrum of personality and psychopathology. Psychology and Aging, 26, 987– 993. doi:10.1037/a0024406.

Eaton, N., Krueger, R., Keyes, K., Wall, M., Hasin, D., Markon, K., & Grant, B. (2013). The Structure and Predictive Validity of the Internalizing Disorders. J Abnorm Psychol, 122(1), 86–92. doi: 10.1037/a0029598

Farmer, R. F., Seeley, J. R., Kosty, D. B., & Lewinsohn, P. M. (2009). Refinements in the hierarchical structure of externalizing psychiatric disorders: Patterns of lifetime liability from mid-adolescence through early adulthood. Journal of Abnormal Psychology, 118(4), 699-710. doi: 10.1037/a0017205

Farmer, R., Gau, J., Seeley, J., Kosty, D., Sher, K., & Lewinsohn, P. (2016). Internalizing and externalizing disorders as predictors of alcohol use disorder onset during three developmental periods. Drug and Alcohol Dependence, 164, 38-46. DOI: 10.10162016.04.021

Feinstein AR. (1970) The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic illness. J Chronic Dis 1970; 23:455-68.

Fergusson, D., Horwood, L. (2006). Boden JM. Structure of internalizing symptoms in early adulthood. The British Journal of Psychiatry, 189, 540–546. DOI:10.1192/bjp.bp.106.022384.

Fischer, K., Larsen, H., van den Akker, A., & Overbeek, G. (2022). The role of sensory processing sensitivity in the longitudinal associations between relationship qualities with parents and peers and externalizing behavior in adolescence. Journal of Social and Personal Relationships, 026540752210839. https://doi.org/10.1177/02654075221083962

Fischer, K., Larsen, H., van den Akker, A., & Overbeek, G. (2022). The role of sensory processing sensitivity in the longitudinal associations between relationship qualities with parents and peers and externalizing behavior in adolescence. Journal of Social and Personal Relationships, 026540752210839. https://doi.org/10.1177/02654075221083962

Forbes, M. K., Kotov, R., Ruggero, C. J., Watson, D. I., Zimmerman, M., & Krueger, R. F. (2017). Delineating the joint hierarchical structure of clinical and personality disorders in an outpatient psychiatric sample. Comprehensive Psychiatry, 79, 19-30. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2017.04.006

Forbes, M. K., Watson, D., Levin-Aspenson, H. F., Ruggero, C. J., Kotelnikova, Y., Khoo, S., Bagby, R. M., Sunderland, M., Patalay, P., & Kotov, R. (2021). The development of preliminary HITOP internalizing spectrum scales. Assessment, 107319112110039. https://doi.org/10.1177/10731911211003976.

Forbush, K., & Watson, D. (2013). The structure of common and uncommon mental disorders. Psychological Medicine, 43, 97-108. DOI: 10.1017/S0033291712001092

Franchignoni F, Giordano A, Ferriero G. Rasch analysis of the short form 8-item Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ-8). Qual Life Res. 2008 May;17(4):541-8. doi: 10.1007/s11136-008-9341-6. PMID: 18415705.

Freitas, S., Prieto, G., Simões, M.R., Nogueira, J., Santana, I., Martins, C. y Alves. L. (2018). Using the Rasch analysis for the psychometric validation of the Irregular Word Reading Test (TeLPI): A Portuguese test for the assessment of premorbid intelligence, The Clinical Neuropsychologist, 32, 60-76. doi.org/10.1080/13854046.2018.1468481

Fulford K., Sartorius N. (2009) A secret history of ICD and the hidden future of DSM. Psychiatry as Cognitive Neuroscience: Philosophical Perspectives. Oxford University Press.

Galatzer-Levy, I. R., & Bryant, R. A. (2013). 636,120 Ways to Have Posttraumatic Stress Disorder. Perspectives on Psychological Science, 8(6), 651–662. https://doi.org/10.1177/1745691613504115.

Gil Fernández, R. (2005). La codependencia: un trastorno de la personalidad: una propuesta sustentada en los parámetros establecidos para los trastornos de la personalidad por el DSM-IV-TR. (Tesis magíster científico en psicología). Universidad de Costa Rica, San Pedro.

Griffin, S. A., Lynam, D. R., & Samuel, D. B. (2018). Dimensional conceptualizations of impulsivity. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 9(4), 333–345. https://doi.org/10.1037/per0000253.

Griffin, S. F., Lynam, D. R., & Samuel, D. B. (2017). Dimensional conceptualizations of impulsivity. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 9(4), 333-345. https://doi.org/10.1037/per0000253.

Gunderson, J. G., Zanarini, M. C., & Kisiel, C. L. (1991, December). Borderline Personality Disorder: A Review of Data on DSM-III-R Descriptions. Journal of Personality Disorders, 5(4), 340–352. https://doi.org/10.1521/pedi.1991.5.4.340.

Gutiérrez, F. P., Aluja, A., Peri, J. M., Calvo, N., Ferrer, M., Baillés, E., Gutiérrez-Zotes, J. A., Gárriz, M., Caseras, X., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2017). Psychometric Properties of the Spanish PID-5 in a Clinical and a Community Sample. Assessment, 24(3), 326-336. https://doi.org/10.1177/10731911156065184.

Gutiérrez, F., Aluja, A., Peri, J. M., Calvo, N., Ferrer, M., Baillés, E., Gutiérrez-Zotes, J. A., Gárriz, M., Caseras, X., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2016). Psychometric Properties of the Spanish PID-5 in a clinical and a community sample. Assessment, 24(3), 326–336. https://doi.org/10.1177/1073191115606518.

Gutierrez, F., Aluja, A., Peri, J., Calvo, N., Ferrer, M., Bailles, E. Gutierrez-Zotes, J., Garriz, M., Caseras, X., Markon, K. Krueger, R., (2015), Propiedades psicométricas de la versión en español del PID-5 en una muestra clínica y comunitaria. In asm.sagepub.com, Assessment I-II, 2015, DOI: 10.1177/1073191115606518. 1-22.

Hall, N. T., Schreiber, A. M., Allen, T. A., & Hallquist, M. N. (2021, March 10). Disentangling cognitive processes in externalizing psychopathology using drift diffusion modeling: Antagonism, but not disinhibition, is associated with poor cognitive control. Journal of Personality, 89(5), 970–985. https://doi.org/10.1111/jopy.12628.

Hasan, Michelle & Clark, Eddie. (2016). I get so lonely, baby: The effects of loneliness and social isolation on romantic dependency. The Journal of social psychology. 157. 1-16. 10.1080/00224545.2016.1229251.

Heleniak, C., Jenness, J. L., Vander Stoep, A., McCauley, E., & McLaughlin, K. A. (2015). Childhood Maltreatment Exposure and Disruptions in Emotion Regulation: A Transdiagnostic Pathway to Adolescent Internalizing and Externalizing Psychopathology. Cognitive Therapy and Research, 40(3), 394–415. https://doi.org/10.1007/s10608-015-9735-z.

Heller, A. S., Stamatis, C. A., Puccetti, N. A., & Timpano, K. R. (2021). The distribution of daily affect distinguishes internalizing and externalizing spectra and subfactors. Journal of Abnormal Psychology. https://doi.org/10.1037/abn0000670.

Hernández-Guzmán, L., Del Palacio, A., Freyre, M. y Alcázar-Olán, R. (2011). La perspectiva dimensional de la psicopatología. Revista Mexicana de Psicología, 28(2), 111-120. https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=243029631001

Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C.P. (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: McGraw-Hill Interamericana Editores.

Hernández, A., Ponsoda, V., Muñiz, J., Prieto, G. y Elosua, P. (2016). Revisión del modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. Papeles del Psicólogo, 37, 192-197.

Hopwood, C. J., Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Widiger, T. A., Althoff, R. R., Ansell, E. B., Bach, B., Bagby, R. M., Blais, M. A., Bornovalova, M. A., Chmielewski, M., Cicero, D. C., Conway, C., De Clerq, B., De fruyt, F., Docherty, A. R., Eaton, N. R., Edens, J. F., & Forbes, M. K. (2018). The time has come for dimensional personality disorder diagnosis. Personality and Mental Health, 12(1), 82–86. https://doi.org/10.1002/pmh.1408

Hopwood, C. J., Wright, A. G., Krueger, R. F., Schade, N., Markon, K. E., & Morey, L. C. (2013). DSM-5 pathological personality traits and the Personality Assessment Inventory. Assessment, 20(3), 269–285. https://doi.org/10.1177/1073191113486286

Hopwood, C., Schade, N., Krueger, R., Wright, A., & Markon, K. (2013). Connecting DSM-5 Personality Traits and Pathological Beliefs: Toward a Unifying Model. J Psychopathol Behav Assess, 35(2). doi: 10.1007/s10862-012-9332-3.

Hubley, A.M. y Zumbo, B.D. (2013). Psychometric Characteristics of Assessment Procedures: An Overview. En: K.F. Geisinger (Ed.), APA handbook of testing and assessment in psychology (pp. 3-19). Washington: American Psychological Association.

Jerez, S. y Silva, H. (2014). DSM-5 Análisis y controversias. Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 52 (1), 55-61.

Kendell R, & Jablensky A (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. American Journal of Psychiatry, 160(1), 4–12. 10.1176/appi.ajp.160.1.4 [PubMed:12505793].

Kim, H., Turiano, N. A., Forbes, M. K., Kotov, R., Krueger, R. F., & Eaton, N. R. (2021). Internalizing psychopathology and all-cause mortality: A comparison of transdiagnostic vs. diagnosis-based risk prediction. World Psychiatry, 20(2), 276–282. https://doi.org/10.1002/wps.20859

Kotov R, Krueger RF, Watson D, Achenbach TM, Althoff RR, Bagby RM, et al. The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): a dimensional alternative to traditional nosologies. J Abnorm Psychol. 2017; 126:454-77.

Kotov, R., Jonas, K. G., Carpenter, W. T., Dretsch, M. N., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Hobbs, K., Reininghaus, U., Slade, T., South, S. C., Sunderland, M., Waszczuk, M. A., Widiger, T. A., Wright, A. G. C., Zald, D. H., Krueger, R. F., & Watson, D. (2020). Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (hitop): I. Psychosis Superspectrum. World Psychiatry, 19(2), 151–172. https://doi.org/10.1002/wps.20730

Kotov, R., Watson, D., Bagby, R., Carpenter, W., Clark, L., Forbes, M., Goldberg, D., Hyman, S., Lynam, D., Miller, J., Morey, L., Ormel, J., Regier, D., Ruggero, C., Sellbom, M., Kraemer HC. “DSM Categories and Dimensions in Clinical and Research Contexts.” International Journal of Methods in Psychiatric Research 2007;16(S1): S8–S15.

Kotov, R., Watson, D., Bagby, R., Carpenter, W., Clark, L., Forbes, M., Goldberg, D., Hyman, S., Lynam, D., Miller, J., Morey, L., Ormel, J., Regier, D., Ruggero, C., Sellbom, M, Krueger, R., Achenbach, T. Althoff, R., Brown, T., Caspi, A., Eaton, N., Forbush, K., Hasin, D., Ivanova, M., Markon, M., Moffitt, T., Mullins-Sweatt, S., Patrick, C., Rescorla, L., Samuel, D. Simms, L.; 2017; The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A Dimensional Alternative to Traditional Nosologies. In Journal of Abnormal Psychology; 2017; Vol 126, N° 4, págs. 454-477

Koudys, J. W., Traynor, J. M., Rodrigo, A. H., Carcone, D., & Ruocco, A. C. (2019). The NIMH Research Domain Criteria (RDoC) Initiative and Its Implications for Research on Personality Disorder. Current Psychiatry Reports, 21(6). https://doi.org/10.1007/s11920-019-1023-2.

Kovács, I., Gál, B. I., Horváth, Z., Demeter, I., Rózsa, S., Janka, Z., Urbán, R., Demetrovics, Z., & Andó, B. (2022, March 18). Externalizing personality characteristics define clinically relevant subgroups of alcohol use disorder. PLOS ONE, 17(3), e0265577. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265577.

Krueger, F; Derringer, J; Markon, K; Watson, D.,y Skodol, A., 2010; Construcción inicial de un modelo de rasgo de personalidad desadaptativa e Inventario para DSM-5. In Psychol Med. 2012 September; 42(9): 1879–1890. doi:10.1017/S0033291711002674.

Krueger, F., Derringer, J., Markon, K., Watson, D., & Skodol, A., (2012). Initial Construction of a Maladaptive Personality Trait Model and Inventory for DSM-5. Psychol Med. 42(9): 1879–1890. doi:10.1017/S0033291711002674.

Krueger, R; Markon, K., 2006, Entendiendo la psicopatología, la fusión del comportamiento genético, la personalidad y la psicología cuantitativa para desarrollar un modelo de base empírica. In Current Directions In Psychological Science, 2006 Vol. 15, No. 3, 113-117.

Krueger, R. F., & DeYoung, C. G. (2016). The RDoC initiative and the structure of psychopathology. Psychophysiology, 53(3), 351–354. https://doi.org/10.1111/psyp.12551

Krueger, R. F., Hobbs, K. A., Conway, C. C., Dick, D. M., Dretsch, M. N., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Keyes, K. M., Latzman, R. D., Michelini, G., Patrick, C. J., Sellbom, M., Slade, T., South, S., Sunderland, M., Tackett, J., Waldman, I., Waszczuk, M. A., Kotov, R. (2021). Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): II. Externalizing superspectrum. World Psychiatry, 20(2), 171–193. https://doi.org/10.1002/wps.20844

Krueger, R. F., Hobbs, K. A., Conway, C. C., Dick, D. M., Dretsch, M. N., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Keyes, K. M., Latzman, R. D., Michelini, G., Patrick, C. J., Sellbom, M., Slade, T., South, Susan C., Sunderland, M., Tackett, J., Waldman, I., Waszczuk, M. A., & Wright, A. G. C. (2021). Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of

Psychopathology (HiTOP): II. Externalizing superspectrum. World Psychiatry, 20(2), 171–193. https://doi.org/10.1002/wps.20844.

Krueger, R. F., Hopwood, C. J., Wright, A. G. C., & Markon, K. E. (2014). DSM-5 and the path toward empirically based and clinically useful conceptualization of personality and psychopathology. Clinical Psychology: Science and Practice, 21(3), 245–261. https://doi.org/10.1111/cpsp.12073.

Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., & Iacono, W. G. (2005, November). Externalizing psychopathology in adulthood: A dimensional-spectrum conceptualization and its implications for DSM-V. Journal of Abnormal Psychology, 114(4), 537–550. https://doi.org/10.1037/0021-843x.114.4.537.

Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., Benning, S. D., & Kramer, M. D. (2007, November). Linking antisocial behavior, substance use, and personality: An integrative quantitative model of the adult externalizing spectrum. Journal of Abnormal Psychology, 116(4), 645–666. https://doi.org/10.1037/0021-843x.116.4.645.

Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., Benning, S. D., & Kramer, M. D. (2007). Linking antisocial behavior, substance use, and personality: An integrative quantitative model of the adult externalizing spectrum. Journal of Abnormal Psychology, 116(4), 645–666. https://doi.org/10.1037/0021-843x.116.4.645.

Krueger, R. y Markon, K., (2014). The Role of the DSM-5 Personality Trait Model in Moving Toward a Quantitative and Empirically Based Approach to Classifying Personality and Psychopathology. Annu. Rev. Clin. Psychol. 2014. Vol. 10, pág: 477-50. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153732.

Krueger, R., & Markon, K. (2014). The Role of the DSM-5 Personality Trait Model in Moving Toward a Quantitative and Empirically Based Approach to Classifying Personality and Psychopathology. Annu. Rev. Clin. Psychol, 10, 477-501. doi: 10.1146/annurev- clinpsy-032813-153732.

Krueger, R., & Markon, M. (2006). Understanding Psychopatology. Melding Behavior, Genetics, Personality and Quantitative Psychology to Develop and Empirical Based Model. Current Directions. Psychologycal Science, 15(3), 113-117.

Krueger, R., & Piasecki, T. (2002). Toward a dimensional and psychometrically informed approach to conceptualizing psychopathology. Behaviour Research and Therapy, 40,485-499.

Krueger, R., Achenbach, T., Althoff, R., Brown, T., Caspi, A., Eaton, N., Forbush, K., Hasin, D., Ivanova, M., Markon, M., Moffitt, T., Mullins-Sweatt, S., Patrick, C., Rescorla, L., Samuel, D. y Simms, L. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A Dimensional Alternative to Traditional Nosologies. Journal of Abnormal Psychology 126, (4), 454-477.

Krueger, R., Derringer, J., Markon, K., Watson, D. y Skodol, A., (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. Psychological Medicine, Vol 42, 1879-1890.

Krueger, R., Tackett, L., & MacDonald, A. (2016). Toward Validation of a Structural Approach to Conceptualizing Psychopathology: A Special Section of the Journal of Abnormal Psychology. In Journal of Abnormal Psychology, 125(8), 1023-1026.

Krueger, R., Watson, D., Widiger, T. (2019). La vibrante intersección de la investigación sobre la personalidad y la psicopatología: Un número especial del Journal of Research in Personality; Revista de investigación en personalidad, 84, https://doi.org/10.1016/j.jrp.2019.103890.

Krueger,R., McGue, M., & Iacono, W. (2001). The higher-order structure of common DSM mental disorder. Internalization, externalization, and their connections to personality. Personality and Individual Differences, (30), 1245-1259.

Lahey, B., Krueger, R., Rathouz, P., Waldman, I., & Zald, D. (2017). A Hierarchical Causal Taxonomy of Psychopathology across the Life Span. Psychol Bulletin, 143(2), 142-186. doi: 10.1037/bul0000069.

Lahey, B., Krueger, R., Rathouz, P., y Waldman, I., (2017), Una Taxonomía causal jerárquica de la psicopatología a lo largo del ciclo de vida. Psychological Bulletin, 2017, Vol. 143, No. 2, 142–186.

Lilienfeld, & Treadway, M. T. (2016). Clashing Diagnostic Approaches: DSM-ICD Versus RDoC. Annual Review of Clinical Psychology, 12(1), 435–463. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093122.

Lilienfeld, S. O. (2014). The Research Domain Criteria (RDoC): An analysis of methodological and conceptual challenges. Behaviour Research and Therapy, 62, 129–139. https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.019.

Lilienfeld, S., Smith, S. y Watts, L., (2017). En Psychopathology: History, Diagnosis and Empirical Foundations, Chapter 1. Diagnosis, Conceptual Issues and Controversies. 3rd Edition. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Linacre, J. M. (2002). Optimizing rating scale category effectiveness. Journal of Applied Measurement, 3, 85–106.

Linacre, J. M. (2002). What do infit and outfit, mean-square and standardized mean? Rasch Measurement Transactions, 16(2), 878.

Linacre, J. M. (2007). Winsteps (Version 3.73) [Computer Software]. Chicago, IL: Winsteps.com.

Linacre, J. M. (2009). A user's guide to Winsteps-ministeps Rasch model computer program. Chicago, IL: Winsteps.com.

Linacre, J. M. (2011). Winsteps Rasch measurement computer program, version 3.73.0. [computer program.]. Chicago, Il: Winsteps.com.

Linacre, J. M. (2018). A user's guide to WINSTEPS: Rasch-model computer program. Chicago: Mesa Press.

Livesley, W. J., & Jang, K. L. (2000). Toward an empirically based classification of personality disorder. Journal of Personality Disorders, 14, 137–151. doi:10.1521/pedi.2000.14.2.137

Livesley, W. J., Schroeder, M. L., Jackson, D. N., & Jang, K. L. (1994). Categorical distinctions in the study of personality disorder: Implications for classification. Journal of Abnormal Psychology, 103(1), 6–17. https://doi.org/10.1037/0021-843x.103.1.6.

Lloret, S., Ferreres, A., Hernández, A., y Tomás, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. Anales de Psicología, 30(3), 1151-1169. doi: 10.6018/analesps.30.3.199361

Lynam, D. R., & Miller, J. D. (2019, August). The basic trait of Antagonism: An unfortunately underappreciated construct. Journal of Research in Personality, 81, 118–126. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2019.05.012.

Mahaffey, B., Watson, D., Clark, L., Kotov, R. (2016). Rasgos clínicos y de personalidad en los trastornos emocionales: Evidencia de un marco común; Revista de psicología anormal, 125(6), 758-767.

Maj, M. (2014). Keeping an open attitude towards the RDoC project. World Psychiatry, 13, 1–3.

Markon, K. (2010). Modeling psychopathology structure: A symptom-level analysis of axis I and II disorders. Psychological Medicine, 40, 273-88 doi:10.1017/S0033291709990183.

Markon, K., Krueger, R., Bouchard, T., Gottesman, I. (2002). Rasgos de personalidad normales y anormales: Evidencia de las relaciones genéticas y ambientales en el Estudio de Minnesota sobre gemelos criados por separado; Diario de personalidad, 70, 661-694.

Markon, K., Krueger, R., Watson, D. (2005). Delimitación de la estructura de la personalidad normal y anormal: Un enfoque jerárquico integrador; Revista de personalidad y psicología social, 88(1), 139-157.

Martín-Vegue, AJ. Ramos, JL. Vázquez-Barquero, Herrera C. (2002) CIE-10 (I): Introducción, historia y estructura general. En Formación Continuada Pápeles Médicos 2002;11(1):24-35.

Martínez, C. (2014). Técnicas e instrumentos de recogida y análisis de datos. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

McDonald, J. B., Bozzay, M. L., Bresin, K., & Verona, E. (2021). Facets of externalizing psychopathology in relation to inhibitory control and error processing. International Journal of Psychophysiology, 163, 79–91. https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2019.08.007.

McDonald, J. B., Bozzay, M. L., Bresin, K., & Verona, E. (2021). Facets of externalizing psychopathology in relation to inhibitory control and error processing. International Journal of Psychophysiology, 163, 79–91. https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2019.08.007.

Michelini, G., Palumbo, I. M., DeYoung, C. G., Latzman, R., & Kotov, R. (2020). Linking RDoC and HiTOP: A new interface for advancing psychiatric nosology and neuroscience. https://doi.org/10.31234/osf.io/ps7tc.

Mikolajewski, A. J., Allan, N. P., Hart, S. A., Lonigan, C. J., & Taylor, J. (2012). Negative affect shares genetic and environmental influences with symptoms of childhood internalizing and externalizing disorders. Journal of Abnormal Child Psychology, 41(3), 411–423. https://doi.org/10.1007/s10802-012-9681-0 .

Millon, T. (1991b). Classification in psychopathology: Rationale, alternatives, and standards. Journal of Abnormal Psychology, 100(3), 245-261. https://doi.org/10.1037/0021-843x.100.3.245

Millon, T., & Davis, R., (1996). Disorders of personality: DSM-IV and beyond (2nd ed.). John Wiley & Sons.

Mineka, S., Watson, D., & Clark, L. A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. Annual Review of Psychology, 49, 377-412.

Miranda Orozco, J., Miranda Ureña, G., Retana Mora, L., Mora Peck, S. y Rojas Vargas, M. (2010). Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota 2 (MMPI-2). (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica, San Pedro.

Morales Fernández, K y Quesada Villegas, M. (1997). Caracterización del paciente histérico en Costa Rica según el Mini-Mult 82. (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica, San Pedro.

Morey, L. C. (2007). Personality Assessment Inventory (PAI). Professional Manual (2ª Edición). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Mullins-Sweatt, S. N., Bornovalova, M. A., Carragher, N., Clark, L. A., Corona Espinosa, A., Jonas, K., Keyes, K. M., Lynam, D. R., Michelini, G., Miller, J. D., Min, J., Rodriguez-Seijas, C., Samuel, D. B., Tackett, J. L., & Watts, A. L. (2021). HiTOP Assessment of Externalizing Antagonism and Disinhibition. Assessment, 29(1), 34–45. https://doi.org/10.1177/10731911211033900.

Mullins-Sweatt, S. N., Bornovalova, M. A., Carragher, N., Clark, L. A., Corona Espinosa, A., Jonas, K., Keyes, K. M., Lynam, D. R., Michelini, G., Miller, J. D., Min, J., Rodriguez-Seijas, C., Samuel, D. B., Tackett, J. L., & Watts, A. L. (2021). HiTOP Assessment of

Externalizing Antagonism and Disinhibition. Assessment, 29(1), 34–45. https://doi.org/10.1177/10731911211033900.

Muniz, C. N., Fox, B., Miley, L. N., Delisi, M., Cigarran, G. P., & Birnbaum, A. (2019). The Effects of Adverse Childhood Experiences on Internalizing Versus Externalizing Outcomes. Criminal Justice and Behavior, 46(4), 568–589. https://doi.org/10.1177/0093854819826213.

Newson JJ, Pastukh V and Thiagarajan TC (2021) Poor Separation of Clinical Symptom Profiles by DSM-5 Disorder Criteria. Front. Psychiatry 12:775762. doi: 10.3389/fpsyt.2021.775762.

Nezhada, M., Khodapanahi, M., Yekta, M., Mahmoodikahriz, B., & Ostadghafour, S. (2011). Defense styles in internalizing and externalizing disorders. Procedia - Social and Behavioral Sciences, (30), 236-241. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.10.047.

Nichols, D. S. (2011). Essentials of MMPI-2 Assessment. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.Oltmanns, J., y Widiger, A., 2018, Un instrumento autoaplicado para el modelo de rasgos dimensional propuesto por el ICD-11: El Inventario de Personalidad para ICD-11, Psychological Assessment, 2018, Vol. 30, No. 2, 154 –169.

Oltmanns, J., & Widiger, A. (2018) A Self-Report Measure for the ICD-11 Dimensional Trait Model Proposal: The Personality Inventory for ICD-11 Psychological Assessment 30(2), 154–169. http://dx.doi.org/10.1037/pas0000459 .

Orozco Mata, M. y Quesada Loría, D. (2018). Elaboración de un modelo de evaluación del riesgo de violencia para portación de armas de fuego. (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica, San Pedro.

Pallant, J.F. & Tennatnt, A. (2007). An introduction to the Rasch measurement model: An example using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). British Journal of Clinical Psychology, 46, 1-18.

Patrick, C. J., & Hajcak, G. (2016). RDoC: Translating promise into progress. Psychophysiology, 53(3), 415–424. https://doi.org/10.1111/psyp.12612.

Patrick, C.J., Fowles, D., & Krueger, R.F. (2009). Triarchic conceptualization of psychopathy: developmental origins of disinhibition, boldness, and meanness. Development and psychopathology, 21(3), 913-38. doi: 10.1017/s0954579409000492 .

Paz, Y., Orlitsky, T., Roth-Hanania, R., Zahn-Waxler, C., & Davidov, M. (2020). Predicting externalizing behavior in toddlerhood from early individual differences in empathy. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 62(1), 66–74. https://doi.org/10.1111/jcpp.13247.

Pianowski G, Carvalho LF, Miguel FK. Investigating the Spectra constellations of the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) model for personality disorders based on empirical data from a community sample. Braz J Psychiatry. 2019;41:148-152. http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0015.

Pomerantz, A, (2014). Clinical Psychology: Science, Practice, and Culture. SAGE Publications, Inc; 3er Edición **ISBN-13:** 978-1483345048.

Potter, N. N. (2006, April). What is Manipulative Behavior, anyway? Journal of Personality Disorders, 20(2), 139–156. https://doi.org/10.1521/pedi.2006.

Prieto, G. (2014). Análisis del test neuropsicológico Addenbrooke's Cognitive Examination mediante el Modelo de Rasch. ResearchGate. https://doi.org/10.5354/0179-0581.2014.32873

Prieto, G., y Delgado, A. (2003). Análisis de un test mediante el modelo de Rasch. Psicothema. 15(1), 94-100

Prieto, G., y Delgado, A. (2010). Fiabilidad y validez. Papeles del Psicólogo, 31(1), 67-74.

Prisciandaro, J., Jeffrey E. Korte, J., McRae-Clark, A., y Brady, K. (2012). Associations between behavioral disinhibition and cocaine use history in individuals with cocaine dependence. Addictive Behaviors, 37, 1185–1188.

Ramírez J., (2013). Trastornos de la personalidad y trastorno por consumo de sustancias: análisis desde la perspectiva dimensional de la Sección III del DSM-5 y su utilidad en el ámbito clínico. Tesis Doctoral. Universidad de Hueva.

Raskin, J. (2019). Abnormal Psychology: Contrasting Perspectives. Londres, Inglaterra: Red Globe Press. Edition: 1st ed. 2019 ISBN-10: 1137547162R

RDoC: Bringing Integrative Science to the Classification of Mental Disorders. Association for Psychological Science - APS. (2021).https://www.psychologicalscience.org/classification.

Regier, D. A., Narrow, W. E., Clarke, D. E., Kraemer, H. C., Kuramoto, S., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). DSM-5 Field Trials in the United States and Canada, Part II: Test-Retest Reliability of Selected Categorical Diagnoses. American Journal of Psychiatry, 170(1), 59–70. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070999.

Reitz, O.E. y Smith, E.V. (2018). Psychometric Assessment of the Job Embeddedness Instrument: A Rasch Perspective. Western Journal of Nursing Research, 40(5):1-21.

Reyes Montealegre, R. y Quirós Mora, E. (1993). Características del paciente deprimido según el Mini Mult 82. (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica, San Pedro.

Reynolds, SK y Clark, LA (2001). Predicción de dimensiones del trastorno de personalidad a partir de dominios y facetas del modelo de cinco factores. Revista de personalidad, 69, 199-222.

Ritchey, F. (2008). Estadísticas para las ciencias sociales. México, D.F: McGraw-Hill Interamericana.

Rodriguez-Seijas, C., Eaton, N. R., Stohl, M., Mauro, P. M., & Hasin, D. S. (2017). Mental disorder comorbidity and treatment utilization. Comprehensive Psychiatry, 79, 89–97. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2017.02.003.

Romer Thomsen, K., Callesen, M. B., Hesse, M., Kvamme, T. L., Pedersen, M. M., Pedersen, M. U., & Voon, V. (2018, June). Impulsivity traits and addiction-related behaviors in youth. Journal of Behavioral Addictions, 7(2), 317–330. https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.22.

Ruggero, C. J., Callahan, J. L., Dornbach-Bender, A., Tackett, J. L., & Kotov, R. (2019). Disquiet in Nosology: A Primer on an Emerging, Empirically Based Approach to Classifying Mental Illness and Implications for Training. The Behavior Therapist, 208–211.

Ruggero, C. J., Kotov, R., Hopwood, C. J., First, M., Clark, L. A., Skodol, A. E., Mullins-Sweatt, S. N., Patrick, C. J., Bach, B., Cicero, D. C., Docherty, A., Simms, L. J., Bagby, R. M., Krueger, R. F., Callahan, J. L., Chmielewski, M., Conway, C. C., De Clercq, B., Dornbach-Bender, A., Eaton, N. R., Zimmermann, J. (2019). Integrating the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) into clinical practice. Journal of consulting and clinical psychology, 87(12), 1069–1084. https://doi.org/10.1037/ccp0000452.

Sahin, M., & Aybek, E. C. (2019). Jamovi: An Easy to Use Statistical Software for the Social Scientists. International Journal of Assessment Tools in Education, 670-692. https://doi.org/10.21449/ijate.661803

Sanchez, R., Montes, S. y Somerstein, L., (2018). Inventario de Personalidad para el DSM-5: propiedades psicométricas en población argentina. Estudio preliminar. Publicado por SAGE (2019). DOI: 10.13140/RG.2.2.20649.44647.

Sandín, B, (2014). DSM-5: ¿Cambio De Paradigma En La Clasificación De Los Trastornos Mentales? Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, Vol. 18, N.º 3, pp. 255-286, 2014 www.aepcp.net ISSN 1136-5420/13.

Simpson, G. M. (1961). Principles of Animal Taxonomy. En Columbia University Press eBooks. https://doi.org/10.7312/simp92414.

Sireci, S.G. y Sukin, T. (2013). Test Validity. En: K.F. Geisinger (Ed.), APA handbook of testing and assessment in psychology (pp. 61-84). Washington: American Psychological Association.

Snorrason, I., Beard, C., Peckham, A. D., & Björgvinsson, T. (2020). Transdiagnostic dimensions in obsessive-compulsive and related disorders: Associations with internalizing and externalizing symptoms. Psychological Medicine, 51(10), 1657–1665. https://doi.org/10.1017/s0033291720000380.

Soe-Agnie, S. E., Paap, M. C. S., Nijman, H. L. I., & de Jong, C. A. J. (2020). Psychometric Properties of the Externalizing Spectrum Inventory: Replication and Extension across Clinical and Non-Clinical Samples. Journal of Personality Assessment, 103(3), 332–341. https://doi.org/10.1080/00223891.2020.1753752.

Soe-Agnie, S., Paap, M., VanDerNagel, J., Nijman, H., & de Jong, C. (2018, January). The generalizability of the structure of substance abuse and antisocial behavioral syndromes: A systematic review. Psychiatry Research, 259, 412–421. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.007.

Spitzer, R. L., Gibbon, M., Skodol, A. E., Williams, J. B. W., & First, M. B. (Eds.). (1994). DSM-IV casebook: A learning companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). American Psychiatric Association.

Stein, D. J., & Reed, G. M. (2019). Global mental health and psychiatric nosology: DSM-5, ICD-11, and RDoC. Brazilian Journal of Psychiatry, 41(1), 3–4. https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-4101.

Strickland, C., (2014). Validating the personality Inventory for DSM-5: A Trait-based Model of Personality Disorders. Publicado por ProQuest LLC (2015). UMI 1583474.

Strickland, C., Hopwood, C., Bornovalova, M., Rojas, E., Krueger, R., & Patrick, C. (2018). Categorical and dimensional conceptions of personality pathology in DSM-5: Toward a model-based synthesis. Journal of Personality Disorders, 32, 1-29.

Stringaris, A., Vidal-Ribas Belil, P., Artiges, E., Lemaitre, H., Gollier-Briant, F., Wolke, S., Fadai, T. (2015). The brain's response to reward anticipation and depression in adolescence: dimensionality, specificity, and longitudinal predictions in a community-based sample. American Journal of Psychiatry, 172, 1215-1223.

Tellegen, A., Watson, D., & Clark, L. A. (1999). On the dimensional and hierarchical structure of affect. Psychological Science, 10(4), 297–303. https://doi.org/10.1111/1467-9280.00157 .

Thomas, K., Yalch, M., Krueger, R., GC Wrigth, A., Markon, K., Hopwood, C. (2012). La estructura convergente del DSM-5: Facetas de rasgos de personalidad y Modelo de cinco factores; Evaluación, 20 (3), 308-311.

Tracey, T. J. G. (2016). A note on socially desirable responding. Journal of Counseling Psychology, 63, 224–232.

Trull, T. J., & Durrett, C. (2005). Categorical and Dimensional Models of Personality Disorder. Annual Review of Clinical Psychology, 1(1), 355-380. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144009.

Tyrer, P., Crawford, M., Mulder, R., Blashfield, R., Farnam,A., Fossati, A., Reed, G. M. (2011). The rationale for the reclassification of personality disorder in the 11th revision of the International Classification of Diseases (ICD-11). Personality and Mental Health, 5, 246–259. doi:10.1002/pmh.190.

U.S. Department of Health and Human Services. (2021). About RDoC. National Institute of Mental Health.https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc/about-rdoc.

Van den Broeck, J., Bastiaansen, L., Rossi, G., Eva Dierckx, E., De Clercq, B., & Hofmans, J. (2014). Hierarchical structure of maladaptative personality traits in older adults: Jointfactor analysis of the PID-5 and the DAPP-BQ. Journal of Personality Disorders, 28(2), 198-211.

Vandenbos, G. (2015). APA Dictionary of Psychology. (Second Edition ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Vater, A., Ritter, K., Schröder-Abé, M., Schütz, A., Lammers, C. H., Bosson, J. K., & Roepke, S. (2013). When grandiosity and vulnerability collide: Implicit and explicit self-esteem in patients with narcissistic personality disorder. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 44(1), 37–47. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.07.001.

Venables, N. C., & Patrick, C. J. (2012). Validity of the Externalizing Spectrum Inventory in a criminal offender sample: Relations with disinhibitory psychopathology, personality, and psychopathic features. Psychological Assessment, 24 (1), 88–100. https://doi.org/10.1037/a0024703.

Venables, N., & Patrick, C. (2012). Validity of the Externalizing Spectrum Inventory in a Criminal Offender Sample: Relations with Disinhibitory Psychopathology, Personality, and Psychopathic Features. Psychol Assess, 24(1), 88–100. doi:10.1037/a0.

Ventura, J.L. & Caycho, T. (2017). El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 15 (1), 625-627.

Verona, E., Javdani, S., & Sprague, J. (2011). Comparing factor structures of adolescent psychopathology. Psychological Assessment, 23(2), 545-551.doi: 10.1037/a0022055.

Verona, E., Sachs-Ericsson, N., & Joiner, T. E. (2004). Suicide Attempts Associated with Externalizing Psychopathology in an Epidemiological Sample. American Journal of Psychiatry, 161(3), 444–451. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.3.444.

Waszczuk, M. A., Kotov, R., Ruggero, C. J., Gamez, W., & Watson, D. I. (2017). Hierarchical structure of emotional disorders: From individual symptoms to the spectrum. Journal of Abnormal Psychology, 126(5), 613-634.https://doi.org/10.1037/abn0000264

Watson D., GC Wright, A. (2019). La personalidad en un modelo jerárquico de la psicopatología; Ciencia psicológica clínica, 7(1) 77-92.

Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-5. Journal of Abnormal Psychology (114), 522–536. doi:10.1037/0021-843X.114.4.522.

Watson, D., Clark, L. (2019). Los rasgos de personalidad como marco organizador de la patología de la personalidad; Personalidad y salud mental, Publicado en línea en Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com) DOI 10.1002 / pmh.1458.

Widiger, T. A., Samuel, D. B., Mullins-Sweatt, S., Gore, W. L., & Crego, C. (2012). An integration of normal and abnormal personality structure: The Five-Factor Model. In T. A. Widiger (Ed.), The Oxford handbook of personality disorders (pp. 82–107). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199735013.013.0005

Widiger, T., Costa, P. (2012). Integración de la personalidad normal y anormal Estructura: El modelo de los cinco factores; Diario de la personalidad, 80, 1467-1506.

Widiger, T., Selbom, M., Chmielewski, M., Clark, L., Deyoung, C., Kotov, R., Krueger, R., Lynam, D., DMiller, J. Mullins-Sweatt, S., Samuel, D., South, S., Tackett, J., Thomas, K., Widiger TA, Samuel DB. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders--fifth edition. J Abnormal Psycholgy. Nov;114(4):494-504. doi: 10.1037/0021-843X.114.4.494. PMID: 16351373.

Wolfradt, U., Oubaid, V., Strauber, B & Mischo, J. (1999). Thinking styles, schizotypal traits, and anomalous experiences. Personality and individual differences. (27):821–30.

Wright, A. G. C., Krueger, R. F., Hobbs, M. J., Markon, K. E., Eaton, N. R., & Slade, T. (2013). The structure of psychopathology: Toward an expanded quantitative empirical model. Journal of Abnormal Psychology, 122(1), 281–294. https://doi.org/10.1037/a0030133.

Wright, A., Krueger, R., Hobbs, M., Markon, K., Eaton, N., & Slade, T. (2013). The Structure of Psychopathology: Toward an Expanded Quantitative Empirical Model. Journal of Abnormal Psychology, 122(1), 281-294.

Wright, A., Markon, K., Thomas, K., Hopwood, C. & Pincus, A. (2012). The Hierarchical Structure of DSM-5 Pathological Personality Traits. Journal of Abnormal Psychology, 121(4), 951–957. DOI: 10.1037/a0027669.

Wright, A., Markon, K., Thomas, K., Hopwood, C. Pincus, A., 2012, La estructura jerárquica de los rasgos de personalidad patológica del DSM-5. In Journal of Abnormal Psychology, 2012, Vol. 121, No. 4, 951–957.

Wright, Z., Pahlen, S., Krueger, R. (2017). Influencias genéticas y ambientales en los trastornos mentales. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta edición (DSM-5) Rasgos de personalidad inadaptados y su relación con los rasgos de personalidad normativos; Revista de psicología anormal, 126(4), 416-428.

Wygant, D. B., Sellbom, M., Sleep, C. E., Wall, T. D., Applegate, K. T., Krueger, R. F., & Patrick, C. J. (2016). Examining the DSM–5 alternative personality disorder model operationalization of antisocial personality disorder and psychopathy in a male correctional sample. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 7(3), 229-239. https://doi.org/10.1037/per0000179

Yam, W., y Simms, L. (2014). Comparing Criterion- and Trait-based Personality Disorder Diagnoses in DSM-5. J Abnormal Psychology, 123 (4), 802-808. doi: 10.1037/a0037633.

Zimmermann, J., Kerber, A., Rek, K., Hopwood, C. y Krueger, R., (2019). A Brief but Comprehensive Review of Research on the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders. Current Psychiatry Reports, Vol 21. Pág 92-111. https://doi.org/10.1007/s11920-019-1079-z .

Zimmermann, J., Widiger, T. A., Oeltjen, L., Conway, C. C., & Morey, L. C. (2021). Developing preliminary scales for assessing the HITOP Detachment Spectrum. Assessment, 107319112110153. https://doi.org/10.1177/10731911211015313.

12 Anexos

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
Teléfonos:(506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Para ser sujeto en una investigación)

Estudio psicométrico para la validación cruzada del Inventario Dimensional de Psicopatología de la Personalidad (IDPP): una perspectiva basada en evidencia empírica para la medición de dimensiones desadaptativas de la personalidad

Código (o número) de proyecto: EPS-391-2020

Nombres de los/las investigadores/as:

Shirley Calderón Morera, Tel: 8727 2822
Paola Cartín Granados, Tel: 83951602
Sally Paola Gómez González, Tel: 86908393
Gustavo Morales, Tel: 88859545
Gabriela Segura, Tel: 88840808
Esteban Alonso Ramirez, Tel: 89708269

Nombre del/la participante: _____

Medios para contactar a la/al participante: _____
Números de teléfono _____

Correo electrónico _____

Contacto a través de otra persona _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO: El presente estudio refiere a la realización de un Trabajo Final de Graduación por parte de cinco estudiantes la carrera de Psicología de la Universidad de Costa Rica, cuyos nombres se detallan al principio de este documento. Éste se lleva a cabo con la motivación de validar una prueba psicológica que serviría para evaluar características de personalidad en población general y diferentes grupos clínicos en el país. Se espera obtener

respuestas de los diferentes participantes para la validación de la prueba. La participación en el estudio requerirá que se complete un cuestionario, lo cual se realizará en una sesión de aproximadamente una hora.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?: Para participar en este estudio, usted deberá reunirse con alguno de los investigadores o evaluadores, o bien llenar un formulario en línea que le llegará tras su consentimiento para recibirlo. En cualquiera de esas situaciones, se toman datos generales sobre su persona, se aclaran dudas referentes al proyecto y se procede a firmar el consentimiento informado. Una vez firmado el consentimiento, usted se compromete a completar una prueba inicial sobre comprensión de lectura, la cual tiene una duración de tres minutos.

Posteriormente, se le aplicará un cuestionario cuya duración para ser completada se estima que ronda entre 30 minutos y una hora. Es posible también, que se apliquen pruebas complementarias y una entrevista con una duración aproximada de dos horas. Además, es posible que se le realice una segunda aplicación del instrumento que se está validando en este estudio al menos dos meses después de la primera aplicación.

C. RIESGOS: La participación en este estudio puede significar cierto riesgo o molestia para usted por lo siguiente: la duración o longitud de la prueba puede percibirse como extensa y generar fatiga. En caso de presentarse lo anterior, se puede tomar un pequeño descanso o reprogramar la sesión para terminarla en otro momento.

D. BENEFICIOS: Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, es posible que los investigadores aprendan más acerca de las características de personalidad y su medición, y este conocimiento beneficie a otras personas en el futuro. Además, el completar la escala implica un proceso de reflexión que le podría eventualmente ayudar a comprenderse como persona.

E. VOLUNTARIEDAD: La participación en el estudio es completamente voluntaria. Asimismo, puede interrumpir su participación en cualquier momento sin ninguna consecuencia.

F: CONFIDENCIALIDAD: La información será manejada con estricta confidencialidad y anonimato, se le asignará un número de participante con el cual se identificarán sus datos y esta información será guardada de manera que otros no puedan asociar su número de participante con su información. Los resultados del estudio serán publicados, pero no se darán a conocer datos de los participantes específicamente. Los datos recogidos podrán ser usados en futuras investigaciones, pero se mantendrá el anonimato de los mismos. Una vez concluido el proyecto, podrá ser accedido en el sistema de bibliotecas de la UCR.

G. INFORMACIÓN: Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con cualquiera de las y los cinco investigadores detallados al principio del documento, quienes son los investigadores en este estudio y ellos deben haber contestado satisfactoriamente todas sus

preguntas. Si quisiera más información más adelante, puedo obtenerla llamando a Carlos Saborío Valverde al teléfono 2511-5561, en el horario de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.

H. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

I. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica (o de otra índole) que requiere.

J. Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima.

K. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído, o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

_____

Nombre, cédula y firma del sujeto Fecha

_____

Nombre, cédula y firma del testigo Fecha

_____

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento Fecha

Versión junio 2017

Formulario aprobado en sesión ordinaria N° 63 del Comité Ético Científico, realizada el 07 de junio del 2017.

Anexo N°1
Datos Demográficos

Objetivos:

- Identificar las principales características de las y los participantes en el proceso de investigación
- Realizar la agrupación de los participantes de acuerdo al subgrupo al que correspondan al momento de llevar a cabo el análisis de la información.

Indicaciones

Seleccione con una x de acuerdo la opción que mejor se ajuste a sus características

Sexo:

Femenino	
Masculino	
No Indica	

Edad:

Menor de 18 años	
Entre 18 y 25 años	
Entre 26 a 35 años	
Entre 36 a 45 años	
Entre 46 a 55 años	
Entre 56 a 65 años	
Mayor de 66 años	
No Indica	

Escolaridad

Primaria Incompleta	
Primaria Completa	
Secundaria Incompleta	
Secundaria Completa	
Universidad Incompleta	
Universidad Completa	
No Indica	

Residencia:

Dentro del GAM Rural	
Dentro GAM Urbana	
Fuera del GAM- Rural	
Fuera del GAM Urbano	
No Indica	

Datos Hospitalarios

Preguntas	Sí	No
¿Ha sido usted diagnosticado con alguna enfermedad Psicológica y/o Psiquiátrica?	**¿Cuál?** _____	
¿Ha sido internado o recibe algún tipo de terapia por alguna enfermedad Psicológica y/o Psiquiátrica?	**¿Durante cuánto tiempo?** _____	
¿Toma usted algún tipo de medicación para el control o tratamiento de alguna enfermedad Psicológica y/o Psiquiátrica?	**¿Hace cuánto tiempo?** _____	

Anexo 3

Tabla 152

Ítems eliminados

Escala	Ítem	Razón de eliminación
Rasgos Ansiosos	28, 48, 155, 299	Desajuste severo en Infit y Outfit
Rasgos Ansiosos	335	Funcionamiento diferencial
Inestabilidad Emocional	3, 46, 196	Desajuste severo en Infit y Outfit
Rasgos Hostiles	51, 222	Funcionamiento diferencial
Afecto restringido	39	Desajuste severo en Infit y Outfit
Afecto restringido	42, 79	Funcionamiento diferencial
Búsqueda de Atención	7, 26, 211, 381	Genera una segunda dimensión
Rasgos Manipulatorios	269, 293	Desajuste severo en Infit y Outfit
Tendencia al Engaño	36, 207	Desajuste severo en Infit y Outfit
Rasgos de Grandiosidad	329	Desajuste severo en Infit y Outfit
Rasgos de Grandiosidad	252	Punto medida baja
Vulnerabilidad al estrés	56, 150	Contenido Inadecuado
Vulnerabilidad al estrés	63, 107, 137, 336	Funcionamiento diferencial
Creencias y Experiencias Inusuales	272	Desajuste severo en Infit y Outfit
Suspicacia/Paranoia	133, 385	Desajuste severo en Infit y Outfit
Desregulación Perceptual y Cognitiva	227, 391	Desajuste severo en Infit y Outfit
Desregulación Perceptual y Cognitiva	266	Desajuste severo en Infit y Outfit
Excentricidad	229, 235, 367	Desajuste severo en Infit y Outfit
Excentricidad	171	Funcionamiento diferencial

Rasgos Impulsivos	68, 245, 319	Desajuste severo en Infit y Outfit
Rasgos Impulsivos	68, 97	Funcionamiento diferencial
Insensibilidad interpersonal	228, 318	Punto medida baja
Insensibilidad interpersonal	22, 308, 407	Desajuste severo en Infit y Outfit
Insensibilidad interpersonal	61, 267	Funcionamiento diferencial
Irresponsabilidad	117, 151, 400	Punto medida baja
Irresponsabilidad	216, 167	Genera una segunda dimensión
Irresponsabilidad	288	Funcionamiento diferencial
Irresponsabilidad	253	Desajuste severo en Infit y Outfit
Necesidad de estímulos y toma de riesgos	410	Desajuste severo en Infit y Outfit
Necesidad de estímulos y toma de riesgos	181	Punto medida baja
Necesidad de estímulos y toma de riesgos	21, 69, 246, 261, 410	Funcionamiento diferencial
Rasgos de Inseguridad Vincular	77,158,170	Desajuste severo en Infit y Outfit
Rasgos de Inseguridad Vincular	215	Punto medida baja
Rasgos de Inseguridad Vincular	138	Funcionamiento diferencial
Potencial a la adicción	33, 80, 121	Desajuste severo en Infit y Outfit
Potencial a la adicción	290	Funcionamiento diferencial
Tendencia al Aislamiento	287, 328 y 392	Contenido Inadecuado
Rasgos Depresivos	109, 140, 165, 307, 372	Desajuste severo en Infit y Outfit
Rasgos Depresivos	205	Funcionamiento diferencial
Distractibilidad	337, 120, 123, 200	Desajuste severo en Infit y Outfit
Distractibilidad	35	Genera una segunda dimensión

Tendencias Hipomaniacas	343	Desajuste severo en Infit y Outfit
Exageración de Severidad	192, 265 , 364	Desajuste severo en Infit y Outfit
Exageración de Severidad	53	Funcionamiento diferencial
Negación de Problemas	60, 334	Desajuste severo en Infit y Outfit

Fuente: Elaboración propia

Anexo 4

Tabla 153

Ítems reclasificados

Escala de origen	Item	Escala de reclasificación	Razón de reclasificación
Afecto Restringido	196	Tendencias Hipomaniacas	Contenido se ajusta mejor a esta escala
Inestabilidad Emocional	233	Tendencias Hipomaniacas	Contenido se ajusta mejor a esta escala
Desregulación Perceptual y Cognitiva	391	Creencias y Experiencias Inusuales	Contenido se ajusta mejor a esta escala

Fuente: Elaboración propia

Anexo 5

Tabla 154

Resultados de fiabilidad y separación para ítems y personas

Escala	Puntaje Fiabilidad de ítems Bueno ≥ .80 y < .90 Excelente ≥ .90	Puntaje Fiabilidad de Personas Bueno ≥ .80 y < .90 Excelente ≥ .90	Puntaje Separación de ítems >3	Puntaje Separación de personas >2
Búsqueda de Atención	1.00	.81	19.36	2.04
Rasgos Manipulatorios	1.00	.82	21.37	2.15
Tendencia al Engaño	.99	.79	11.09	1.93
Rasgos de Grandiosidad	1.00	.79	17.67	1.96
Insensibilidad Interpersonal	1.00	.71	22.51	1.58
Irresponsabilidad	.99	.81	11.58	2.10
Rasgos Impulsivos	1.00	.82	19.26	2.14
Necesidad de Estímulos y Toma De Riesgos	1.00	.80	25.00	1.97
Distractibilidad	.99	.91	11.27	3.17
Potencial a la Adicción	1.00	.85	18.70	2.41

Rasgos Depresivos	1.00	.90	19.15	2.96
Rasgos Ansiosos	1.00	.91	15.39	3.25
Inestabilidad Emocional	1.00	.85	17.47	2.40
Rasgos Hostiles	1.00	.92	19.71	3.42
Rigidez Perseverativa	1.00	.72	18.21	1.61
Rasgos de Inseguridad Vincular	1.00	.78	21.97	1.88
Vulnerabilidad al Estrés	1.00	.88	17.83	2.75
Creencias y Experiencias Inusuales	1.00	.79	17.88	1.96
Suspicacia / Paranoia	1.00	.88	19.15	2.70
Desregulación Perceptual Cognitiva	1.00	.78	16.36	1.87
Excentricidad	.99	.83	9.00	2.23
Tendencias Hipomaniacas	1.00	.78	19.46	1.90
Tendencia al Aislamiento	1.00	.90	14.37	3.00
Afecto Restringido	1.00	.76	17.74	1.77
Exageración de la severidad	1.00	.78	20.04	1.89
Negación de Problemas	1.00	.89	25.68	2.85

Fuente: Elaboración propia

IDPP	MMPI-2 (N = 226)		PAI (N = 184)		PID-5 (N = 219)	
Escala	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**
INSENSIBILIDAD INTERPERSONAL	**Escala 4 - Desviación Psicopática (Escal_Dp)**		**ESQ-S Indiferencia Social (SCZ_S)**		**Anhedonia (Anhedonia)**	
	,34	Esta escala está asociada a las conductas antisociales donde no hay una respuesta emocional profunda de las acciones - reacciones emocionales superficiales- y los hechos cometidos, así como la incapacidad de aprender de la experiencia. La escala también mide la falta de compromiso o juicio hacia las normas sociales. Hay presencia de conductas agresivas, inestables, inmaduras, irresponsables, rebeldes y hostiles. Dentro del histórico conductual de los individuos se encuentran los problemas maritales, problemas con la autoridad, abuso de sustancias, impulsividad, sociabilidad y hedonismo, así como búsqueda inmediata de gratificación, impaciencia, baja tolerancia a la frustración y centrado en sí mismo.	,32	Evalúa la falta de interés social y la falta de respuesta afectiva. Son personas reservadas, impasibles, que muestran poco interés por la vida de los demás y tienen poca habilidad para interpretar los signos normales de las relaciones interpersonales. Las puntuaciones más altas describen a personas que no desean ni disfrutan de las relaciones cercanas. Se caracterizan por el aislamiento social y distanciamiento, falta de interés en los demás y en sí mismo, están desconectados de sí mismos y se sientes desconcertados ante emociones fuertes.	.37	Un aspecto del desapego: falta de disfrute, de participación o de energía para las experiencias vitales; déficit en la capacidad de sentir placer o de interesarse por las cosas.
	Escala 8 - Esquizofrenia (Escal_Es)		**DESINHIBICIÓN PAI**		**Afectividad Restringida (RestrictecAffectivity)**	
	,37	La escala refiere la tendencia al desorden psicótico, presencia de confusión, desorganización, alucinaciones, problemas de concentración, ansiedad generalizada, depresión, pesimismo, hostilidad, agresividad, ideación suicida, dificultad para separar la realidad de la fantasía.	,32	Orientación hacia la satisfacción inmediata, dando lugar a un comportamiento impulsivo dominado por pensamientos y sentimientos repentinos evocados por estímulos externos, sin tener en cuenta aprendizajes obtenidos de experiencias del pasado ni reflexiones sobre las consecuencias futuras.	,43	Un aspecto del desapego: poca reacción emocional ante situaciones excitantes; experiencia y expresión emocionales constreñidas; indiferencia y frialdad en situaciones habitualmente atractivas.
	Escala de Cinismo (Escal_RC3)		**ANT Rasgos Antisociales (ANT)**		**Hostilidad (Hostility)**	
	,42	La escala refiere al cinismo: las personas que puntúan alto en esta escala ven a los otros con desconfianza, como poco cariñosos, explotadores y preocupados solo por sí mismos.	,39	Evalúa las características de la personalidad y comportamientos relevantes en la personalidad antisocial y de la psicopatía, tales como egocentrismo, limitada empatía y actitudes y conductas antisociales. Las puntuaciones extremas indican la presencia del trastorno antisocial de la personalidad. Estas personas se caracterizan por ser poco fiables, irresponsables y de poco éxito en lo social y ocupacional. Son fríos en sus relaciones y solo buscan sacar provecho para sí mismos, son impulsivos y cuentan con un historial de conflictos con la autoridad, demuestran hostilidad, y un historial de actos temerarios y antisociales. Son insensibles, debido a su tendencia a la impulsividad y corren riesgos, son egocéntricos, desinhibidos, escépticos y poco sentimentales. Las puntuaciones más bajas describen a personas más cálidas y cercanas con los demás que demuestran control sobre sus impulsos.	,61	Un aspecto del antagonismo: sentimientos de enojo persistentes o frecuentes; ira o irritabilidad en respuesta a ofensas e insultos menores.
	Escala de Hostilidad (Esc_ENJ)				**Insensibilidad (Callousness)**	
	,46	Esta escala hace referencia a personas con tendencias o que presentan problemas de control del enojo, es decir, tienen poca tolerancia a la frustración, pueden tener arrebatos de ira. También tienen la necesidad de descargar la ira u la hostilidad de forma ya sea directa (de forma abierta, verbal o física) o indirectamente (de forma controlada y encubierta, como molestando, burlándose, importunando, provocando, exigiendo o quejándose). Estas personas tienden a perder el autocontrol y dañar físicamente a otras personas u objetos o ambas durante sus arrebatos. Dependiendo de los grados en la escala, entre más alta esté la persona en la escala, hay más probabilidades de que sea más agresiva directamente o entre más bajo que sea agresiva indirectamente.			,63	Un aspecto del antagonismo: la falta de preocupación por los sentimientos o problemas de los demás, la falta de culpa o remordimiento por los efectos negativos o perjudiciales de las acciones de uno mismo sobre los demás; la agresión; el sadismo.
	Escala de Hostilidad de Cook y Medley (Esc_HO)					
	,52	En general, las personas con puntajes altos de Ho tienden a ser cínicos y desconfiados, y ven a los demás como egoístas, manipuladores, moralmente corruptos y que no merecen simpatía o comprensión. Se apresuran a atribuir malas intenciones a las acciones de los demás, viéndolos como deliberadamente hostiles o provocadores, y tomando la posición de que los demás "se merecen lo que reciben". Es probable que estas tendencias se atenúen un poco en las mujeres, y estas últimas tienden a describir a los demás en términos como "malos" y "feos", y parecen más angustiadas, sufridas, resentidas e implacables. Tampoco es probable que tenga muchos amigos cercanos. Es mejor comparar las puntuaciones de Ho con las de ANG, CYN, TPA (especialmente TPA2) y AGGR, ya que las elevaciones relativas entre estos pueden guiar de manera útil los énfasis interpretativos. Por ejemplo, cuando ANG1 es el más alto entre estos, la labilidad emocional y el aspecto exaltado de Ho parecen estar enfatizados, mientras que cuando TPA2 y AGGR están elevados de manera comparable con Ho, se sugiere una hostilidad más depredadora y vengativa.				

IDPP	MMPI-2 (N = 226)		PAI (N = 184)		PID-5 (N = 219)	
Escala	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**
	Escala 4 - Desviación Psicopática (Escal_Dp)		**LIM Rasgos Límites (BOR)**		**Búsqueda de Atención (AttentionSeeking)**	
	,31	Esta escala está asociada a las conductas antisociales donde no hay una respuesta emocional profunda de las acciones - reacciones emocionales superficiales- y los hechos cometidos, así como la incapacidad de aprender de la experiencia. La escala también mide la falta de compromiso o juicio hacia las normas sociales. Hay presencia de conductas agresivas, inestables, inmaduras, irresponsables, rebeldes y hostiles. Dentro del histórico conductual de los individuos se encuentran los problemas maritales, problemas con la autoridad, abuso de sustancias, impulsividad, sociabilidad y hedonismo, así como búsqueda inmediata de gratificación, impaciencia, baja tolerancia a la frustración y centrado en sí mismo.	,31	Existe un escaso control de las emociones y la ira, confusión en torno a temas relacionados con la identidad y valores, así como el establecimiento de relaciones intensas y combativas con los demás. Se caracteriza por la impulsividad y conductas autodestructivas. Mide el grado de tensión y emoción negativa experimentado y que puede aparecer en diferentes categorías diagnósticas. Presenta preocupación constante, sentimientos subjetivos de miedo y tensión, así como signos físicos de nerviosismo y estrés, son hostiles e iracundos, a menudo son personas muy deprimidas y ansiosas. Son impulsivos, autodestructivos, incluyen gestos suicidas, abuso de alcohol, drogas o explosiones de agresividad. Se sienten incomprendidos, lo que los hace mostrarse enfadados y ansiosos y necesitados de los demás, haciendo que sus comportamientos sean ambivalentes. Las puntuaciones más bajas corresponden a personas malhumoradas, sensibles y con cierta incertidumbre ante la vida, carentes de satisfacción en las relaciones interpersonales.	,81	Un aspecto del antagonismo: intentos excesivos para atraer y ser el foco de atención de los demás, buscando la admiración. Un aspecto del antagonismo: intentos excesivos para atraer y ser el foco de atención de los demás, buscando la admiración.
	Escala 9 - Hipomanía (Escal_Ma)		**MAN Manía (MAN)**			

BÚSQUEDA DE ATENCIÓN	,32	Esta escala se asocia a individuos con mucha energía y ritmo mental y físico acelerado, por lo que hay poca necesidad de sueño, sensaciones eufóricas, extroversión y altas aspiraciones, así como a conductas arriesgadas, mayor actividad sexual, impulsividad, volubilidad e irritabilidad. Dentro de las características se encuentran también la grandiosidad, el control pobre del temperamento, la hiperactividad, la distractibilidad, las decisiones impulsivas y la carencia de limitaciones para la toma de riesgos.	,39	Evalúa características clínicas de la manía, la hipomanía y la ciclotimia, caracterizados por la presencia de una evaluación anómala del estado de ánimo, expansividad, grandiosidad, exceso de energía e hiperactividad, irritabilidad, impaciencia, frustración, ira, impulsividad y falta de juicio. Son individuos antipáticos, malhumorados y temperamentales. Las puntuaciones más altas pueden denotar fuga de ideas y delirios de grandeza, poca empatía, hostilidad y narcisismo.		
	Escala de Comportamiento tipo A (Esc_PTA)					
	,35	Esta escala describe las características de los individuos que se inclinan por una serie de conductas y actitudes como, la prisa e impaciencia, la irritabilidad, la tensión constante, la competitividad y la autoexigencia de un alto rendimiento en los proyectos o trabajos. Estas personas tienden también a ser egocéntricas, resentidas, muy irritables, suspicaces, rencorosas y carentes de empatía. Socialmente, su trato a los demás es frío y desinteresado, tienen a considerar a los demás como molestos o entorpecedores, tienen cierta tendencia a no tener empatía por los problemas o el dolor de los demás e incluso pueden experimentar placer con las penas de otras personas.				
	Escala de Potencial de adicción (Esc_PA)					
	,46	Esta escala permite identificar la tendencia al consumo de drogas, así como niveles altos de estrés, por lo que tiende a caracterizar a individuos que suelen ser emocionalmente estresados, con excesiva sensibilidad, culpabilidad, irritabilidad, así como sensibles a la provocación y con tendencias a la irresponsabilidad.				
	Escala de Activación hipomaníaca (Escal_RC9)					
	,49	La escala refiere a la activación hipomaníaca: Los niveles moderados pueden indicar una persona extrovertida con un alto nivel de energía relativamente adaptativo. Los que puntúan alto tienden a experimentar aceleración del pensamiento, niveles altos de energía, alto humor e irritabilidad. También experimentan un pobre control de impulsos, euforia y poca necesidad de sueño. Con frecuencia son un tanto agresivos, y muestran poco control de los impulsos, que está asociado con conductas antisociales, incluidas el abuso de sustancias. Tienden a ser personas que buscan la emoción y que toman riesgos. Las personas con puntajes muy altos pueden sugerir un episodio maníaco y son consistentes con un diagnóstico de desorden bipolar.				

IDPP	MMPI-2 (N = 226)		PAI (N = 184)		PID-5 (N = 219)	
Escala	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**
RASGOS MANIPULATORIOS	**Escala de Hostilidad excesivamente controlada (Esc_HR)**		**LIM Rasgos Límites (BOR)**		**Engaño (Deceitfulness)**	
	-,41	Esta escala permite identificar la tendencia al control excesivo de impulsos de algunos individuos en relación con la hostilidad o el resentimiento, donde se ha podido identificar la falta de conciencia de estos impulsos de control y también la tendencia a la acumulación de estos impulsos mediante mecanismos de control. Esta tendencia podría predecir una vulnerabilidad, ya que esta acumulación o control excesivo podría romperse y liberar de forma explosiva la hostilidad.	,39	Existe un escaso control de las emociones y la ira, confusión en torno a temas relacionados con la identidad y valores, así como el establecimiento de relaciones intensas y combativas con los demás. Se caracteriza por la impulsividad y conductas autodestructivas. Mide el grado de tensión y emoción negativa experimentado y que puede aparecer en diferentes categorías diagnósticas. Presenta preocupación constante, sentimientos subjetivos de miedo y tensión, así como signos físicos de nerviosismo y estrés, son hostiles e iracundos, a menudo son personas muy deprimidas y ansiosas. Son impulsivos, autodestructivos, incluyen gestos suicidas, abuso de alcohol, drogas o explosiones de agresividad. Se sienten incomprendidos, lo que los hace mostrarse enfadados y ansiosos y necesitados de los demás, haciendo que sus comportamientos sean ambivalentes. Las puntuaciones más bajas corresponden a personas malhumoradas, sensibles y con cierta incertidumbre ante la vida, carentes de satisfacción en las relaciones interpersonales.	,64	Un aspecto del antagonismo: la falta de honradez y fraudulencia; representación errónea de sí mismo; embellecimiento o distorsión al relatar acontecimientos.
	Escala de Conductas antisociales (Esc_PAS)		**DESINHIBICIÓN PAI**		**Manipulación (Manipulativeness)**	
	,40	Esta escala describe las características de los individuos que se inclinan por una serie de conductas y actitudes antisociales. Por lo general, la conciencia de sus actos no es la esperada, ya que tienden al cinismo y al disfrute de sus acciones y sus resultados, teniendo desvergüenza de los actos y de las consecuencias de sus conductas antisociales. A nivel biográfico, han tenido conflictos con la autoridad y han cometido delitos como robar desde la infancia o desde la edad escolar. Se oponen a las conductas convencionales sociales, las reglas y las normas y consideran que no está mal evitar el incumplimiento de la ley. Tienden a ser poco confiables y por lo general deshonestas, con conductas como mentir y amenazar. También se asocia al consumo de sustancias.	,41	Orientación hacia la satisfacción inmediata, dando lugar a un comportamiento impulsivo dominado por pensamientos y sentimientos repentinos evocados por estímulos externos, sin tener en cuenta aprendizajes obtenidos de experiencias del pasado ni reflexiones sobre las consecuencias futuras.	,69	Un aspecto del antagonismo: el uso frecuente de subterfugios para influir o controlar a otros, emplear la seducción, el encanto, la labia o congraciarse con los demás para conseguir sus fines.
	Escala de Hostilidad de Cook y Medley (Esc_HO)		**LIM-P Relaciones Interpersonales Problemáticas (BOR_N)**			
	,41	En general, las personas con puntajes altos de Ho tienden a ser cínicos y desconfiados, y ven a los demás como egoístas, manipuladores, moralmente corruptos y que no merecen simpatía o comprensión. Se apresuran a atribuir malas intenciones a las acciones de los demás, viéndolos como deliberadamente hostiles o provocadores, y tomando la posición de que los demás "se merecen lo que reciben". Es probable que estas tendencias se atenúen un poco en las mujeres, y estas últimas tienden a describir a los demás en términos como "malos" y "feos", y parecen más angustiadas, sufridas, resentidas e implacables. Tampoco es probable que tenga muchos amigos cercanos. Es mejor comparar las puntuaciones de Ho con las de ANG, CYN, TPA (especialmente TPA2) y AGGR, ya que las elevaciones relativas entre estos pueden guiar de manera útil los énfasis interpretativos. Por ejemplo, cuando ANG1 es el más alto entre estos, la labilidad emocional y el aspecto exaltado de Ho parecen estar enfatizados, mientras que cuando TPA2 y AGGR están elevados de manera comparable con Ho, se sugiere una hostilidad más depredadora y vengativa.	,43	Demuestran una tendencia a involucrarse en relaciones que son muy intensas y caóticas. Cree que las personas importantes no atienden sus necesidades, por lo que la persona se siente traicionada y explotada. Demuestra una falta de confianza y pesimismo en torno a las relaciones. Las puntuaciones más altas indican que la persona se siente amargada, resentida, traicionada y experimenta miedo al abandono o al rechazo.		
	Escala de Comportamiento tipo A (Esc_PTA)		**ANT-A Conductas Antisociales (ANT_A)**			

	,42	Esta escala describe las características de los individuos que se inclinan por una serie de conductas y actitudes como, la prisa e impaciencia, la irritabilidad, la tensión constante, la competitividad y la autoexigencia de un alto rendimiento en los proyectos o trabajos. Estas personas tienden también a ser egocéntricas, resentidas, muy irritables, suspicaces, rencorosas y carentes de empatía. Socialmente, su trato a los demás es frío y desinteresado, tienen a considerar a los demás como molestos o entorpecedores, tienen cierta tendencia a no tener empatía por los problemas o el dolor de los demás e incluso pueden experimentar placer con las penas de otras personas.	,45	Evalúa actos antisociales relacionados con dificultades con la autoridad y con las relaciones sociales, los cuales suelen haber iniciado en la adolescencia y se mantienen a lo largo del tiempo. Las puntuaciones bajas hacen referencia a una persona conformista, moralista o motivada por negar cualquier conducta de este tipo.		
	Escala de Activación hipomaníaca (RC9)		**ANT Rasgos Antisociales (ANT)**			
	,52	La escala refiere a la activación hipomaníaca: Los niveles moderados pueden indicar una persona extrovertida con un alto nivel de energía relativamente adaptativo. Los que puntúan alto tienden a experimentar aceleración del pensamiento, niveles altos de energía, alto humor e irritabilidad. También experimentan un pobre control de impulsos, euforia y poca necesidad de sueño. Con frecuencia son un tanto agresivos, y muestran poco control de los impulsos, que está asociado con conductas antisociales, incluidas el abuso de sustancias. Tienden a ser personas que buscan la emoción y que toman riesgos. Las personas con puntajes muy altos pueden sugerir un episodio maníaco y son consistentes con un diagnóstico de desorden bipolar.	,48	Evalúa las características de la personalidad y comportamientos relevantes en la personalidad antisocial y de la psicopatía, tales como egocentrismo, limitada empatía y actitudes y conductas antisociales. Las puntuaciones extremas indican la presencia del trastorno antisocial de la personalidad. Estas personas se caracterizan por ser poco fiables, irresponsables y de poco éxito en lo social y ocupacional. Son fríos en sus relaciones y solo buscan sacar provecho para sí mismos, son impulsivos y cuentan con un historial de conflictos con la autoridad, demuestran hostilidad, y un historial de actos temerarios y antisociales. Son insensibles, debido a su tendencia a la impulsividad y corren riesgos, son egocéntricos, desinhibidos, escépticos y poco sentimentales. Las puntuaciones más bajas describen a personas más cálidas y cercanas con los demás que demuestran control sobre sus impulsos.		

IDPP	**MMPI-2 (N = 226)**		**PAI (N = 184)**		**PID-5 (N = 219)**	
Escala	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**
	Escala de Responsabilidad social (Esc_RS)		**LIM-P Relaciones Interpersonales Problemáticas (BOR_N)**		**Distraibilidad (Distractibility)**	
	-,50	Esta escala identifica el sentido de responsabilidad de la persona en relación con los otros, identifica el interés por aspectos sociales y morales de la persona, y el énfasis que coloca en los deberes y la disciplina, quienes puntúan alto en esta escala son percibidos como personas muy responsables y dispuestas a aceptar las consecuencias de sus actos, personas dignas de confianza, y de una integridad alta	,40	Demuestran una tendencia a involucrarse en relaciones que son muy intensas y caóticas. Cree que las personas importantes no atienden sus necesidades, por lo que la persona se siente traicionada y explotada. Demuestra una falta de confianza y pesimismo en torno a las relaciones. Las puntuaciones más altas indican que la persona se siente amargada, resentida, traicionada y experimenta miedo al abandono o al rechazo.	,42	Dificultad para concentrarse y prestar atención a las tareas; distracción fácil por estímulos externos; problemas para realizar comportamientos dirigidos a metas, como la planificación y la realización de tareas.Dificultad para concentrarse y prestar atención a las tareas; distracción fácil por estímulos externos; problemas para realizar comportamientos dirigidos a metas, como la planificación y la realización de tareas.
	Escala de Hostilidad excesivamente controlada (Esc_HR)		**ANT-B Búsqueda de Sensaciones (ANT_S)**		**Insensibilidad (Callousness)**	
	-,50	Esta escala permite identificar la tendencia al control excesivo de impulsos de algunos individuos en relación con la hostilidad o el resentimiento, donde se ha podido identificar la falta de conciencia de estos impulsos de control y también la tendencia a la acumulación de estos impulsos mediante mecanismos de control. Esta tendencia podría predecir una vulnerabilidad, ya que esta acumulación o control excesivo podría romperse y liberar de forma explosiva la hostilidad.	,42	Describe a individuos que presentan un deseo de asumir riesgos y buscar la novedad, con una tendencia desinhibida, conductas imprudentes y potencialmente peligrosas. Se aburre fácilmente con las rutinas y costumbres. Actúa impulsivamente, no se compromete a largo plazo, no demuestra ansiedad, su comportamiento es autodestructivo y disruptivo. Los niveles medios hacen referencia a individuos aventureros que disfrutan de los retos, mientras que los niveles bajos son personas tímidas que evitan los cambios y las novedades, se inquietan ante la modificación de sus rutinas y podrían presentar comportamientos de evitación fóbicos.	,45	Un aspecto del antagonismo: la falta de preocupación por los sentimientos o problemas de los demás, la falta de culpa o remordimiento por los efectos negativos o perjudiciales de las acciones de uno mismo sobre los demás; la agresión; el sadismo.
	Escala de Desmoralización (Escal_RCd)		**DESINHIBICIÓN PAI**			**Irresponsabilidad (Irresponsibility)**
	,40	Normalmente la escala se refiere a individuos que no están experimentando una cantidad significativa de angustia psicológica. Las puntuaciones más altas representan una incapacidad de hacer frente o estar abrumado con la situación actual, y experimentan malestar clínico significativo y confusión, percepción sombría del futuro, probablemente con la presencia de depresión por lo cual debe de evaluarse minuciosamente el riesgo de suicidio. Las personas con puntajes altos pueden sentirse desmotivados y desmoralizados. Tienen una baja autoestima, son pesimistas, creen que han fallado en el pasado y esperan fallar en el futuro. Son propensos a sentirse abrumados e incapaces de lidiar con sus circunstancias de vida actuales. Los pacientes clínicos con puntajes altos en esta escala son propensos a reportar depresión, ansiedad y quejas somáticas.	,45	Orientación hacia la satisfacción inmediata, dando lugar a un comportamiento impulsivo dominado por pensamientos y sentimientos repentinos evocados por estímulos externos, sin tener en cuenta aprendizajes obtenidos de experiencias del pasado ni reflexiones sobre las consecuencias futuras.	,58	Un aspecto de la desinhibición: indiferencia e incumplimiento de obligaciones o compromisos económicos y de otro tipo, falta de respeto y seguimiento de acuerdos y promesas; negligencia con la propiedad ajena.
	Escala de Cinismo (Esc_CIN)		**ANT-A Conductas Antisociales (ANT_A)**		**Manipulación (Manipulativeness)**	
	,40	Esta escala hace referencia a las personas con tendencias o ideas relacionadas con la misantropía, por lo que estas personas tienden a no confiar en los demás.Estas personas consideran las relaciones humanas o sociales, una lucha por los propios intereses en detrimento de los demás o la lucha tomar ventaja pasando por encima de las otras personas. De esta forma, los contratos sociales o las normas de convivencia se ven como un constructo artificial que se instrumentaliza para beneficio propio, lejos de una interpretación moral, ética o de bien común. Por ejemplo, no roban para no ser descubiertos, son amistosos para explotar a otros, etc. Tienden al engaño, la manipulación, la hipocresía, y a tener motivaciones ocultas y negativas hacia las otras personas, además de que consideran que las otras personas pueden ser iguales a ellas, ocultando sus intereses reales en las acciones. .	,52	Evalúa actos antisociales relacionados con dificultades con la autoridad y con las relaciones sociales, los cuales suelen haber iniciado en la adolescencia y se mantienen a lo largo del tiempo. Las puntuaciones bajas hacen referencia a una persona conformista, moralista o motivada por negar cualquier conducta de este tipo.	,68	Un aspecto del antagonismo: el uso frecuente de subterfugios para influir o controlar a otros, emplear la seducción, el encanto, la labia o congraciarse con los demás para conseguir sus fines.
	Escala de Potencial de adicción (Esc_PA)		**ANT Rasgos Antisociales (ANT)**		**Engaño (Deceitfulness)**	
	,40	Esta escala permite identificar la tendencia al consumo de drogas, así como niveles altos de estrés, por lo que tiende a caracterizar a individuos que suelen ser emocionalmente estresados, con excesiva sensibilidad, culpabilidad, irritabilidad, así como sensibles a la provocación y con tendencias a la irresponsabilidad.	,55	Evalúa las características de la personalidad y comportamientos relevantes en la personalidad antisocial y de la psicopatía, tales como egocentrismo, limitada empatía y actitudes y conductas antisociales. Las puntuaciones extremas indican la presencia del trastorno antisocial de la personalidad. Estas personas se caracterizan por ser poco fiables, irresponsables y de poco éxito en lo social y ocupacional. Son fríos en sus relaciones y solo buscan sacar provecho para sí mismos, son impulsivos y cuentan con un historial de conflictos con la autoridad, demuestran hostilidad, y un historial de actos temerarios y antisociales. Son insensibles, debido a su tendencia a la impulsividad y corren riesgos, son egocéntricos, desinhibidos, escépticos y poco sentimentales. Las puntuaciones más bajas describen a personas más cálidas y cercanas con los demás que demuestran control sobre sus impulsos.	,79	Un aspecto del antagonismo: la falta de honradez y fraudulencia; representación errónea de sí mismo; embellecimiento o distorsión al relatar acontecimientos.
	Escala de Inadaptación universitaria (Esc_DPR)					

TENDENCIA AL ENGAÑO	,41	Individuos parecen poco adaptados, ineficientes, pesimistas y angustiados, pueden desarrollar síntomas físicos en épocas de estrés y sentir que la vida los abruma la mayoría del tiempo.	
		Escala de Comportamiento Tipo A (TPA)	
	,42	Esta escala describe las características de los individuos que se inclinan por una serie de conductas y actitudes como, la prisa e impaciencia, la irritabilidad, la tensión constante, la competitividad y la autoexigencia de un alto rendimiento en los proyectos o trabajos. Estas personas tienden también a ser egocéntricas, resentidas, muy irritables, suspicaces, rencorosas y carentes de empatía. Socialmente, su trato a los demás es frío y desinteresado, tienen a considerar a los demás como molestos o entorpecedores, tienen cierta tendencia a no tener empatía por los problemas o el dolor de los demás e incluso pueden experimentar placer con las penas de otras personas.	
		Escala de Emociones negativas disfuncionales (Escal_RC7)	
	,42	La escala hace referencia a las emociones disfuncionales negativas como ansiedad, miedo o irritabilidad, se describe a sí mismo como triste e infeliz. Son propensos a la culpa y tienen una tendencia ser autocrítico, inseguros y se preocupan en exceso, perciben crítica donde no existe, pesimistas; esperan fracasar, tienen dificultades para dormir, tienen pesadilla. Pueden sentirse abrumados e incapaces de enfrentar las situaciones. Reflejan malestar emocional significativo e impotencia. Tienden a ser muy pasivos y sumisos en las relaciones interpersonales. Son propensos a padecer o llegar a desarrollar desórdenes de ansiedad, así como experimentan excesiva culpa e inseguridad.	
		Escala 9 - Hipomanía (Escal_Ma)	
	,43	Esta escala se asocia a individuos con mucha energía y ritmo mental y físico acelerado, por lo que hay poca necesidad de sueño, sensaciones eufóricas, extroversión y altas aspiraciones, así como a conductas arriesgadas, mayor actividad sexual, impulsividad, volubilidad e irritabilidad. Dentro de las características se encuentran también la grandiosidad, el control pobre del temperamento, la hiperactividad, la distractibilidad, las decisiones impulsivas y la carencia de limitaciones para la toma de riesgos.	
		Escala de Experiencias aberrantes (Escal_RC8)	
	,44	Escala hacer referencia a las experiencias aberrantes: las personas con puntajes altos en la pueden reportar alucinaciones, delirios, y experiencias sensoriales bizarras que sugieren defectos en la prueba de la realidad. Son ansiosos, deprimidos, con problemas para confiar en los demás, dificultades en el funcionamiento interpersonal y ocupacional. Los síntomas pueden incluir alucinaciones visuales u olfatorias experiencias perceptuales bizarras y creencias delirantes. Las personas con puntajes muy altos dentro de los pacientes de salud mental tienen diagnósticos de esquizofrenia, desorden delirante o un desorden esquizoafectivo, pueden también reportar síntomas de ansiedad y depresión.	
		Escala de Conducta antisocial (Escal_RC4)	
	,45	La escala hacer referencia a la conducta antisocial: Individuos con mayores probabilidades de tener un historial de comportamiento antisocial y/o abuso de sustancias. Dificultades a la hora de ajustarse a las normas y expectativas sociales. Son argumentativos, críticos o antagónicos en sus relaciones con los demás, usualmente tienen un historial de bajo rendimiento o desempeño en sus trabajos. Sus relaciones interpersonales son pobres, mientras que las relaciones familiares tienden a ser tensas o distantes.	
		Escala de Psicoticismo (Esc_PSY)	
	,45	En elevaciones moderadas (T de 55-65), la escala PSY refleja principalmente creencias o experiencias inusuales y una tendencia a admitir de buen grado el soñar despierto. Incluso en elevaciones suaves y moderadas, PSY refleja una falta de armonía en las relaciones con los mundos físico y social de modo que la actuación resulta comprometida y las relaciones enajenadas. La persona puede dar la apariencia de estar en el mundo, pero sin formar parte de él. Cuando las elevaciones son más altas, se encuentran distorsiones más graves en la forma en que el individuo interactúa con sus mundos social y físico, de forma que estas interacciones aparecen hostiles, provocativas, agresivas e inadecuadas, o bien incompetentes, irrelevantes, extrañas y autoanulantes. No obstante, con T superiores a 65 aparecen verdaderos fenómenos psicóticos, e incluyen síntomas de Schneider, ideas persecutorias, o claramente delirantes, y sospechas. Las relaciones con los demás son mínimas, distantes y secretamente hostiles, con facilidad para sentirse maltratado y resentido.	
		Escala 4 - Desviación Psicopática (Escal_Dp)	
	,45	Esta escala está asociada a las conductas antisociales donde no hay una respuesta emocional profunda de las acciones - reacciones emocionales superficiales- y los hechos cometidos, así como la incapacidad de aprender de la experiencia. La escala también mide la falta de compromiso o juicio hacia las normas sociales. Hay presencia de conductas agresivas, inestables, inmaduras, irresponsables, rebeldes y hostiles. Dentro del histórico conductual de los individuos se encuentran los problemas maritales, problemas con la autoridad, abuso de sustancias, impulsividad, sociabilidad y hedonismo, así como búsqueda inmediata de gratificación, impaciencia, baja tolerancia a la frustración y centrado en sí mismo.	
		Escala de Desinhibición (Esc_DIS)	

	,47	Las puntuaciones altas reflejan una estructura de la personalidad nada convencional, desinhibida, con insuficiente contención y modulación del impulso, una actitud inconformista y rebelde hacia las reglas y normas, búsqueda de sensaciones y lealtades superficiales y centradas en sí mismo, orientación moral hedonística, indiferencia o desdén hacia las obligaciones éticas o morales. La actuación impulsiva y antisocial, la falta de lealtad, las mentiras repetidas para justificar el incumplimiento de las obligaciones y la falta de vergüenza y remordimiento, pueden eventualmente romper todas las relaciones excepto las penales. Póngase atención al consumo de drogas. Quien puntúa bajo en DIS es convencional, conformista y controlado. Sus relaciones con los demás pueden ser agradables, pero distantes, formalizadas y rutinarias con contactos limitados a un pequeño círculo de amigos de mentalidad semejante a la suya. Muy interesado en mantener las apariencias, se acerca de una forma demasiado reflexiva, e incluso perfeccionista, a la solución de los problemas. Pueden darse tendencias obsesivo-compulsivas.				
	Escala de Activación hipomaníaca (Escal_RC9)					
	,50	La escala refiere a la activación hipomaníaca: Los niveles moderados pueden indicar una persona extrovertida con un alto nivel de energía relativamente adaptativo. Los que puntúan alto tienden a experimentar aceleración del pensamiento, niveles altos de energía, alto humor e irritabilidad. También experimentan un pobre control de impulsos, euforia y poca necesidad de sueño. Con frecuencia son un tanto agresivos, y muestran poco control de los impulsos, que está asociado con conductas antisociales, incluidas el abuso de sustancias. Tienden a ser personas que buscan la emoción y que toman riesgos. Las personas con puntajes muy altos pueden sugerir un episodio maníaco y son consistentes con un diagnóstico de desorden bipolar.				
	Escala de Hostilidad de Cook y Medley (Esc_HO)					
	,51	En general, las personas con puntajes altos de Ho tienden a ser cínicos y desconfiados, y ven a los demás como egoístas, manipuladores, moralmente corruptos y que no merecen simpatía o comprensión. Se apresuran a atribuir malas intenciones a las acciones de los demás, viéndolos como deliberadamente hostiles o provocadores, y tomando la posición de que los demás "se merecen lo que reciben". Es probable que estas tendencias se atenúen un poco en las mujeres, y estas últimas tienden a describir a los demás en términos como "malos" y "feos", y parecen más angustiadas, sufridas, resentidas e implacables. Tampoco es probable que tenga muchos amigos cercanos. Es mejor comparar las puntuaciones de Ho con las de ANG, CYN, TPA (especialmente TPA2) y AGGR, ya que las elevaciones relativas entre estos pueden guiar de manera útil los énfasis interpretativos. Por ejemplo, cuando ANG1 es el más alto entre estos, la labilidad emocional y el aspecto exaltado de Ho parecen estar enfatizados, mientras que cuando TPA2 y AGGR están elevados de manera comparable con Ho, se sugiere una hostilidad más depredadora y vengativa.				
	ANT-A Conductas Antisociales (ANT_A)					
	,53	Esta escala describe las características de los individuos que se inclinan por una serie de conductas y actitudes antisociales. Por lo general, la conciencia de sus actos no es la esperada, ya que tienden al cinismo y al disfrute de sus acciones y sus resultados, teniendo desvergüenza de los actos y de las consecuencias de sus conductas antisociales. A nivel biográfico, han tenido conflictos con la autoridad y han cometido delitos como robar desde la infancia o desde la edad escolar. Se oponen a las conductas convencionales sociales, las reglas y las normas y consideran que no está mal evitar el incumplimiento de la ley. Tienden a ser poco confiables y por lo general deshonestas, con conductas como mentir y amenazar. También se asocia al consumo de sustancias.				

IDPP	**MMPI-2 (N = 226)**		**PAI (N = 184)**		**PID-5 (N = 219)**	
Escala	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**
	Escala de Hostilidad excesivamente controlada (Esc_HR)		**AFECTO_NEGATIVO_PAI**		**Perseverancia (Perseveration)**	
	-,43	Esta escala permite identificar la tendencia al control excesivo de impulsos de algunos individuos en relación con la hostilidad o el resentimiento, donde se ha podido identificar la falta de conciencia de estos impulsos de control y también la tendencia a la acumulación de estos impulsos mediante mecanismos de control. Esta tendencia podría predecir una vulnerabilidad, ya que esta acumulación o control excesivo podría romperse y liberar de forma explosiva la hostilidad.	**,40**	Experiencias frecuentes e intensas de una amplia gama de emociones negativas (p. ej., ansiedad, depresión, culpa/vergüenza, preocupación, enfado), y de sus manifestaciones comportamentales (p. ej., autolesión) e interpersonales (p. ej., dependencia).	,40	Un aspecto de la afectividad negativa: persistencia en las tareas o en una forma particular de hacer las cosas a pesar de que dicho comportamiento ha dejado de ser funcional o eficaz; continuación del mismo comportamiento tras experimentar repetidos fracasos o razones claras para parar.
	Escala 8 - Esquizofrenia (Escal_Es)		**ANT-B Búsqueda de Sensaciones (ANT_S)**		**Insensibilidad (Callousness)**	
	,38	La escala refiere la tendencia al desorden psicótico, presencia de confusión, desorganización, alucinaciones, problemas de concentración, ansiedad generalizada, depresión, pesimismo, hostilidad, agresividad, ideación suicida, dificultad para separar la realidad de la fantasía.	,41	Describe a individuos que presentan un deseo de asumir riesgos y buscar la novedad, con una tendencia desinhibida, conductas imprudentes y potencialmente peligrosas. Se aburre fácilmente con las rutinas y costumbres. Actúa impulsivamente, no se compromete a largo plazo, no demuestra ansiedad, su comportamiento es autodestructivo y disruptivo. Los niveles medios hacen referencia a individuos aventureros que disfrutan de los retos, mientras que los niveles bajos son personas tímidas que evitan los cambios y las novedades, se inquietan ante la modificación de sus rutinas y podrían presentar comportamientos de evitación fóbicos.	,43	Un aspecto del antagonismo: la falta de preocupación por los sentimientos o problemas de los demás, la falta de culpa o remordimiento por los efectos negativos o perjudiciales de las acciones de uno mismo sobre los demás; la agresión; el sadismo.
	Escala de Hostilidad (Esc_ENJ)		**ANT Rasgos Antisociales (ANT)**		**Desconfianza (Suspiciousness)**	

	,40	Esta escala hace referencia a personas con tendencias o que presentan problemas de control del enojo, es decir, tienen poca tolerancia a la frustración, pueden tener arrebatos de ira. También tienen la necesidad de descargar la ira u la hostilidad de forma ya sea directa (de forma abierta, verbal o física) o indirectamente (de forma controlada y encubierta, como molestando, burlándose, importunando, provocando, exigiendo o quejándose). Estas personas tienden a perder el autocontrol y dañar físicamente a otras personas u objetos o ambas durante sus arrebatos. Dependiendo de los grados en la escala, entre más alta esté la persona en la escala, hay más probabilidades de que sea más agresiva directamente o entre más bajo que sea agresiva indirectamente.	,41	Evalúa las características de la personalidad y comportamientos relevantes en la personalidad antisocial y de la psicopatía, tales como egocentrismo, limitada empatía y actitudes y conductas antisociales. Las puntuaciones extremas indican la presencia del trastorno antisocial de la personalidad. Estas personas se caracterizan por ser poco fiables, irresponsables y de poco éxito en lo social y ocupacional. Son fríos en sus relaciones y solo buscan sacar provecho para sí mismos, son impulsivos y cuentan con un historial de conflictos con la autoridad, demuestran hostilidad, y un historial de actos temerarios y antisociales. Son insensibles, debido a su tendencia a la impulsividad y corren riesgos, son egocéntricos, desinhibidos, escépticos y poco sentimentales. Las puntuaciones más bajas describen a personas más cálidas y cercanas con los demás que demuestran control sobre sus impulsos.	,43	Expectativas y sensibilidad a señales de perjuicio o mala intención interpersonal; dudas sobre la lealtad y la fidelidad de los demás; sentimientos de ser maltratado, utilizado o perseguidos por otros.
	Escala de Emociones negativas disfuncionales (Escal_RC7)		**PSICOTICISMO_PAI**		**Excentricidad (Eccentricity)**	
	,40	La escala hace referencia a las emociones disfuncionales negativas como ansiedad, miedo o irritabilidad, se describe a sí mismo como triste e infeliz. Son propensos a la culpa y tienen una tendencia ser autocrítico, inseguros y se preocupan en exceso, perciben crítica donde no existe, pesimistas; esperan fracasar, tienen dificultades para dormir, tienen pesadilla. Pueden sentirse abrumados e incapaces de enfrentar las situaciones. Reflejan malestar emocional significativo e impotencia. Tienden a ser muy pasivos y sumisos en las relaciones interpersonales. Son propensos a padecer o llegar a desarrollar desórdenes de ansiedad, así como experimentan excesiva culpa e inseguridad.	**,41**	Exhibir una amplia gama de conductas y cogniciones excéntricas, inusuales o culturalmente incongruentes y raras incluyendo tanto el proceso (p. ej., la percepción, la disociación) como el contenido (p. ej., creencias).	,44	Un aspecto del psicoticismo: comportamiento, apariencia o habla raros, inusuales o extravagantes; pensamientos extraños e impredecibles; discurso aberrante o inapropiado.
RASGOS DE GRANDIOSIDAD	**Escala de Agresión (Esc_AGG)**		**LIM Rasgos Límites (BOR)**		**Búsqueda de atención (AttentionSeeking)**	
	,41	Puntuaciones altas denotan a personas que controlan a los demás mediante sus amenazas temperamentales. Su autoconcepto está envanecido, engreído y resentido; temen estar sometidos al control de otro y están dispuestos a actuar de forma sádica y vindicativa para evitarlo. Las relaciones con los demás están marcadas por esfuerzos agresivos para controlar y dominar mediante el miedo y la amenaza de violencia, el resentimiento, la hostilidad y el sadismo. Quienes obtienen puntuaciones bajas pueden manifestar niveles relativamente altos de agresión social acercándose y comprometiendo a otros fácilmente y sin agitación, pero esta agresión carece de motivos hostiles y de un impulso de dominio.	,46	Existe un escaso control de las emociones y la ira, confusión en torno a temas relacionados con la identidad y valores, así como el establecimiento de relaciones intensas y combativas con los demás. Se caracteriza por la impulsividad y conductas autodestructivas. Mide el grado de tensión y emoción negativa experimentado y que puede aparecer en diferentes categorías diagnósticas. Presenta preocupación constante, sentimientos subjetivos de miedo y tensión, así como signos físicos de nerviosismo y estrés, son hostiles e iracundos, a menudo son personas muy deprimidas y ansiosas. Son impulsivos, autodestructivos, incluyen gestos suicidas, abuso de alcohol, drogas o explosiones de agresividad. Se sienten incomprendidos, lo que los hace mostrarse enfadados y ansiosos y necesitados de los demás, haciendo que sus comportamientos sean ambivalentes. Las puntuaciones más bajas corresponden a personas malhumoradas, sensibles y con cierta incertidumbre ante la vida, carentes de satisfacción en las relaciones interpersonales.	,47	Un aspecto del antagonismo: intentos excesivos para atraer y ser el foco de atención de los demás, buscando la admiración.Un aspecto del antagonismo: intentos excesivos para atraer y ser el foco de atención de los demás, buscando la admiración.
	Escala de Hostilidad de Cook y Medley (Esc_HO)		**LIM-P Relaciones Interpersonales Problemáticas (BOR_N)**		**Manipulación (Manipulativeness)**	
	,51	En general, las personas con puntajes altos de Ho tienden a ser cínicos y desconfiados, y ven a los demás como egoístas, manipuladores, moralmente corruptos y que no merecen simpatía o comprensión. Se apresuran a atribuir malas intenciones a las acciones de los demás, viéndolos como deliberadamente hostiles o provocadores, y tomando la posición de que los demás “se merecen lo que reciben”. Es probable que estas tendencias se atenúen un poco en las mujeres, y estas últimas tienden a describir a los demás en términos como "malos" y "feos", y parecen más angustiadas, sufridas, resentidas e implacables. Tampoco es probable que tenga muchos amigos cercanos. Es mejor comparar las puntuaciones de Ho con las de ANG, CYN, TPA (especialmente TPA2) y AGGR, ya que las elevaciones relativas entre estos pueden guiar de manera útil los énfasis interpretativos. Por ejemplo, cuando ANG1 es el más alto entre estos, la labilidad emocional y el aspecto exaltado de Ho parecen estar enfatizados, mientras que cuando TPA2 y AGGR están elevados de manera comparable con Ho, se sugiere una hostilidad más depredadora y vengativa.	,49	Demuestran una tendencia a involucrarse en relaciones que son muy intensas y caóticas. Cree que las personas importantes no atienden sus necesidades, por lo que la persona se siente traicionada y explotada. Demuestra una falta de confianza y pesimismo en torno a las relaciones. Las puntuaciones más altas indican que la persona se siente amargada, resentida, traicionada y experimenta miedo al abandono o al rechazo.	,49	Un aspecto del antagonismo: el uso frecuente de subterfugios para influir o controlar a otros, emplear la seducción, el encanto, la labia o congraciarse con los demás para conseguir sus fines.
	Escala de Activación hipomaníaca (Escal_RC9)		**MAN Manía (MAN)**		**Engaño (Deceitfulness)**	
	,52	La escala refiere a la activación hipomaníaca: Los niveles moderados pueden indicar una persona extrovertida con un alto nivel de energía relativamente adaptativo. Los que puntúan alto tienden a experimentar aceleración del pensamiento, niveles altos de energía, alto humor e irritabilidad. También experimentan un pobre control de impulsos, euforia y poca necesidad de sueño. Con frecuencia son un tanto agresivos, y muestran poco control de los impulsos, que está asociado con conductas antisociales, incluidas el abuso de sustancias. Tienden a ser personas que buscan la emoción y que toman riesgos. Las personas con puntajes muy altos pueden sugerir un episodio maníaco y son consistentes con un diagnóstico de desorden bipolar.	,54	Evalúa características clínicas de la manía, la hipomanía y la ciclotimia, caracterizados por la presencia de una evaluación anómala del estado de ánimo, expansividad, grandiosidad, exceso de energía e hiperactividad, irritabilidad, impaciencia, frustración, ira, impulsividad y falta de juicio. Son individuos antipáticos, malhumorados y temperamentales. Las puntuaciones más altas pueden denotar fuga de ideas y delirios de grandeza, poca empatía, hostilidad y narcisismo.	,51	Un aspecto del antagonismo: la falta de honradez y fraudulencia; representación errónea de sí mismo; embellecimiento o distorsión al relatar acontecimientos.
	Escala de Comportamiento tipo A (Esc_PTA)		**MAN-I Irritabilidad (MAN_I)**		**Grandiosidad (Grandiosity)**	
	,59	Esta escala describe las características de los individuos que se inclinan por una serie de conductas y actitudes como, la prisa e impaciencia, la irritabilidad, la tensión constante, la competitividad y la autoexigencia de un alto rendimiento en los proyectos o trabajos. Estas personas tienden también a ser egocéntricas, resentidas, muy irritables, suspicaces, rencorosas y carentes de empatía. Socialmente, su trato a los demás es frío y desinteresado, tienen a considerar a los demás como molestos o entorpecedores, tienen cierta tendencia a no tener empatía por los problemas o el dolor de los demás e incluso pueden experimentar placer con las penas de otras personas.	,56	Volátil excitabilidad, baja tolerancia a la frustración. Se trata de personas impacientes y que son percibidas como exigentes por los demás, su capacidad de razonamiento es escasa, su estado de ánimo varía rápidamente y son propensos a la agresión verbal.	,52	Un aspecto del antagonismo: creer que uno es superior a los demás y se merece un trato especial, ya sea de modo explícito o encubierto; egocentrismo; sostiene firmemente la creencia de que es mejor que los demás; condescendiente con otras personas.
					Hostilidad (Hostility)	
					,52	Un aspecto del antagonismo: sentimientos de enojo persistentes o frecuentes; ira o irritabilidad en respuesta a ofensas e insultos menores.
IDPP	**MMPI-2 (N = 226)**		**PAI (N = 184)**		**PID-5 (N = 219)**	
Escala	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**
	Escala de Hostilidad excesivamente controlada (Esc_HR)		**ANT-E Egocentrismo (ANT_E)**		**Inseguridad de Separación (Separation Insecurity)**	

-,52	Esta escala permite identificar la tendencia al control excesivo de impulsos de algunos individuos en relación con la hostilidad o el resentimiento, donde se ha podido identificar la falta de conciencia de estos impulsos de control y también la tendencia a la acumulación de estos impulsos mediante mecanismos de control. Esta tendencia podría predecir una vulnerabilidad, ya que esta acumulación o control excesivo podría romperse y liberar de forma explosiva la hostilidad.	,40	Define a personas frías y sin empatía. Son egocéntricos, desconsiderados, se aprovechan de los demás, irresponsables, desleales y no sienten remordimientos. Las puntuaciones medias se refieren a personas egocéntricas y pragmáticas, sienten poca ansiedad o culpa, y que pueden ser eficaces en contactos sociales superficiales. Mientras los niveles más bajos indican que las personas tienen dificultades para reconocer sus propias necesidades ya que tienden a situar las necesidades de los demás primero.	,40	Un aspecto de la afectividad negativa: temores de rechazo o separación de figuras significativas, asociados con el miedo a la dependencia excesiva y a la pérdida total de autonomía. Miedo a quedarse solo debido al rechazo o la separación de los seres queridos basado en falta de confianza en la propia capacidad para cuidar de sí mismo, tanto física como emocionalmente.
Escala de Responsabilidad social (Esc_RS)		**ESQ-A Alteración del Pensamiento (SCZ_T)**		**Impulsividad (Impulsivity)**	
-,50	Esta escala identifica el sentido de responsabilidad de la persona en relación con los otros, identifica el interés por aspectos sociales y morales de la persona, y el énfasis que coloca en los deberes y la disciplina, quienes puntúan alto en esta escala son percibidos como personas muy responsables y dispuestas a aceptar las consecuencias de sus actos, personas dignas de confianza, y de una integridad alta	,40	Evalúa el nivel de confusión o claridad en el proceso de pensamiento, sugiere problemas en la concentración, toma de decisiones, cierto nivel de confusión y desconcierto unido a las formas más benignas de ineficacia cognitiva. Puede presentarse en personas deprimidas o ansiosas. En su presentación más severa las personas demostraran presencia de asociaciones de ideas inconexas y un aumento en la dificultad para expresarse y comunicarse, es posible que coexista una depresión severa o manía, trastornos de atención, secuela a daños cerebrales o enfermedades, efectos secundarios debido a medicación o incluso secuelas por abuso de alcohol y otras drogas.	,41	Un aspecto de la desinhibición: dejarse llevar por el fragor del momento en respuesta a estímulos inmediatos; actuar de manera repentina y sin un plan o sin considerar las consecuencias; dificultad para establecer y seguir los planes; sentido de urgencia y conductas de autolesión en virtud de la angustia emocional.
Escala de Cinismo (Esc_CIN)		**MAN-I Irritabilidad (MAN_I)**		**Distraibilidad (Distractibility)**	
,40	Esta escala hace referencia a las personas con tendencias o ideas relacionadas con la misantropía, por lo que estas personas tienden a no confiar en los demás.Estas personas consideran las relaciones humanas o sociales, una lucha por los propios intereses en detrimento de los demás o la lucha tomar ventaja pasando por encima de las otras personas. De esta forma, los contratos sociales o las normas de convivencia se ven como un constructo artificial que se instrumentaliza para beneficio propio, lejos de una interpretación moral, ética o de bien común. Por ejemplo, no roban para no ser descubiertos, son amistosos para explotar a otros, etc. Tienden al engaño, la manipulación, la hipocresía, y a tener motivaciones ocultas y negativas hacia las otras personas, además de que consideran que las otras personas pueden ser iguales a ellas, ocultando sus intereses reales en las acciones.	,43	Volátil excitabilidad, baja tolerancia a la frustración. Se trata de personas impacientes y que son percibidas como exigentes por los demás, su capacidad de razonamiento es escasa, su estado de ánimo varía rápidamente y son propensos a la agresión verbal.	,42	Dificultad para concentrarse y prestar atención a las tareas; distracción fácil por estímulos externos; problemas para realizar comportamientos dirigidos a metas, como la planificación y la realización de tareas.
Escala de Indicadores negativos de tratamiento (Esc_RTR)		**MAN Manía (MAN)**		**Grandiosidad (Grandiosity)**	
,40	Esta escala refleja ciertas tendencias hacia sentimientos depresivos y apáticos, donde el locus de control es externo, con tendencias a darse por vencido rápidamente, ya que el individuo tiene pocos recursos personales. Tendencias a sentirse desvalido y emocionalmente indigente hasta el punto de que luchar contra la adversidad, o incluso pensar en hacerlo, le parece inútil. Prefieren no hablar de los problemas, lo ven como una acción inútil carente de resultados.	,43	Evalúa características clínicas de la manía, la hipomanía y la ciclotimia, caracterizados por la presencia de una evaluación anómala del estado de ánimo, expansividad, grandiosidad, exceso de energía e hiperactividad, irritabilidad, impaciencia, frustración, ira, impulsividad y falta de juicio. Son individuos antipáticos, malhumorados y temperamentales. Las puntuaciones más altas pueden denotar fuga de ideas y delirios de grandeza, poca empatía, hostilidad y narcisismo.	,46	Un aspecto del antagonismo: creer que uno es superior a los demás y se merece un trato especial, ya sea de modo explícito o encubierto; egocentrismo; sostiene firmemente la creencia de que es mejor que los demás; condescendiente con otras personas.
Escala de Agresión (Esc_AGG)		**ANT-B Búsqueda de Sensaciones (ANT_S)**		**Insensibilidad (Callousness)**	
,40	Puntuaciones altas denotan a personas que controlan a los demás mediante sus amenazas temperamentales. Su autoconcepto está envanecido, engreído y resentido; temen estar sometidos al control de otro y están dispuestos a actuar de forma sádica y vindicativa para evitarlo. Las relaciones con los demás están marcadas por esfuerzos agresivos para controlar y dominar mediante el miedo y la amenaza de violencia, el resentimiento, la hostilidad y el sadismo. Quienes obtienen puntuaciones bajas pueden manifestar niveles relativamente altos de agresión social acercándose y comprometiendo a otros fácilmente y sin agitación, pero esta agresión carece de motivos hostiles y de un impulso de dominio.	,47	Describe a individuos que presentan un deseo de asumir riesgos y buscar la novedad, con una tendencia desinhibida, conductas imprudentes y potencialmente peligrosas. Se aburre fácilmente con las rutinas y costumbres. Actúa impulsivamente, no se compromete a largo plazo, no demuestra ansiedad, su comportamiento es autodestructivo y disruptivo. Los niveles medios hacen referencia a individuos aventureros que disfrutan de los retos, mientras que los niveles bajos son personas tímidas que evitan los cambios y las novedades, se inquietan ante la modificación de sus rutinas y podrían presentar comportamientos de evitación fóbicos.	,50	Un aspecto del antagonismo: la falta de preocupación por los sentimientos o problemas de los demás, la falta de culpa o remordimiento por los efectos negativos o perjudiciales de las acciones de uno mismo sobre los demás; la agresión; el sadismo.
Neuroticismo o emocionalidad negativa (NEN)		**LIM Rasgos Límites (BOR)**		**Irresponsabilidad (Irresponsibility)**	
,40	Quien puntúa alto se muestra impotente, dependiente, necesitado, indeciso e inestable. Las relaciones con otros se caracterizan por una pasividad extrema, un miedo a ser abandonado y una hipersensibilidad a las críticas. Puede provocar la desesperación en los otros, puesto que constantemente deja de tomar iniciativas para mejorar la situación y para actuar de acuerdo con sus propios mejores intereses. Pueden observarse vinculaciones "límites" con los demás, lamentaciones por el rechazo de la ayuda y conductas suicidas o autolesivas. Puntuaciones bajas reflejan una emocionalidad relajada e imperturbable, quizá tan carente de atención y preocupación que sugiere un empobrecimiento de la experiencia interna y plantea la cuestión de la represión. En el extremo, la puntuación baja indica una vida emocional plácida que puede ser impermeable a la disrupción.	,47	Existe un escaso control de las emociones y la ira, confusión en torno a temas relacionados con la identidad y valores, así como el establecimiento de relaciones intensas y combativas con los demás. Se caracteriza por la impulsividad y conductas autodestructivas. Mide el grado de tensión y emoción negativa experimentado y que puede aparecer en diferentes categorías diagnósticas. Presenta preocupación constante, sentimientos subjetivos de miedo y tensión, así como signos físicos de nerviosismo y estrés, son hostiles e iracundos, a menudo son personas muy deprimidas y ansiosas. Son impulsivos, autodestructivos, incluyen gestos suicidas, abuso de alcohol, drogas o explosiones de agresividad. Se sienten incomprendidos, lo que los hace mostrarse enfadados y ansiosos y necesitados de los demás, haciendo que sus comportamientos sean ambivalentes. Las puntuaciones más bajas corresponden a personas malhumoradas, sensibles y con cierta incertidumbre ante la vida, carentes de satisfacción en las relaciones interpersonales.	,51	Un aspecto de la desinhibición: indiferencia e incumplimiento de obligaciones o compromisos económicos y de otro tipo, falta de respeto y seguimiento de acuerdos y promesas; negligencia con la propiedad ajena.
Escala de Inadaptación universitaria (Esc_DPR)		**DESINHIBICIÓN PAI**		**Hostilidad (Hostility)**	
,41	Individuos parecen poco adaptados, ineficientes, pesimistas y angustiados, pueden desarrollar síntomas físicos en épocas de estrés y sentir que la vida los abruma la mayoría del tiempo.	,48	Orientación hacia la satisfacción inmediata, dando lugar a un comportamiento impulsivo dominado por pensamientos y sentimientos repentinos evocados por estímulos externos, sin tener en cuenta aprendizajes obtenidos de experiencias del pasado ni reflexiones sobre las consecuencias futuras.	,56	Un aspecto del antagonismo: sentimientos de enojo persistentes o frecuentes; ira o irritabilidad en respuesta a ofensas e insultos menores
Escala 7 - Psicastenia (Escal_Pt)		**ANT-A Conductas Antisociales (ANT_A)**		**Búsqueda de atención (AttentionSeeking)**	
,43	Esta escala refleja presencia de preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos, temores exagerados, emotividad negativa, control rígido de impulsos, miedo al fracaso, procrastinación, deterioro en la concentración y la memoria, culpa y autocrítica, rumiación. Problemas de distracción y olvido. Falta de inventiva e ingenio le lleva a la dilación, indecisión, inmovilismo. Las reuniones con desconocidos producen incomodidad.	,48	Evalúa actos antisociales relacionados con dificultades con la autoridad y con las relaciones sociales, los cuales suelen haber iniciado en la adolescencia y se mantienen a lo largo del tiempo. Las puntuaciones bajas hacen referencia a una persona conformista, moralista o motivada por negar cualquier conducta de este tipo.	,62	Un aspecto del antagonismo: intentos excesivos para atraer y ser el foco de atención de los demás, buscando la admiración.
Escala de Interferencia laboral (Esc_DTR)		**LIM-P Relaciones Interpersonales Problemáticas (BOR_N)**		**Manipulación (Manipulativeness)**	

ANTAGONISMO	,43	Esta escala describe las dinámicas internas de personas que tienen confianza en sí mismas, falta de concentración, y tensión. Dificultad para tomar decisiones, falta de apoyo familiar, cuestionamientos personales, actitudes negativas hacia los compañeros. Ansiedad, así como, preocupaciones excesivas o incluso, síntomas depresivos. Todas estas dinámicas, conductas o actitudes les provocan un desempeño laboral deficiente. Estas personas pueden ser poco amigables y cooperadoras, además de distantes de los otros, pueden tener tienen dificultades de adaptación en el trabajo.	,51	Demuestran una tendencia a involucrarse en relaciones que son muy intensas y caóticas. Cree que las personas importantes no atienden sus necesidades, por lo que la persona se siente traicionada y explotada. Demuestra una falta de confianza y pesimismo en torno a las relaciones. Las puntuaciones más altas indican que la persona se siente amargada, resentida, traicionada y experimenta miedo al abandono o al rechazo.	,72	Un aspecto del antagonismo: el uso frecuente de subterfugios para influir o controlar a otros, emplear la seducción, el encanto, la labia o congraciarse con los demás para conseguir sus fines.
	Escala de Problemas familiares (Esc_FAM)		**ANT Rasgos Antisociales (ANT)**		**Engaño (Deceitfulness)**	
	,43	La escala describe las dinámicas internas de personas que tienden a sentirse o que se sintieron, abandonadas, poco consideradas o entendidas, así como privadas y maltratadas por la familia. Como resultado de esto anterior, estas personas, han desarrollado, la enemistad, el distanciamiento emocional y vincular, así como sentimientos de inseguridad en el círculo familiar y fuera de la misma en su madurez. Estas personas tienen a sentir que la familia no es un sostén emocional, no es un círculo de apoyo, de comprensión y menos de unidad, por lo que pueden experimentar sentimientos de tristeza y hostilidad hacia las dinámicas o miembros familiares.	,56	Evalúa las características de la personalidad y comportamientos relevantes en la personalidad antisocial y de la psicopatía, tales como egocentrismo, limitada empatía y actitudes y conductas antisociales. Las puntuaciones extremas indican la presencia del trastorno antisocial de la personalidad. Estas personas se caracterizan por ser poco fiables, irresponsables y de poco éxito en lo social y ocupacional. Son fríos en sus relaciones y solo buscan sacar provecho para sí mismos, son impulsivos y cuentan con un historial de conflictos con la autoridad, demuestran hostilidad, y un historial de actos temerarios y antisociales. Son insensibles, debido a su tendencia a la impulsividad y corren riesgos, son egocéntricos, desinhibidos, escépticos y poco sentimentales. Las puntuaciones más bajas describen a personas más cálidas y cercanas con los demás que demuestran control sobre sus impulsos.	,75	Un aspecto del antagonismo: la falta de honradez y fraudulencia; representación errónea de sí mismo; embellecimiento o distorsión al relatar acontecimientos.
	Escala de Ansiedad (Esc_A)					
	,43	Puntuaciones altas en esta escala permiten identificar síntomas de ansiedad y falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a la desorganizarse ante el estrés y a la dificultad para ajustarse a las circunstancias. También puede indicar dificultades para la concentración, cansancio, preocupación, desánimo, sentimientos de inferioridad e inadecuación, susceptibilidad, control exagerado de impulsos, inseguridad y dificultad para tomar decisiones, sumisión y sugestionabilidad, aceptación de la autoridad externa, pesimismo, tendencia a racionalizar las dificultades, perturbación en situaciones sociales, timidez, torpeza, aislamiento y pasividad.				
	Escala de Conducta antisocial (Escal_RC4)					
	,43	La escala hacer referencia a la conducta antisocial: Individuos con mayores probabilidades de tener un historial de comportamiento antisocial y/o abuso de sustancias. Dificultades a la hora de ajustarse a las normas y expectativas sociales. Son argumentativos, críticos o antagónicos en sus relaciones con los demás, usualmente tienen un historial de bajo rendimiento o desempeño en sus trabajos. Sus relaciones interpersonales son pobres, mientras que las relaciones familiares tienden a ser tensas o distantes.				
	Escala de Experiencias aberrantes (Escal_RC8)					
	,43	Escala hacer referencia a las experiencias aberrantes: las personas con puntajes altos en la pueden reportar alucinaciones, delirios, y experiencias sensoriales bizarras que sugieren defectos en la prueba de la realidad. Son ansiosos, deprimidos, con problemas para confiar en los demás, dificultades en el funcionamiento interpersonal y ocupacional. Los síntomas pueden incluir alucinaciones visuales u olfatorias experiencias perceptuales bizarras y creencias delirantes. Las personas con puntajes muy altos dentro de los pacientes de salud mental tienen diagnósticos de esquizofrenia, desorden delirante o un desorden esquizoafectivo, pueden también reportar síntomas de ansiedad y depresión.				
	Escala 4 - Desviación Psicopática (Escal_Dp)					
	,44	Esta escala está asociada a las conductas antisociales donde no hay una respuesta emocional profunda de las acciones - reacciones emocionales superficiales- y los hechos cometidos, así como la incapacidad de aprender de la experiencia. La escala también mide la falta de compromiso o juicio hacia las normas sociales. Hay presencia de conductas agresivas, inestables, inmaduras, irresponsables, rebeldes y hostiles. Dentro del histórico conductual de los individuos se encuentran los problemas maritales, problemas con la autoridad, abuso de sustancias, impulsividad, sociabilidad y hedonismo, así como búsqueda inmediata de gratificación, impaciencia, baja tolerancia a la frustración y centrado en sí mismo.				
	Escala de Obsesividad (Esc_OBS)					
	,44	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene dificultades para tomar decisiones, en tanto hay una carga mental constante de pensamientos que se consideran o meditan continuamente, esto por lo general puede provocar una respuesta de impaciencia en los otros. Tienen tendencia constante a preocuparse de forma excesiva, porque prestan mucha atención a los detalles y sobrellevan muchos pensamientos intrusivos. Esto lleva a estas personas a sentirse abrumadas, con falta de confianza en sí mismas, miedo a emprender, dificultades para comprometerse, sentimientos de culpabilidad, autocrítica y timidez. Hay resistencia al cambio, esto les provoca tensiones y conductas compulsivas como el guardar objetos y realizar algunos rituales que les provoquen seguridad. Por lo general, la preocupación por los detalles les producen sentimientos de impaciencia, frustración y desesperación.				
	Escala de Pensamiento extravagante (Esc_DEL)					
	,44	Las puntuaciones altas en esta escala permiten identificar en algunas personas la tendencia a dinámicas de proceso de pensamientos psicóticos. Esta escala a nivel general nos señala la tendencia a los pensamientos extravagantes, los cuales pueden ser que la persona sienta que está acosada por ideas y experiencias que no son propias y que provienen de las ideas otras personas que les quieren hacer daño. Estas personas pueden experimentar la sensación de pérdida de control de sus pensamientos, tendencias paranoides y conviven con sentimientos y sensaciones de vulnerabilidad mental donde se perciben débiles y vulnerables a ser dañados o traicionados por otras personas. Pueden experimentar alucinaciones auditivas, visuales u olfativas. Adicionalmente, estas personas pueden sentir que tienen una misión especial relacionada con temas religiosos populares o misticos culturales.				
	Escala de Desinhibición (Esc_DIS)					

,44	Las puntuaciones altas reflejan una estructura de la personalidad nada convencional, desinhibida, con insuficiente contención y modulación del impulso, una actitud inconformista y rebelde hacia las reglas y normas, búsqueda de sensaciones y lealtades superficiales y centradas en sí mismo, orientación moral hedonística, indiferencia o desdén hacia las obligaciones éticas o morales. La actuación impulsiva y antisocial, la falta de lealtad, las mentiras repetidas para justificar el incumplimiento de las obligaciones y la falta de vergüenza y remordimiento, pueden eventualmente romper todas las relaciones excepto las penales. Póngase atención al consumo de drogas. Quien puntúa bajo en DIS es convencional, conformista y controlado. Sus relaciones con los demás pueden ser agradables, pero distantes, formalizadas y rutinarias con contactos limitados a un pequeño círculo de amigos de mentalidad semejante a la suya. Muy interesado en mantener las apariencias, se acerca de una forma demasiado reflexiva, e incluso perfeccionista, a la solución de los problemas. Pueden darse tendencias obsesivo-compulsivas.
Escala de Emociones negativas disfuncionales (Escal_RC7)	
,44	La escala hace referencia a las emociones disfuncionales negativas como ansiedad, miedo o irritabilidad, se describe a sí mismo como triste e infeliz. Son propensos a la culpa y tienen una tendencia ser autocrítico, inseguros y se preocupan en exceso, perciben crítica donde no existe, pesimistas; esperan fracasar, tienen dificultades para dormir, tienen pesadilla. Pueden sentirse abrumados e incapaces de enfrentar las situaciones. Reflejan malestar emocional significativo e impotencia. Tienden a ser muy pasivos y sumisos en las relaciones interpersonales. Son propensos a padecer o llegar a desarrollar desórdenes de ansiedad, así como experimentan excesiva culpa e inseguridad.
Escala de Hostilidad (Esc_ENJ)	
,45	Esta escala hace referencia a personas con tendencias o que presentan problemas de control del enojo, es decir, tienen poca tolerancia a la frustración, pueden tener arrebatos de ira. También tienen la necesidad de descargar la ira u la hostilidad de forma ya sea directa (de forma abierta, verbal o física) o indirectamente (de forma controlada y encubierta, como molestando, burlándose, importunando, provocando, exigiendo o quejándose). Estas personas tienden a perder el autocontrol y dañar físicamente a otras personas u objetos o ambas durante sus arrebatos. Dependiendo de los grados en la escala, entre más alta esté la persona en la escala, hay más probabilidades de que sea más agresiva directamente o entre más bajo que sea agresiva indirectamente.
Escala de Potencial de adicción (Esc_PA)	
,45	Esta escala permite identificar la tendencia al consumo de drogas, así como niveles altos de estrés, por lo que tiende a caracterizar a individuos que suelen ser emocionalmente estresados, con excesiva sensibilidad, culpabilidad, irritabilidad, así como sensibles a la provocación y con tendencias a la irresponsabilidad.
Escala de Psicoticismo (Esc_PSY)	
,45	En elevaciones moderadas (T de 55-65), la escala PSY refleja principalmente creencias o experiencias inusuales y una tendencia a admitir de buen grado el soñar despierto. Incluso en elevaciones suaves y moderadas, PSY refleja una falta de armonía en las relaciones con los mundos físico y social de modo que la actuación resulta comprometida y las relaciones enajenadas. La persona puede dar la apariencia de estar en el mundo, pero sin formar parte de él. Cuando las elevaciones son más altas, se encuentran distorsiones más graves en la forma en que el individuo interactúa con sus mundos social y físico, de forma que estas interacciones aparecen hostiles, provocativas, agresivas e inadecuadas, o bien incompetentes, irrelevantes, extrañas y autoanulantes. No obstante, con T superiores a 65 aparecen verdaderos fenómenos psicóticos, e incluyen síntomas de Schneider, ideas persecutorias, o claramente delirantes, y sospechas. Las relaciones con los demás son mínimas, distantes y secretamente hostiles, con facilidad para sentirse maltratado y resentido.
Escala de Trastorno de estrés postraumático Schlenger (Esc_EPS)	
,46	Esta escala tiene una alta relación con los índices de ansiedad del MMPI, tales como síntomas de ansiedad, falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a desorganizarse con el estrés, y enfrentar problemas para ajustarse a las circunstancias, perturbación en la concentración, fatiga, preocupación, desánimo, sentimientos de inadecuación e inferioridad, susceptibilidad, inhibición, control exagerado de impulsos, pesimismo, timidez, aislamiento, pasividad
(Esc_DEL)	
,47	Ansiedad, preocupación, alteraciones en el sueño, culpa y depresión, pensamientos perturbadores involuntarios, falta de control emocional, sentimientos de confusión y maltrato
Escala 9 - Hipomanía (Escal_Ma)	
,47	Esta escala se asocia a individuos con mucha energía y ritmo mental y físico acelerado, por lo que hay poca necesidad de sueño, sensaciones eufóricas, extroversión y altas aspiraciones, así como a conductas arriesgadas, mayor actividad sexual, impulsividad, volubilidad e irritabilidad. Dentro de las características se encuentran también la grandiosidad, el control pobre del temperamento, la hiperactividad, la distractibilidad, las decisiones impulsivas y la carencia de limitaciones para la toma de riesgos.
Escala 8 - Esquizofrenia (Escal_Es)	
,49	La escala refiere la tendencia al desorden psicótico, presencia de confusión, desorganización, alucinaciones, problemas de concentración, ansiedad generalizada, depresión, pesimismo, hostilidad, agresividad, ideación suicida, dificultad para separar la realidad de la fantasía.
Escala de Conductas antisociales (Esc_PAS)	

	,51	Esta escala describe las características de los individuos que se inclinan por una serie de conductas y actitudes antisociales. Por lo general, la conciencia de sus actos no es la esperada, ya que tienden al cinismo y al disfrute de sus acciones y sus resultados, teniendo desvergüenza de los actos y de las consecuencias de sus conductas antisociales. A nivel biográfico, han tenido conflictos con la autoridad y han cometido delitos como robar desde la infancia o desde la edad escolar. Se oponen a las conductas convencionales sociales, las reglas y las normas y consideran que no está mal evitar el incumplimiento de la ley. Tienden a ser poco confiables y por lo general deshonestas, con conductas como mentir y amenazar. También se asocia al consumo de sustancias.		
	Escala de Comportamiento tipo A (Esc_PTA)			
	,55	Esta escala describe las características de los individuos que se inclinan por una serie de conductas y actitudes como, la prisa e impaciencia, la irritabilidad, la tensión constante, la competitividad y la autoexigencia de un alto rendimiento en los proyectos o trabajos. Estas personas tienden también a ser egocéntricas, resentidas, muy irritables, suspicaces, rencorosas y carentes de empatía. Socialmente, su trato a los demás es frío y desinteresado, tienen a considerar a los demás como molestos o entorpecedores, tienen cierta tendencia a no tener empatía por los problemas o el dolor de los demás e incluso pueden experimentar placer con las penas de otras personas.		
	Escala de Hostilidad de Cook y Medley (Esc_HO)			
	,57	En general, las personas con puntajes altos de Ho tienden a ser cínicos y desconfiados, y ven a los demás como egoístas, manipuladores, moralmente corruptos y que no merecen simpatía o comprensión. Se apresuran a atribuir malas intenciones a las acciones de los demás, viéndolos como deliberadamente hostiles o provocadores, y tomando la posición de que los demás “se merecen lo que reciben”. Es probable que estas tendencias se atenúen un poco en las mujeres, y estas últimas tienden a describir a los demás en términos como "malos" y "feos", y parecen más angustiadas, sufridas, resentidas e implacables. Tampoco es probable que tenga muchos amigos cercanos. Es mejor comparar las puntuaciones de Ho con las de ANG, CYN, TPA (especialmente TPA2) y AGGR, ya que las elevaciones relativas entre estos pueden guiar de manera útil los énfasis interpretativos. Por ejemplo, cuando ANG1 es el más alto entre estos, la labilidad emocional y el aspecto exaltado de Ho parecen estar enfatizados, mientras que cuando TPA2 y AGGR están elevados de manera comparable con Ho, se sugiere una hostilidad más depredadora y vengativa.		
	Escala de Activación hipomaníaca (Escal_RC9)			
	,62	La escala refiere a la activación hipomaníaca: Los niveles moderados pueden indicar una persona extrovertida con un alto nivel de energía relativamente adaptativo. Los que puntúan alto tienden a experimentar aceleración del pensamiento, niveles altos de energía, alto humor e irritabilidad. También experimentan un pobre control de impulsos, euforia y poca necesidad de sueño. Con frecuencia son un tanto agresivos, y muestran poco control de los impulsos, que está asociado con conductas antisociales, incluidas el abuso de sustancias. Tienden a ser personas que buscan la emoción y que toman riesgos. Las personas con puntajes muy altos pueden sugerir un episodio maníaco y son consistentes con un diagnóstico de desorden bipolar.		

	MMPI-2 (N = 226)		PAI (N = 184)		PID-5 (N = 219)	
Escala	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**
NECESIDAD DE ESTÍMULOS Y TOMA DE RIESGOS	**Escala de Agresión (Esc_AGG)**		**ANT-E Egocentrismo (ANT_E)**		**Asunción de riesgos (RiskTaking)**	
	.41	Puntuaciones altas denotan a personas que controlan a los demás mediante sus amenazas temperamentales. Su autoconcepto está envanecido, engreído y resentido; temen estar sometidos al control de otro y están dispuestos a actuar de forma sádica y vindicativa para evitarlo. Las relaciones con los demás están marcadas por esfuerzos agresivos para controlar y dominar mediante el miedo y la amenaza de violencia, el resentimiento, la hostilidad y el sadismo. Quienes obtienen puntuaciones bajas pueden manifestar niveles relativamente altos de agresión social acercándose y comprometiendo a otros fácilmente y sin agitación, pero esta agresión carece de motivos hostiles y de un impulso de dominio.	.45	Define a personas frías y sin empatía. Son egocéntricos, desconsiderados, se aprovechan de los demás, irresponsables, desleales y no sienten remordimientos. Las puntuaciones medias se refieren a personas egocéntricas y pragmáticas, sienten poca ansiedad o culpa, y que pueden ser eficaces en contactos sociales superficiales. Mientras los niveles más bajos indican que las personas tienen dificultades para reconocer sus propias necesidades ya que tienden a situar las necesidades de los demás primero.	.67	Un aspecto de la desinhibición: involucrarse y realizar actividades peligrosas, arriesgadas y potencialmente dañinas para uno mismo sin necesidad y sin tener en cuenta las consecuencias; falta de preocupación por las limitaciones y negación de la realidad del peligro personal; búsqueda desenfrenada de metas sin importar el nivel de riesgo involucrado.
	Escala de Hostilidad de Cook y Medley (Esc_HO)		**MAN-A Nivel de Actividad (MAN_A)**			
	.41	En general, las personas con puntajes altos de Ho tienden a ser cínicos y desconfiados, y ven a los demás como egoístas, manipuladores, moralmente corruptos y que no merecen simpatía o comprensión. Se apresuran a atribuir malas intenciones a las acciones de los demás, viéndolos como deliberadamente hostiles o provocadores, y tomando la posición de que los demás "se merecen lo que reciben". Es probable que estas tendencias se atenúen un poco en las mujeres, y estas últimas tienden a describir a los demás en términos como "malos" y "feos", y parecen más angustiadas, sufridas, resentidas e implacables. Tampoco es probable que tenga muchos amigos cercanos. Es mejor comparar las puntuaciones de Ho con las de ANG, CYN, TPA (especialmente TPA2) y AGGR, ya que las elevaciones relativas entre estos pueden guiar de manera útil los énfasis interpretativos. Por ejemplo, cuando ANG1 es el más alto entre estos, la labilidad emocional y el aspecto exaltado de Ho parecen estar enfatizados, mientras que cuando TPA2 y AGGR están elevados de manera comparable con Ho, se sugiere una hostilidad más depredadora y vengativa.	.45	Evalúa los niveles de actividad ideativa y conductual de la persona. Existe un incremento en la actividad motora pero con una reducción en la calidad de la misma, realizan actividades apresuradas y desorganizadas, se demuestra confusión y dificultades para la comprensión, no puede fijar la atención durante mucho tiempo. Los niveles más bajos muestran una marcada apatía e indiferencia.		
	Escala de Experiencias aberrantes (Escal_RC8)		**DESINHIBICIÓN PAI**			
	.42	Escala hacer referencia a las experiencias aberrantes: las personas con puntajes altos en la pueden reportar alucinaciones, delirios, y experiencias sensoriales bizarras que sugieren defectos en la prueba de la realidad. Son ansiosos, deprimidos, con problemas para confiar en los demás, dificultades en el funcionamiento interpersonal y ocupacional. Los síntomas pueden incluir alucinaciones visuales u olfatorias experiencias perceptuales bizarras y creencias delirantes. Las personas con puntajes muy altos dentro de los pacientes de salud mental tienen diagnósticos de esquizofrenia, desorden delirante o un desorden esquizoafectivo, pueden también reportar síntomas de ansiedad y depresión.	.45	Orientación hacia la satisfacción inmediata, dando lugar a un comportamiento impulsivo dominado por pensamientos y sentimientos repentinos evocados por estímulos externos, sin tener en cuenta aprendizajes obtenidos de experiencias del pasado ni reflexiones sobre las consecuencias futuras.		
	Escala de Reconocimiento de adicción (Esc_ERA)		**MAN Manía (MAN)**			
	.44	Esta escala evalúa la disposición que tiene una persona para reconocer problemas de adicción a drogas o alcohol, no evalúa si tiene o no el problema.	.48	Evalúa características clínicas de la manía, la hipomanía y la ciclotimia, caracterizados por la presencia de una evaluación anómala del estado de ánimo, expansividad, grandiosidad, exceso de energía e hiperactividad, irritabilidad, impaciencia, frustración, ira, impulsividad y falta de juicio. Son individuos antipáticos, malhumorados y temperamentales. Las puntuaciones más altas pueden denotar fuga de ideas y delirios de grandeza, poca empatía, hostilidad y narcisismo.		
	Escala de Potencial de adicción (Esc_PA)		**ANT-A Conductas Antisociales (ANT_A)**			
	.44	Esta escala permite identificar la tendencia al consumo de drogas, así como niveles altos de estrés, por lo que tiende a caracterizar a individuos que suelen ser emocionalmente estresados, con excesiva sensibilidad, culpabilidad, irritabilidad, así como sensibles a la provocación y con tendencias a la irresponsabilidad.	.55	Evalúa actos antisociales relacionados con dificultades con la autoridad y con las relaciones sociales, los cuales suelen haber iniciado en la adolescencia y se mantienen a lo largo del tiempo. Las puntuaciones bajas hacen referencia a una persona conformista, moralista o motivada por negar cualquier conducta de este tipo.		
	Escala de Conducta antisocial (Escal_RC4)		**ANT-B Búsqueda de Sensaciones (ANT_S)**			
	.45	La escala hacer referencia a la conducta antisocial: Individuos con mayores probabilidades de tener un historial de comportamiento antisocial y/o abuso de sustancias. Dificultades a la hora de ajustarse a las normas y expectativas sociales. Son argumentativos, críticos o antagónicos en sus relaciones con los demás, usualmente tienen un historial de bajo rendimiento o desempeño en sus trabajos. Sus relaciones interpersonales son pobres, mientras que las relaciones familiares tienden a ser tensas o distantes.	.66	Describe a individuos que presentan un deseo de asumir riesgos y buscar la novedad, con una tendencia desinhibida, conductas imprudentes y potencialmente peligrosas. Se aburre fácilmente con las rutinas y costumbres. Actúa impulsivamente, no se compromete a largo plazo, no demuestra ansiedad, su comportamiento es autodestructivo y disruptivo. Los niveles medios hacen referencia a individuos aventureros que disfrutan de los retos, mientras que los niveles bajos son personas tímidas que evitan los cambios y las novedades, se inquietan ante la modificación de sus rutinas y podrían presentar comportamientos de evitación fóbicos.		
	Escala de Alcoholismo revisada de MacAndrew (Esc_AMAC)		**ANT Rasgos Antisociales (ANT)**			
	.48	Esta escala funciona como una medida del factor de riesgo sobre abuso de sustancias, la elevación en esta escala no sugiere necesariamente el desarrollo o la presencia de una adicción, sino el potencial a desarrollarla. Los puntajes altos en esta escala son característicos de personas extrovertidas, exhibicionistas, y dispuestas a correr riesgos, impulsivas y desinhibidas, con historial de rebeldía ante la autoridad, y con posibilidad de problemas previos con la ley o en centros educativos.	.68	Evalúa las características de la personalidad y comportamientos relevantes en la personalidad antisocial y de la psicopatía, tales como egocentrismo, limitada empatía y actitudes y conductas antisociales. Las puntuaciones extremas indican la presencia del trastorno antisocial de la personalidad. Estas personas se caracterizan por ser poco fiables, irresponsables y de poco éxito en lo social y ocupacional. Son fríos en sus relaciones y solo buscan sacar provecho para sí mismos, son impulsivos y cuentan con un historial de conflictos con la autoridad, demuestran hostilidad, y un historial de actos temerarios y antisociales. Son insensibles, debido a su tendencia a la impulsividad y corren riesgos, son egocéntricos, desinhibidos, escépticos y poco sentimentales. Las puntuaciones más bajas describen a personas más cálidas y cercanas con los demás que demuestran control sobre sus impulsos.		

Escala 9 - Hipomanía (Escal_Ma)		
.51	Esta escala se asocia a individuos con mucha energía y ritmo mental y físico acelerado, por lo que hay poca necesidad de sueño, sensaciones eufóricas, extroversión y altas aspiraciones, así como a conductas arriesgadas, mayor actividad sexual, impulsividad, volubilidad e irritabilidad. Dentro de las características se encuentran también la grandiosidad, el control pobre del temperamento, la hiperactividad, la distractibilidad, las decisiones impulsivas y la carencia de limitaciones para la toma de riesgos.	
Escala de Desinhibición (Esc_DIS)		
.58	Las puntuaciones altas reflejan una estructura de la personalidad nada convencional, desinhibida, con insuficiente contención y modulación del impulso, una actitud inconformista y rebelde hacia las reglas y normas, búsqueda de sensaciones y lealtades superficiales y centradas en sí mismo, orientación moral hedonística, indiferencia o desdén hacia las obligaciones éticas o morales. La actuación impulsiva y antisocial, la falta de lealtad, las mentiras repetidas para justificar el incumplimiento de las obligaciones y la falta de vergüenza y remordimiento, pueden eventualmente romper todas las relaciones excepto las penales. Póngase atención al consumo de drogas. Quien puntúa bajo en DIS es convencional, conformista y controlado. Sus relaciones con los demás pueden ser agradables, pero distantes, formalizadas y rutinarias con contactos limitados a un pequeño círculo de amigos de mentalidad semejante a la suya. Muy interesado en mantener las apariencias, se acerca de una forma demasiado reflexiva, e incluso perfeccionista, a la solución de los problemas. Pueden darse tendencias obsesivo-compulsivas.	
Escala de Activación hipomaníaca (Escal_RC9)		
.59	La escala refiere a la activación hipomaníaca: Los niveles moderados pueden indicar una persona extrovertida con un alto nivel de energía relativamente adaptativo. Los que puntúan alto tienden a experimentar aceleración del pensamiento, niveles altos de energía, alto humor e irritabilidad. También experimentan un pobre control de impulsos, euforia y poca necesidad de sueño. Con frecuencia son un tanto agresivos, y muestran poco control de los impulsos, que está asociado con conductas antisociales, incluidas el abuso de sustancias. Tienden a ser personas que buscan la emoción y que toman riesgos. Las personas con puntajes muy altos pueden sugerir un episodio maníaco y son consistentes con un diagnóstico de desorden bipolar.	

IDPP	MMPI-2 (N = 226)		PAI (N = 184)		PID-5 (N = 219)	
Escala	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**
	Escala de Hostilidad excesivamente controlada (ESC_HR)		**DESINHIBICIÓN PAI**		**Desregulación cognitiva y perceptual (PerceptualDysregulation)**	
	-,40	Esta escala permite identificar la tendencia al control excesivo de impulsos de algunos individuos en relación con la hostilidad o el resentimiento, donde se ha podido identificar la falta de conciencia de estos impulsos de control y también la tendencia a la acumulación de estos impulsos mediante mecanismos de control. Esta tendencia podría predecir una vulnerabilidad, ya que esta acumulación o control excesivo podría romperse y liberar de forma explosiva la hostilidad.	,32	Orientación hacia la satisfacción inmediata, dando lugar a un comportamiento impulsivo dominado por pensamientos y sentimientos repentinos evocados por estímulos externos, sin tener en cuenta aprendizajes obtenidos de experiencias del pasado ni reflexiones sobre las consecuencias futuras.	.41	Un aspecto del psicoticismo: procesos de pensamiento inusuales o raros: despersonalización, desrealización y experiencias disociativas, estados combinados de sueño y vigilia o vivencias de control del pensamiento. Pensamiento y lenguaje circunstancial, vago, metafórico, recargado o estereotipado; sensaciones extrañas en diversas modalidades sensoriales.
	Escala de Responsabilidad social (Esc_RS)		**AGR-F Agresiones Físicas (AGG_P)**		**Impulsividad (Impulsibility)**	
	-,40	Esta escala identifica el sentido de responsabilidad de la persona en relación con los otros, identifica el interés por aspectos sociales y morales de la persona, y el énfasis que coloca en los deberes y la disciplina, quienes puntúan alto en esta escala son percibidos como personas muy responsables y dispuestas a aceptar las consecuencias de sus actos, personas dignas de confianza, y de una integridad alta	,44	Evalúa el historial agresivo, así como la actitud hacia la violencia física. Las puntuaciones medias hacen referencia a personas que ejercen control sobre la ira y sus impulsos, siendo que rara vez pierden el control. Conforme se sube en la puntuación se describe a personas que pierden el control sobre la ira y son propensos a expresarla físicamente; sin embargo, aún cuentan con la capacidad de autocontrol y evitar expresar su enfado. Para las puntuaciones superiores el control fracasa y el resultado son muestras extremas de ira, incluyendo daño a bienes y violencia física, normalmente intimidan a las personas de su entorno debido a su temperamento y a la violencia que ejerce.	,42	Un aspecto de la desinhibición: dejarse llevar por el fragor del momento en respuesta a estímulos inmediatos; actuar de manera repentina y sin un plan o sin considerar las consecuencias; dificultad para establecer y seguir los planes; sentido de urgencia y conductas de autolesión en virtud de la angustia emocional.
	Escala de Conducta antisocial (Escal_RC4)		**LIM-I Alteración de la Identidad (BOR_I)**		**Engaño (Decitfulness)**	
	,42	La escala hacer referencia a la conducta antisocial: Individuos con mayores probabilidades de tener un historial de comportamiento antisocial y/o abuso de sustancias. Dificultades a la hora de ajustarse a las normas y expectativas sociales. Son argumentativos, críticos o antagónicos en sus relaciones con los demás, usualmente tienen un historial de bajo rendimiento o desempeño en sus trabajos. Sus relaciones interpersonales son pobres, mientras que las relaciones familiares tienden a ser tensas o distantes.	,45	Describe a persona con dificultades para mantener una representación de la propia identidad lo que se refleja en cambios repentinos en deseos y metas. Hay incertidumbre y dudas sobre asuntos vitales y dificultad para encontrarle sentido a la vida. Presentan sentimientos de vacío, ausencia de logros y hastío. Las puntuaciones más bajas refieren a un autoconcepto más estable.	.43	Un aspecto del antagonismo: la falta de honradez y fraudulencia; representación errónea de sí mismo; embellecimiento o distorsión al relatar acontecimientos.
	Escala de Depresión (Esc_DEP)		**ANT Rasgos Antisociales (ANT)**		**Depresión (Depressivity)**	
	,45	De acuerdo a esta escala, las personas que puntúan en la misma tienden a manifestar desesperación, pérdida de interés, sentimientos de fatiga, apatía y agotamiento. Además, tienden a ser infelices, deprimidos y propensos a llorar, hay una pérdida importante de la auto-eficacia y auto-consideración que los hace sentirse oprimidos por la culpa, inútiles, sienten desesperanza, desean la muerte y piensan en el suicidio. También es relevante que pueden percibir las personas con las que tienen un vínculo o no, no tienen interés en ellos o no pueden ayudarles. Estas personas pueden tener historiales de intentos anteriores de suicidio y hospitalizaciones psiquiátricas, además de una amplia sintomatología con desesperanza, ideas de suicidio o perturbaciones del sueño.	,48	Evalúa las características de la personalidad y comportamientos relevantes en la personalidad antisocial y de la psicopatía, tales como egocentrismo, limitada empatía y actitudes y conductas antisociales. Las puntuaciones extremas indican la presencia del trastorno antisocial de la personalidad. Estas personas se caracterizan por ser poco fiables, irresponsables y de poco éxito en lo social y ocupacional. Son fríos en sus relaciones y solo buscan sacar provecho para sí mismos, son impulsivos y cuentan con un historial de conflictos con la autoridad, demuestran hostilidad, y un historial de actos temerarios y antisociales. Son insensibles, debido a su tendencia a la impulsividad y corren riesgos, son egocéntricos, desinhibidos, escépticos y poco sentimentales. Las puntuaciones más bajas describen a personas más cálidas y cercanas con los demás que demuestran control sobre sus impulsos.	.43	Sentimientos de inferioridad, de desgracia o de desesperanza; dificultad para recuperarse del estado de ánimo negativo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza o culpa omnipresente; baja autoestima; ideación y comportamiento suicidas.
	Escala de Emociones negativas disfuncional (Escal_RC7)		**DEP Depresión (DEP)**		**Irresponsabilidad (Irresponsibility)**	

IRRESPONSABILIDAD	,46	La escala hace referencia a las emociones disfuncionales negativas como ansiedad, miedo o irritabilidad, se describe a sí mismo como triste e infeliz. Son propensos a la culpa y tienen una tendencia ser autocrítico, inseguros y se preocupan en exceso, perciben crítica donde no existe, pesimistas; esperan fracasar, tienen dificultades para dormir, tienen pesadilla. Pueden sentirse abrumados e incapaces de enfrentar las situaciones. Reflejan malestar emocional significativo e impotencia. Tienden a ser muy pasivos y sumisos en las relaciones interpersonales. Son propensos a padecer o llegar a desarrollar desórdenes de ansiedad, así como experimentan excesiva culpa e inseguridad.	,50	Evalúa características clínicas del síndrome de la depresión. Incluye pesimismo y expectativas negativas, sentimientos de tristeza, apatía, falta de energía, alteraciones del sueño y del apetito, falta de motivación, desesperanza, ideación suicida.	,60	Un aspecto de la desinhibición: indiferencia e incumplimiento de obligaciones o compromisos económicos y de otro tipo, falta de respeto y seguimiento de acuerdos y promesas; negligencia con la propiedad ajena.
	Escala 6 - Paranoia (Escal_Pa)		**Dep-C Cognitiva (DEP_C)**		**Distraibilidad (Distratibility)**	
	,47	Escala asociada a sujetos propensos a reflejar susceptibilidad interpersonal marcada y tendencia a malinterpretar los motivos e intenciones de otros, presencia de delirios de persecución, se sienten criticados, juzgados, atacados o tratados injustamente, miedo a ataques, posiblemente deprimidos, con dificultades interpersonales, con resentimiento con familiares.	,52	Evalúa expectativas o creencias sobre la falta de aptitudes para afrontar las exigencias del entorno, tiene en consideración el autoestima, la sensación de incompetencia personal o un bajo nivel de autoeficacia. Personas que presentan sentimientos de desesperanza y fracaso, atribuyen los eventos negativos de la vida a su propia inadecuación o incompetencia, minimiza los acontecimientos positivos atribuyéndose a la buena suerte o la ayuda de otros. Demuestran sentimientos de impotencia, problemas de concentración e indecisión. Las puntuaciones más bajas, hacen referencia a sentimientos de grandiosidad o narcisismo.	,63	Dificultad para concentrarse y prestar atención a las tareas; distracción fácil por estímulos externos; problemas para realizar comportamientos dirigidos a metas, como la planificación y la realización de tareas.
	Escala de Depresión (Esc_DEP)		**ANT-B Búsqueda de Sensaciones (ANT_S)**			
	,47	De acuerdo a esta escala, las personas que puntúan en la misma tienden a manifestar desesperación, pérdida de interés, sentimientos de fatiga, apatía y agotamiento. Además, tienden a ser infelices, deprimidos y propensos a llorar, hay una pérdida importante de la auto-eficacia y auto-consideración que los hace sentirse oprimidos por la culpa, inútiles, sienten desesperanza, desean la muerte y piensan en el suicidio. También es relevante que pueden percibir las personas con las que tienen un vínculo o no, no tienen interés en ellos o no pueden ayudarles. Estas personas pueden tener historiales de intentos anteriores de suicidio y hospitalizaciones psiquiátricas, además de una amplia sintomatología con desesperanza, ideas de suicidio o perturbaciones del sueño.	,52	Describe a individuos que presentan un deseo de asumir riesgos y buscar la novedad, con una tendencia desinhibida, conductas imprudentes y potencialmente peligrosas. Se aburre fácilmente con las rutinas y costumbres. Actúa impulsivamente, no se compromete a largo plazo, no demuestra ansiedad, su comportamiento es autodestructivo y disruptivo. Los niveles medios hacen referencia a individuos aventureros que disfrutan de los retos, mientras que los niveles bajos son personas tímidas que evitan los cambios y las novedades, se inquietan ante la modificación de sus rutinas y podrían presentar comportamientos de evitación fóbicos.		
	Escala de Baja autoestima (Esc_BAE)		**LIM Rasgos Límites (BOR)**			
	,50	Esta escala describe los individuos que tienen altos índices de falta de confianza en sí mismos, actitudes negativas hacia ellos mismos. Su esquema de pensamientos son, el de sentirse poco atractivos, inferiores, poco competentes, poco simpáticos, menos capacitados, menos inteligentes e incluso menos importantes o que no calzan en lo esperado por los otros. Tienden a tener un bajo umbral para la autocensura y la autocrítica y por lo general abandonan sus proyectos personales ante la menor adversidad. Debido a esto anterior les cuesta mucho ser independientes, ya que no se sienten seguros para poder actuar o decidir de forma autosuficiente, por lo que tienden a ser dependientes y vincularse de forma sumisa con otras personas con las que tienen una afiliación afectiva relevante.	,59	Existe un escaso control de las emociones y la ira, confusión en torno a temas relacionados con la identidad y valores, así como el establecimiento de relaciones intensas y combativas con los demás. Se caracteriza por la impulsividad y conductas autodestructivas. Mide el grado de tensión y emoción negativa experimentado y que puede aparecer en diferentes categorías diagnósticas. Presenta preocupación constante, sentimientos subjetivos de miedo y tensión, así como signos físicos de nerviosismo y estrés, son hostiles e iracundos, a menudo son personas muy deprimidas y ansiosas. Son impulsivos, autodestructivos, incluyen gestos suicidas, abuso de alcohol, drogas o explosiones de agresividad. Se sienten incomprendidos, lo que los hace mostrarse enfadados y ansiosos y necesitados de los demás, haciendo que sus comportamientos sean ambivalentes. Las puntuaciones más bajas corresponden a personas malhumoradas, sensibles y con cierta incertidumbre ante la vida, carentes de satisfacción en las relaciones interpersonales.		
	Escala de Trastorno de estrés postraumático Keane (Esc_EPK)					
	,50	Ansiedad, preocupación, alteraciones en el sueño, culpa y depresión, pensamientos perturbadores involuntarios, falta de control emocional, sentimientos de confusión y maltrato.				
	Escala de Obsesividad (Esc_OBS)					
	,50	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene dificultades para tomar decisiones, en tanto hay una carga mental constante de pensamientos que se consideran o meditan continuamente, esto por lo general puede provocar una respuesta de impaciencia en los otros. Tienen tendencia constante a preocuparse de forma excesiva, porque prestan mucha atención a los detalles y sobrellevan muchos pensamientos intrusivos. Esto lleva a estas personas a sentirse abrumadas, con falta de confianza en sí mismas, miedo a emprender, dificultades para comprometerse, sentimientos de culpabilidad, autocrítica y timidez. Hay resistencia al cambio, esto les provoca tensiones y conductas compulsivas como el guardar objetos y realizar algunos rituales que les provoquen seguridad. Por lo general, la preocupación por los detalles les producen sentimientos de impaciencia, frustración y desesperación.				
	Escala 8 - Esquizofrenia (Escal_Es)					
	,53	La escala refiere la tendencia al desorden psicótico, presencia de confusión, desorganización, alucinaciones, problemas de concentración, ansiedad generalizada, depresión, pesimismo, hostilidad, agresividad, ideación suicida, dificultad para separar la realidad de la fantasía.				
	Escala de Inadaptación universitaria (Esc_DPR)					
	,54	Individuos parecen poco adaptados, ineficientes, pesimistas y angustiados, pueden desarrollar síntomas físicos en épocas de estrés y sentir que la vida los abruma la mayoría del tiempo.				
	Escala de Ansiedad (Esc_A)					

	,56	Puntuaciones altas en esta escala permiten identificar síntomas de ansiedad y falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a la desorganizarse ante el estrés y a la dificultad para ajustarse a las circunstancias. También puede indicar dificultades para la concentración, cansancio, preocupación, desánimo, sentimientos de inferioridad e inadecuación, susceptibilidad, control exagerado de impulsos, inseguridad y dificultad para tomar decisiones, sumisión y sugestionabilidad, aceptación de la autoridad externa, pesimismo, tendencia a racionalizar las dificultades, perturbación en situaciones sociales, timidez, torpeza, aislamiento y pasividad.				
		Escala de Trastorno de estrés postraumático schlenger (Esc_EPS)				
	,56	Depresión, ansiedad, pánico, memorias intrusivas, pérdida del sueño.				
		Escala de Interferencia laboral (Esc_DTR)				
	,62	Esta escala describe las dinámicas internas de personas que tienen confianza en sí mismas, falta de concentración, y tensión. Dificultad para tomar decisiones, falta de apoyo familiar, cuestionamientos personales, actitudes negativas hacia los compañeros. Ansiedad, así como, preocupaciones excesivas o incluso, síntomas depresivos. Todas estas dinámicas, conductas o actitudes les provocan un desempeño laboral deficiente. Estas personas pueden ser poco amigables y cooperadoras, además de distantes de los otros, pueden tener tienen dificultades de adaptación en el trabajo.				
IDPP	**MMPI-2 (N = 226)**		**PAI (N = 184)**		**PID-5 (N = 219)**	
Escala	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**
		Escala de Quejas somáticas (Escal_RC1)		**DESINHIBICIÓN PAI**		**Impulsividad (Impulsibility)**
	.40	La escala refiere individuos que reportan un número relativamente alto de quejas somáticas. Se preocupan en exceso acerca de su cuerpo y probablemente presentan una gama difusa de preocupaciones de salud. Muchos se quejan de fatiga, debilidad y dolor crónico. Las personas con puntajes altos en esta escala se inclinan hacia la somatización y pueden experimentar problemas de salud física como un resultado de dificultades interpersonales o psicológicas. Las personas con puntajes sumamente elevados reportan un grado inusual y una combinación de quejas somáticas, aún en comparación con aquellos que sí tienen problemas de salud. Se preocupan demasiado por sus malestares físicos percibidos y típicamente son resistentes a considerar factores psicológicos que podrían estar relacionados con sus síntomas físicos.	,32	Orientación hacia la satisfacción inmediata, dando lugar a un comportamiento impulsivo dominado por pensamientos y sentimientos repentinos evocados por estímulos externos, sin tener en cuenta aprendizajes obtenidos de experiencias del pasado ni reflexiones sobre las consecuencias futuras.	,42	Un aspecto de la desinhibición: dejarse llevar por el fragor del momento en respuesta a estímulos inmediatos; actuar de manera repentina y sin un plan o sin considerar las consecuencias; dificultad para establecer y seguir los planes; sentido de urgencia y conductas de autolesión en virtud de la angustia emocional.
		Escala de Pensamiento extravagante (Esc_DEL)		**ANS Ansiedad (ANX)**		**Desregulación perceptual y cognitiva (Perceptual Dysregulation)**
	.42	Las puntuaciones altas en esta escala permite identificar en algunas personas la tendencia a dinámicas de proceso de pensamientos psicóticos. Esta escala a nivel general nos señala la tendencia a los pensamientos extravagantes, los cuales pueden ser que la persona sienta que está acosada por ideas y experiencias que no son propias y que provienen de las ideas otras personas que les quieren hacer daño. Estas personas pueden experimentar la sensación de pérdida de control de sus pensamientos, tendencias paranoides y conviven con sentimientos y sensaciones de vulnerabilidad mental donde se perciben débiles y vulnerables a ser dañados o traicionados por otras personas. Pueden experimentar alucinaciones auditivas, visuales u olfativas. Adicionalmente, estas personas pueden sentir que tienen una misión especial relacionada con temas religiosos populares o misticos culturales.	.41	Se enfoca en características clínicas y conductuales de áreas relacionadas con trastornos específicos de ansiedad. Se caracteriza por miedos específicos, fobias, pensamientos y comportamientos obsesivos-compulsivos, y experiencias problemáticas asociadas con eventos traumáticos.	.42	Un aspecto del psicoticismo: procesos de pensamiento inusuales o raros: despersonalización, desrealización y experiencias disociativas, estados combinados de sueño y vigilia o vivencias de control del pensamiento. Pensamiento y lenguaje circunstancial, vago, metafórico, recargado o estereotipado; sensaciones extrañas en diversas modalidades sensoriales.
		Escala de Preocupaciones por la salud (Esc_SAU)		**ESQ Esquizofrenia (SCZ)**		**Desconfianza (Suspiciousness)**
	.42	Esta escala identifica la tendencia en algunas personas a estar más preocupadas por la salud, además de que se sienten por lo general más enfermas que otras personas y también el consecuente desarrollo de síntomas físicos como parte de la respuesta al estrés por esta carga mental. A nivel físico se pueden presentar diversos síntomas como, problemas gastrointestinales (estreñimiento, náuseas y vómito, problemas estomacales, etc.) problemas neurológicos (convulsiones, mareos, desmayos y parálisis) problemas en la piel, dolor (cabeza, rodillas), problemas respiratorios (tos, fiebre de heno o asma). A nivel psicológico se pueden manifestar síntomas como fatiga, insomnio, nerviosismo, miedo y aspectos psicológicos como pesimismo, amargura, y problemas de expresión de ira.	.41	Esta escala incluye creencias y percepciones inusuales, una escasa competencia social y anhedonia por las relaciones sociales, ineficacia y alteraciones en la atención, la concentración y los procesos asociativos. Evaluando con lo anterior diversas facetas de la esquizofrenia. Las puntuaciones más altas se asocian con un episodio esquizofrénico activo en el cual la persona está confusa, retraída y suspicaz, su juicio es limitado y hay poca claridad en la percepción de la realidad. Con la posibilidad de aparición de delirios de transmisión, inserción, así como el robo o control del pensamiento. La persona puede sentirse aislada, incomprendida y rechazada, así como tener problemas a nivel de pensamiento, concentración, toma de decisiones y experimentar percepciones inusuales o creencias de naturaleza psicótica. En cuanto a las puntuaciones más bajas describen a una persona que se presenta retraída, distante y poco convencional, además de ser ineficaz en las relaciones sociales presentará problemas de atención y concentración.	.42	Expectativas y sensibilidad a señales de perjuicio o mala intención interpersonal; dudas sobre la lealtad y la fidelidad de los demás; sentimientos de ser maltratado, utilizado o perseguidos por otros.
		Escala 1 - Hipocondría (Escal_Hs)		**AGR-F Agresiones Físicas (AGG_P)**		**Perseverancia (Perseveration)**
	,43	La escala refiere a individuos que tienden a preocuparse por la salud física y la integridad física con la necesidad de que alguna dolencia física experimentada sea ubicada en un contexto médico real, presentan insomnio y dificultades del sueño, tienden a estar tristes, insatisfechos y pesimistas. Suelen ser poco creativos y convencionales y sus relaciones con los otros son limitadas. Pueden presentar fatiga y trastornos del sueño. Se muestran pesimistas. Son demandantes y con tendencia a la crítica. Reducen su capacidad de funcionamiento y poca eficiencia por largos períodos de tiempo. Pueden terminar prematuramente el tratamiento alegando síntomas físicos.	,44	Evalúa el historial agresivo, así como la actitud hacia la violencia física. Las puntuaciones medias hacen referencia a personas que ejercen control sobre la ira y sus impulsos, siendo que rara vez pierden el control. Conforme se sube en la puntuación se describe a personas que pierden el control sobre la ira y son propensos a expresarla físicamente; sin embargo, aún cuentan con la capacidad de autocontrol y evitar expresar su enfado. Para las puntuaciones superiores el control fracasa y el resultado son muestras extremas de ira, incluyendo daño a bienes y violencia física, normalmente intimidan a las personas de su entorno debido a su temperamento y a la violencia que ejerce.	,43	Un aspecto de la afectividad negativa: persistencia en las tareas o en una forma particular de hacer las cosas a pesar de que dicho comportamiento ha dejado de ser funcional o eficaz; continuación del mismo comportamiento tras experimentar repetidos fracasos o razones claras para parar.
		Escala de Experiencias aberrantes (Escal_RC8)		**DEP-E Emocional (DEP_A)**		**Depresión (Depressivity)**
	.43	Escala hacer referencia a las experiencias aberrantes: las personas con puntajes altos en la pueden reportar alucinaciones, delirios, y experiencias sensoriales bizarras que sugieren defectos en la prueba de la realidad. Son ansiosos, deprimidos, con problemas para confiar en los demás, dificultades en el funcionamiento interpersonal y ocupacional. Los síntomas pueden incluir alucinaciones visuales u olfatorias experiencias perceptuales bizarras y creencias delirantes. Las personas con puntajes muy altos dentro de los pacientes de salud mental tienen diagnósticos de esquizofrenia, desorden delirante o un desorden esquizoafectivo, pueden también reportar síntomas de ansiedad y depresión.	.44	Describe experiencias de estrés emocional, infelicidad, tristeza y bajo estado de ánimo. Existe una pérdida de interés en la actividades cotidianas y de la sensación de placer (anhedonia). Las puntuaciones bajas reflejan una pérdida de satisfacción que puede ser el motivador que se requiere para realizar cambios en la vida.	.45	Sentimientos de inferioridad, de desgracia o de desesperanza; dificultad para recuperarse del estado de ánimo negativo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza o culpa omnipresente; baja autoestima; ideación y comportamiento suicidas.

RASGOS IMPULSIVOS	**Escala de Activación hipomaníaca (Escal_RC9)**		**ANS-F Fisiológica (ANX_P)**		**Inseguridad de separación (Separation insecurity)**	
	.44	La escala refiere a la activación hipomaníaca: Los niveles moderados pueden indicar una persona extrovertida con un alto nivel de energía relativamente adaptativo. Los que puntúan alto tienden a experimentar aceleración del pensamiento, niveles altos de energía, alto humor e irritabilidad. También experimentan un pobre control de impulsos, euforia y poca necesidad de sueño. Con frecuencia son un tanto agresivos, y muestran poco control de los impulsos, que está asociado con conductas antisociales, incluidas el abuso de sustancias. Tienden a ser personas que buscan la emoción y que toman riesgos. Las personas con puntajes muy altos pueden sugerir un episodio maníaco y son consistentes con un diagnóstico de desorden bipolar.	.44	Ansiedad relacionada con el sistema nervioso autónomo, se manifiesta como taquicardia, sudoración en la palma de las manos, hiperventilación y mareos. Reflejan un modo represivo de afrontamiento del estrés y puede estar acompañado por otros síntomas somáticos.	.46	Un aspecto de la afectividad negativa: temores de rechazo o separación de figuras significativas, asociados con el miedo a la dependencia excesiva y a la pérdida total de autonomía. Miedo a quedarse solo debido al rechazo o la separación de los seres queridos basado en falta de confianza en la propia capacidad para cuidar de sí mismo, tanto física como emocionalmente.
	Escala de Comportamiento tipo A (Esc_PTA)		**LIM-E Inestabilidad Emocional (BOR_A)**		**Hostilidad (Hostility)**	
	.44	Esta escala describe las características de los individuos que se inclinan por una serie de conductas y actitudes como, la prisa e impaciencia, la irritabilidad, la tensión constante, la competitividad y la autoexigencia de un alto rendimiento en los proyectos o trabajos. Estas personas tienden también a ser egocéntricas, resentidas, muy irritables, suspicaces, rencorosas y carentes de empatía. Socialmente, su trato a los demás es frío y desinteresado, tienen a considerar a los demás como molestos o entorpecedores, tienen cierta tendencia a no tener empatía por los problemas o el dolor de los demás e incluso pueden experimentar placer con las penas de otras personas.	.45	Propensión a alternar rápidamente entre varias emociones negativas. La persona está ansiosa, enfadada, deprimida y a continuación irritable. Se caracterizan por realizar cambios emocionales rápidos y extremos, que ocurren debido a la propensión a sentir emociones negativas. Las puntuaciones más altas involucran todas las emociones combinadas con un bajo control de la ira, mientras que las puntuaciones más bajas refieren a personas con poca emotividad y con restricción emocional.	.49	Un aspecto del antagonismo: sentimientos de enojo persistentes o frecuentes; ira o irritabilidad en respuesta a ofensas e insultos menores.
	Escala de Potencial de adicción (Esc_PA)		**TRA Trastornos Relacionados con la Ansiedad (ARD)**		**Labilidad Emocional (EmotionalLability)**	
	.45	Esta escala permite identificar la tendencia al consumo de drogas, así como niveles altos de estrés, por lo que tiende a caracterizar a individuos que suelen ser emocionalmente estresados, con excesiva sensibilidad, culpabilidad, irritabilidad, así como sensibles a la provocación y con tendencias a la irresponsabilidad.	.46	Se enfoca en características clínicas y conductuales de áreas relacionadas con trastornos específicos de ansiedad. Incluye miedos específicos, fobias, pensamientos y comportamientos obsesivos-compulsivos, y experiencias problemáticas asociadas con eventos traumáticos.	.50	Un aspecto de la afectividad negativa: experiencias emocionales inestables y estado de ánimo con cambios frecuentes; las emociones se alteran fácil, intensa o desproporcionadamente con los acontecimientos y circunstancias.
	Escala de Psicoticismo (Esc_PSY)		**DEP-F Fisiológica (DEP_P)**		**Irresponsabilidad (Irresponsibility)**	
	,46	En elevaciones moderadas (T de 55-65), la escala PSY refleja principalmente creencias o experiencias inusuales y una tendencia a admitir de buen grado el soñar despierto. Incluso en elevaciones suaves y moderadas, PSY refleja una falta de armonía en las relaciones con los mundos físico y social de modo que la actuación resulta comprometida y las relaciones enajenadas. La persona puede dar la apariencia de estar en el mundo, pero sin formar parte de él. Cuando las elevaciones son más altas, se encuentran distorsiones más graves en la forma en que el individuo interactúa con sus mundos social y físico, de forma que estas interacciones aparecen hostiles, provocativas, agresivas e inadecuadas, o bien incompetentes, irrelevantes, extrañas y autoanulantes. No obstante, con T superiores a 65 aparecen verdaderos fenómenos psicóticos, e incluyen síntomas de Schneider, ideas persecutorias, o claramente delirantes, y sospechas. Las relaciones con los demás son mínimas, distantes y secretamente hostiles, con facilidad para sentirse maltratado y resentido.	.47	Describe señales vegetativas de la depresión tales como las alteraciones del sueño, problemas de apetito, falta de energía o impulso, pérdida de la líbido, pérdida de peso y la posible presencia de una ralentización motora.	,60	Un aspecto de la desinhibición: indiferencia e incumplimiento de obligaciones o compromisos económicos y de otro tipo, falta de respeto y seguimiento de acuerdos y promesas; negligencia con la propiedad ajena.
	Escala de Problemas familiares (Esc_FAM)		**ANT Rasgos Antisociales (ANT)**			
	,48	La escala describe las dinámicas internas de personas que tienden a sentirse o que se sintieron, abandonadas, poco consideradas o entendidas, así como privadas y maltratadas por la familia. Como resultado de esto anterior, estas personas, han desarrollado, la enemistad, el distanciamiento emocional y vincular, así como sentimientos de inseguridad en el círculo familiar y fuera de la misma en su madurez. Estas personas tienen a sentir que la familia no es un sostén emocional, no es un círculo de apoyo, de comprensión y menos de unidad, por lo que pueden experimentar sentimientos de tristeza y hostilidad hacia las dinámicas o miembros familiares.	,48	Evalúa las características de la personalidad y comportamientos relevantes en la personalidad antisocial y de la psicopatía, tales como egocentrismo, limitada empatía y actitudes y conductas antisociales. Las puntuaciones extremas indican la presencia del trastorno antisocial de la personalidad. Estas personas se caracterizan por ser poco fiables, irresponsables y de poco éxito en lo social y ocupacional. Son fríos en sus relaciones y solo buscan sacar provecho para sí mismos, son impulsivos y cuentan con un historial de conflictos con la autoridad, demuestran hostilidad, y un historial de actos temerarios y antisociales. Son insensibles, debido a su tendencia a la impulsividad y corren riesgos, son egocéntricos, desinhibidos, escépticos y poco sentimentales. Las puntuaciones más bajas describen a personas más cálidas y cercanas con los demás que demuestran control sobre sus impulsos.		
	Escala 4 - Desviación Psicopática (Escal_DP)		**SOM-S Somatización (SOM_S)**			
	,50	Esta escala está asociada a las conductas antisociales donde no hay una respuesta emocional profunda de las acciones - reacciones emocionales superficiales- y los hechos cometidos, así como la incapacidad de aprender de la experiencia. La escala también mide la falta de compromiso o juicio hacia las normas sociales. Hay presencia de conductas agresivas, inestables, inmaduras, irresponsables, rebeldes y hostiles. Dentro del histórico conductual de los individuos se encuentran los problemas maritales, problemas con la autoridad, abuso de sustancias, impulsividad, sociabilidad y hedonismo, así como búsqueda inmediata de gratificación, impaciencia, baja tolerancia a la frustración y centrado en sí mismo.	.48	Individuos que presentan quejas físicas corrientes como dolores de cabeza, problemas de espalda, malestar o trastornos gastrointestinales. Presentan somnolencia, malestar general y suelen presentar sus quejas en forma de lamentos o expresiones de insatisfacción.		
	Escala de Hostilidad (Esc_ENJ)		**DEP Depresión (DEP)**			
	,51	Esta escala hace referencia a personas con tendencias o que presentan problemas de control del enojo, es decir, tienen poca tolerancia a la frustración, pueden tener arrebatos de ira. También tienen la necesidad de descargar la ira u la hostilidad de forma ya sea directa (de forma abierta, verbal o física) o indirectamente (de forma controlada y encubierta, como molestando, burlándose, importunando, provocando, exigiendo o quejándose). Estas personas tienden a perder el autocontrol y dañar físicamente a otras personas u objetos o ambas durante sus arrebatos. Dependiendo de los grados en la escala, entre más alta esté la persona en la escala, hay más probabilidades de que sea más agresiva directamente o entre más bajo que sea agresiva indirectamente.	,50	Evalúa características clínicas del síndrome de la depresión. Incluye pesimismo y expectativas negativas, sentimientos de tristeza, apatía, falta de energía, alteraciones del sueño y del apetito, falta de motivación, desesperanza, ideación suicida.		
	Escala de Indicadores negativos de tratamiento (Esc_RTR)		**TRA-E Estrés Postraumático (ARD_T)**			
	.51	Esta escala refleja ciertas tendencias hacia sentimientos depresivos y apáticos, donde el locus de control es externo, con tendencias a darse por vencido rápidamente, ya que el individuo tiene pocos recursos personales. Tendencias a sentirse desvalido y emocionalmente indigente hasta el punto de que luchar contra la adversidad, o incluso pensar en hacerlo, le parece inútil. Prefieren no hablar de los problemas, lo ven como una acción inútil carente de resultados.	.50	Incluye pesadillas, reacciones de ansiedad repentinas y sentimientos de estar irreversiblemente transformado por el evento traumático. Existencia de una experiencia pasada relacionada con el acontecimiento traumático perturbador que continúa siendo una fuente de malestar, produciendo episodios recurrentes de ansiedad. Las elevaciones más altas indican que el trauma es un factor dominante en la vida de la persona, que se percibe seria e irreparablemente dañada.		
	Escala de Baja autoestima (Esc_BAE)		**SOM-C Conversión (SOM_C)**			

,54	Esta escala describe los individuos que tienen altos índices de falta de confianza en sí mismos, actitudes negativas hacia ellos mismos. Su esquema de pensamientos son, el de sentirse poco atractivos, inferiores, poco competentes, poco simpáticos, menos capacitados, menos inteligentes e incluso menos importantes o que no calzan en lo esperado por los otros. Tienden a tener un bajo umbral para la autocensura y la autocrítica y por lo general abandonan sus proyectos personales ante la menor adversidad. Debido a esto anterior les cuesta mucho ser independientes, ya que no se sienten seguros para poder actuar o decidir de forma autosuficiente, por lo que tienden a ser dependientes y vincularse de forma sumisa con otras personas con las que tienen una afiliación afectiva relevante.	.51	Presenta síntomas psicológicos prototípicos de los trastornos conversivos, principalmente somatomorfos poco frecuentes como problemas visuales o auditivos y problemas motores. Pueden aparecer problemas en el ámbito de sistema nervioso central como esclerosis múltiple, accidentes cardiovasculares o infartos cerebrales. Las puntuaciones altas pueden estar relacionadas, con enfermedades físicas debilitantes, una reacción de conversión, una grave hipocondriasis o incluso un delirio de tipo somático.
Escala 8 - Esquizofrenia (Escal_Es)		**LIM-I Alteración de la Identidad (BOR_I)**	
,55	La escala refiere la tendencia al desorden psicótico, presencia de confusión, desorganización, alucinaciones, problemas de concentración, ansiedad generalizada, depresión, pesimismo, hostilidad, agresividad, ideación suicida, dificultad para separar la realidad de la fantasía.	.51	Describe a persona con dificultades para mantener una representación de la propia identidad lo que se refleja en cambios repentinos en deseos y metas. Hay incertidumbre y dudas sobre asuntos vitales y dificultad para encontrarle sentido a la vida. Presentan sentimientos de vacío, ausencia de logros y hastío. Las puntuaciones más bajas refieren a un autoconcepto más estable.
Escala de Depresión (Esc_DEP)		**Dep-C Cognitiva (DEP_C)**	
,55	De acuerdo a esta escala, las personas que puntúan en la misma tienden a manifestar desesperación, pérdida de interés, sentimientos de fatiga, apatía y agotamiento. Además, tienden a ser infelices, deprimidos y propensos a llorar, hay una pérdida importante de la auto-eficacia y auto-consideración que los hace sentirse oprimidos por la culpa, inútiles, sienten desesperanza, desean la muerte y piensan en el suicidio. También es relevante que pueden percibir las personas con las que tienen un vínculo o no, no tienen interés en ellos o no pueden ayudarles. Estas personas pueden tener historiales de intentos anteriores de suicidio y hospitalizaciones psiquiátricas, además de una amplia sintomatología con desesperanza, ideas de suicidio o perturbaciones del sueño.	,52	Evalúa expectativas o creencias sobre la falta de aptitudes para afrontar las exigencias del entorno, tiene en consideración el autoestima, la sensación de incompetencia personal o un bajo nivel de autoeficacia. Personas que presentan sentimientos de desesperanza y fracaso, atribuyen los eventos negativos de la vida a su propia inadecuación o incompetencia, minimiza los acontecimientos positivos atribuyéndose a la buena suerte o la ayuda de otros. Demuestran sentimientos de impotencia, problemas de concentración e indecisión. Las puntuaciones más bajas, hacen referencia a sentimientos de grandiosidad o narcisismo.
Escala de Ansiedad (Esc_ANS)		**ANT-B Búsqueda de Sensaciones (ANT_S)**	
,55	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene preocupaciones excesivas, tensión nerviosa, perturbaciones del sueño y problemas de atención y concentración. Presentan un miedo constante a perder la razón, mucho estrés y dificultades para tomar decisiones. En general pueden experimentar cierto pánico a que algo salga mal o que se dé una situación inesperada que les produzca la pérdida del control. Por lo general, estas personas consideran que la vida es bastante complicada y se sienten estresados constantemente, vulnerables en extremo a decepciones, dificultades financieras o a los posibles efectos de un error por una decisión que tomaron.	,52	Describe a individuos que presentan un deseo de asumir riesgos y buscar la novedad, con una tendencia desinhibida, conductas imprudentes y potencialmente peligrosas. Se aburre fácilmente con las rutinas y costumbres. Actúa impulsivamente, no se compromete a largo plazo, no demuestra ansiedad, su comportamiento es autodestructivo y disruptivo. Los niveles medios hacen referencia a individuos aventureros que disfrutan de los retos, mientras que los niveles bajos son personas tímidas que evitan los cambios y las novedades, se inquietan ante la modificación de sus rutinas y podrían presentar comportamientos de evitación fóbicos.
Escala de Neuroticismo o Emocionalidad negativa (Esc_NEN)		**ESQ-A Alteración del Pensamiento (SCZ_T)**	
,57	Quien puntúa alto se muestra impotente, dependiente, necesitado, indeciso e inestable. Las relaciones con otros se caracterizan por una pasividad extrema, un miedo a ser abandonado y una hipersensibilidad a las críticas. Puede provocar la desesperación en los otros, puesto que constantemente deja de tomar iniciativas para mejorar la situación y para actuar de acuerdo con sus propios mejores intereses. Pueden observarse vinculaciones "límites" con los demás, lamentaciones por el rechazo de la ayuda y conductas suicidas o autolesivas. Puntuaciones bajas reflejan una emocionalidad relajada e imperturbable, quizá tan carente de atención y preocupación que sugiere un empobrecimiento de la experiencia interna y plantea la cuestión de la represión. En el extremo, la puntuación baja indica una vida emocional plácida que puede ser impermeable a la disrupción.	.53	Evalúa el nivel de confusión o claridad en el proceso de pensamiento, sugiere problemas en la concentración, toma de decisiones, cierto nivel de confusión y desconcierto unido a las formas más benignas de ineficacia cognitiva. Puede presentarse en personas deprimidas o ansiosas. En su presentación más severa las personas demostraran presencia de asociaciones de ideas inconexas y un aumento en la dificultad para expresarse y comunicarse, es posible que coexista una depresión severa o manía, trastornos de atención, secuela a daños cerebrales o enfermedades, efectos secundarios debido a medicación o incluso secuelas por abuso de alcohol y otras drogas.
Escala de Desmoralización (Escal_RCd)		**SOM Quejas Somáticas (SOM)**	
,57	Normalmente la escala se refiere a individuos que no están experimentando una cantidad significativa de angustia psicológica. Las puntuaciones más altas representan una incapacidad de hacer frente o estar abrumado con la situación actual, y experimentan malestar clínico significativo y confusión, percepción sombría del futuro, probablemente con la presencia de depresión por lo cual debe de evaluarse minuciosamente el riesgo de suicidio. Las personas con puntajes altos pueden sentirse desmotivados y desmoralizados. Tienen una baja autoestima, son pesimistas, creen que han fallado en el pasado y esperan fallar en el futuro. Son propensos a sentirse abrumados e incapaces de lidiar con sus circunstancias de vida actuales. Los pacientes clínicos con puntajes altos en esta escala son propensos a reportar depresión, ansiedad y quejas somáticas.	.54	Refleja preocupaciones sobre aspectos físicos y de salud, que van desde quejas de malestar físico menor como dolores de cabeza, hasta disfunciones mayores como parálisis. La preocupación es constante sobre la salud, existen quejas crónicas, acompañadas de fatiga y debilidad incapacitante. Además, hay muy poca aceptación de las explicaciones psicológicas sobre su estado somático.
Escala 8 - Esquizofrenia (Escal_Es)		**DEP Depresión (DEP)**	
,58	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene dificultades para tomar decisiones, en tanto hay una carga mental constante de pensamientos que se consideran o meditan continuamente, esto por lo general puede provocar una respuesta de impaciencia en los otros. Tienen tendencia constante a preocuparse de forma excesiva, porque prestan mucha atención a los detalles y sobrellevan muchos pensamientos intrusivos. Esto lleva a estas personas a sentirse abrumadas, con falta de confianza en sí mismas, miedo a emprender, dificultades para comprometerse, sentimientos de culpabilidad, autocrítica y timidez. Hay resistencia al cambio, esto les provoca tensiones y conductas compulsivas como el guardar objetos y realizar algunos rituales que les provoquen seguridad. Por lo general, la preocupación por los detalles les producen sentimientos de impaciencia, frustración y desesperación.	.55	Demuestran una tendencia a involucrarse en relaciones que son muy intensas y caóticas. Cree que las personas importantes no atienden sus necesidades, por lo que la persona se siente traicionada y explotada. Demuestra una falta de confianza y pesimismo en torno a las relaciones. Las puntuaciones más altas indican que la persona se siente amargada, resentida, traicionada y experimenta miedo al abandono o al rechazo.
Escala de Interferencia laboral (Esc_DTR)		**PSICOTICISMO_PAI**	
,58	Esta escala describe las dinámicas internas de personas que tienen confianza en sí mismas, falta de concentración, y tensión. Dificultad para tomar decisiones, falta de apoyo familiar, cuestionamientos personales, actitudes negativas hacia los compañeros. Ansiedad, así como, preocupaciones excesivas o incluso, síntomas depresivos. Todas estas dinámicas, conductas o actitudes les provocan un desempeño laboral deficiente. Estas personas pueden ser poco amigables y cooperadoras, además de distantes de los otros, pueden tener tienen dificultades de adaptación en el trabajo.	.58	Exhibir una amplia gama de conductas y cogniciones excéntricas, inusuales o culturalmente incongruentes y raras incluyendo tanto el proceso (p. ej., la percepción, la disociación) como el contenido (p. ej., creencias).
Escala de Emociones negativas disfuncionales (Escal_RC7)		**LIM Rasgos Límites (BOR)**	

	,58	La escala hace referencia a las emociones disfuncionales negativas como ansiedad, miedo o irritabilidad, se describe a sí mismo como triste e infeliz. Son propensos a la culpa y tienen una tendencia ser autocrítico, inseguros y se preocupan en exceso, perciben crítica donde no existe, pesimistas; esperan fracasar, tienen dificultades para dormir, tienen pesadilla. Pueden sentirse abrumados e incapaces de enfrentar las situaciones. Reflejan malestar emocional significativo e impotencia. Tienden a ser muy pasivos y sumisos en las relaciones interpersonales. Son propensos a padecer o llegar a desarrollar desórdenes de ansiedad, así como experimentan excesiva culpa e inseguridad.	,59	Existe un escaso control de las emociones y la ira, confusión en torno a temas relacionados con la identidad y valores, así como el establecimiento de relaciones intensas y combativas con los demás. Se caracteriza por la impulsividad y conductas autodestructivas. Mide el grado de tensión y emoción negativa experimentado y que puede aparecer en diferentes categorías diagnósticas. Presenta preocupación constante, sentimientos subjetivos de miedo y tensión, así como signos físicos de nerviosismo y estrés, son hostiles e iracundos, a menudo son personas muy deprimidas y ansiosas. Son impulsivos, autodestructivos, incluyen gestos suicidas, abuso de alcohol, drogas o explosiones de agresividad. Se sienten incomprendidos, lo que los hace mostrarse enfadados y ansiosos y necesitados de los demás, haciendo que sus comportamientos sean ambivalentes. Las puntuaciones más bajas corresponden a personas malhumoradas, sensibles y con cierta incertidumbre ante la vida, carentes de satisfacción en las relaciones interpersonales.		
	Escala 7 - Psicastenia (Escal_Pt)		**AFECTO_NEGATIVO_PAI**			
	,59	Esta escala refleja presencia de preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos, temores exagerados, emotividad negativa, control rígido de impulsos, miedo al fracaso, procrastinación, deterioro en la concentración y la memoria, culpa y autocrítica, rumiación. Problemas de distracción y olvido. Falta de inventiva e ingenio le lleva a la dilación, indecisión, inmovilismo. Las reuniones con desconocidos producen incomodidad.	.59	Experiencias frecuentes e intensas de una amplia gama de emociones negativas (p. ej., ansiedad, depresión, culpa/vergüenza, preocupación, enfado), y de sus manifestaciones comportamentales (p. ej., autolesión) e interpersonales (p. ej., dependencia).		
	Escala de Ansiedad (Esc_A)					
	,60	Puntuaciones altas en esta escala permiten identificar síntomas de ansiedad y falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a la desorganizarse ante el estrés y a la dificultad para ajustarse a las circunstancias. También puede indicar dificultades para la concentración, cansancio, preocupación, desánimo, sentimientos de inferioridad e inadecuación, susceptibilidad, control exagerado de impulsos, inseguridad y dificultad para tomar decisiones, sumisión y sugestionabilidad, aceptación de la autoridad externa, pesimismo, tendencia a racionalizar las dificultades, perturbación en situaciones sociales, timidez, torpeza, aislamiento y pasividad.					
	Escala de Inadaptación universitaria (Esc_DPR)					
	,60	Individuos parecen poco adaptados, ineficientes, pesimistas y angustiados, pueden desarrollar síntomas físicos en épocas de estrés y sentir que la vida los abruma la mayoría del tiempo.				

IDPP	**MMPI-2 (N=226)**		**PAI (N=184)**		**PID-5 (N=219)**	
Escala	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**
POTENCIAL A LA ADICCIÓN	**Escala 4- Desviación Psicopática (Escal_Dp)**		**ANT Rasgos Antisociales (ANT)**		**Irresponsabilidad (Irresponsibility)**	
	.42	Esta escala está asociada a las conductas antisociales donde no hay una respuesta emocional profunda de las acciones - reacciones emocionales superficiales- y los hechos cometidos, así como la incapacidad de aprender de la experiencia. La escala también mide la falta de compromiso o juicio hacia las normas sociales. Hay presencia de conductas agresivas, inestables, inmaduras, irresponsables, rebeldes y hostiles. Dentro del histórico conductual de los individuos se encuentran los problemas maritales, problemas con la autoridad, abuso de sustancias, impulsividad, sociabilidad y hedonismo, así como búsqueda inmediata de gratificación, impaciencia, baja tolerancia a la frustración y centrado en sí mismo.	.40	Evalúa las características de la personalidad y comportamientos relevantes en la personalidad antisocial y de la psicopatía, tales como egocentrismo, limitada empatía y actitudes y conductas antisociales. Las puntuaciones extremas indican la presencia del trastorno antisocial de la personalidad. Estas personas se caracterizan por ser poco fiables, irresponsables y de poco éxito en lo social y ocupacional. Son fríos en sus relaciones y solo buscan sacar provecho para sí mismos, son impulsivos y cuentan con un historial de conflictos con la autoridad, demuestran hostilidad, y un historial de actos temerarios y antisociales. Son insensibles, debido a su tendencia a la impulsividad y corren riesgos, son egocéntricos, desinhibidos, escépticos y poco sentimentales. Las puntuaciones más bajas describen a personas más cálidas y cercanas con los demás que demuestran control sobre sus impulsos.	.37	Un aspecto de la desinhibición: indiferencia e incumplimiento de obligaciones o compromisos económicos y de otro tipo, falta de respeto y seguimiento de acuerdos y promesas; negligencia con la propiedad ajena.
	Escala de Espectros de Trastorno de la personalidad antisocial		**LIM-P Relaciones Interpersonales Problemáticas (BOR_N)**		**Asunción de riesgos (RiskTaking)**	
	.50	Falta de conformidad con la legalidad y el comportamiento ético, y la falta de preocupación por los demás, de manera cruel y|egocéntrica, acompañadas por el engaño, la irresponsabilidad, la manipulación y/o el comportamiento de riesgo.	.41	Demuestran una tendencia a involucrarse en relaciones que son muy intensas y caóticas. Cree que las personas importantes no atienden sus necesidades, por lo que la persona se siente traicionada y explotada. Demuestra una falta de confianza y pesimismo en torno a las relaciones. Las puntuaciones más altas indican que la persona se siente amargada, resentida, traicionada y experimenta miedo al abandono o al rechazo.	.40	Un aspecto de la desinhibición: involucrarse y realizar actividades peligrosas, arriesgadas y potencialmente dañinas para uno mismo sin necesidad y sin tener en cuenta las consecuencias; falta de preocupación por las limitaciones y negación de la realidad del peligro personal; búsqueda desenfrenada de metas sin importar el nivel de riesgo involucrado.
	Escala de Desinhibición (Esc_DIS)		**LIM Rasgos Límites (BOR)**			
	.51	Las puntuaciones altas reflejan una estructura de la personalidad nada convencional, desinhibida, con insuficiente contención y modulación del impulso, una actitud inconformista y rebelde hacia las reglas y normas, búsqueda de sensaciones y lealtades superficiales y centradas en sí mismo, orientación moral hedonística, indiferencia o desdén hacia las obligaciones éticas o morales. La actuación impulsiva y antisocial, la falta de lealtad, las mentiras repetidas para justificar el incumplimiento de las obligaciones y la falta de vergüenza y remordimiento, pueden eventualmente romper todas las relaciones excepto las penales. Póngase atención al consumo de drogas. Quien puntúa bajo en DIS es convencional, conformista y controlado. Sus relaciones con los demás pueden ser agradables, pero distantes, formalizadas y rutinarias con contactos limitados a un pequeño círculo de amigos de mentalidad semejante a la suya. Muy interesado en mantener las apariencias, se acerca de una forma demasiado reflexiva, e incluso perfeccionista, a la solución de los problemas. Pueden darse tendencias obsesivo-compulsivas.	.41	Existe un escaso control de las emociones y la ira, confusión en torno a temas relacionados con la identidad y valores, así como el establecimiento de relaciones intensas y combativas con los demás. Se caracteriza por la impulsividad y conductas autodestructivas. Mide el grado de tensión y emoción negativa experimentado y que puede aparecer en diferentes categorías diagnósticas. Presenta preocupación constante, sentimientos subjetivos de miedo y tensión, así como signos físicos de nerviosismo y estrés, son hostiles e iracundos, a menudo son personas muy deprimidas y ansiosas. Son impulsivos, autodestructivos, incluyen gestos suicidas, abuso de alcohol, drogas o explosiones de agresividad. Se sienten incomprendidos, lo que los hace mostrarse enfadados y ansiosos y necesitados de los demás, haciendo que sus comportamientos sean ambivalentes. Las puntuaciones más bajas corresponden a personas malhumoradas, sensibles y con cierta incertidumbre ante la vida, carentes de satisfacción en las relaciones interpersonales.		
	Escala de Conducta Antisocial (Escal_RC4)		**DESINHIBICIÓN PAI**			

	.65	La escala hace referencia a la conducta antisocial: Individuos con mayores probabilidades de tener un historial de comportamiento antisocial y/o abuso de sustancias. Dificultades a la hora de ajustarse a las normas y expectativas sociales. Son argumentativos, críticos o antagónicos en sus relaciones con los demás, usualmente tienen un historial de bajo rendimiento o desempeño en sus trabajos. Sus relaciones interpersonales son pobres, mientras que las relaciones familiares tienden a ser tensas o distantes.	.52	Orientación hacia la satisfacción inmediata, dando lugar a un comportamiento impulsivo dominado por pensamientos y sentimientos repentinos evocados por estímulos externos, sin tener en cuenta aprendizajes obtenidos de experiencias del pasado ni reflexiones sobre las consecuencias futuras.		
	Escala de Reconocimiento de adicción (Esc_ERA)		**ALC Problemas con el Alcohol (ALC)**			
	.74	Propensión a la conducta antisocial, dificultad ante figuras de autoridad, búsqueda inmediata de gratificación, poco control de impulsos, impaciente, baja tolerancia a la frustración, centrado en sí mismo, exhibicionista, bajo interés en las normas sociales.	.73	Evalúa directamente las conductas y consecuencias relacionadas al consumo, abuso y dependencia del alcohol. El nivel de evaluación va desde situaciones de total abstinencia, consumo frecuente y hasta las graves consecuencias como pérdida de control o una fuerte dependencia. las puntuaciones más altas describen problemas a nivel de relaciones sociales, laborales y complicaciones de salud. Se sienten culpables por beber pero cuentan con una nula habilidad para controlar el efecto que tiene en sus vida. Describen períodos de intoxicación por períodos largos, con pérdida de conciencia y presentan señales fisiológicas de dependencia y abstinencia. Las puntuaciones más bajas hacen referencia a un consumo regular que puede haber causado algunas consecuencias adversas o consumo bajo o moderado sin presencia de de consecuencias para la persona.		
			ANS Ansiedad (ANX)			
			.74	Se enfoca en características clínicas y conductuales de áreas relacionadas con trastornos específicos de ansiedad. Se caracteriza por miedos específicos, fobias, pensamientos y comportamientos obsesivos-compulsivos, y experiencias problemáticas asociadas con eventos traumáticos.		
IDPP	**MMPI-2 (N=226)**		**PAI (N=184)**		**PID-5 (N=219)**	
Escala	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**
	Escala de Psicoticismo (Esc_PSY)		**Escala clínica de Esquizofrenia (SCZ)**		**Distraibilidad (Distractibility)**	
	.41	En elevaciones moderadas (T de 55-65), la escala PSY refleja principalmente creencias o experiencias inusuales y una tendencia a admitir de buen grado el soñar despierto. Incluso en elevaciones suaves y moderadas, PSY refleja una falta de armonía en las relaciones con los mundos físico y social de modo que la actuación resulta comprometida y las relaciones enajenadas. La persona puede dar la apariencia de estar en el mundo, pero sin formar parte de él. Cuando las elevaciones son más altas, se encuentran distorsiones más graves en la forma en que el individuo interactúa con sus mundos social y físico, de forma que estas interacciones aparecen hostiles, provocativas, agresivas e inadecuadas, o bien incompetentes, irrelevantes, extrañas y autoanulantes. No obstante, con T superiores a 65 aparecen verdaderos fenómenos psicóticos, e incluyen síntomas de Schneider, ideas persecutorias, o claramente delirantes, y sospechas. Las relaciones con los demás son mínimas, distantes y secretamente hostiles, con facilidad para sentirse maltratado y resentido.	.45	Esta escala incluye creencias y percepciones inusuales, una escasa competencia social y anhedonia por las relaciones sociales, ineficacia y alteraciones en la atención, la concentración y los procesos asociativos. Evaluando con lo anterior diversas facetas de la esquizofrenia. Las puntuaciones más altas se asocian con un episodio esquizofrénico activo en el cual la persona está confusa, retraída y suspicaz, su juicio es limitado y hay poca claridad en la percepción de la realidad. Con la posibilidad de aparición de delirios de transmisión, inserción, así como el robo o control del pensamiento. La persona puede sentirse aislada, incomprendida y rechazada, así como tener problemas a nivel de pensamiento, concentración, toma de decisiones y experimentar percepciones inusuales o creencias de naturaleza psicótica. En cuanto a las puntuaciones más bajas describen a una persona que se presenta retraída, distante y poco convencional, además de ser ineficaz en las relaciones sociales presentará problemas de atención y concentración.	.71	Dificultad para concentrarse y prestar atención a las tareas; distracción fácil por estímulos externos; problemas para realizar comportamientos dirigidos a metas, como la planificación y la realización de tareas.
	Escala 1 - Hipocondría (Escal_Hs)		**DEP Depresión (DEP)**			
	.41	La escala refiere a individuos que tienden a preocuparse por la salud física y la integridad física con la necesidad de que alguna dolencia física experimentada sea ubicada en un contexto médico real, presentan insomnio y dificultades del sueño, tienden a estar tristes, insatisfechos y pesimistas. Suelen ser poco creativos y convencionales y sus relaciones con los otros son limitadas. Pueden presentar fatiga y trastornos del sueño. Se muestran pesimistas. Son demandantes y con tendencia a la crítica. Reducen su capacidad de funcionamiento y poca eficiencia por largos períodos de tiempo. Pueden terminar prematuramente el tratamiento alegando síntomas físicos.	.47	Evalúa características clínicas del síndrome de la depresión. Incluye pesimismo y expectativas negativas, sentimientos de tristeza, apatía, falta de energía, alteraciones del sueño y del apetito, falta de motivación, desesperanza, ideación suicida.		
	Escala de Activación hipomaníaca (Escal_RC9)		**LIM Rasgos Límites (BOR)**			
	.42	La escala refiere a la activación hipomaníaca: Los niveles moderados pueden indicar una persona extrovertida con un alto nivel de energía relativamente adaptativo. Los que puntúan alto tienden a experimentar aceleración del pensamiento, niveles altos de energía, alto humor e irritabilidad. También experimentan un pobre control de impulsos, euforia y poca necesidad de sueño. Con frecuencia son un tanto agresivos, y muestran poco control de los impulsos, que está asociado con conductas antisociales, incluidas el abuso de sustancias. Tienden a ser personas que buscan la emoción y que toman riesgos. Las personas con puntajes muy altos pueden sugerir un episodio maníaco y son consistentes con un diagnóstico de desorden bipolar.	.54	Existe un escaso control de las emociones y la ira, confusión en torno a temas relacionados con la identidad y valores, así como el establecimiento de relaciones intensas y combativas con los demás. Se caracteriza por la impulsividad y conductas autodestructivas. Mide el grado de tensión y emoción negativa experimentado y que puede aparecer en diferentes categorías diagnósticas. Presenta preocupación constante, sentimientos subjetivos de miedo y tensión, así como signos físicos de nerviosismo y estrés, son hostiles e iracundos, a menudo son personas muy deprimidas y ansiosas. Son impulsivos, autodestructivos, incluyen gestos suicidas, abuso de alcohol, drogas o explosiones de agresividad. Se sienten incomprendidos, lo que los hace mostrarse enfadados y ansiosos y necesitados de los demás, haciendo que sus comportamientos sean ambivalentes. Las puntuaciones más bajas corresponden a personas malhumoradas, sensibles y con cierta incertidumbre ante la vida, carentes de satisfacción en las relaciones interpersonales.		
	Escala 2 Depresión (Escal_D)		**AFECTO_NEGATIVO_PAI**			
	.43	Esta escala se asocia a individuos que pueden presentar ansiedad y preocupación, apatía y letargo, falta de impulsividad, síntomas físicos y baja autoestima. Insomnios o somnolencia, pérdida o ganancia de peso, debilidad, fatiga y agotamiento o falta de energía y vigor, culpabilidad, baja autoestima, falta de autoconfianza, distractibilidad, falta de memoria, indecisión, tensión, ansiedad, preocupación, irritabilidad, enfado y agitación fáciles e incluso ira, así como culpabilidad y autodesprecio.	.57	Experiencias frecuentes e intensas de una amplia gama de emociones negativas (p. ej., ansiedad, depresión, culpa/vergüenza, preocupación, enfado), y de sus manifestaciones comportamentales (p. ej., autolesión) e interpersonales (p. ej., dependencia).		
	Escala de Hostilidad (Esc_ENJ)		**ESQ-A Alteración del Pensamiento (SCZ_T)**			

DISTRACTIBILIDAD	.44	Esta escala hace referencia a personas con tendencias o que presentan problemas de control del enojo, es decir, tienen poca tolerancia a la frustración, pueden tener arrebatos de ira. También tienen la necesidad de descargar la ira y la hostilidad de forma ya sea directa (de forma abierta, verbal o física) o indirectamente (de forma controlada y encubierta, como molestando, burlándose, importunando, provocando, exigiendo o quejándose). Estas personas tienden a perder el autocontrol y dañar físicamente a otras personas u objetos o ambas durante sus arrebatos. Dependiendo de los grados en la escala, entre más alta esté la persona en la escala, hay más probabilidades de que sea más agresiva directamente o entre más bajo que sea agresiva indirectamente.	.70	Evalúa el nivel de confusión o claridad en el proceso de pensamiento, sugiere problemas en la concentración, toma de decisiones, cierto nivel de confusión y desconcierto unido a las formas más benignas de ineficacia cognitiva. Puede presentarse en personas deprimidas o ansiosas. En su presentación más severa las personas demostraran presencia de asociaciones de ideas inconexas y un aumento en la dificultad para expresarse y comunicarse, es posible que coexista una depresión severa o manía, trastornos de atención, secuela a daños cerebrales o enfermedades, efectos secundarios debido a medicación o incluso secuelas por abuso de alcohol y otras drogas.
	Escala de Experiencias aberrantes (Escal_RC8)			
	.44	Esta escala hace referencia a las experiencias aberrantes: las personas con puntajes altos en la pueden reportar alucinaciones, delirios, y experiencias sensoriales bizarras que sugieren defectos en la prueba de la realidad. Son ansiosos, deprimidos, con problemas para confiar en los demás, dificultades en el funcionamiento interpersonal y ocupacional. Los síntomas pueden incluir alucinaciones visuales u olfatorias experiencias perceptuales bizarras y creencias delirantes. Las personas con puntajes muy altos dentro de los pacientes de salud mental tienen diagnósticos de esquizofrenia, desorden delirante o un desorden esquizoafectivo, pueden también reportar síntomas de ansiedad y depresión.		
	Escala 2 - Depresión (Escal_D)			
	.46	Esta escala se asocia a individuos que pueden presentar ansiedad y preocupación, apatía y letargo, falta de impulsividad, síntomas físicos y baja autoestima. Insomnios o somnolencia, pérdida o ganancia de peso, debilidad, fatiga y agotamiento o falta de energía y vigor, culpabilidad, baja autoestima, falta de autoconfianza, distractibilidad, falta de memoria, indecisión, tensión, ansiedad, preocupación, irritabilidad, enfado y agitación fáciles e incluso ira, así como culpabilidad y autodesprecio.		
	Escala 6 - Paranoia (Escal_PA)			
	.47	Escala asociada a sujetos propensos a reflejar susceptibilidad interpersonal marcada y tendencia a malinterpretar los motivos e intenciones de otros, presencia de delirios de persecución, se sienten criticados, juzgados, atacados o tratados injustamente, miedo a ataques, posiblemente deprimidos, con dificultades interpersonales, con resentimiento con familiares.		
	Escala de personalidad psicopatológica de Neuroticismo o emocionalidad negativa (NEN)			
	.48	Preocupación, nerviosismo, ansiedad, tensión y estrés, abrumado por el estrés causado por la preocupación y culpa que se ve sin recursos y próximo a la ira		
	Escala de Baja autoestima (Esc_BAE)			
	.50	Esta escala describe los individuos que tienen altos índices de falta de confianza en sí mismos, actitudes negativas hacia ellos mismos. Su esquema de pensamientos son, el de sentirse poco atractivos, inferiores, poco competentes, poco simpáticos, menos capacitados, menos inteligentes e incluso menos importantes o que no calzan en lo esperado por los otros. Tienden a tener un bajo umbral para la autocensura y la autocrítica y por lo general abandonan sus proyectos personales ante la menor adversidad. Debido a esto anterior les cuesta mucho ser independientes, ya que no se sienten seguros para poder actuar o decidir de forma autosuficiente, por lo que tienden a ser dependientes y vincularse de forma sumisa con otras personas con las que tienen una afiliación afectiva relevante.		
	Escala de Trastorno estrés postraumático Keane (Esc_EPK)			
	.51	Evalúa ansiedad, preocupación, alteraciones en el sueño, culpa y depresión, pensamientos perturbadores involuntarios, falta de control emocional, sentimientos de confusión y maltrato.		
	Escala de Emociones negativas disfuncionales (Escal_RC7)			
	.52	La escala hace referencia a las emociones disfuncionales negativas como ansiedad, miedo o irritabilidad, se describe a sí mismo como triste e infeliz. Son propensos a la culpa y tienen una tendencia ser autocrítico, inseguros y se preocupan en exceso, perciben crítica donde no existe, pesimistas; esperan fracasar, tienen dificultades para dormir, tienen pesadilla. Pueden sentirse abrumados e incapaces de enfrentar las situaciones. Reflejan malestar emocional significativo e impotencia. Tienden a ser muy pasivos y sumisos en las relaciones interpersonales. Son propensos a padecer o llegar a desarrollar desórdenes de ansiedad, así como experimentan excesiva culpa e inseguridad.		
	Escala de Ansiedad (Esc_ANS)			
	.53	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene preocupaciones excesivas, tensión nerviosa, perturbaciones del sueño y problemas de atención y concentración. Presentan un miedo constante a perder la razón, mucho estrés y dificultades para tomar decisiones. En general pueden experimentar cierto pánico a que algo salga mal o que se dé una situación inesperada que les produzca la pérdida del control. Por lo general, estas personas consideran que la vida es bastante complicada y se sienten estresados constantemente, vulnerables en extremo a decepciones, dificultades financieras o a los posibles efectos de un error por una decisión que tomaron.		
	Escala de Desmoralización (Escal_RCd)			
	.55	Normalmente la escala se refiere a individuos que no están experimentando una cantidad significativa de angustia psicológica. Las puntuaciones más altas representan una incapacidad de hacer frente o estar abrumado con la situación actual, y experimentan malestar clínico significativo y confusión, percepción sombría del futuro, probablemente con la presencia de depresión por lo cual debe de evaluarse minuciosamente el riesgo de suicidio. Las personas con puntajes altos pueden sentirse desmotivados y desmoralizados. Tienen una baja autoestima, son pesimistas, creen que han fallado en el pasado y esperan fallar en el futuro. Son propensos a sentirse abrumados e incapaces de lidiar con sus circunstancias de vida actuales. Los pacientes clínicos con puntajes altos en esta escala son propensos a reportar depresión, ansiedad y quejas somáticas.		
	Escala 8 - Esquizofrenia (Escal_Es)			

.55	La escala refiere la tendencia al desorden psicótico, presencia de confusión, desorganización, alucinaciones, problemas de concentración, ansiedad generalizada, depresión, pesimismo, hostilidad, agresividad, ideación suicida, dificultad para separar la realidad de la fantasía.
Escala de Ansiedad (Esc_A)	
.57	Puntuaciones altas en esta escala permiten identificar síntomas de ansiedad y falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a la desorganizarse ante el estrés y a la dificultad para ajustarse a las circunstancias. También puede indicar dificultades para la concentración, cansancio, preocupación, desánimo, sentimientos de inferioridad e inadecuación, susceptibilidad, control exagerado de impulsos, inseguridad y dificultad para tomar decisiones, sumisión y sugestionabilidad, aceptación de la autoridad externa, pesimismo, tendencia a racionalizar las dificultades, perturbación en situaciones sociales, timidez, torpeza, aislamiento y pasividad.
Escala de Obsesividad (Esc_OBS)	
.57	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene dificultades para tomar decisiones, en tanto hay una carga mental constante de pensamientos que se consideran o meditan continuamente, esto por lo general puede provocar una respuesta de impaciencia en los otros. Tienen tendencia constante a preocuparse de forma excesiva, porque prestan mucha atención a los detalles y sobrellevan muchos pensamientos intrusivos. Esto lleva a estas personas a sentirse abrumadas, con falta de confianza en sí mismas, miedo a emprender, dificultades para comprometerse, sentimientos de culpabilidad, autocrítica y timidez. Hay resistencia al cambio, esto les provoca tensiones y conductas compulsivas como el guardar objetos y realizar algunos rituales que les provoquen seguridad. Por lo general, la preocupación por los detalles les producen sentimientos de impaciencia, frustración y desesperación.
Escala de Trastorno de Estrés Postraumático Schlenger (Esc_EPS)	
.60	Esta escala tiene una alta relación con los índices de ansiedad del MMPI, tales como síntomas de ansiedad, falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a desorganizarse con el estrés, y enfrentar problemas para ajustarse a las circunstancias, perturbación en la concentración, fatiga, preocupación, desánimo, sentimientos de inadecuación e inferioridad, susceptibilidad, inhibición, control exagerado de impulsos, pesimismo, timidez, aislamiento, pasividad
Escala 7 Psicastenia (Escal_Pt)	
.60	Esta escala refleja presencia de preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos, temores exagerados, emotividad negativa, control rígido de impulsos, miedo al fracaso, procrastinación, deterioro en la concentración y la memoria, culpa y autocrítica, rumiación. Problemas de distracción y olvido. Falta de inventiva e ingenio le lleva a la dilación, indecisión, inmovilismo. Las reuniones con desconocidos producen incomodidad.
Escala de Inadaptación universitaria (Esc_DPR)	
.60	Individuos parecen poco adaptados, ineficientes, pesimistas y angustiados, pueden desarrollar síntomas físicos en épocas de estrés y sentir que la vida los abruma la mayoría del tiempo.
Escala de Interferencia laboral (Esc_DTR)	
.62	Esta escala describe las dinámicas internas de personas que tienen confianza en sí mismas, falta de concentración, y tensión. Dificultad para tomar decisiones, falta de apoyo familiar, cuestionamientos personales, actitudes negativas hacia los compañeros. Ansiedad, así como, preocupaciones excesivas o incluso, síntomas depresivos. Todas estas dinámicas, conductas o actitudes les provocan un desempeño laboral deficiente. Estas personas pueden ser poco amigables y cooperadoras, además de distantes de los otros, pueden tener tienen dificultades de adaptación en el trabajo.

IDPP	MMPI-2 (N=226)		PAI (N=184)		PID-5 (N=219)	
Escala	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**
RASGOS DEPRESIVOS	**Escala de Emociones negativas disfuncionales (Escal_RC7)**		**LIM-I Alteración de la Identidad (BOR_I)**		**Ansiedad (Anxiousness)**	
	.62	La escala hace referencia a las emociones disfuncionales negativas como ansiedad, miedo o irritabilidad, se describe a sí mismo como triste e infeliz. Son propensos a la culpa y tienen una tendencia ser autocrítico, inseguros y se preocupan en exceso, perciben crítica donde no existe, pesimistas; esperan fracasar, tienen dificultades para dormir, tienen pesadilla. Pueden sentirse abrumados e incapaces de enfrentar las situaciones. Reflejan malestar emocional significativo e impotencia. Tienden a ser muy pasivos y sumisos en las relaciones interpersonales. Son propensos a padecer o llegar a desarrollar desórdenes de ansiedad, así como experimentan excesiva culpa e inseguridad.	.70	Describe a persona con dificultades para mantener una representación de la propia identidad lo que se refleja en cambios repentinos en deseos y metas. Hay incertidumbre y dudas sobre asuntos vitales y dificultad para encontrarle sentido a la vida. Presentan sentimientos de vacío, ausencia de logros y hastío. Las puntuaciones más bajas refieren a un autoconcepto más estable.	.63	Un aspecto de la afectividad negativa: sentimientos intensos de nerviosismo, tensión o pánico, a menudo en respuesta a tensiones interpersonales; se preocupan por los efectos negativos de las experiencias desagradables del pasado y posibilidades futuras negativas; sensación de miedo, aprensión o amenaza ante la incertidumbre; temor a desmoronarse o a perder el control.
	Escala de Neuroticismo o Emocionalidad negativa (Esc_NEN)		**LIM Rasgos Límites (BOR)**		**Anhedonia (Anhedonia)**	
	.64	Quien puntúa alto se muestra impotente, dependiente, necesitado, indeciso e inestable. Las relaciones con otros se caracterizan por una pasividad extrema, un miedo a ser abandonado y una hipersensibilidad a las críticas. Puede provocar la desesperación en los otros, puesto que constantemente deja de tomar iniciativas para mejorar la situación y para actuar de acuerdo con sus propios mejores intereses. Pueden observarse vinculaciones "límites" con los demás, lamentaciones por el rechazo de la ayuda y conductas suicidas o autolesivas. Puntuaciones bajas reflejan una emocionalidad relajada e imperturbable, quizá tan carente de atención y preocupación que sugiere un empobrecimiento de la experiencia interna y plantea la cuestión de la represión. En el extremo, la puntuación baja indica una vida emocional plácida que puede ser impermeable a la disrupción.	.71	Existe un escaso control de las emociones y la ira, confusión en torno a temas relacionados con la identidad y valores, así como el establecimiento de relaciones intensas y combativas con los demás. Se caracteriza por la impulsividad y conductas autodestructivas. Mide el grado de tensión y emoción negativa experimentado y que puede aparecer en diferentes categorías diagnósticas. Presenta preocupación constante, sentimientos subjetivos de miedo y tensión, así como signos físicos de nerviosismo y estrés, son hostiles e iracundos, a menudo son personas muy deprimidas y ansiosas. Son impulsivos, autodestructivos, incluyen gestos suicidas, abuso de alcohol, drogas o explosiones de agresividad. Se sienten incomprendidos, lo que los hace mostrarse enfadados y ansiosos y necesitados de los demás, haciendo que sus comportamientos sean ambivalentes. Las puntuaciones más bajas corresponden a personas malhumoradas, sensibles y con cierta incertidumbre ante la vida, carentes de satisfacción en las relaciones interpersonales.	.74	Un aspecto del desapego: falta de disfrute, de participación o de energía para las experiencias vitales; déficit en la capacidad de sentir placer o de interesarse por las cosas.
	Escala 4 - Desviación Psicopática (Escal_Dp)		**TRA-E Estrés Postraumático (ARD_T)**		**Depresión (Depressivity)**	
	.67	Esta escala está asociada a las conductas antisociales donde no hay una respuesta emocional profunda de las acciones - reacciones emocionales superficiales- y los hechos cometidos, así como la incapacidad de aprender de la experiencia. La escala también mide la falta de compromiso o juicio hacia las normas sociales. Hay presencia de conductas agresivas, inestables, inmaduras, irresponsables, rebeldes y hostiles. Dentro del histórico conductual de los individuos se encuentran los problemas maritales, problemas con la autoridad, abuso de sustancias, impulsividad, sociabilidad y hedonismo, así como búsqueda inmediata de gratificación, impaciencia, baja tolerancia a la frustración y centrado en sí mismo.	.72	Incluye pesadillas, reacciones de ansiedad repentinas y sentimientos de estar irreversiblemente transformado por el evento traumático. Existencia de una experiencia pasada relacionada con el acontecimiento traumático perturbador que continúa siendo una fuente de malestar, produciendo episodios recurrentes de ansiedad. Las elevaciones más altas indican que el trauma es un factor dominante en la vida de la persona, que se percibe seria e irreparablemente dañada.	.87	Sentimientos de inferioridad, de desgracia o de desesperanza; dificultad para recuperarse del estado de ánimo negativo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza o culpa omnipresente; baja autoestima; ideación y comportamiento suicidas.
	Escala de Espectros de Trastorno de la personalidad límite		**TRA Trastornos Relacionados con la Ansiedad (ARD)**			
	.70	Inestabilidad de la imagen de sí mismo, de las metas personales, de las relaciones interpersonales y de los afectos, acompañada por la impulsividad, el comportamiento de riesgo y/o la hostilidad.	.73	Se enfoca en características clínicas y conductuales de áreas relacionadas con trastornos específicos de ansiedad. Incluye miedos específicos, fobias, pensamientos y comportamientos obsesivos-compulsivos, y experiencias problemáticas asociadas con eventos traumáticos.		
	Escala de Ansiedad (Esc_ANS)		**ANS-F Fisiológica (ANX_P)**			
	.70	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene preocupaciones excesivas, tensión nerviosa, perturbaciones del sueño y problemas de atención y concentración. Presentan un miedo constante a perder la razón, mucho estrés y dificultades para tomar decisiones. En general pueden experimentar cierto pánico a que algo salga mal o que se dé una situación inesperada que les produzca la pérdida del control. Por lo general, estas personas consideran que la vida es bastante complicada y se sienten estresados constantemente, vulnerables en extremo a decepciones, dificultades financieras o a los posibles efectos de un error por una decisión que tomaron.	.74	Ansiedad relacionada con el sistema nervioso autónomo, se manifiesta como taquicardia, sudoración en la palma de las manos, hiperventilación y mareos. Reflejan un modo represivo de afrontamiento del estrés y puede estar acompañado por otros síntomas somáticos.		
	Escala de Baja autoestima (Esc_BAE)		**AFECTO_NEGATIVO_PAI**			
	.74	Esta escala describe los individuos que tienen altos índices de falta de confianza en sí mismos, actitudes negativas hacia ellos mismos. Su esquema de pensamientos son, el de sentirse poco atractivos, inferiores, poco competentes, poco simpáticos, menos capacitados, menos inteligentes e incluso menos importantes o que no calzan en lo esperado por los otros. Tienden a tener un bajo umbral para la autocensura y la autocrítica y por lo general abandonan sus proyectos personales ante la menor adversidad. Debido a esto anterior les cuesta mucho ser independientes, ya que no se sienten seguros para poder actuar o decidir de forma autosuficiente, por lo que tienden a ser dependientes y vincularse de forma sumisa con otras personas con las que tienen una afiliación afectiva relevante.	.77	Experiencias frecuentes e intensas de una amplia gama de emociones negativas (p. ej., ansiedad, depresión, culpa/vergüenza, preocupación, enfado), y de sus manifestaciones comportamentales (p. ej., autolesión) e interpersonales (p. ej., dependencia).		
	Escala de Interferencia laboral (Esc_DTR)		**SUI Ideación Suicida (SUI)**			
	.75	Esta escala describe las dinámicas internas de personas que tienen confianza en sí mismas, falta de concentración, y tensión. Dificultad para tomar decisiones, falta de apoyo familiar, cuestionamientos personales, actitudes negativas hacia los compañeros. Ansiedad, así como, preocupaciones excesivas o incluso, síntomas depresivos. Todas estas dinámicas, conductas o actitudes les provocan un desempeño laboral deficiente. Estas personas pueden ser poco amigables y cooperadoras, además de distantes de los otros, pueden tener tienen dificultades de adaptación en el trabajo.	.80	Presencia de pensamientos o ideas relacionados con la muerte y el suicidio, explora desde pensamientos generales y dispersos sobre el tema hasta pensamientos de desesperanza y planes claros de actos autolíticos. Las puntuaciones más altas a menudo informan de planes inminentes de autolesionarse, tienen pocas esperanzas en el futuro, están desesperadas, se sienten inútiles e incapaces de ayudarse a sí mismas. Suelen sentirse rechazados y amargados por el trato de los demás. Son individuos ansiosos, depresivos, y se sienten desamparados. Las puntuaciones moderadas son las típicamente evaluadas en entornos clínicos, indican ideas y pensamientos periódicos y pasajeros sobre la muerte y el suicidio, infelicidad, pesimismo. Mientras que quienes puntúan bajo tienen pocos pensamientos sobre la muerte y el suicidio; sin embargo, debe de analizarse las puntuaciones de escalas complementarias para evitar riesgos a la integridad de la persona.		
	Escala 8 - Esquizofrenia (Escal_Es)		**DEP-E Emocional (DEP_A)**			

	.75	La escala refiere la tendencia al desorden psicótico, presencia de confusión, desorganización, alucinaciones, problemas de concentración, ansiedad generalizada, depresión, pesimismo, hostilidad, agresividad, ideación suicida, dificultad para separar la realidad de la fantasía.	.80	Describe experiencias de estrés emocional, infelicidad, tristeza y bajo estado de ánimo. Existe una pérdida de interés en la actividades cotidianas y de la sensación de placer (anhedonia). Las puntuaciones bajas reflejan una pérdida de satisfacción que puede ser el motivador que se requiere para realizar cambios en la vida.		
	Escala 7 - Psicastenia (Escal_Pt)		**DEP Depresión (DEP)**			
	.76	Esta escala refleja presencia de preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos, temores exagerados, emotividad negativa, control rígido de impulsos, miedo al fracaso, procrastinación, deterioro en la concentración y la memoria, culpa y autocrítica, rumiación. Problemas de distracción y olvido. Falta de inventiva e ingenio le lleva a la dilación, indecisión, inmovilismo. Las reuniones con desconocidos producen incomodidad.	.84	Evalúa características clínicas del síndrome de la depresión. Incluye pesimismo y expectativas negativas, sentimientos de tristeza, apatía, falta de energía, alteraciones del sueño y del apetito, falta de motivación, desesperanza, ideación suicida.		
	Escala de Ansiedad (Esc_A)		**Dep-C Cognitiva (DEP_C)**			
	.77	Puntuaciones altas en esta escala permiten identificar síntomas de ansiedad y falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a la desorganizarse ante el estrés y a la dificultad para ajustarse a las circunstancias. También puede indicar dificultades para la concentración, cansancio, preocupación, desánimo, sentimientos de inferioridad e inadecuación, susceptibilidad, control exagerado de impulsos, inseguridad y dificultad para tomar decisiones, sumisión y sugestionabilidad, aceptación de la autoridad externa, pesimismo, tendencia a racionalizar las dificultades, perturbación en situaciones sociales, timidez, torpeza, aislamiento y pasividad.	.85	Evalúa expectativas o creencias sobre la falta de aptitudes para afrontar las exigencias del entorno, tiene en consideración el autoestima, la sensación de incompetencia personal o un bajo nivel de autoeficacia. Personas que presentan sentimientos de desesperanza y fracaso, atribuyen los eventos negativos de la vida a su propia inadecuación o incompetencia, minimiza los acontecimientos positivos atribuyéndolos a la buena suerte o la ayuda de otros. Demuestran sentimientos de impotencia, problemas de concentración e indecisión. Las puntuaciones más bajas, hacen referencia a sentimientos de grandiosidad o narcisismo.		
	Escala de Inadaptación universitaria (Esc_DPR)					
	.77	Individuos parecen poco adaptados, ineficientes, pesimistas y angustiados, pueden desarrollar síntomas físicos en épocas de estrés y sentir que la vida los abruma la mayoría del tiempo.				
	Escala de Trastorno de estrés postraumático Keane (Esc_EPK)					
	.80	Evalúa ansiedad, preocupación, alteraciones en el sueño, culpa y depresión, pensamientos perturbadores involuntarios, falta de control emocional, sentimientos de confusión y maltrato.				
	Escala de Trastorno de estrés postraumático Schlenger (Esc_EPS)					
	.80	Esta escala tiene una alta relación con los índices de ansiedad del MMPI, tales como síntomas de ansiedad, falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a desorganizarse con el estrés, y enfrentar problemas para ajustarse a las circunstancias, perturbación en la concentración, fatiga, preocupación, desánimo, sentimientos de inadecuación e inferioridad, susceptibilidad, inhibición, control exagerado de impulsos, pesimismo, timidez, aislamiento, pasividad				
	Escala de Depresión (Esc_DEP)					
	.83	De acuerdo a esta escala, las personas que puntúan en la misma tienden a manifestar desesperación, pérdida de interés, sentimientos de fatiga, apatía y agotamiento. Además, tienden a ser infelices, deprimidos y propensos a llorar, hay una pérdida importante de la auto-eficacia y auto-consideración que los hace sentirse oprimidos por la culpa, inútiles, sienten desesperanza, desean la muerte y piensan en el suicidio. También es relevante que pueden percibir las personas con las que tienen un vínculo o no, no tienen interés en ellos o no pueden ayudarles. Estas personas pueden tener historiales de intentos anteriores de suicidio y hospitalizaciones psiquiátricas, además de una amplia sintomatología con desesperanza, ideas de suicidio o perturbaciones del sueño.				
	Escala de Desmoralización (Escal_RCd)					
	.85	Normalmente la escala se refiere a individuos que no están experimentando una cantidad significativa de angustia psicológica. Las puntuaciones más altas representan una incapacidad de hacer frente o estar abrumado con la situación actual, y experimentan malestar clínico significativo y confusión, percepción sombría del futuro, probablemente con la presencia de depresión por lo cual debe de evaluarse minuciosamente el riesgo de suicidio. Las personas con puntajes altos pueden sentirse desmotivados y desmoralizados. Tienen una baja autoestima, son pesimistas, creen que han fallado en el pasado y esperan fallar en el futuro. Son propensos a sentirse abrumados e incapaces de lidiar con sus circunstancias de vida actuales. Los pacientes clínicos con puntajes altos en esta escala son propensos a reportar depresión, ansiedad y quejas somáticas.				

IDPP	**MMPI-2 (N = 226)**		**PAI (N = 184)**		**PID-5 (N = 219)**	
Escala	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**
	Escala 4 - Desviación Psicopática (Escal_Dp)		**PSICOTICISMO_PAI**		**Labilidad emocional (EmotionalLability)**	
	,45	Esta escala está asociada a las conductas antisociales donde no hay una respuesta emocional profunda de las acciones - reacciones emocionales superficiales- y los hechos cometidos, así como la incapacidad de aprender de la experiencia. La escala también mide la falta de compromiso o juicio hacia las normas sociales. Hay presencia de conductas agresivas, inestables, inmaduras, irresponsables, rebeldes y hostiles. Dentro del histórico conductual de los individuos se encuentran los problemas maritales, problemas con la autoridad, abuso de sustancias, impulsividad, sociabilidad y hedonismo, así como búsqueda inmediata de gratificación, impaciencia, baja tolerancia a la frustración y centrado en sí mismo.	,52	Exhibir una amplia gama de conductas y cogniciones excéntricas, inusuales o culturalmente incongruentes y raras incluyendo tanto el proceso (p. ej., la percepción, la disociación) como el contenido (p. ej., creencias).	,44	Un aspecto de la afectividad negativa: experiencias emocionales inestables y estado de ánimo con cambios frecuentes; las emociones se alteran fácil, intensa o desproporcionadamente con los acontecimientos y circunstancias.
	Escala 6 - Paranoia (Escal_Pa)		**ESQ-A Alteración del Pensamiento (SCZ_T)**		**Distraibilidad (Distractibility)**	
	,48	Escala asociada a sujetos propensos a reflejar susceptibilidad interpersonal marcada y tendencia a malinterpretar los motivos e intenciones de otros, presencia de delirios de persecución, se sienten criticados, juzgados, atacados o tratados injustamente, miedo a ataques, posiblemente deprimidos, con dificultades interpersonales, con resentimiento con familiares.	,52	Evalúa el nivel de confusión o claridad en el proceso de pensamiento, sugiere problemas en la concentración, toma de decisiones, cierto nivel de confusión y desconcierto unido a las formas más benignas de ineficacia cognitiva. Puede presentarse en personas deprimidas o ansiosas. En su presentación más severa las personas demostraran presencia de asociaciones de ideas inconexas y un aumento en la dificultad para expresarse y comunicarse, es posible que coexista una depresión severa o manía, trastornos de atención, secuela a daños cerebrales o enfermedades, efectos secundarios debido a medicación o incluso secuelas por abuso de alcohol y otras drogas.	,45	Dificultad para concentrarse y prestar atención a las tareas; distracción fácil por estímulos externos; problemas para realizar comportamientos dirigidos a metas, como la planificación y la realización de tareas.
	Escala de Indicadores negativos de tratamiento (Esc_RTR)		**LIM-E Inestabilidad Emocional (BOR_A)**		**Distanciamiento (Withdrawal)**	

,51	Esta escala refleja ciertas tendencias hacia sentimientos depresivos y apáticos, donde el locus de control es externo, con tendencias a darse por vencido rápidamente, ya que el individuo tiene pocos recursos personales. Tendencias a sentirse desvalido y emocionalmente indigente hasta el punto de que luchar contra la adversidad, o incluso pensar en hacerlo, le parece inútil. Prefieren no hablar de los problemas, lo ven como una acción inútil carente de resultados.	,52	Propensión a alternar rápidamente entre varias emociones negativas. La persona está ansiosa, enfadada, deprimida y a continuación irritable. Se caracterizan por realizar cambios emocionales rápidos y extremos, que ocurren debido a la propensión a sentir emociones negativas. Las puntuaciones más altas involucran todas las emociones combinadas con un bajo control de la ira, mientras que las puntuaciones más bajas refieren a personas con poca emotividad y con restricción emocional.	,54	Un aspecto del desapego: reticencia a participar en situaciones sociales, de tal manera que se evitan los contactos y actividades sociales; la falta de apertura para el contacto social.
Escala de Trastorno de estrés postraumático Keane (Esc_EPK)		**SOM-S Somatización (SOM_S)**		**Inseguridad de separación (SeparationInsecurity)**	
,54	Ansiedad, preocupación, alteraciones en el sueño, culpa y depresión, pensamientos perturbadores involuntarios, falta de control emocional, sentimientos de confusión y maltrato.	,53	Individuos que presentan quejas físicas corrientes como dolores de cabeza, problemas de espalda, malestar o trastornos gastrointestinales. Presentan somnolencia, malestar general y suelen presentar sus quejas en forma de lamentos o expresiones de insatisfacción.	,56	Un aspecto de la afectividad negativa: temores de rechazo o separación de figuras significativas, asociados con el miedo a la dependencia excesiva y a la pérdida total de autonomía. Miedo a quedarse solo debido al rechazo o la separación de los seres queridos basado en falta de confianza en la propia capacidad para cuidar de sí mismo, tanto física como emocionalmente.
Escala 8 - Esquizofrenia (Escal_Es)		**SOM Quejas Somáticas (SOM)**		**Sumisión (Submissiveness)**	
,55	La escala refiere la tendencia al desorden psicótico, presencia de confusión, desorganización, alucinaciones, problemas de concentración, ansiedad generalizada, depresión, pesimismo, hostilidad, agresividad, ideación suicida, dificultad para separar la realidad de la fantasía.	,54	Refleja preocupaciones sobre aspectos físicos y de salud, que van desde quejas de malestar físico menor como dolores de cabeza, hasta disfunciones mayores como parálisis. La preocupación es constante sobre la salud, con quejas crónicas, acompañadas de fatiga y debilidad incapacitante; además hay muy poco aceptación de las explicaciones psicológicas sobre su estado somático.	,59	Adaptación del comportamiento de uno a los intereses reales o percibidos y los deseos de los demás, incluso cuando son la antítesis de los propios intereses, necesidades o deseos.
Escala de Depresión (Esc_DEP)		**ANS-C Cognitiva (ANX_C)**			
,56	De acuerdo a esta escala, las personas que puntúan en la misma tienden a manifestar desesperación, pérdida de interés, sentimientos de fatiga, apatía y agotamiento.Además, tienden a ser infelices, deprimidos y propensos a llorar, hay una pérdida importante de la auto-eficacia y auto-consideración que los hace sentirse oprimidos por la culpa, inútiles, sienten desesperanza, desean la muerte y piensan en el suicidio. También es relevante que pueden percibir las personas con las que tienen un vínculo o no, no tienen interés en ellos o no pueden ayudarles. Estas personas pueden tener historiales de intentos anteriores de suicidio y hospitalizaciones psiquiátricas, además de una amplia sintomatología con desesperanza, ideas de suicidio o perturbaciones del sueño.	,55	Se caracteriza por una preocupación constante y rumiativa, hipervigilancia cognitiva hacia posibles riesgos y peligros, incapacidad para concentrarse y prestar atención. Posibilidad de existencia de ideas obsesivas.		
Escala de Obsesividad (Esc_OBS)		**DEP-F Fisiológica (DEP_P)**			
,57	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene dificultades para tomar decisiones, en tanto hay una carga mental constante de pensamientos que se consideran o meditan continuamente, esto por lo general puede provocar una respuesta de impaciencia en los otros. Tienen tendencia constante a preocuparse de forma excesiva, porque prestan mucha atención a los detalles y sobrellevan muchos pensamientos intrusivos. Esto lleva a estas personas a sentirse abrumadas, con falta de confianza en sí mismas, miedo a emprender, dificultades para comprometerse, sentimientos de culpabilidad, autocrítica y timidez. Hay resistencia al cambio, esto les provoca tensiones y conductas compulsivas como el guardar objetos y realizar algunos rituales que les provoquen seguridad. Por lo general, la preocupación por los detalles les producen sentimientos de impaciencia, frustración y desesperación.	,56	Describe señales vegetativas de la depresión tales como las alteraciones del sueño, problemas de apetito, falta de energía o impulso, pérdida de la líbido, pérdida de peso y la posible presencia de una ralentización motora.		
Escala de Emociones negativas disfuncionales (Escal_RC7)		**ANS Ansiedad (ANX)**			
,57	La escala hace referencia a las emociones disfuncionales negativas como ansiedad, miedo o irritabilidad, se describe a sí mismo como triste e infeliz. Son propensos a la culpa y tienen una tendencia ser autocrítico, inseguros y se preocupan en exceso, perciben crítica donde no existe, pesimistas; esperan fracasar, tienen dificultades para dormir, tienen pesadilla. Pueden sentirse abrumados e incapaces de enfrentar las situaciones. Reflejan malestar emocional significativo e impotencia. Tienden a ser muy pasivos y sumisos en las relaciones interpersonales. Son propensos a padecer o llegar a desarrollar desórdenes de ansiedad, así como experimentan excesiva culpa e inseguridad.	,56	Se enfoca en características clínicas y conductuales de áreas relacionadas con trastornos específicos de ansiedad. Se caracteriza por miedos específicos, fobias, pensamientos y comportamientos obsesivos-compulsivos, y experiencias problemáticas asociadas con eventos traumáticos.		
Escala de Neuroticismo o Emocionalidad negativa (Esc_NEN)		**DEP-E Emocional (DEP_A)**			
,58	Quien puntúa alto se muestra impotente, dependiente, necesitado, indeciso e inestable. Las relaciones con otros se caracterizan por una pasividad extrema, un miedo a ser abandonado y una hipersensibilidad a las críticas. Puede provocar la desesperación en los otros, puesto que constantemente deja de tomar iniciativas para mejorar la situación y para actuar de acuerdo con sus propios mejores intereses. Pueden observarse vinculaciones "límites" con los demás, lamentaciones por el rechazo de la ayuda y conductas suicidas o autolesivas. Puntuaciones bajas reflejan una emocionalidad relajada e imperturbable, quizá tan carente de atención y preocupación que sugiere un empobrecimiento de la experiencia interna y plantea la cuestión de la represión. En el extremo, la puntuación baja indica una vida emocional plácida que puede ser impermeable a la disrupción.	,57	Describe experiencias de estrés emocional, infelicidad, tristeza y bajo estado de ánimo. Existe una pérdida de interés en la actividades cotidianas y de la sensación de placer (anhedonia). Las puntuaciones bajas reflejan una pérdida de satisfacción que puede ser el motivador que se requiere para realizar cambios en la vida.		
Escala de Trastorno de estrés postraumático Schlenger (Esc_EPS)		**ANS-F Fisiológica (ANX_P)**			
,59	Depresión, ansiedad, pánico, memorias intrusivas, pérdida del sueño.	,60	Ansiedad relacionada con el sistema nervioso autónomo, se manifiesta como taquicardia, sudoración en la palma de las manos, hiperventilación y mareos. Reflejan un modo represivo de afrontamiento del estrés y puede estar acompañado por otros síntomas somáticos.		
Escala 7 - Psicastenia (Escal_Pt)		**TRA-E Estrés Postraumático (ARD_T)**			
,60	Esta escala refleja presencia de preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos, temores exagerados, emotividad negativa, control rígido de impulsos, miedo al fracaso, procrastinación, deterioro en la concentración y la memoria, culpa y autocrítica, rumiación. Problemas de distracción y olvido. Falta de inventiva e ingenio le lleva a la dilación, indecisión, inmovilismo. Las reuniones con desconocidos producen incomodidad.	,60	Incluye pesadillas, reacciones de ansiedad repentinas y sentimientos de estar irreversiblemente transformado por el evento traumático. Existencia de una experiencia pasada relacionada con el acontecimiento traumático perturbador que continúa siendo una fuente de malestar, produciendo episodios recurrentes de ansiedad. Las elevaciones más altas indican que el trauma es un factor dominante en la vida de la persona, que se percibe seria e irreparablemente dañada.		
Escala de Inadaptación universitaria (Esc_DPR)		**LIM-I Alteración de la Identidad (BOR_I)**			

RASGOS DE INSEGURIDAD VINCULAR

	,60	Individuos parecen poco adaptados, ineficientes, pesimistas y angustiados, pueden desarrollar síntomas físicos en épocas de estrés y sentir que la vida los abruma la mayoría del tiempo.	,61	Describe a persona con dificultades para mantener una representación de la propia identidad lo que se refleja en cambios repentinos en deseos y metas. Hay incertidumbre y dudas sobre asuntos vitales y dificultad para encontrarle sentido a la vida. Presentan sentimientos de vacío, ausencia de logros y hastío. Las puntuaciones más bajas refieren a un autoconcepto más estable.		
	Escala de Desmoralización (Escal_RCd)		**Dep-C Cognitiva (DEP_C)**			
	,60	Normalmente la escala se refiere a individuos que no están experimentando una cantidad significativa de angustia psicológica. Las puntuaciones más altas representan una incapacidad de hacer frente o estar abrumado con la situación actual, y experimentan malestar clínico significativo y confusión, percepción sombría del futuro, probablemente con la presencia de depresión por lo cual debe de evaluarse minuciosamente el riesgo de suicidio. Las personas con puntajes altos pueden sentirse desmotivados y desmoralizados. Tienen una baja autoestima, son pesimistas, creen que han fallado en el pasado y esperan fallar en el futuro. Son propensos a sentirse abrumados e incapaces de lidiar con sus circunstancias de vida actuales. Los pacientes clínicos con puntajes altos en esta escala son propensos a reportar depresión, ansiedad y quejas somáticas.	,63	Evalúa expectativas o creencias sobre la falta de aptitudes para afrontar las exigencias del entorno, tiene en consideración el autoestima, la sensación de incompetencia personal o un bajo nivel de autoeficacia. Personas que presentan sentimientos de desesperanza y fracaso, atribuyen los eventos negativos de la vida a su propia inadecuación o incompetencia, minimiza los acontecimientos positivos atribuyéndolos a la buena suerte o la ayuda de otros. Demuestran sentimientos de impotencia, problemas de concentración e indecisión. Las puntuaciones más bajas, hacen referencia a sentimientos de grandiosidad o narcisismo.		
	Escala de Ansiedad (Esc_ANS)		**TRA Trastornos Relacionados con la Ansiedad (ARD)**			
	,61	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene preocupaciones excesivas, tensión nerviosa, perturbaciones del sueño y problemas de atención y concentración. Presentan un miedo constante a perder la razón, mucho estrés y dificultades para tomar decisiones. En general pueden experimentar cierto pánico a que algo salga mal o que se dé una situación inesperada que les produzca la pérdida del control. Por lo general, estas personas consideran que la vida es bastante complicada y se sienten estresados constantemente, vulnerables en extremo a decepciones, dificultades financieras o a los posibles efectos de un error por una decisión que tomaron.	,65	Se enfoca en características clínicas y conductuales de áreas relacionadas con trastornos específicos de ansiedad. Incluye miedos específicos, fobias, pensamientos y comportamientos obsesivos-compulsivos, y experiencias problemáticas asociadas con eventos traumáticos.		
	Escala de Baja autoestima (ESC_BAE)		**LIM Rasgos Límites (BOR)**			
	,62	Esta escala describe los individuos que tienen altos índices de falta de confianza en sí mismos, actitudes negativas hacia ellos mismos. Su esquema de pensamientos son, el de sentirse poco atractivos, inferiores, poco competentes, poco simpáticos, menos capacitados, menos inteligentes e incluso menos importantes o que no calzan en lo esperado por los otros. Tienden a tener un bajo umbral para la autocensura y la autocrítica y por lo general abandonan sus proyectos personales ante la menor adversidad. Debido a esto anterior les cuesta mucho ser independientes, ya que no se sienten seguros para poder actuar o decidir de forma autosuficiente, por lo que tienden a ser dependientes y vincularse de forma sumisa con otras personas con las que tienen una afiliación afectiva relevante.	,65	Existe un escaso control de las emociones y la ira, confusión en torno a temas relacionados con la identidad y valores, así como el establecimiento de relaciones intensas y combativas con los demás. Se caracteriza por la impulsividad y conductas autodestructivas. Mide el grado de tensión y emoción negativa experimentado y que puede aparecer en diferentes categorías diagnósticas. Presenta preocupación constante, sentimientos subjetivos de miedo y tensión, así como signos físicos de nerviosismo y estrés, son hostiles e iracundos, a menudo son personas muy deprimidas y ansiosas. Son impulsivos, autodestructivos, incluyen gestos suicidas, abuso de alcohol, drogas o explosiones de agresividad. Se sienten incomprendidos, lo que los hace mostrarse enfadados y ansiosos y necesitados de los demás, haciendo que sus comportamientos sean ambivalentes. Las puntuaciones más bajas corresponden a personas malhumoradas, sensibles y con cierta incertidumbre ante la vida, carentes de satisfacción en las relaciones interpersonales.		
	Escala de Interferencia laboral (ESC_DTR)		**AFECTO_NEGATIVO_PAI**			
	,63	Esta escala describe las dinámicas internas de personas que tienen confianza en sí mismas, falta de concentración, y tensión. Dificultad para tomar decisiones, falta de apoyo familiar, cuestionamientos personales, actitudes negativas hacia los compañeros. Ansiedad, así como, preocupaciones excesivas o incluso, síntomas depresivos. Todas estas dinámicas, conductas o actitudes les provocan un desempeño laboral deficiente. Estas personas pueden ser poco amigables y cooperadoras, además de distantes de los otros, pueden tener tienen dificultades de adaptación en el trabajo.	,68	Experiencias frecuentes e intensas de una amplia gama de emociones negativas (p. ej., ansiedad, depresión, culpa/vergüenza, preocupación, enfado), y de sus manifestaciones comportamentales (p. ej., autolesión) e interpersonales (p. ej., dependencia).		
	Escala de Ansiedad (Esc_A)					
	,64	Puntuaciones altas en esta escala permiten identificar síntomas de ansiedad y falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a la desorganizarse ante el estrés y a la dificultad para ajustarse a las circunstancias. También puede indicar dificultades para la concentración, cansancio, preocupación, desánimo, sentimientos de inferioridad e inadecuación, susceptibilidad, control exagerado de impulsos, inseguridad y dificultad para tomar decisiones, sumisión y sugestionabilidad, aceptación de la autoridad externa, pesimismo, tendencia a racionalizar las dificultades, perturbación en situaciones sociales, timidez, torpeza, aislamiento y pasividad.				

IDPP	**MMPI-2 (N = 226)**		**PAI (N = 184)**		**PID-5 (N = 219)**	
Escala	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**
	Escala de Fuerza del yo (ESC_FYO)		**DOM Dominancia (DOM)**		**Depresión (Depressivity)**	
	-,60	Esta escala permite evaluar los recursos personales que posee un individuo, el nivel de adaptación, fortaleza y funcionamiento eficiente que puede tener. Las personas que puntúan alto en esta escala generalmente presentan un nivel importante de responsabilidad y efectividad para resolver problemas, un manejo del estrés efectivo así como persistencia, inteligencia e independencia. Sin embargo también pueden presentar rasgos de hostilidad y rebelión a la autoridad por la excesiva confianza en sí mismos que poseen.	-,53	Evalúa el grado en que una persona es controladora, sumisa o autónoma en sus relaciones interpersonales. Se relaciona con independencia, sinceridad, asertividad, liderazgo y la capacidad de gestionar relaciones. Las puntuaciones altas en extremo describen a una persona con necesidad de control, dominantes, intolerantes, vanidosas y déspotas. Las puntuaciones medias, corresponden a personas autosuficientes, seguras y con carácter firme que pueden ser un poco controladoras, pero que se desenvuelven bien en situaciones sociales. Mientras que las puntuaciones bajas describen a personas bastante modestas y retraídas, que tienden a cohibirse en las relaciones sociales, en algunos casos demuestran con poca confianza en sus interacciones sociales y pueden anteponer las necesidades de los otros sobre las propias por lo que pueden terminar sufriendo un trato abusivo por parte de los demás.	,52	Sentimientos de inferioridad, de desgracia o de desesperanza; dificultad para recuperarse del estado de ánimo negativo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza o culpa omnipresente; baja autoestima; ideación y comportamiento suicidas.
	Escala de Hostilidad (Esc_ENJ)		**TRA-E Estrés Postraumático (ARD_T)**		**Labilidad emocional (EmotionalLability)**	

,52	Esta escala hace referencia a personas con tendencias o que presentan problemas de control del enojo, es decir, tienen poca tolerancia a la frustración, pueden tener arrebatos de ira. También tienen la necesidad de descargar la ira u la hostilidad de forma ya sea directa (de forma abierta, verbal o física) o indirectamente (de forma controlada y encubierta, como molestando, burlándose, importunando, provocando, exigiendo o quejándose). Estas personas tienden a perder el autocontrol y dañar físicamente a otras personas u objetos o ambas durante sus arrebatos. Dependiendo de los grados en la escala, entre más alta esté la persona en la escala, hay más probabilidades de que sea más agresiva directamente o entre más bajo que sea agresiva indirectamente.	,54	Incluye pesadillas, reacciones de ansiedad repentinas y sentimientos de estar irreversiblemente transformado por el evento traumático. Existencia de una experiencia pasada relacionada con el acontecimiento traumático perturbador que continúa siendo una fuente de malestar, produciendo episodios recurrentes de ansiedad. Las elevaciones más altas indican que el trauma es un factor dominante en la vida de la persona, que se percibe seria e irreparablemente dañada.	,54	Un aspecto de la afectividad negativa: experiencias emocionales inestables y estado de ánimo con cambios frecuentes; las emociones se alteran fácil, intensa o desproporcionadamente con los acontecimientos y circunstancias.
Escala 0 - Introversión social (Escal_Is)		**ESQ Esquizofrenia (SCZ)**		**Hostilidad (Hostility)**	
,53	Escala que refiere a individuos que muestran timidez social, preferencia por permanecer solo, carencia de autoafirmación social, reservados, sobreaceptación a la autoridad, posible fobia social, miedo a hablar en público, evitación social, baja confianza, ansiedad social, dificultad para expresar emociones.	,54	Esta escala incluye creencias y percepciones inusuales, una escasa competencia social y anhedonia por las relaciones sociales, ineficacia y alteraciones en la atención, la concentración y los procesos asociativos. Evaluando con lo anterior diversas facetas de la esquizofrenia. Las puntuaciones más altas se asocian con un episodio esquizofrénico activo en el cual la persona está confusa, retraída y suspicaz, su juicio es limitado y hay poca claridad en la percepción de la realidad. Con la posibilidad de aparición de delirios de transmisión, inserción, así como el robo o control del pensamiento. La persona puede sentirse aislada, incomprendida y rechazada, así como tener problemas a nivel de pensamiento, concentración, toma de decisiones y experimentar percepciones inusuales o creencias de naturaleza psicótica. En cuanto a las puntuaciones más bajas describen a una persona que se presenta retraída, distante y poco convencional, además de ser ineficaz en las relaciones sociales presentará problemas de atención y concentración.	,54	Un aspecto del antagonismo: sentimientos de enojo persistentes o frecuentes; ira o irritabilidad en respuesta a ofensas e insultos menores.
Escala de Indicadores negativos de tratamiento (ESC_RTR)		**LIM-E Inestabilidad Emocional (BOR_A)**		**Ansiedad (Anxiousness)**	
,56	Esta escala refleja ciertas tendencias hacia sentimientos depresivos y apáticos, donde el locus de control es externo, con tendencias a darse por vencido rápidamente, ya que el individuo tiene pocos recursos personales. Tendencias a sentirse desvalido y emocionalmente indigente hasta el punto de que luchar contra la adversidad, o incluso pensar en hacerlo, le parece inútil. Prefieren no hablar de los problemas, lo ven como una acción inútil carente de resultados.	,55	Propensión a alternar rápidamente entre varias emociones negativas. La persona está ansiosa, enfadada, deprimida y a continuación irritable. Se caracterizan por realizar cambios emocionales rápidos y extremos, que ocurren debido a la propensión a sentir emociones negativas. Las puntuaciones más altas involucran todas las emociones combinadas con un bajo control de la ira, mientras que las puntuaciones más bajas refieren a personas con poca emotividad y con restricción emocional.	,59	Un aspecto de la afectividad negativa: sentimientos intensos de nerviosismo, tensión o pánico, a menudo en respuesta a tensiones interpersonales; se preocupan por los efectos negativos de las experiencias desagradables del pasado y posibilidades futuras negativas; sensación de miedo, aprensión o amenaza ante la incertidumbre; temor a desmoronarse o a perder el control.
Escala 2 - Depresión (Escala_D)		**SOM-S Somatización (SOM_S)**			
,58	Esta escala se asocia a individuos que pueden presentar ansiedad y preocupación, apatía y letargo, falta de impulsividad, síntomas físicos y baja autoestima. Insomnios o somnolencia, pérdida o ganancia de peso, debilidad, fatiga y agotamiento o falta de energía y vigor, culpabilidad, baja autoestima, falta de autoconfianza, distractibilidad, falta de memoria, indecisión, tensión, ansiedad, preocupación, irritabilidad, enfado y agitación fáciles e incluso ira, así como culpabilidad y autodesprecio.	,55	Individuos que presentan quejas físicas corrientes como dolores de cabeza, problemas de espalda, malestar o trastornos gastrointestinales. Presentan somnolencia, malestar general y suelen presentar sus quejas en forma de lamentos o expresiones de insatisfacción.		
Escala de Depresión (Esc_DEP)		**DEP-F Fisiológica (DEP_P)**			
,59	De acuerdo a esta escala, las personas que puntúan en la misma tienden a manifestar desesperación, pérdida de interés, sentimientos de fatiga, apatía y agotamiento. Además, tienden a ser infelices, deprimidos y propensos a llorar, hay una pérdida importante de la auto-eficacia y auto-consideración que los hace sentirse oprimidos por la culpa, inútiles, sienten desesperanza, desean la muerte y piensan en el suicidio. También es relevante que pueden percibir las personas con las que tienen un vínculo o no, no tienen interés en ellos o no pueden ayudarles. Estas personas pueden tener historiales de intentos anteriores de suicidio y hospitalizaciones psiquiátricas, además de una amplia sintomatología con desesperanza, ideas de suicidio o perturbaciones del sueño.	,56	Describe señales vegetativas de la depresión tales como las alteraciones del sueño, problemas de apetito, falta de energía o impulso, pérdida de la líbido, pérdida de peso y la posible presencia de una ralentización motora.		
Escala 8 - Esquizofrenia (Escal_Es)		**PSICOTICISMO_PAI**			
,60	La escala refiere la tendencia al desorden psicótico, presencia de confusión, desorganización, alucinaciones, problemas de concentración, ansiedad generalizada, depresión, pesimismo, hostilidad, agresividad, ideación suicida, dificultad para separar la realidad de la fantasía.	,56	Exhibir una amplia gama de conductas y cogniciones excéntricas, inusuales o culturalmente incongruentes y raras incluyendo tanto el proceso (p. ej., la percepción, la disociación) como el contenido (p. ej., creencias).		
Escala de Trastorno de estrés postraumático Keane (Esc_EPK)		**SOM Quejas Somáticas (SOM)**			
,62	Ansiedad, preocupación, alteraciones en el sueño, culpa y depresión, pensamientos perturbadores involuntarios, falta de control emocional, sentimientos de confusión y maltrato.	,56	Refleja preocupaciones sobre aspectos físicos y de salud, que van desde quejas de malestar físico menor como dolores de cabeza, hasta disfunciones mayores como parálisis. La preocupación es constante sobre la salud, con quejas crónicas, acompañadas de fatiga y debilidad incapacitante; además hay muy poco aceptación de las explicaciones psicológicas sobre su estado somático.		
Escala de Obsesividad (Esc_OBS)		**DEP-E Emocional (DEP_A)**			
,65	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene dificultades para tomar decisiones, en tanto hay una carga mental constante de pensamientos que se consideran o meditan continuamente, esto por lo general puede provocar una respuesta de impaciencia en los otros. Tienen tendencia constante a preocuparse de forma excesiva, porque prestan mucha atención a los detalles y sobrellevan muchos pensamientos intrusivos. Esto lleva a estas personas a sentirse abrumadas, con falta de confianza en sí mismas, miedo a emprender, dificultades para comprometerse, sentimientos de culpabilidad, autocrítica y timidez. Hay resistencia al cambio, esto les provoca tensiones y conductas compulsivas como el guardar objetos y realizar algunos rituales que les provoquen seguridad. Por lo general, la preocupación por los detalles les producen sentimientos de impaciencia, frustración y desesperación.	,57	Describe experiencias de estrés emocional, infelicidad, tristeza y bajo estado de ánimo. Existe una pérdida de interés en la actividades cotidianas y de la sensación de placer (anhedonia). Las puntuaciones bajas reflejan una pérdida de satisfacción que puede ser el motivador que se requiere para realizar cambios en la vida.		
Escala de Baja autoestima (ESC_BAE)		**LIM-I Alteración de la Identidad (BOR_I)**			

VULNERABILIDA

,66	Esta escala describe los individuos que tienen altos índices de falta de confianza en sí mismos, actitudes negativas hacia ellos mismos. Su esquema de pensamientos son, el de sentirse poco atractivos, inferiores, poco competentes, poco simpáticos, menos capacitados, menos inteligentes e incluso menos importantes o que no calzan en lo esperado por los otros. Tienden a tener un bajo umbral para la autocensura y la autocrítica y por lo general abandonan sus proyectos personales ante la menor adversidad. Debido a esto anterior les cuesta mucho ser independientes, ya que no se sienten seguros para poder actuar o decidir de forma autosuficiente, por lo que tienden a ser dependientes y vincularse de forma sumisa con otras personas con las que tienen una afiliación afectiva relevante.	,60	Describe a persona con dificultades para mantener una representación de la propia identidad lo que se refleja en cambios repentinos en deseos y metas. Hay incertidumbre y dudas sobre asuntos vitales y dificultad para encontrarle sentido a la vida. Presentan sentimientos de vacío, ausencia de logros y hastío. Las puntuaciones más bajas refieren a un autoconcepto más estable.
Escala de Trastorno de estrés postraumático Schlenger (Esc_EPS)		**ANS-C Cognitiva (ANX_C)**	
,67	Depresión, ansiedad, pánico, memorias intrusivas, pérdida del sueño.	,61	Se caracteriza por una preocupación constante y rumiativa, hipervigilancia cognitiva hacia posibles riesgos y peligros, incapacidad para concentrarse y prestar atención. Posibilidad de existencia de ideas obsesivas.
Escala de Emociones negativas disfuncionales (Escal_RC7)		**TRA-F Fobias (ARD_P)**	
,68	La escala hace referencia a las emociones disfuncionales negativas como ansiedad, miedo o irritabilidad, se describe a sí mismo como triste e infeliz. Son propensos a la culpa y tienen una tendencia ser autocrítico, inseguros y se preocupan en exceso, perciben crítica donde no existe, pesimistas; esperan fracasar, tienen dificultades para dormir, tienen pesadilla. Pueden sentirse abrumados e incapaces de enfrentar las situaciones. Reflejan malestar emocional significativo e impotencia. Tienden a ser muy pasivos y sumisos en las relaciones interpersonales. Son propensos a padecer o llegar a desarrollar desórdenes de ansiedad, así como experimentan excesiva culpa e inseguridad.	,61	Describe miedos fóbicos comunes como el miedo a las alturas, a lugares cerrados, el transporte público y la exposición a situaciones sociales. Los pacientes con tendencias psicopáticas pueden obtener puntuaciones altas caracterizadas por su comportamiento temerario y nula toma de precauciones. También puede observarse la ansiedad social, conductas fóbicas incapacitantes y conductas de evitación. Las puntuaciones más altas son indicadoras de la posible presencia de fobias múltiples o una fobia amplia como la agorafobia.
Escala de Ansiedad (Esc_ANS)		**Dep-C Cognitiva (DEP_C)**	
,69	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene preocupaciones excesivas, tensión nerviosa, perturbaciones del sueño y problemas de atención y concentración. Presentan un miedo constante a perder la razón, mucho estrés y dificultades para tomar decisiones. En general pueden experimentar cierto pánico a que algo salga mal o que se dé una situación inesperada que les produzca la pérdida del control. Por lo general, estas personas consideran que la vida es bastante complicada y se sienten estresados constantemente, vulnerables en extremo a decepciones, dificultades financieras o a los posibles efectos de un error por una decisión que tomaron.	,62	Evalúa expectativas o creencias sobre la falta de aptitudes para afrontar las exigencias del entorno, tiene en consideración el autoestima, la sensación de incompetencia personal o un bajo nivel de autoeficacia. Personas que presentan sentimientos de desesperanza y fracaso, atribuyen los eventos negativos de la vida a su propia inadecuación o incompetencia, minimiza los acontecimientos positivos atribuyéndolos a la buena suerte o la ayuda de otros. Demuestran sentimientos de impotencia, problemas de concentración e indecisión. Las puntuaciones más bajas, hacen referencia a sentimientos de grandiosidad o narcisismo.
Escala de Desmoralización (Escal_RCd)		**LIM Rasgos Límites (BOR)**	
,69	Normalmente la escala se refiere a individuos que no están experimentando una cantidad significativa de angustia psicológica. Las puntuaciones más altas representan una incapacidad de hacer frente o estar abrumado con la situación actual, y experimentan malestar clínico significativo y confusión, percepción sombría del futuro, probablemente con la presencia de depresión por lo cual debe de evaluarse minuciosamente el riesgo de suicidio. Las personas con puntajes altos pueden sentirse desmotivados y desmoralizados. Tienen una baja autoestima, son pesimistas, creen que han fallado en el pasado y esperan fallar en el futuro. Son propensos a sentirse abrumados e incapaces de lidiar con sus circunstancias de vida actuales. Los pacientes clínicos con puntajes altos en esta escala son propensos a reportar depresión, ansiedad y quejas somáticas.	,62	Existe un escaso control de las emociones y la ira, confusión en torno a temas relacionados con la identidad y valores, así como el establecimiento de relaciones intensas y combativas con los demás. Se caracteriza por la impulsividad y conductas autodestructivas. Mide el grado de tensión y emoción negativa experimentado y que puede aparecer en diferentes categorías diagnósticas. Presenta preocupación constante, sentimientos subjetivos de miedo y tensión, así como signos físicos de nerviosismo y estrés, son hostiles e iracundos, a menudo son personas muy deprimidas y ansiosas. Son impulsivos, autodestructivos, incluyen gestos suicidas, abuso de alcohol, drogas o explosiones de agresividad. Se sienten incomprendidos, lo que los hace mostrarse enfadados y ansiosos y necesitados de los demás, haciendo que sus comportamientos sean ambivalentes. Las puntuaciones más bajas corresponden a personas malhumoradas, sensibles y con cierta incertidumbre ante la vida, carentes de satisfacción en las relaciones interpersonales.
Escala 7 - Psicastenia (Escal_Pt)		**ANS Ansiedad (ANX)**	
,70	Esta escala refleja presencia de preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos, temores exagerados, emotividad negativa, control rígido de impulsos, miedo al fracaso, procrastinación, deterioro en la concentración y la memoria, culpa y autocrítica, rumiación. Problemas de distracción y olvido. Falta de inventiva e ingenio le lleva a la dilación, indecisión, inmovilismo. Las reuniones con desconocidos producen incomodidad.	,64	Se enfoca en características clínicas y conductuales de áreas relacionadas con trastornos específicos de ansiedad. Se caracteriza por miedos específicos, fobias, pensamientos y comportamientos obsesivos-compulsivos, y experiencias problemáticas asociadas con eventos traumáticos.
Escala de Interferencia laboral (ESC_DTR)		**DEP Depresión (DEP)**	
,70	Esta escala describe las dinámicas internas de personas que tienen confianza en sí mismas, falta de concentración, y tensión. Dificultad para tomar decisiones, falta de apoyo familiar, cuestionamientos personales, actitudes negativas hacia los compañeros. Ansiedad, así como, preocupaciones excesivas o incluso, síntomas depresivos. Todas estas dinámicas, conductas o actitudes les provocan un desempeño laboral deficiente. Estas personas pueden ser poco amigables y cooperadoras, además de distantes de los otros, pueden tener tienen dificultades de adaptación en el trabajo.	,64	Evalúa características clínicas del síndrome de la depresión. Incluye pesimismo y expectativas negativas, sentimientos de tristeza, apatía, falta de energía, alteraciones del sueño y del apetito, falta de motivación, desesperanza, ideación suicida.
Escala de Inadaptación universitaria (Esc_DPR)		**TRA Trastornos Relacionados con la Ansiedad (ARD)**	
,70	Individuos parecen poco adaptados, ineficientes, pesimistas y angustiados, pueden desarrollar síntomas físicos en épocas de estrés y sentir que la vida los abruma la mayoría del tiempo.	,65	Se enfoca en características clínicas y conductuales de áreas relacionadas con trastornos específicos de ansiedad. Incluye miedos específicos, fobias, pensamientos y comportamientos obsesivos-compulsivos, y experiencias problemáticas asociadas con eventos traumáticos.
Escala de Ansiedad (Esc_A)		**ANS-F Fisiológica (ANX_P)**	
,71	Puntuaciones altas en esta escala permiten identificar síntomas de ansiedad y falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a la desorganizarse ante el estrés y a la dificultad para ajustarse a las circunstancias. También puede indicar dificultades para la concentración, cansancio, preocupación, desánimo, sentimientos de inferioridad e inadecuación, susceptibilidad, control exagerado de impulsos, inseguridad y dificultad para tomar decisiones, sumisión y sugestionabilidad, aceptación de la autoridad externa, pesimismo, tendencia a racionalizar las dificultades, perturbación en situaciones sociales, timidez, torpeza, aislamiento y pasividad.	,69	Ansiedad relacionada con el sistema nervioso autónomo, se manifiesta como taquicardia, sudoración en la palma de las manos, hiperventilación y mareos. Reflejan un modo represivo de afrontamiento del estrés y puede estar acompañado por otros síntomas somáticos.
Escala de Neuroticismo o Emocionalidad negativa (Esc_NEN)		**AFECTO_NEGATIVO_PAI**	

	,71	Quien puntúa alto se muestra impotente, dependiente, necesitado, indeciso e inestable. Las relaciones con otros se caracterizan por una pasividad extrema, un miedo a ser abandonado y una hipersensibilidad a las críticas. Puede provocar la desesperación en los otros, puesto que constantemente deja de tomar iniciativas para mejorar la situación y para actuar de acuerdo con sus propios mejores intereses. Pueden observarse vinculaciones "límites" con los demás, lamentaciones por el rechazo de la ayuda y conductas suicidas o autolesivas. Puntuaciones bajas reflejan una emocionalidad relajada e imperturbable, quizá tan carente de atención y preocupación que sugiere un empobrecimiento de la experiencia interna y plantea la cuestión de la represión. En el extremo, la puntuación baja indica una vida emocional plácida que puede ser impermeable a la disrupción.	,72	Exhibir una amplia gama de conductas y cogniciones excéntricas, inusuales o culturalmente incongruentes y raras incluyendo tanto el proceso (p. ej., la percepción, la disociación) como el contenido (p. ej., creencias).		
IDPP	**MMPI-2 (N = 226)**		**PAI (N = 184)**		**PID-5 (N = 219)**	
Escala	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**
	Escala 2 - Depresión (Escala_D)		**AFECTO_NEGATIVO_PAI**		**Anhedonia (Anhedonia)**	
	,67	Esta escala se asocia a individuos que pueden presentar ansiedad y preocupación, apatía y letargo, falta de impulsividad, síntomas físicos y baja autoestima. Insomnios o somnolencia, pérdida o ganancia de peso, debilidad, fatiga y agotamiento o falta de energía y vigor, culpabilidad, baja autoestima, falta de autoconfianza, distractibilidad, falta de memoria, indecisión, tensión, ansiedad, preocupación, irritabilidad, enfado y agitación fáciles e incluso ira, así como culpabilidad y autodesprecio.	**,58**	Experiencias frecuentes e intensas de una amplia gama de emociones negativas (p. ej., ansiedad, depresión, culpa/vergüenza, preocupación, enfado), y de sus manifestaciones comportamentales (p. ej., autolesión) e interpersonales (p. ej., dependencia).	**,56**	Un aspecto del desapego: falta de disfrute, de participación o de energía para las experiencias vitales; déficit en la capacidad de sentir placer o de interesarse por las cosas.
	Escala de Neuroticismo o Emocionalidad negativa (Esc_NEN)		**PSICOTICISMO_PAI**		**Depresión (Depressivity)**	
	,70	Quien puntúa alto se muestra impotente, dependiente, necesitado, indeciso e inestable. Las relaciones con otros se caracterizan por una pasividad extrema, un miedo a ser abandonado y una hipersensibilidad a las críticas. Puede provocar la desesperación en los otros, puesto que constantemente deja de tomar iniciativas para mejorar la situación y para actuar de acuerdo con sus propios mejores intereses. Pueden observarse vinculaciones "límites" con los demás, lamentaciones por el rechazo de la ayuda y conductas suicidas o autolesivas. Puntuaciones bajas reflejan una emocionalidad relajada e imperturbable, quizá tan carente de atención y preocupación que sugiere un empobrecimiento de la experiencia interna y plantea la cuestión de la represión. En el extremo, la puntuación baja indica una vida emocional plácida que puede ser impermeable a la disrupción.	**,61**	Exhibir una amplia gama de conductas y cogniciones excéntricas, inusuales o culturalmente incongruentes y raras incluyendo tanto el proceso (p. ej., la percepción, la disociación) como el contenido (p. ej., creencias).	**,67**	Sentimientos de inferioridad, de desgracia o de desesperanza; dificultad para recuperarse del estado de ánimo negativo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza o culpa omnipresente; baja autoestima; ideación y comportamiento suicidas.
	Escala 8 - Esquizofrenia (Escal_Es)		**LIM Rasgos Límites (BOR)**		**Ansiedad (Anxiousness)**	
	,71	La escala refiere la tendencia al desorden psicótico, presencia de confusión, desorganización, alucinaciones, problemas de concentración, ansiedad generalizada, depresión, pesimismo, hostilidad, agresividad, ideación suicida, dificultad para separar la realidad de la fantasía.	**,71**	Existe un escaso control de las emociones y la ira, confusión en torno a temas relacionados con la identidad y valores, así como el establecimiento de relaciones intensas y combativas con los demás. Se caracteriza por la impulsividad y conductas autodestructivas. Mide el grado de tensión y emoción negativa experimentado y que puede aparecer en diferentes categorías diagnósticas. Presenta preocupación constante, sentimientos subjetivos de miedo y tensión, así como signos físicos de nerviosismo y estrés, son hostiles e iracundos, a menudo son personas muy deprimidas y ansiosas. Son impulsivos, autodestructivos, incluyen gestos suicidas, abuso de alcohol, drogas o explosiones de agresividad. Se sienten incomprendidos, lo que los hace mostrarse enfadados y ansiosos y necesitados de los demás, haciendo que sus comportamientos sean ambivalentes. Las puntuaciones más bajas corresponden a personas malhumoradas, sensibles y con cierta incertidumbre ante la vida, carentes de satisfacción en las relaciones interpersonales.	**,73**	Un aspecto de la afectividad negativa: sentimientos intensos de nerviosismo, tensión o pánico, a menudo en respuesta a tensiones interpersonales; se preocupan por los efectos negativos de las experiencias desagradables del pasado y posibilidades futuras negativas; sensación de miedo, aprensión o amenaza ante la incertidumbre; temor a desmoronarse o a perder el control.
	Escala de Emociones negativas disfuncionales (Escal_RC7)		**ANS-C Cognitiva (ANX_C)**			
	,73	La escala hace referencia a las emociones disfuncionales negativas como ansiedad, miedo o irritabilidad, se describe a sí mismo como triste e infeliz. Son propensos a la culpa y tienen una tendencia ser autocrítico, inseguros y se preocupan en exceso, perciben crítica donde no existe, pesimistas; esperan fracasar, tienen dificultades para dormir, tienen pesadilla. Pueden sentirse abrumados e incapaces de enfrentar las situaciones. Reflejan malestar emocional significativo e impotencia. Tienden a ser muy pasivos y sumisos en las relaciones interpersonales. Son propensos a padecer o llegar a desarrollar desórdenes de ansiedad, así como experimentan excesiva culpa e inseguridad.	**,73**	Se caracteriza por una preocupación constante y rumiativa, hipervigilancia cognitiva hacia posibles riesgos y peligros, incapacidad para concentrarse y prestar atención. Posibilidad de existencia de ideas obsesivas.		
	Escala de Depresión (Esc_DEP)		**Dep-C Cognitiva (DEP_C)**			
	,74	De acuerdo a esta escala, las personas que puntúan en la misma tienden a manifestar desesperación, pérdida de interés, sentimientos de fatiga, apatía y agotamiento. Además, tienden a ser infelices, deprimidos y propensos a llorar, hay una pérdida importante de la auto-eficacia y auto-consideración que los hace sentirse oprimidos por la culpa, inútiles, sienten desesperanza, desean la muerte y piensan en el suicidio. También es relevante que pueden percibir las personas con las que tienen un vínculo o no, no tienen interés en ellos o no pueden ayudarles. Estas personas pueden tener historiales de intentos anteriores de suicidio y hospitalizaciones psiquiátricas, además de una amplia sintomatología con desesperanza, ideas de suicidio o perturbaciones del sueño.	**,74**	Evalúa expectativas o creencias sobre la falta de aptitudes para afrontar las exigencias del entorno, tiene en consideración el autoestima, la sensación de incompetencia personal o un bajo nivel de autoeficacia. Personas que presentan sentimientos de desesperanza y fracaso, atribuyen los eventos negativos de la vida a su propia inadecuación o incompetencia, minimiza los acontecimientos positivos atribuyéndolos a la buena suerte o la ayuda de otros. Demuestran sentimientos de impotencia, problemas de concentración e indecisión. Las puntuaciones más bajas, hacen referencia a sentimientos de grandiosidad o narcisismo.		
	Escala de Obsesividad (Esc_OBS)		**ANS Ansiedad (ANX)**			
RASGOS ANSIOSOS	**,74**	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene dificultades para tomar decisiones, en tanto hay una carga mental constante de pensamientos que se consideran o meditan continuamente, esto por lo general puede provocar una respuesta de impaciencia en los otros. Tienen tendencia constante a preocuparse de forma excesiva, porque prestan mucha atención a los detalles y sobrellevan muchos pensamientos intrusivos. Esto lleva a estas personas a sentirse abrumadas, con falta de confianza en sí mismas, miedo a emprender, dificultades para comprometerse, sentimientos de culpabilidad, autocrítica y timidez. Hay resistencia al cambio, esto les provoca tensiones y conductas compulsivas como el guardar objetos y realizar algunos rituales que les provoquen seguridad. Por lo general, la preocupación por los detalles les producen sentimientos de impaciencia, frustración y desesperación.	**,77**	Se enfoca en características clínicas y conductuales de áreas relacionadas con trastornos específicos de ansiedad. Se caracteriza por miedos específicos, fobias, pensamientos y comportamientos obsesivos-compulsivos, y experiencias problemáticas asociadas con eventos traumáticos.		
	Escala de Trastorno de estrés postraumático Keane (Esc_EPK)		**TRA Trastornos Relacionados con la Ansiedad (ARD)**			

	,74	Ansiedad, preocupación, alteraciones en el sueño, culpa y depresión, pensamientos perturbadores involuntarios, falta de control emocional, sentimientos de confusión y maltrato.	**,78**	Se enfoca en características clínicas y conductuales de áreas relacionadas con trastornos específicos de ansiedad. Incluye miedos específicos, fobias, pensamientos y comportamientos obsesivos-compulsivos, y experiencias problemáticas asociadas con eventos traumáticos.		
	Escala de Ansiedad (Esc_ANS)		**ANS-F Fisiológica (ANX_P)**			
	,77	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene preocupaciones excesivas, tensión nerviosa, perturbaciones del sueño y problemas de atención y concentración. Presentan un miedo constante a perder la razón, mucho estrés y dificultades para tomar decisiones. En general pueden experimentar cierto pánico a que algo salga mal o que se dé una situación inesperada que les produzca la pérdida del control. Por lo general, estas personas consideran que la vida es bastante complicada y se sienten estresados constantemente, vulnerables en extremo a decepciones, dificultades financieras o a los posibles efectos de un error por una decisión que tomaron.	**,81**	Ansiedad relacionada con el sistema nervioso autónomo, se manifiesta como taquicardia, sudoración en la palma de las manos, hiperventilación y mareos. Reflejan un modo represivo de afrontamiento del estrés y puede estar acompañado por otros síntomas somáticos.		
	Escala de Inadaptación universitaria (Esc_DPR)					
	,77	Individuos parecen poco adaptados, ineficientes, pesimistas y angustiados, pueden desarrollar síntomas físicos en épocas de estrés y sentir que la vida los abruma la mayoría del tiempo.				
	Escala de Trastorno de estrés postraumático Schlenger (Esc_EPS)					
	,78	Esta escala tiene una alta relación con los índices de ansiedad del MMPI, tales como síntomas de ansiedad, falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a desorganizarse con el estrés, y enfrentar problemas para ajustarse a las circunstancias, perturbación en la concentración, fatiga, preocupación, desánimo, sentimientos de inadecuación e inferioridad, susceptibilidad, inhibición, control exagerado de impulsos, pesimismo, timidez, aislamiento, pasividad				
	Escala de Desmoralización (Escal_RCd)					
	,79	Normalmente la escala se refiere a individuos que no están experimentando una cantidad significativa de angustia psicológica. Las puntuaciones más altas representan una incapacidad de hacer frente o estar abrumado con la situación actual, y experimentan malestar clínico significativo y confusión, percepción sombría del futuro, probablemente con la presencia de depresión por lo cual debe de evaluarse minuciosamente el riesgo de suicidio. Las personas con puntajes altos pueden sentirse desmotivados y desmoralizados. Tienen una baja autoestima, son pesimistas, creen que han fallado en el pasado y esperan fallar en el futuro. Son propensos a sentirse abrumados e incapaces de lidiar con sus circunstancias de vida actuales. Los pacientes clínicos con puntajes altos en esta escala son propensos a reportar depresión, ansiedad y quejas somáticas.				
	Escala de Ansiedad (Esc_A)					
	,79	Puntuaciones altas en esta escala permiten identificar síntomas de ansiedad y falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a la desorganizarse ante el estrés y a la dificultad para ajustarse a las circunstancias. También puede indicar dificultades para la concentración, cansancio, preocupación, desánimo, sentimientos de inferioridad e inadecuación, susceptibilidad, control exagerado de impulsos, inseguridad y dificultad para tomar decisiones, sumisión y sugestionabilidad, aceptación de la autoridad externa, pesimismo, tendencia a racionalizar las dificultades, perturbación en situaciones sociales, timidez, torpeza, aislamiento y pasividad.				
	Escala 7 Psicastenia (Escal_Pt)					
	,81	Esta escala refleja presencia de preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos, temores exagerados, emotividad negativa, control rígido de impulsos, miedo al fracaso, procrastinación, deterioro en la concentración y la memoria, culpa y autocrítica, rumiación. Problemas de distracción y olvido. Falta de inventiva e ingenio le lleva a la dilación, indecisión, inmovilismo. Las reuniones con desconocidos producen incomodidad.				

IDPP	**MMPI-2 (N = 226)**		**PAI (N = 184)**		**PID-5 (N = 219)**	
Escala	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**
	Escala 6 - Paranoia (Escal_Pa)		**PSICOTICISMO_PAI**		**Depresión (Depressivity)**	
	,56	Escala asociada a sujetos propensos a reflejar susceptibilidad interpersonal marcada y tendencia a malinterpretar los motivos e intenciones de otros, presencia de delirios de persecución, se sienten criticados, juzgados, atacados o tratados injustamente, miedo a ataques, posiblemente deprimidos, con dificultades interpersonales, con resentimiento con familiares.	,61	Exhibir una amplia gama de conductas y cogniciones excéntricas, inusuales o culturalmente incongruentes y raras incluyendo tanto el proceso (p. ej., la percepción, la disociación) como el contenido (p. ej., creencias).	,57	Sentimientos de inferioridad, de desgracia o de desesperanza; dificultad para recuperarse del estado de ánimo negativo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza o culpa omnipresente; baja autoestima; ideación y comportamiento suicidas.
	Escala de Baja autoestima (Esc_BAE)		**DEP-E Emocional (DEP_A)**		**Ansiedad (Anxiousness)**	
	,62	Esta escala describe los individuos que tienen altos índices de falta de confianza en sí mismos, actitudes negativas hacia ellos mismos. Su esquema de pensamientos son, el de sentirse poco atractivos, inferiores, poco competentes, poco simpáticos, menos capacitados, menos inteligentes e incluso menos importantes o que no calzan en lo esperado por los otros. Tienden a tener un bajo umbral para la autocensura y la autocrítica y por lo general abandonan sus proyectos personales ante la menor adversidad. Debido a esto anterior les cuesta mucho ser independientes, ya que no se sienten seguros para poder actuar o decidir de forma autosuficiente, por lo que tienden a ser dependientes y vincularse de forma sumisa con otras personas con las que tienen una afiliación afectiva relevante.	,68	Describe experiencias de estrés emocional, infelicidad, tristeza y bajo estado de ánimo. Existe una pérdida de interés en la actividades cotidianas y de la sensación de placer (anhedonia). Las puntuaciones bajas reflejan una pérdida de satisfacción que puede ser el motivador que se requiere para realizar cambios en la vida.	,63	Un aspecto de la afectividad negativa: sentimientos intensos de nerviosismo, tensión o pánico, a menudo en respuesta a tensiones interpersonales; se preocupan por los efectos negativos de las experiencias desagradables del pasado y posibilidades futuras negativas; sensación de miedo, aprensión o amenaza ante la incertidumbre; temor a desmoronarse o a perder el control.
	Escala 8 - Esquizofrenia (Escal_Es)		**Dep-C Cognitiva (DEP_C)**		**Labilidad emocional (EmotionalLability)**	
	,63	La escala refiere la tendencia al desorden psicótico, presencia de confusión, desorganización, alucinaciones, problemas de concentración, ansiedad generalizada, depresión, pesimismo, hostilidad, agresividad, ideación suicida, dificultad para separar la realidad de la fantasía.	,68	Evalúa expectativas o creencias sobre la falta de aptitudes para afrontar las exigencias del entorno, tiene en consideración el autoestima, la sensación de incompetencia personal o un bajo nivel de autoeficacia. Personas que presentan sentimientos de desesperanza y fracaso, atribuyen los eventos negativos de la vida a su propia inadecuación o incompetencia, minimiza los acontecimientos positivos atribuyéndolos a la buena suerte o la ayuda de otros. Demuestran sentimientos de impotencia, problemas de concentración e indecisión. Las puntuaciones más bajas, hacen referencia a sentimientos de grandiosidad o narcisismo.	,67	Un aspecto de la afectividad negativa: experiencias emocionales inestables y estado de ánimo con cambios frecuentes; las emociones se alteran fácil, intensa o desproporcionadamente con los acontecimientos y circunstancias.

INESTABILIDAD EMOCIONAL	**Escala de Emociones negativas disfuncionales (Escal_RC7)**		**ANS-F Fisiológica (ANX_P)**	
	,65	La escala hace referencia a las emociones disfuncionales negativas como ansiedad, miedo o irritabilidad, se describe a sí mismo como triste e infeliz. Son propensos a la culpa y tienen una tendencia ser autocrítico, inseguros y se preocupan en exceso, perciben crítica donde no existe, pesimistas; esperan fracasar, tienen dificultades para dormir, tienen pesadilla. Pueden sentirse abrumados e incapaces de enfrentar las situaciones. Reflejan malestar emocional significativo e impotencia. Tienden a ser muy pasivos y sumisos en las relaciones interpersonales. Son propensos a padecer o llegar a desarrollar desórdenes de ansiedad, así como experimentan excesiva culpa e inseguridad.	,69	Ansiedad relacionada con el sistema nervioso autónomo, se manifiesta como taquicardia, sudoración en la palma de las manos, hiperventilación y mareos. Reflejan un modo represivo de afrontamiento del estrés y puede estar acompañado por otros síntomas somáticos.
	Escala de Depresión (Esc_DEP)		**TRA Trastornos Relacionados con la Ansiedad (ARD)**	
	,67	De acuerdo a esta escala, las personas que puntúan en la misma tienden a manifestar desesperación, pérdida de interés, sentimientos de fatiga, apatía y agotamiento. Además, tienden a ser infelices, deprimidos y propensos a llorar, hay una pérdida importante de la auto-eficacia y auto-consideración que los hace sentirse oprimidos por la culpa, inútiles, sienten desesperanza, desean la muerte y piensan en el suicidio. También es relevante que pueden percibir las personas con las que tienen un vínculo o no, no tienen interés en ellos o no pueden ayudarles. Estas personas pueden tener historiales de intentos anteriores de suicidio y hospitalizaciones psiquiátricas, además de una amplia sintomatología con desesperanza, ideas de suicidio o perturbaciones del sueño.	,70	Se enfoca en características clínicas y conductuales de áreas relacionadas con trastornos específicos de ansiedad. Incluye miedos específicos, fobias, pensamientos y comportamientos obsesivos-compulsivos, y experiencias problemáticas asociadas con eventos traumáticos.
	Escala de Ansiedad (Esc_ANS)		**LIM-I Alteración de la Identidad (BOR_I)**	
	,70	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene preocupaciones excesivas, tensión nerviosa, perturbaciones del sueño y problemas de atención y concentración. Presentan un miedo constante a perder la razón, mucho estrés y dificultades para tomar decisiones. En general pueden experimentar cierto pánico a que algo salga mal o que se dé una situación inesperada que les produzca la pérdida del control. Por lo general, estas personas consideran que la vida es bastante complicada y se sienten estresados constantemente, vulnerables en extremo a decepciones, dificultades financieras o a los posibles efectos de un error por una decisión que tomaron.	,71	Describe a persona con dificultades para mantener una representación de la propia identidad lo que se refleja en cambios repentinos en deseos y metas. Hay incertidumbre y dudas sobre asuntos vitales y dificultad para encontrarle sentido a la vida. Presentan sentimientos de vacío, ausencia de logros y hastío. Las puntuaciones más bajas refieren a un autoconcepto más estable.
	Escala de Trastorno de estrés postraumático Schlenger (Esc_EPS)		**DEP Depresión (DEP)**	
	,70	Esta escala tiene una alta relación con los índices de ansiedad del MMPI, tales como síntomas de ansiedad, falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a desorganizarse con el estrés, y enfrentar problemas para ajustarse a las circunstancias, perturbación en la concentración, fatiga, preocupación, desánimo, sentimientos de inadecuación e inferioridad, susceptibilidad, inhibición, control exagerado de impulsos, pesimismo, timidez, aislamiento, pasividad	,72	Evalúa características clínicas del síndrome de la depresión. Incluye pesimismo y expectativas negativas, sentimientos de tristeza, apatía, falta de energía, alteraciones del sueño y del apetito, falta de motivación, desesperanza, ideación suicida.
	Escala de Neuroticismo o Emocionalidad negativa (Esc_NEN)		**LIM Rasgos Límites (BOR)**	
	,71	Quien puntúa alto se muestra impotente, dependiente, necesitado, indeciso e inestable. Las relaciones con otros se caracterizan por una pasividad extrema, un miedo a ser abandonado y una hipersensibilidad a las críticas. Puede provocar la desesperación en los otros, puesto que constantemente deja de tomar iniciativas para mejorar la situación y para actuar de acuerdo con sus propios mejores intereses. Pueden observarse vinculaciones "límites" con los demás, lamentaciones por el rechazo de la ayuda y conductas suicidas o autolesivas. Puntuaciones bajas reflejan una emocionalidad relajada e imperturbable, quizá tan carente de atención y preocupación que sugiere un empobrecimiento de la experiencia interna y plantea la cuestión de la represión. En el extremo, la puntuación baja indica una vida emocional plácida que puede ser impermeable a la disrupción.	,76	Existe un escaso control de las emociones y la ira, confusión en torno a temas relacionados con la identidad y valores, así como el establecimiento de relaciones intensas y combativas con los demás. Se caracteriza por la impulsividad y conductas autodestructivas. Mide el grado de tensión y emoción negativa experimentado y que puede aparecer en diferentes categorías diagnósticas. Presenta preocupación constante, sentimientos subjetivos de miedo y tensión, así como signos físicos de nerviosismo y estrés, son hostiles e iracundos, a menudo son personas muy deprimidas y ansiosas. Son impulsivos, autodestructivos, incluyen gestos suicidas, abuso de alcohol, drogas o explosiones de agresividad. Se sienten incomprendidos, lo que los hace mostrarse enfadados y ansiosos y necesitados de los demás, haciendo que sus comportamientos sean ambivalentes. Las puntuaciones más bajas corresponden a personas malhumoradas, sensibles y con cierta incertidumbre ante la vida, carentes de satisfacción en las relaciones interpersonales.
	Escala de Desmoralización (Escal_RCd)		**AFECTO_NEGATIVO_PAI**	
	,71	Normalmente la escala se refiere a individuos que no están experimentando una cantidad significativa de angustia psicológica. Las puntuaciones más altas representan una incapacidad de hacer frente o estar abrumado con la situación actual, y experimentan malestar clínico significativo y confusión, percepción sombría del futuro, probablemente con la presencia de depresión por lo cual debe de evaluarse minuciosamente el riesgo de suicidio. Las personas con puntajes altos pueden sentirse desmotivados y desmoralizados. Tienen una baja autoestima, son pesimistas, creen que han fallado en el pasado y esperan fallar en el futuro. Son propensos a sentirse abrumados e incapaces de lidiar con sus circunstancias de vida actuales. Los pacientes clínicos con puntajes altos en esta escala son propensos a reportar depresión, ansiedad y quejas somáticas.	,79	Experiencias frecuentes e intensas de una amplia gama de emociones negativas (p. ej., ansiedad, depresión, culpa/vergüenza, preocupación, enfado), y de sus manifestaciones comportamentales (p. ej., autolesión) e interpersonales (p. ej., dependencia).
	Escala de Ansiedad (Esc_A)			
	,72	Puntuaciones altas en esta escala permiten identificar síntomas de ansiedad y falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a la desorganizarse ante el estrés y a la dificultad para ajustarse a las circunstancias. También puede indicar dificultades para la concentración, cansancio, preocupación, desánimo, sentimientos de inferioridad e inadecuación, susceptibilidad, control exagerado de impulsos, inseguridad y dificultad para tomar decisiones, sumisión y sugestionabilidad, aceptación de la autoridad externa, pesimismo, tendencia a racionalizar las dificultades, perturbación en situaciones sociales, timidez, torpeza, aislamiento y pasividad.		
	Escala 7 - Psicastenia (Escal_Pt)			
	,72	Esta escala refleja presencia de preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos, temores exagerados, emotividad negativa, control rígido de impulsos, miedo al fracaso, procrastinación, deterioro en la concentración y la memoria, culpa y autocrítica, rumiación. Problemas de distracción y olvido. Falta de inventiva e ingenio le lleva a la dilación, indecisión, inmovilismo. Las reuniones con desconocidos producen incomodidad.		
	Escala de Inadaptación universitaria (Esc_DPR)			
	,73	Individuos parecen poco adaptados, ineficientes, pesimistas y angustiados, pueden desarrollar síntomas físicos en épocas de estrés y sentir que la vida los abruma la mayoría del tiempo.		

IDPP	MMPI-2 (N = 226)		PAI (N = 184)		PID-5 (N = 219)	
Escala	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**
RASGOS HOSTILES		**Escala 4 - Desviación Psicopática (Escal_Dp)**		**SOM Quejas Somáticas (SOM)**		**Ansiedad (Anxiousness)**
	,57	Esta escala está asociada a las conductas antisociales donde no hay una respuesta emocional profunda de las acciones - reacciones emocionales superficiales- y los hechos cometidos, así como la incapacidad de aprender de la experiencia. La escala también mide la falta de compromiso o juicio hacia las normas sociales. Hay presencia de conductas agresivas, inestables, inmaduras, irresponsables, rebeldes y hostiles. Dentro del histórico conductual de los individuos se encuentran los problemas maritales, problemas con la autoridad, abuso de sustancias, impulsividad, sociabilidad y hedonismo, así como búsqueda inmediata de gratificación, impaciencia, baja tolerancia a la frustración y centrado en sí mismo.	**,52**	Refleja preocupaciones sobre aspectos físicos y de salud, que van desde quejas de malestar físico menor como dolores de cabeza, hasta disfunciones mayores como parálisis. La preocupación es constante sobre la salud, existen quejas crónicas, acompañadas de fatiga y debilidad incapacitante. Además, hay muy poca aceptación de las explicaciones psicológicas sobre su estado somático.	**,51**	Un aspecto de la afectividad negativa: sentimientos intensos de nerviosismo, tensión o pánico, a menudo en respuesta a tensiones interpersonales; se preocupan por los efectos negativos de las experiencias desagradables del pasado y posibilidades futuras negativas; sensación de miedo, aprensión o amenaza ante la incertidumbre; temor a desmoronarse o a perder el control.
		Escala de Depresión (Esc_DEP)		**DESINHIBICIÓN PAI**		**Hostilidad (Hostility)**
	,58	De acuerdo a esta escala, las personas que puntúan en la misma tienden a manifestar desesperación, pérdida de interés, sentimientos de fatiga, apatía y agotamiento. Además, tienden a ser infelices, deprimidos y propensos a llorar, hay una pérdida importante de la auto-eficacia y auto-consideración que los hace sentirse oprimidos por la culpa, inútiles, sienten desesperanza, desean la muerte y piensan en el suicidio. También es relevante que pueden percibir las personas con las que tienen un vínculo o no, no tienen interés en ellos o no pueden ayudarles. Estas personas pueden tener historiales de intentos anteriores de suicidio y hospitalizaciones psiquiátricas, además de una amplia sintomatología con desesperanza, ideas de suicidio o perturbaciones del sueño.	**,53**	Orientación hacia la satisfacción inmediata, dando lugar a un comportamiento impulsivo dominado por pensamientos y sentimientos repentinos evocados por estímulos externos, sin tener en cuenta aprendizajes obtenidos de experiencias del pasado ni reflexiones sobre las consecuencias futuras.	**,77**	Un aspecto del antagonismo: sentimientos de enojo persistentes o frecuentes; ira o irritabilidad en respuesta a ofensas e insultos menores.
		Escala 8 - Esquizofrenia (Escal_Es)		**LIM-E Inestabilidad Emocional (BOR_A)**		
	,61	La escala refiere la tendencia al desorden psicótico, presencia de confusión, desorganización, alucinaciones, problemas de concentración, ansiedad generalizada, depresión, pesimismo, hostilidad, agresividad, ideación suicida, dificultad para separar la realidad de la fantasía.	**,55**	Propensión a alternar rápidamente entre varias emociones negativas. La persona está ansiosa, enfadada, deprimida y a continuación irritable. Se caracterizan por realizar cambios emocionales rápidos y extremos, que ocurren debido a la propensión a sentir emociones negativas. Las puntuaciones más altas involucran todas las emociones combinadas con un bajo control de la ira, mientras que las puntuaciones más bajas refieren a personas con poca emotividad y con restricción emocional.		
		Escala 7 - Psicastenia (Escal_Pt)		**AGR-F Agresiones Físicas (AGG_P)**		
	,62	Esta escala refleja presencia de preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos, temores exagerados, emotividad negativa, control rígido de impulsos, miedo al fracaso, procrastinación, deterioro en la concentración y la memoria, culpa y autocrítica, rumiación. Problemas de distracción y olvido. Falta de inventiva e ingenio le lleva a la dilación, indecisión, inmovilismo. Las reuniones con desconocidos producen incomodidad.	**,56**	Evalúa el historial agresivo, así como la actitud hacia la violencia física. Las puntuaciones medias hacen referencia a personas que ejercen control sobre la ira y sus impulsos, siendo que rara vez pierden el control. Conforme se sube en la puntuación se describe a personas que pierden el control sobre la ira y son propensos a expresarla físicamente; sin embargo, aún cuentan con la capacidad de autocontrol y evitar expresar su enfado. Para las puntuaciones superiores el control fracasa y el resultado son muestras extremas de ira, incluyendo daño a bienes y violencia física, normalmente intimidan a las personas de su entorno debido a su temperamento y a la violencia que ejerce.		
		Escala de Desmoralización (Escal_RCd)		**PSICOTICISMO_PAI**		
	,62	Normalmente la escala se refiere a individuos que no están experimentando una cantidad significativa de angustia psicológica. Las puntuaciones más altas representan una incapacidad de hacer frente o estar abrumado con la situación actual, y experimentan malestar clínico significativo y confusión, percepción sombría del futuro, probablemente con la presencia de depresión por lo cual debe de evaluarse minuciosamente el riesgo de suicidio. Las personas con puntajes altos pueden sentirse desmotivados y desmoralizados. Tienen una baja autoestima, son pesimistas, creen que han fallado en el pasado y esperan fallar en el futuro. Son propensos a sentirse abrumados e incapaces de lidiar con sus circunstancias de vida actuales. Los pacientes clínicos con puntajes altos en esta escala son propensos a reportar depresión, ansiedad y quejas somáticas.	**,56**	Exhibir una amplia gama de conductas y cogniciones excéntricas, inusuales o culturalmente incongruentes y raras incluyendo tanto el proceso (p. ej., la percepción, la disociación) como el contenido (p. ej., creencias).		
		Escala de Ansiedad (Esc_A)		**MAN-I Irritabilidad (MAN_I)**		
	,64	Puntuaciones altas en esta escala permiten identificar síntomas de ansiedad y falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a la desorganizarse ante el estrés y a la dificultad para ajustarse a las circunstancias. También puede indicar dificultades para la concentración, cansancio, preocupación, desánimo, sentimientos de inferioridad e inadecuación, susceptibilidad, control exagerado de impulsos, inseguridad y dificultad para tomar decisiones, sumisión y sugestionabilidad, aceptación de la autoridad externa, pesimismo, tendencia a racionalizar las dificultades, perturbación en situaciones sociales, timidez, torpeza, aislamiento y pasividad.	**,57**	Volátil excitabilidad, baja tolerancia a la frustración. Se trata de personas impacientes y que son percibidas como exigentes por los demás, su capacidad de razonamiento es escasa, su estado de ánimo varía rápidamente y son propensos a la agresión verbal.		
		Escala de Ansiedad (Esc_ANS)		**LIM Rasgos Límites (BOR)**		
	,64	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene preocupaciones excesivas, tensión nerviosa, perturbaciones del sueño y problemas de atención y concentración. Presentan un miedo constante a perder la razón, mucho estrés y dificultades para tomar decisiones. En general pueden experimentar cierto pánico a que algo salga mal o que se dé una situación inesperada que les produzca la pérdida del control. Por lo general, estas personas consideran que la vida es bastante complicada y se sienten estresados constantemente, vulnerables en extremo a decepciones, dificultades financieras o a los posibles efectos de un error por una decisión que tomaron.	**,58**	Existe un escaso control de las emociones y la ira, confusión en torno a temas relacionados con la identidad y valores, así como el establecimiento de relaciones intensas y combativas con los demás. Se caracteriza por la impulsividad y conductas autodestructivas. Mide el grado de tensión y emoción negativa experimentado y que puede aparecer en diferentes categorías diagnósticas. Presenta preocupación constante, sentimientos subjetivos de miedo y tensión, así como signos físicos de nerviosismo y estrés, son hostiles e iracundos, a menudo son personas muy deprimidas y ansiosas. Son impulsivos, autodestructivos, incluyen gestos suicidas, abuso de alcohol, drogas o explosiones de agresividad. Se sienten incomprendidos, lo que los hace mostrarse enfadados y ansiosos y necesitados de los demás, haciendo que sus comportamientos sean ambivalentes. Las puntuaciones más bajas corresponden a personas malhumoradas, sensibles y con cierta incertidumbre ante la vida, carentes de satisfacción en las relaciones interpersonales.		
		Escala de Emociones negativas disfuncionales (Escal_RC7)		**AGR Agresión (AGG)**		

	,64	La escala hace referencia a las emociones disfuncionales negativas como ansiedad, miedo o irritabilidad, se describe a sí mismo como triste e infeliz. Son propensos a la culpa y tienen una tendencia ser autocrítico, inseguros y se preocupan en exceso, perciben crítica donde no existe, pesimistas; esperan fracasar, tienen dificultades para dormir, tienen pesadilla. Pueden sentirse abrumados e incapaces de enfrentar las situaciones. Reflejan malestar emocional significativo e impotencia. Tienden a ser muy pasivos y sumisos en las relaciones interpersonales. Son propensos a padecer o llegar a desarrollar desórdenes de ansiedad, así como experimentan excesiva culpa e inseguridad.	,58	Evalúa actitudes relacionadas con la agresividad, la ira y la hostilidad. Indaga sobre emociones básicas, abarcando un rango que va desde indicadores de asertividad y bajo control de la ira, hasta conductas violentas y agresivas. Los niveles más extremos de la escala indican un nivel considerable de ira y conducta potencialmente agresiva. Son personas que se sienten provocadas, explotan ante la frustración, son muy iracundos lo cual los ha llevado a tener problemas laborales y legales. En este nivel deben considerarse otros indicadores de potencial de violencia. Comúnmente son personas que están furiosas la mayor parte del tiempo. Las puntuaciones medias describen a personas impacientes, irritables y con mal genio. Conforme se baja en las puntuaciones, se refleja un control razonable sobre la expresividad de la ira y la hostilidad hasta llegar a Descripciones de personas más bien tímidas y con dificultades para reafirmarse.	
	Escala de Trastorno de estrés postraumático Schlenger (Esc_EPS)					
	,65	Esta escala tiene una alta relación con los índices de ansiedad del MMPI, tales como síntomas de ansiedad, falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a desorganizarse con el estrés, y enfrentar problemas para ajustarse a las circunstancias, perturbación en la concentración, fatiga, preocupación, desánimo, sentimientos de inadecuación e inferioridad, susceptibilidad, inhibición, control exagerado de impulsos, pesimismo, timidez, aislamiento, pasividad				
	Escala de Inadaptación universitaria (Esc_DPR)					
	,67	Individuos parecen poco adaptados, ineficientes, pesimistas y angustiados, pueden desarrollar síntomas físicos en épocas de estrés y sentir que la vida los abruma la mayoría del tiempo.				
	Escala de Neuroticismo o Emocionalidad negativa (Esc_NEN)					
	,69	Quien puntúa alto se muestra impotente, dependiente, necesitado, indeciso e inestable. Las relaciones con otros se caracterizan por una pasividad extrema, un miedo a ser abandonado y una hipersensibilidad a las críticas. Puede provocar la desesperación en los otros, puesto que constantemente deja de tomar iniciativas para mejorar la situación y para actuar de acuerdo con sus propios mejores intereses. Pueden observarse vinculaciones "límites" con los demás, lamentaciones por el rechazo de la ayuda y conductas suicidas o autolesivas. Puntuaciones bajas reflejan una emocionalidad relajada e imperturbable, quizá tan carente de atención y preocupación que sugiere un empobrecimiento de la experiencia interna y plantea la cuestión de la represión. En el extremo, la puntuación baja indica una vida emocional plácida que puede ser impermeable a la disrupción.				
	Escala de Hostilidad (Esc_ENJ)					
	,72	Esta escala hace referencia a personas con tendencias o que presentan problemas de control del enojo, es decir, tienen poca tolerancia a la frustración, pueden tener arrebatos de ira. También tienen la necesidad de descargar la ira u la hostilidad de forma ya sea directa (de forma abierta, verbal o física) o indirectamente (de forma controlada y encubierta, como molestando, burlándose, importunando, provocando, exigiendo o quejándose). Estas personas tienden a perder el autocontrol y dañar físicamente a otras personas u objetos o ambas durante sus arrebatos. Dependiendo de los grados en la escala, entre más alta esté la persona en la escala, hay más probabilidades de que sea más agresiva directamente o entre más bajo que sea agresiva indirectamente.				

IDPP	**MMPI-2 (N = 226)**		**PAI (N = 184)**		**PID-5 (N = 219)**	
Escala	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**
	Escala de Activación hipomaníaca (Escal_RC9)		**AFECTO_NEGATIVO_PAI**			
	,35	La escala refiere a la activación hipomaníaca: Los niveles moderados pueden indicar una persona extrovertida con un alto nivel de energía relativamente adaptativo. Los que puntúan alto tienden a experimentar aceleración del pensamiento, niveles altos de energía, alto humor e irritabilidad. También experimentan un pobre control de impulsos, euforia y poca necesidad de sueño. Con frecuencia son un tanto agresivos, y muestran poco control de los impulsos, que está asociado con conductas antisociales, incluidas el abuso de sustancias. Tienden a ser personas que buscan la emoción y que toman riesgos. Las personas con puntajes muy altos pueden sugerir un episodio maníaco y son consistentes con un diagnóstico de desorden bipolar.	,55	Experiencias frecuentes e intensas de una amplia gama de emociones negativas (p. ej., ansiedad, depresión, culpa/vergüenza, preocupación, enfado), y de sus manifestaciones comportamentales (p. ej., autolesión) e interpersonales (p. ej., dependencia).	,43	Un aspecto de extrema escrupulosidad (el polo opuesto de desinhibición): insistencia rígida en que todo sea impecable, perfecto, y sin errores o fallos, incluyendo el rendimiento de uno mismo y de los demás; sacrificar la puntualidad para garantizar la exactitud en cada detalle; creer que solo hay una manera correcta de hacer las cosas; dificultad para cambiar ideas o puntos de vista; preocupación por los detalles, la organización y el orden. La falta de esta faceta es característica de las personas con bajos niveles de desinhibición.
	Escala 8 - Esquizofrenia (Escal_Es)		**ESQ-A Alteración del Pensamiento (SCZ_T)**		**Perseverancia (Perseveration)**	
	,36	La escala refiere la tendencia al desorden psicótico, presencia de confusión, desorganización, alucinaciones, problemas de concentración, ansiedad generalizada, depresión, pesimismo, hostilidad, agresividad, ideación suicida, dificultad para separar la realidad de la fantasía.	,56	Evalúa el nivel de confusión o claridad en el proceso de pensamiento, sugiere problemas en la concentración, toma de decisiones, cierto nivel de confusión y desconcierto unido a las formas más benignas de ineficacia cognitiva. Puede presentarse en personas deprimidas o ansiosas. En su presentación más severa las personas demostraran presencia de asociaciones de ideas inconexas y un aumento en la dificultad para expresarse y comunicarse, es posible que coexista una depresión severa o manía, trastornos de atención, secuela a daños cerebrales o enfermedades, efectos secundarios debido a medicación o incluso secuelas por abuso de alcohol y otras drogas.	,59	Un aspecto de la afectividad negativa: persistencia en las tareas o en una forma particular de hacer las cosas a pesar de que dicho comportamiento ha dejado de ser funcional o eficaz; continuación del mismo comportamiento tras experimentar repetidos fracasos o razones claras para parar.
	Escala de Inadaptación universitaria (Esc_DPR)		**TRA Trastornos Relacionados con la Ansiedad (ARD)**			
	,39	Individuos parecen poco adaptados, ineficientes, pesimistas y angustiados, pueden desarrollar síntomas físicos en épocas de estrés y sentir que la vida los abruma la mayoría del tiempo.	,57	Se enfoca en características clínicas y conductuales de áreas relacionadas con trastornos específicos de ansiedad. Incluye miedos específicos, fobias, pensamientos y comportamientos obsesivos-compulsivos, y experiencias problemáticas asociadas con eventos traumáticos.		
	Escala de Trastorno de estrés postraumático Schlenger (Esc_EPS)		**ESQ Esquizofrenia (SCZ)**			

RIGIDEZ PERSEVERATIVA	**,39**	Esta escala tiene una alta relación con los índices de ansiedad del MMPI, tales como síntomas de ansiedad, falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a desorganizarse con el estrés, y enfrentar problemas para ajustarse a las circunstancias, perturbación en la concentración, fatiga, preocupación, desánimo, sentimientos de inadecuación e inferioridad, susceptibilidad, inhibición, control exagerado de impulsos, pesimismo, timidez, aislamiento, pasividad	**,57**	Esta escala incluye creencias y percepciones inusuales, una escasa competencia social y anhedonia por las relaciones sociales, ineficacia y alteraciones en la atención, la concentración y los procesos asociativos. Evaluando con lo anterior diversas facetas de la esquizofrenia. Las puntuaciones más altas se asocian con un episodio esquizofrénico activo en el cual la persona está confusa, retraída y suspicaz, su juicio es limitado y hay poca claridad en la percepción de la realidad. Con la posibilidad de aparición de delirios de transmisión, inserción, así como el robo o control del pensamiento. La persona puede sentirse aislada, incomprendida y rechazada, así como tener problemas a nivel de pensamiento, concentración, toma de decisiones y experimentar percepciones inusuales o creencias de naturaleza psicótica. En cuanto a las puntuaciones más bajas describen a una persona que se presenta retraída, distante y poco convencional, además de ser ineficaz en las relaciones sociales presentará problemas de atención y concentración.	
	Escala 7 - Psicastenia (Escal_Pt)		**TRA-O Obsesivo - Compulsivo (ARD_O)**		
	,39	Esta escala refleja presencia de preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos, temores exagerados, emotividad negativa, control rígido de impulsos, miedo al fracaso, procrastinación, deterioro en la concentración y la memoria, culpa y autocrítica, rumiación. Problemas de distracción y olvido. Falta de inventiva e ingenio le lleva a la dilación, indecisión, inmovilismo. Las reuniones con desconocidos producen incomodidad.	**,58**	Miedo a la contaminación, ejecución de rituales, perfeccionismo, atención excesiva a los detalles. Estas personas utilizan pensamientos obsesivos como defensa para controlar la ansiedad mediante el orden y la prevención. Son personas rígidas, que no toleran cambios o eventos inesperados y son temerosos a experimentar exigencias emocionales. Además, pueden llegar a fracasar en controlar ansiedad y presentar pensamientos intrusivos, son temerosos de sus propios impulsos y dudan de su capacidad para controlar los mismos.	
	Escala de Comportamiento tipo A (Esc_PTA)		**PSICOTICISMO_PAI**		
	,40	Esta escala describe las características de los individuos que se inclinan por una serie de conductas y actitudes como, la prisa e impaciencia, la irritabilidad, la tensión constante, la competitividad y la autoexigencia de un alto rendimiento en los proyectos o trabajos. Estas personas tienden también a ser egocéntricas, resentidas, muy irritables, suspicaces, rencorosas y carentes de empatía. Socialmente, su trato a los demás es frío y desinteresado, tienen a considerar a los demás como molestos o entorpecedores, tienen cierta tendencia a no tener empatía por los problemas o el dolor de los demás e incluso pueden experimentar placer con las penas de otras personas.	**,60**	Exhibir una amplia gama de conductas y cogniciones excéntricas, inusuales o culturalmente incongruentes y raras incluyendo tanto el proceso (p. ej., la percepción, la disociación) como el contenido (p. ej., creencias).	
	Escala de Obsesividad (Esc_OBS)				
	,41	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene dificultades para tomar decisiones, en tanto hay una carga mental constante de pensamientos que se consideran o meditan continuamente, esto por lo general puede provocar una respuesta de impaciencia en los otros. Tienen tendencia constante a preocuparse de forma excesiva, porque prestan mucha atención a los detalles y sobrellevan muchos pensamientos intrusivos. Esto lleva a estas personas a sentirse abrumadas, con falta de confianza en sí mismas, miedo a emprender, dificultades para comprometerse, sentimientos de culpabilidad, autocrítica y timidez. Hay resistencia al cambio, esto les provoca tensiones y conductas compulsivas como el guardar objetos y realizar algunos rituales que les provoquen seguridad. Por lo general, la preocupación por los detalles les producen sentimientos de impaciencia, frustración y desesperación.			
	Escala de Emociones negativas disfuncionales (Escal_RC7)				
	,41	La escala hace referencia a las emociones disfuncionales negativas como ansiedad, miedo o irritabilidad, se describe a sí mismo como triste e infeliz. Son propensos a la culpa y tienen una tendencia ser autocrítico, inseguros y se preocupan en exceso, perciben crítica donde no existe, pesimistas; esperan fracasar, tienen dificultades para dormir, tienen pesadilla. Pueden sentirse abrumados e incapaces de enfrentar las situaciones. Reflejan malestar emocional significativo e impotencia. Tienden a ser muy pasivos y sumisos en las relaciones interpersonales. Son propensos a padecer o llegar a desarrollar desórdenes de ansiedad, así como experimentan excesiva culpa e inseguridad.			

IDPP	MMPI-2 (N=226)		PAI (N=184)		PID-5 (N=219)	
Escala	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**
RASGOS DEPRESIVOS	**Escala de Emociones negativas disfuncionales (Escal_RC7)**		**LIM-I Alteración de la Identidad (BOR_I)**		**Ansiedad (Anxiousness)**	
	.62	La escala hace referencia a las emociones disfuncionales negativas como ansiedad, miedo o irritabilidad, se describe a sí mismo como triste e infeliz. Son propensos a la culpa y tienen una tendencia ser autocrítico, inseguros y se preocupan en exceso, perciben crítica donde no existe, pesimistas; esperan fracasar, tienen dificultades para dormir, tienen pesadilla. Pueden sentirse abrumados e incapaces de enfrentar las situaciones. Reflejan malestar emocional significativo e impotencia. Tienden a ser muy pasivos y sumisos en las relaciones interpersonales. Son propensos a padecer o llegar a desarrollar desórdenes de ansiedad, así como experimentan excesiva culpa e inseguridad.	.70	Describe a persona con dificultades para mantener una representación de la propia identidad lo que se refleja en cambios repentinos en deseos y metas. Hay incertidumbre y dudas sobre asuntos vitales y dificultad para encontrarle sentido a la vida. Presentan sentimientos de vacío, ausencia de logros y hastío. Las puntuaciones más bajas refieren a un autoconcepto más estable.	.63	Un aspecto de la afectividad negativa: sentimientos intensos de nerviosismo, tensión o pánico, a menudo en respuesta a tensiones interpersonales; se preocupan por los efectos negativos de las experiencias desagradables del pasado y posibilidades futuras negativas; sensación de miedo, aprensión o amenaza ante la incertidumbre; temor a desmoronarse o a perder el control.
	Escala de Neuroticismo o Emocionalidad negativa (Esc_NEN)		**LIM Rasgos Límites (BOR)**		**Anhedonia (Anhedonia)**	
	.64	Quien puntúa alto se muestra impotente, dependiente, necesitado, indeciso e inestable. Las relaciones con otros se caracterizan por una pasividad extrema, un miedo a ser abandonado y una hipersensibilidad a las críticas. Puede provocar la desesperación en los otros, puesto que constantemente deja de tomar iniciativas para mejorar la situación y para actuar de acuerdo con sus propios mejores intereses. Pueden observarse vinculaciones "límites" con los demás, lamentaciones por el rechazo de la ayuda y conductas suicidas o autolesivas. Puntuaciones bajas reflejan una emocionalidad relajada e imperturbable, quizá tan carente de atención y preocupación que sugiere un empobrecimiento de la experiencia interna y plantea la cuestión de la represión. En el extremo, la puntuación baja indica una vida emocional plácida que puede ser impermeable a la disrupción.	.71	Existe un escaso control de las emociones y la ira, confusión en torno a temas relacionados con la identidad y valores, así como el establecimiento de relaciones intensas y combativas con los demás. Se caracteriza por la impulsividad y conductas autodestructivas. Mide el grado de tensión y emoción negativa experimentado y que puede aparecer en diferentes categorías diagnósticas. Presenta preocupación constante, sentimientos subjetivos de miedo y tensión, así como signos físicos de nerviosismo y estrés, son hostiles e iracundos, a menudo son personas muy deprimidas y ansiosas. Son impulsivos, autodestructivos, incluyen gestos suicidas, abuso de alcohol, drogas o explosiones de agresividad. Se sienten incomprendidos, lo que los hace mostrarse enfadados y ansiosos y necesitados de los demás, haciendo que sus comportamientos sean ambivalentes. Las puntuaciones más bajas corresponden a personas malhumoradas, sensibles y con cierta incertidumbre ante la vida, carentes de satisfacción en las relaciones interpersonales.	.74	Un aspecto del desapego: falta de disfrute, de participación o de energía para las experiencias vitales; déficit en la capacidad de sentir placer o de interesarse por las cosas.
	Escala 4 - Desviación Psicopática (Escal_Dp)		**TRA-E Estrés Postraumático (ARD_T)**		**Depresión (Depressivity)**	
	.67	Esta escala está asociada a las conductas antisociales donde no hay una respuesta emocional profunda de las acciones - reacciones emocionales superficiales- y los hechos cometidos, así como la incapacidad de aprender de la experiencia. La escala también mide la falta de compromiso o juicio hacia las normas sociales. Hay presencia de conductas agresivas, inestables, inmaduras, irresponsables, rebeldes y hostiles. Dentro del histórico conductual de los individuos se encuentran los problemas maritales, problemas con la autoridad, abuso de sustancias, impulsividad, sociabilidad y hedonismo, así como búsqueda inmediata de gratificación, impaciencia, baja tolerancia a la frustración y centrado en sí mismo.	.72	Incluye pesadillas, reacciones de ansiedad repentinas y sentimientos de estar irreversiblemente transformado por el evento traumático. Existencia de una experiencia pasada relacionada con el acontecimiento traumático perturbador que continúa siendo una fuente de malestar, produciendo episodios recurrentes de ansiedad. Las elevaciones más altas indican que el trauma es un factor dominante en la vida de la persona, que se percibe seria e irreparablemente dañada.	.87	Sentimientos de inferioridad, de desgracia o de desesperanza; dificultad para recuperarse del estado de ánimo negativo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza o culpa omnipresente; baja autoestima; ideación y comportamiento suicidas.
	Escala de Espectros de Trastorno de la personalidad límite		**TRA Trastornos Relacionados con la Ansiedad (ARD)**			
	.70	Inestabilidad de la imagen de sí mismo, de las metas personales, de las relaciones interpersonales y de los afectos, acompañada por la impulsividad, el comportamiento de riesgo y/o la hostilidad.	.73	Se enfoca en características clínicas y conductuales de áreas relacionadas con trastornos específicos de ansiedad. Incluye miedos específicos, fobias, pensamientos y comportamientos obsesivos-compulsivos, y experiencias problemáticas asociadas con eventos traumáticos.		
	Escala de Ansiedad (Esc_ANS)		**ANS-F Fisiológica (ANX_P)**			
	.70	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene preocupaciones excesivas, tensión nerviosa, perturbaciones del sueño y problemas de atención y concentración. Presentan un miedo constante a perder la razón, mucho estrés y dificultades para tomar decisiones. En general pueden experimentar cierto pánico a que algo salga mal o que se dé una situación inesperada que les produzca la pérdida del control. Por lo general, estas personas consideran que la vida es bastante complicada y se sienten estresados constantemente, vulnerables en extremo a decepciones, dificultades financieras o a los posibles efectos de un error por una decisión que tomaron.	.74	Ansiedad relacionada con el sistema nervioso autónomo, se manifiesta como taquicardia, sudoración en la palma de las manos, hiperventilación y mareos. Reflejan un modo represivo de afrontamiento del estrés y puede estar acompañado por otros síntomas somáticos.		
	Escala de Baja autoestima (Esc_BAE)		**AFECTO_NEGATIVO_PAI**			
	.74	Esta escala describe los individuos que tienen altos índices de falta de confianza en sí mismos, actitudes negativas hacia ellos mismos. Su esquema de pensamientos son, el de sentirse poco atractivos, inferiores, poco competentes, poco simpáticos, menos capacitados, menos inteligentes e incluso menos importantes o que no calzan en lo esperado por los otros. Tienden a tener un bajo umbral para la autocensura y la autocrítica y por lo general abandonan sus proyectos personales ante la menor adversidad. Debido a esto anterior les cuesta mucho ser independientes, ya que no se sienten seguros para poder actuar o decidir de forma autosuficiente, por lo que tienden a ser dependientes y vincularse de forma sumisa con otras personas con las que tienen una afiliación afectiva relevante.	.77	Experiencias frecuentes e intensas de una amplia gama de emociones negativas (p. ej., ansiedad, depresión, culpa/vergüenza, preocupación, enfado), y de sus manifestaciones comportamentales (p. ej., autolesión) e interpersonales (p. ej., dependencia).		
	Escala de Interferencia laboral (Esc_DTR)		**SUI Ideación Suicida (SUI)**			
	.75	Esta escala describe las dinámicas internas de personas que tienen confianza en sí mismas, falta de concentración, y tensión. Dificultad para tomar decisiones, falta de apoyo familiar, cuestionamientos personales, actitudes negativas hacia los compañeros. Ansiedad, así como, preocupaciones excesivas o incluso, síntomas depresivos. Todas estas dinámicas, conductas o actitudes les provocan un desempeño laboral deficiente. Estas personas pueden ser poco amigables y cooperadoras, además de distantes de los otros, pueden tener tienen dificultades de adaptación en el trabajo.	.80	Presencia de pensamientos o ideas relacionados con la muerte y el suicidio, explora desde pensamientos generales y dispersos sobre el tema hasta pensamientos de desesperanza y planes claros de actos autolíticos. Las puntuaciones más altas a menudo informan de planes inminentes de autolesionarse, tienen pocas esperanzas en el futuro, están desesperadas, se sienten inútiles e incapaces de ayudarse a sí mismas. Suelen sentirse rechazados y amargados por el trato de los demás. Son individuos ansiosos, depresivos, y se sienten desamparados. Las puntuaciones moderadas son las típicamente evaluadas en entornos clínicos, indican ideas y pensamientos periódicos y pasajeros sobre la muerte y el suicidio, infelicidad, pesimismo. Mientras que quienes puntúan bajo tienen pocos pensamientos sobre la muerte y el suicidio; sin embargo, debe de analizarse las puntuaciones de escalas complementarias para evitar riesgos a la integridad de la persona.		
	Escala 8 - Esquizofrenia (Escal_Es)		**DEP-E Emocional (DEP_A)**			

	.75	La escala refiere la tendencia al desorden psicótico, presencia de confusión, desorganización, alucinaciones, problemas de concentración, ansiedad generalizada, depresión, pesimismo, hostilidad, agresividad, ideación suicida, dificultad para separar la realidad de la fantasía.	.80	Describe experiencias de estrés emocional, infelicidad, tristeza y bajo estado de ánimo. Existe una pérdida de interés en la actividades cotidianas y de la sensación de placer (anhedonia). Las puntuaciones bajas reflejan una pérdida de satisfacción que puede ser el motivador que se requiere para realizar cambios en la vida.		
	Escala 7 - Psicastenia (Escal_Pt)		**DEP Depresión (DEP)**			
	.76	Esta escala refleja presencia de preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos, temores exagerados, emotividad negativa, control rígido de impulsos, miedo al fracaso, procrastinación, deterioro en la concentración y la memoria, culpa y autocrítica, rumiación. Problemas de distracción y olvido. Falta de inventiva e ingenio le lleva a la dilación, indecisión, inmovilismo. Las reuniones con desconocidos producen incomodidad.	.84	Evalúa características clínicas del síndrome de la depresión. Incluye pesimismo y expectativas negativas, sentimientos de tristeza, apatía, falta de energía, alteraciones del sueño y del apetito, falta de motivación, desesperanza, ideación suicida.		
	Escala de Ansiedad (Esc_A)		**Dep-C Cognitiva (DEP_C)**			
	.77	Puntuaciones altas en esta escala permiten identificar síntomas de ansiedad y falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a la desorganizarse ante el estrés y a la dificultad para ajustarse a las circunstancias. También puede indicar dificultades para la concentración, cansancio, preocupación, desánimo, sentimientos de inferioridad e inadecuación, susceptibilidad, control exagerado de impulsos, inseguridad y dificultad para tomar decisiones, sumisión y sugestionabilidad, aceptación de la autoridad externa, pesimismo, tendencia a racionalizar las dificultades, perturbación en situaciones sociales, timidez, torpeza, aislamiento y pasividad.	.85	Evalúa expectativas o creencias sobre la falta de aptitudes para afrontar las exigencias del entorno, tiene en consideración el autoestima, la sensación de incompetencia personal o un bajo nivel de autoeficacia. Personas que presentan sentimientos de desesperanza y fracaso, atribuyen los eventos negativos de la vida a su propia inadecuación o incompetencia, minimiza los acontecimientos positivos atribuyéndolos a la buena suerte o la ayuda de otros. Demuestran sentimientos de impotencia, problemas de concentración e indecisión. Las puntuaciones más bajas, hacen referencia a sentimientos de grandiosidad o narcisismo.		
	Escala de Inadaptación universitaria (Esc_DPR)					
	.77	Individuos parecen poco adaptados, ineficientes, pesimistas y angustiados, pueden desarrollar síntomas físicos en épocas de estrés y sentir que la vida los abruma la mayoría del tiempo.				
	Escala de Trastorno de estrés postraumático Keane (Esc_EPK)					
	.80	Evalúa ansiedad, preocupación, alteraciones en el sueño, culpa y depresión, pensamientos perturbadores involuntarios, falta de control emocional, sentimientos de confusión y maltrato.				
	Escala de Trastorno de estrés postraumático Schlenger (Esc_EPS)					
	.80	Esta escala tiene una alta relación con los índices de ansiedad del MMPI, tales como síntomas de ansiedad, falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a desorganizarse con el estrés, y enfrentar problemas para ajustarse a las circunstancias, perturbación en la concentración, fatiga, preocupación, desánimo, sentimientos de inadecuación e inferioridad, susceptibilidad, inhibición, control exagerado de impulsos, pesimismo, timidez, aislamiento, pasividad				
	Escala de Depresión (Esc_DEP)					
	.83	De acuerdo a esta escala, las personas que puntúan en la misma tienden a manifestar desesperación, pérdida de interés, sentimientos de fatiga, apatía y agotamiento. Además, tienden a ser infelices, deprimidos y propensos a llorar, hay una pérdida importante de la auto-eficacia y auto-consideración que los hace sentirse oprimidos por la culpa, inútiles, sienten desesperanza, desean la muerte y piensan en el suicidio. También es relevante que pueden percibir las personas con las que tienen un vínculo o no, no tienen interés en ellos o no pueden ayudarles. Estas personas pueden tener historiales de intentos anteriores de suicidio y hospitalizaciones psiquiátricas, además de una amplia sintomatología con desesperanza, ideas de suicidio o perturbaciones del sueño.				
	Escala de Desmoralización (Escal_RCd)					
	.85	Normalmente la escala se refiere a individuos que no están experimentando una cantidad significativa de angustia psicológica. Las puntuaciones más altas representan una incapacidad de hacer frente o estar abrumado con la situación actual, y experimentan malestar clínico significativo y confusión, percepción sombría del futuro, probablemente con la presencia de depresión por lo cual debe de evaluarse minuciosamente el riesgo de suicidio. Las personas con puntajes altos pueden sentirse desmotivados y desmoralizados. Tienen una baja autoestima, son pesimistas, creen que han fallado en el pasado y esperan fallar en el futuro. Son propensos a sentirse abrumados e incapaces de lidiar con sus circunstancias de vida actuales. Los pacientes clínicos con puntajes altos en esta escala son propensos a reportar depresión, ansiedad y quejas somáticas.				

IDPP	**MMPI-2 (N = 226)**		**PAI (N = 184)**		**PID-5 (N = 219)**	
Escala	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**
	Escala 4 - Desviación Psicopática (Escal_Dp)		**PSICOTICISMO_PAI**		**Labilidad emocional (EmotionalLability)**	
	,45	Esta escala está asociada a las conductas antisociales donde no hay una respuesta emocional profunda de las acciones - reacciones emocionales superficiales- y los hechos cometidos, así como la incapacidad de aprender de la experiencia. La escala también mide la falta de compromiso o juicio hacia las normas sociales. Hay presencia de conductas agresivas, inestables, inmaduras, irresponsables, rebeldes y hostiles. Dentro del histórico conductual de los individuos se encuentran los problemas maritales, problemas con la autoridad, abuso de sustancias, impulsividad, sociabilidad y hedonismo, así como búsqueda inmediata de gratificación, impaciencia, baja tolerancia a la frustración y centrado en sí mismo.	,52	Exhibir una amplia gama de conductas y cogniciones excéntricas, inusuales o culturalmente incongruentes y raras incluyendo tanto el proceso (p. ej., la percepción, la disociación) como el contenido (p. ej., creencias).	,44	Un aspecto de la afectividad negativa: experiencias emocionales inestables y estado de ánimo con cambios frecuentes; las emociones se alteran fácil, intensa o desproporcionadamente con los acontecimientos y circunstancias.
	Escala 6 - Paranoia (Escal_Pa)		**ESQ-A Alteración del Pensamiento (SCZ_T)**		**Distraibilidad (Distractibility)**	
	,48	Escala asociada a sujetos propensos a reflejar susceptibilidad interpersonal marcada y tendencia a malinterpretar los motivos e intenciones de otros, presencia de delirios de persecución, se sienten criticados, juzgados, atacados o tratados injustamente, miedo a ataques, posiblemente deprimidos, con dificultades interpersonales, con resentimiento con familiares.	,52	Evalúa el nivel de confusión o claridad en el proceso de pensamiento, sugiere problemas en la concentración, toma de decisiones, cierto nivel de confusión y desconcierto unido a las formas más benignas de ineficacia cognitiva. Puede presentarse en personas deprimidas o ansiosas. En su presentación más severa las personas demostraran presencia de asociaciones de ideas inconexas y un aumento en la dificultad para expresarse y comunicarse, es posible que coexista una depresión severa o manía, trastornos de atención, secuela a daños cerebrales o enfermedades, efectos secundarios debido a medicación o incluso secuelas por abuso de alcohol y otras drogas.	,45	Dificultad para concentrarse y prestar atención a las tareas; distracción fácil por estímulos externos; problemas para realizar comportamientos dirigidos a metas, como la planificación y la realización de tareas.
	Escala de Indicadores negativos de tratamiento (Esc_RTR)		**LIM-E Inestabilidad Emocional (BOR_A)**		**Distanciamiento (Withdrawal)**	

,51	Esta escala refleja ciertas tendencias hacia sentimientos depresivos y apáticos, donde el locus de control es externo, con tendencias a darse por vencido rápidamente, ya que el individuo tiene pocos recursos personales. Tendencias a sentirse desvalido y emocionalmente indigente hasta el punto de que luchar contra la adversidad, o incluso pensar en hacerlo, le parece inútil. Prefieren no hablar de los problemas, lo ven como una acción inútil carente de resultados.	,52	Propensión a alternar rápidamente entre varias emociones negativas. La persona está ansiosa, enfadada, deprimida y a continuación irritable. Se caracterizan por realizar cambios emocionales rápidos y extremos, que ocurren debido a la propensión a sentir emociones negativas. Las puntuaciones más altas involucran todas las emociones combinadas con un bajo control de la ira, mientras que las puntuaciones más bajas refieren a personas con poca emotividad y con restricción emocional.	,54	Un aspecto del desapego: reticencia a participar en situaciones sociales, de tal manera que se evitan los contactos y actividades sociales; la falta de apertura para el contacto social.
Escala de Trastorno de estrés postraumático Keane (Esc_EPK)		**SOM-S Somatización (SOM_S)**		**Inseguridad de separación (SeparationInsecurity)**	
,54	Ansiedad, preocupación, alteraciones en el sueño, culpa y depresión, pensamientos perturbadores involuntarios, falta de control emocional, sentimientos de confusión y maltrato.	,53	Individuos que presentan quejas físicas corrientes como dolores de cabeza, problemas de espalda, malestar o trastornos gastrointestinales. Presentan somnolencia, malestar general y suelen presentar sus quejas en forma de lamentos o expresiones de insatisfacción.	,56	Un aspecto de la afectividad negativa: temores de rechazo o separación de figuras significativas, asociados con el miedo a la dependencia excesiva y a la pérdida total de autonomía. Miedo a quedarse solo debido al rechazo o la separación de los seres queridos basado en falta de confianza en la propia capacidad para cuidar de sí mismo, tanto física como emocionalmente.
Escala 8 - Esquizofrenia (Escal_Es)		**SOM Quejas Somáticas (SOM)**		**Sumisión (Submissiveness)**	
,55	La escala refiere la tendencia al desorden psicótico, presencia de confusión, desorganización, alucinaciones, problemas de concentración, ansiedad generalizada, depresión, pesimismo, hostilidad, agresividad, ideación suicida, dificultad para separar la realidad de la fantasía.	,54	Refleja preocupaciones sobre aspectos físicos y de salud, que van desde quejas de malestar físico menor como dolores de cabeza, hasta disfunciones mayores como parálisis. La preocupación es constante sobre la salud, con quejas crónicas, acompañadas de fatiga y debilidad incapacitante; además hay muy poco aceptación de las explicaciones psicológicas sobre su estado somático.	,59	Adaptación del comportamiento de uno a los intereses reales o percibidos y los deseos de los demás, incluso cuando son la antítesis de los propios intereses, necesidades o deseos.
Escala de Depresión (Esc_DEP)		**ANS-C Cognitiva (ANX_C)**			
,56	De acuerdo a esta escala, las personas que puntúan en la misma tienden a manifestar desesperación, pérdida de interés, sentimientos de fatiga, apatía y agotamiento.Además, tienden a ser infelices, deprimidos y propensos a llorar, hay una pérdida importante de la auto-eficacia y auto-consideración que los hace sentirse oprimidos por la culpa, inútiles, sienten desesperanza, desean la muerte y piensan en el suicidio. También es relevante que pueden percibir las personas con las que tienen un vínculo o no, no tienen interés en ellos o no pueden ayudarles. Estas personas pueden tener historiales de intentos anteriores de suicidio y hospitalizaciones psiquiátricas, además de una amplia sintomatología con desesperanza, ideas de suicidio o perturbaciones del sueño.	,55	Se caracteriza por una preocupación constante y rumiativa, hipervigilancia cognitiva hacia posibles riesgos y peligros, incapacidad para concentrarse y prestar atención. Posibilidad de existencia de ideas obsesivas.		
Escala de Obsesividad (Esc_OBS)		**DEP-F Fisiológica (DEP_P)**			
,57	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene dificultades para tomar decisiones, en tanto hay una carga mental constante de pensamientos que se consideran o meditan continuamente, esto por lo general puede provocar una respuesta de impaciencia en los otros. Tienen tendencia constante a preocuparse de forma excesiva, porque prestan mucha atención a los detalles y sobrellevan muchos pensamientos intrusivos. Esto lleva a estas personas a sentirse abrumadas, con falta de confianza en sí mismas, miedo a emprender, dificultades para comprometerse, sentimientos de culpabilidad, autocrítica y timidez. Hay resistencia al cambio, esto les provoca tensiones y conductas compulsivas como el guardar objetos y realizar algunos rituales que les provoquen seguridad. Por lo general, la preocupación por los detalles les producen sentimientos de impaciencia, frustración y desesperación.	,56	Describe señales vegetativas de la depresión tales como las alteraciones del sueño, problemas de apetito, falta de energía o impulso, pérdida de la líbido, pérdida de peso y la posible presencia de una ralentización motora.		
Escala de Emociones negativas disfuncionales (Escal_RC7)		**ANS Ansiedad (ANX)**			
,57	La escala hace referencia a las emociones disfuncionales negativas como ansiedad, miedo o irritabilidad, se describe a sí mismo como triste e infeliz. Son propensos a la culpa y tienen una tendencia ser autocrítico, inseguros y se preocupan en exceso, perciben crítica donde no existe, pesimistas; esperan fracasar, tienen dificultades para dormir, tienen pesadilla. Pueden sentirse abrumados e incapaces de enfrentar las situaciones. Reflejan malestar emocional significativo e impotencia. Tienden a ser muy pasivos y sumisos en las relaciones interpersonales. Son propensos a padecer o llegar a desarrollar desórdenes de ansiedad, así como experimentan excesiva culpa e inseguridad.	,56	Se enfoca en características clínicas y conductuales de áreas relacionadas con trastornos específicos de ansiedad. Se caracteriza por miedos específicos, fobias, pensamientos y comportamientos obsesivos-compulsivos, y experiencias problemáticas asociadas con eventos traumáticos.		
Escala de Neuroticismo o Emocionalidad negativa (Esc_NEN)		**DEP-E Emocional (DEP_A)**			
,58	Quien puntúa alto se muestra impotente, dependiente, necesitado, indeciso e inestable. Las relaciones con otros se caracterizan por una pasividad extrema, un miedo a ser abandonado y una hipersensibilidad a las críticas. Puede provocar la desesperación en los otros, puesto que constantemente deja de tomar iniciativas para mejorar la situación y para actuar de acuerdo con sus propios mejores intereses. Pueden observarse vinculaciones "límites" con los demás, lamentaciones por el rechazo de la ayuda y conductas suicidas o autolesivas. Puntuaciones bajas reflejan una emocionalidad relajada e imperturbable, quizá tan carente de atención y preocupación que sugiere un empobrecimiento de la experiencia interna y plantea la cuestión de la represión. En el extremo, la puntuación baja indica una vida emocional plácida que puede ser impermeable a la disrupción.	,57	Describe experiencias de estrés emocional, infelicidad, tristeza y bajo estado de ánimo. Existe una pérdida de interés en la actividades cotidianas y de la sensación de placer (anhedonia). Las puntuaciones bajas reflejan una pérdida de satisfacción que puede ser el motivador que se requiere para realizar cambios en la vida.		
Escala de Trastorno de estrés postraumático Schlenger (Esc_EPS)		**ANS-F Fisiológica (ANX_P)**			
,59	Depresión, ansiedad, pánico, memorias intrusivas, pérdida del sueño.	,60	Ansiedad relacionada con el sistema nervioso autónomo, se manifiesta como taquicardia, sudoración en la palma de las manos, hiperventilación y mareos. Reflejan un modo represivo de afrontamiento del estrés y puede estar acompañado por otros síntomas somáticos.		
Escala 7 - Psicastenia (Escal_Pt)		**TRA-E Estrés Postraumático (ARD_T)**			
,60	Esta escala refleja presencia de preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos, temores exagerados, emotividad negativa, control rígido de impulsos, miedo al fracaso, procrastinación, deterioro en la concentración y la memoria, culpa y autocrítica, rumiación. Problemas de distracción y olvido. Falta de inventiva e ingenio le lleva a la dilación, indecisión, inmovilismo. Las reuniones con desconocidos producen incomodidad.	,60	Incluye pesadillas, reacciones de ansiedad repentinas y sentimientos de estar irreversiblemente transformado por el evento traumático. Existencia de una experiencia pasada relacionada con el acontecimiento traumático perturbador que continúa siendo una fuente de malestar, produciendo episodios recurrentes de ansiedad. Las elevaciones más altas indican que el trauma es un factor dominante en la vida de la persona, que se percibe seria e irreparablemente dañada.		
Escala de Inadaptación universitaria (Esc_DPR)		**LIM-I Alteración de la Identidad (BOR_I)**			

RASGOS DE INSEGURIDAD VINCULAR

	,60	Individuos parecen poco adaptados, ineficientes, pesimistas y angustiados, pueden desarrollar síntomas físicos en épocas de estrés y sentir que la vida los abruma la mayoría del tiempo.	,61	Describe a persona con dificultades para mantener una representación de la propia identidad lo que se refleja en cambios repentinos en deseos y metas. Hay incertidumbre y dudas sobre asuntos vitales y dificultad para encontrarle sentido a la vida. Presentan sentimientos de vacío, ausencia de logros y hastío. Las puntuaciones más bajas refieren a un autoconcepto más estable.		
	Escala de Desmoralización (Escal_RCd)		**Dep-C Cognitiva (DEP_C)**			
	,60	Normalmente la escala se refiere a individuos que no están experimentando una cantidad significativa de angustia psicológica. Las puntuaciones más altas representan una incapacidad de hacer frente o estar abrumado con la situación actual, y experimentan malestar clínico significativo y confusión, percepción sombría del futuro, probablemente con la presencia de depresión por lo cual debe de evaluarse minuciosamente el riesgo de suicidio. Las personas con puntajes altos pueden sentirse desmotivados y desmoralizados. Tienen una baja autoestima, son pesimistas, creen que han fallado en el pasado y esperan fallar en el futuro. Son propensos a sentirse abrumados e incapaces de lidiar con sus circunstancias de vida actuales. Los pacientes clínicos con puntajes altos en esta escala son propensos a reportar depresión, ansiedad y quejas somáticas.	,63	Evalúa expectativas o creencias sobre la falta de aptitudes para afrontar las exigencias del entorno, tiene en consideración el autoestima, la sensación de incompetencia personal o un bajo nivel de autoeficacia. Personas que presentan sentimientos de desesperanza y fracaso, atribuyen los eventos negativos de la vida a su propia inadecuación o incompetencia, minimiza los acontecimientos positivos atribuyéndolos a la buena suerte o la ayuda de otros. Demuestran sentimientos de impotencia, problemas de concentración e indecisión. Las puntuaciones más bajas, hacen referencia a sentimientos de grandiosidad o narcisismo.		
	Escala de Ansiedad (Esc_ANS)		**TRA Trastornos Relacionados con la Ansiedad (ARD)**			
	,61	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene preocupaciones excesivas, tensión nerviosa, perturbaciones del sueño y problemas de atención y concentración. Presentan un miedo constante a perder la razón, mucho estrés y dificultades para tomar decisiones. En general pueden experimentar cierto pánico a que algo salga mal o que se dé una situación inesperada que les produzca la pérdida del control. Por lo general, estas personas consideran que la vida es bastante complicada y se sienten estresados constantemente, vulnerables en extremo a decepciones, dificultades financieras o a los posibles efectos de un error por una decisión que tomaron.	,65	Se enfoca en características clínicas y conductuales de áreas relacionadas con trastornos específicos de ansiedad. Incluye miedos específicos, fobias, pensamientos y comportamientos obsesivos-compulsivos, y experiencias problemáticas asociadas con eventos traumáticos.		
	Escala de Baja autoestima (ESC_BAE)		**LIM Rasgos Límites (BOR)**			
	,62	Esta escala describe los individuos que tienen altos índices de falta de confianza en sí mismos, actitudes negativas hacia ellos mismos. Su esquema de pensamientos son, el de sentirse poco atractivos, inferiores, poco competentes, poco simpáticos, menos capacitados, menos inteligentes e incluso menos importantes o que no calzan en lo esperado por los otros. Tienden a tener un bajo umbral para la autocensura y la autocrítica y por lo general abandonan sus proyectos personales ante la menor adversidad. Debido a esto anterior les cuesta mucho ser independientes, ya que no se sienten seguros para poder actuar o decidir de forma autosuficiente, por lo que tienden a ser dependientes y vincularse de forma sumisa con otras personas con las que tienen una afiliación afectiva relevante.	,65	Existe un escaso control de las emociones y la ira, confusión en torno a temas relacionados con la identidad y valores, así como el establecimiento de relaciones intensas y combativas con los demás. Se caracteriza por la impulsividad y conductas autodestructivas. Mide el grado de tensión y emoción negativa experimentado y que puede aparecer en diferentes categorías diagnósticas. Presenta preocupación constante, sentimientos subjetivos de miedo y tensión, así como signos físicos de nerviosismo y estrés, son hostiles e iracundos, a menudo son personas muy deprimidas y ansiosas. Son impulsivos, autodestructivos, incluyen gestos suicidas, abuso de alcohol, drogas o explosiones de agresividad. Se sienten incomprendidos, lo que los hace mostrarse enfadados y ansiosos y necesitados de los demás, haciendo que sus comportamientos sean ambivalentes. Las puntuaciones más bajas corresponden a personas malhumoradas, sensibles y con cierta incertidumbre ante la vida, carentes de satisfacción en las relaciones interpersonales.		
	Escala de Interferencia laboral (ESC_DTR)		**AFECTO_NEGATIVO_PAI**			
	,63	Esta escala describe las dinámicas internas de personas que tienen confianza en sí mismas, falta de concentración, y tensión. Dificultad para tomar decisiones, falta de apoyo familiar, cuestionamientos personales, actitudes negativas hacia los compañeros. Ansiedad, así como, preocupaciones excesivas o incluso, síntomas depresivos. Todas estas dinámicas, conductas o actitudes les provocan un desempeño laboral deficiente. Estas personas pueden ser poco amigables y cooperadoras, además de distantes de los otros, pueden tener tienen dificultades de adaptación en el trabajo.	,68	Experiencias frecuentes e intensas de una amplia gama de emociones negativas (p. ej., ansiedad, depresión, culpa/vergüenza, preocupación, enfado), y de sus manifestaciones comportamentales (p. ej., autolesión) e interpersonales (p. ej., dependencia).		
	Escala de Ansiedad (Esc_A)					
	,64	Puntuaciones altas en esta escala permiten identificar síntomas de ansiedad y falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a la desorganizarse ante el estrés y a la dificultad para ajustarse a las circunstancias. También puede indicar dificultades para la concentración, cansancio, preocupación, desánimo, sentimientos de inferioridad e inadecuación, susceptibilidad, control exagerado de impulsos, inseguridad y dificultad para tomar decisiones, sumisión y sugestionabilidad, aceptación de la autoridad externa, pesimismo, tendencia a racionalizar las dificultades, perturbación en situaciones sociales, timidez, torpeza, aislamiento y pasividad.				

IDPP	**MMPI-2 (N = 226)**		**PAI (N = 184)**		**PID-5 (N = 219)**	
Escala	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**
	Escala de Fuerza del yo (ESC_FYO)		**DOM Dominancia (DOM)**		**Depresión (Depressivity)**	
	-,60	Esta escala permite evaluar los recursos personales que posee un individuo, el nivel de adaptación, fortaleza y funcionamiento eficiente que puede tener. Las personas que puntúan alto en esta escala generalmente presentan un nivel importante de responsabilidad y efectividad para resolver problemas, un manejo del estrés efectivo así como persistencia, inteligencia e independencia. Sin embargo también pueden presentar rasgos de hostilidad y rebelión a la autoridad por la excesiva confianza en sí mismos que poseen.	-,53	Evalúa el grado en que una persona es controladora, sumisa o autónoma en sus relaciones interpersonales. Se relaciona con independencia, sinceridad, asertividad, liderazgo y la capacidad de gestionar relaciones. Las puntuaciones altas en extremo describen a una persona con necesidad de control, dominantes, intolerantes, vanidosas y déspotas. Las puntuaciones medias, corresponden a personas autosuficientes, seguras y con carácter firme que pueden ser un poco controladoras, pero que se desenvuelven bien en situaciones sociales. Mientras que las puntuaciones bajas describen a personas bastante modestas y retraídas, que tienden a cohibirse en las relaciones sociales, en algunos casos demuestran con poca confianza en sus interacciones sociales y pueden anteponer las necesidades de los otros sobre las propias por lo que pueden terminar sufriendo un trato abusivo por parte de los demás.	,52	Sentimientos de inferioridad, de desgracia o de desesperanza; dificultad para recuperarse del estado de ánimo negativo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza o culpa omnipresente; baja autoestima; ideación y comportamiento suicidas.
	Escala de Hostilidad (Esc_ENJ)		**TRA-E Estrés Postraumático (ARD_T)**		**Labilidad emocional (EmotionalLability)**	

,52	Esta escala hace referencia a personas con tendencias o que presentan problemas de control del enojo, es decir, tienen poca tolerancia a la frustración, pueden tener arrebatos de ira. También tienen la necesidad de descargar la ira u la hostilidad de forma ya sea directa (de forma abierta, verbal o física) o indirectamente (de forma controlada y encubierta, como molestando, burlándose, importunando, provocando, exigiendo o quejándose). Estas personas tienden a perder el autocontrol y dañar físicamente a otras personas u objetos o ambas durante sus arrebatos. Dependiendo de los grados en la escala, entre más alta esté la persona en la escala, hay más probabilidades de que sea más agresiva directamente o entre más bajo que sea agresiva indirectamente.	,54	Incluye pesadillas, reacciones de ansiedad repentinas y sentimientos de estar irreversiblemente transformado por el evento traumático. Existencia de una experiencia pasada relacionada con el acontecimiento traumático perturbador que continúa siendo una fuente de malestar, produciendo episodios recurrentes de ansiedad. Las elevaciones más altas indican que el trauma es un factor dominante en la vida de la persona, que se percibe seria e irreparablemente dañada.	,54	Un aspecto de la afectividad negativa: experiencias emocionales inestables y estado de ánimo con cambios frecuentes; las emociones se alteran fácil, intensa o desproporcionadamente con los acontecimientos y circunstancias.
Escala 0 - Introversión social (Escal_Is)		**ESQ Esquizofrenia (SCZ)**		**Hostilidad (Hostility)**	
,53	Escala que refiere a individuos que muestran timidez social, preferencia por permanecer solo, carencia de autoafirmación social, reservados, sobreaceptación a la autoridad, posible fobia social, miedo a hablar en público, evitación social, baja confianza, ansiedad social, dificultad para expresar emociones.	,54	Esta escala incluye creencias y percepciones inusuales, una escasa competencia social y anhedonia por las relaciones sociales, ineficacia y alteraciones en la atención, la concentración y los procesos asociativos. Evaluando con lo anterior diversas facetas de la esquizofrenia. Las puntuaciones más altas se asocian con un episodio esquizofrénico activo en el cual la persona está confusa, retraída y suspicaz, su juicio es limitado y hay poca claridad en la percepción de la realidad. Con la posibilidad de aparición de delirios de transmisión, inserción, así como el robo o control del pensamiento. La persona puede sentirse aislada, incomprendida y rechazada, así como tener problemas a nivel de pensamiento, concentración, toma de decisiones y experimentar percepciones inusuales o creencias de naturaleza psicótica. En cuanto a las puntuaciones más bajas describen a una persona que se presenta retraída, distante y poco convencional, además de ser ineficaz en las relaciones sociales presentará problemas de atención y concentración.	,54	Un aspecto del antagonismo: sentimientos de enojo persistentes o frecuentes; ira o irritabilidad en respuesta a ofensas e insultos menores.
Escala de Indicadores negativos de tratamiento (ESC_RTR)		**LIM-E Inestabilidad Emocional (BOR_A)**		**Ansiedad (Anxiousness)**	
,56	Esta escala refleja ciertas tendencias hacia sentimientos depresivos y apáticos, donde el locus de control es externo, con tendencias a darse por vencido rápidamente, ya que el individuo tiene pocos recursos personales. Tendencias a sentirse desvalido y emocionalmente indigente hasta el punto de que luchar contra la adversidad, o incluso pensar en hacerlo, le parece inútil. Prefieren no hablar de los problemas, lo ven como una acción inútil carente de resultados.	,55	Propensión a alternar rápidamente entre varias emociones negativas. La persona está ansiosa, enfadada, deprimida y a continuación irritable. Se caracterizan por realizar cambios emocionales rápidos y extremos, que ocurren debido a la propensión a sentir emociones negativas. Las puntuaciones más altas involucran todas las emociones combinadas con un bajo control de la ira, mientras que las puntuaciones más bajas refieren a personas con poca emotividad y con restricción emocional.	,59	Un aspecto de la afectividad negativa: sentimientos intensos de nerviosismo, tensión o pánico, a menudo en respuesta a tensiones interpersonales; se preocupan por los efectos negativos de las experiencias desagradables del pasado y posibilidades futuras negativas; sensación de miedo, aprensión o amenaza ante la incertidumbre; temor a desmoronarse o a perder el control.
Escala 2 - Depresión (Escala_D)		**SOM-S Somatización (SOM_S)**			
,58	Esta escala se asocia a individuos que pueden presentar ansiedad y preocupación, apatía y letargo, falta de impulsividad, síntomas físicos y baja autoestima. Insomnios o somnolencia, pérdida o ganancia de peso, debilidad, fatiga y agotamiento o falta de energía y vigor, culpabilidad, baja autoestima, falta de autoconfianza, distractibilidad, falta de memoria, indecisión, tensión, ansiedad, preocupación, irritabilidad, enfado y agitación fáciles e incluso ira, así como culpabilidad y autodesprecio.	,55	Individuos que presentan quejas físicas corrientes como dolores de cabeza, problemas de espalda, malestar o trastornos gastrointestinales. Presentan somnolencia, malestar general y suelen presentar sus quejas en forma de lamentos o expresiones de insatisfacción.		
Escala de Depresión (Esc_DEP)		**DEP-F Fisiológica (DEP_P)**			
,59	De acuerdo a esta escala, las personas que puntúan en la misma tienden a manifestar desesperación, pérdida de interés, sentimientos de fatiga, apatía y agotamiento. Además, tienden a ser infelices, deprimidos y propensos a llorar, hay una pérdida importante de la auto-eficacia y auto-consideración que los hace sentirse oprimidos por la culpa, inútiles, sienten desesperanza, desean la muerte y piensan en el suicidio. También es relevante que pueden percibir las personas con las que tienen un vínculo o no, no tienen interés en ellos o no pueden ayudarles. Estas personas pueden tener historiales de intentos anteriores de suicidio y hospitalizaciones psiquiátricas, además de una amplia sintomatología con desesperanza, ideas de suicidio o perturbaciones del sueño.	,56	Describe señales vegetativas de la depresión tales como las alteraciones del sueño, problemas de apetito, falta de energía o impulso, pérdida de la líbido, pérdida de peso y la posible presencia de una ralentización motora.		
Escala 8 - Esquizofrenia (Escal_Es)		**PSICOTICISMO_PAI**			
,60	La escala refiere la tendencia al desorden psicótico, presencia de confusión, desorganización, alucinaciones, problemas de concentración, ansiedad generalizada, depresión, pesimismo, hostilidad, agresividad, ideación suicida, dificultad para separar la realidad de la fantasía.	,56	Exhibir una amplia gama de conductas y cogniciones excéntricas, inusuales o culturalmente incongruentes y raras incluyendo tanto el proceso (p. ej., la percepción, la disociación) como el contenido (p. ej., creencias).		
Escala de Trastorno de estrés postraumático Keane (Esc_EPK)		**SOM Quejas Somáticas (SOM)**			
,62	Ansiedad, preocupación, alteraciones en el sueño, culpa y depresión, pensamientos perturbadores involuntarios, falta de control emocional, sentimientos de confusión y maltrato.	,56	Refleja preocupaciones sobre aspectos físicos y de salud, que van desde quejas de malestar físico menor como dolores de cabeza, hasta disfunciones mayores como parálisis. La preocupación es constante sobre la salud, con quejas crónicas, acompañadas de fatiga y debilidad incapacitante; además hay muy poco aceptación de las explicaciones psicológicas sobre su estado somático.		
Escala de Obsesividad (Esc_OBS)		**DEP-E Emocional (DEP_A)**			
,65	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene dificultades para tomar decisiones, en tanto hay una carga mental constante de pensamientos que se consideran o meditan continuamente, esto por lo general puede provocar una respuesta de impaciencia en los otros. Tienen tendencia constante a preocuparse de forma excesiva, porque prestan mucha atención a los detalles y sobrellevan muchos pensamientos intrusivos. Esto lleva a estas personas a sentirse abrumadas, con falta de confianza en sí mismas, miedo a emprender, dificultades para comprometerse, sentimientos de culpabilidad, autocrítica y timidez. Hay resistencia al cambio, esto les provoca tensiones y conductas compulsivas como el guardar objetos y realizar algunos rituales que les provoquen seguridad. Por lo general, la preocupación por los detalles les producen sentimientos de impaciencia, frustración y desesperación.	,57	Describe experiencias de estrés emocional, infelicidad, tristeza y bajo estado de ánimo. Existe una pérdida de interés en la actividades cotidianas y de la sensación de placer (anhedonia). Las puntuaciones bajas reflejan una pérdida de satisfacción que puede ser el motivador que se requiere para realizar cambios en la vida.		
Escala de Baja autoestima (ESC_BAE)		**LIM-I Alteración de la Identidad (BOR_I)**			

VULNERABILIDA

,66	Esta escala describe los individuos que tienen altos índices de falta de confianza en sí mismos, actitudes negativas hacia ellos mismos. Su esquema de pensamientos son, el de sentirse poco atractivos, inferiores, poco competentes, poco simpáticos, menos capacitados, menos inteligentes e incluso menos importantes o que no calzan en lo esperado por los otros. Tienden a tener un bajo umbral para la autocensura y la autocrítica y por lo general abandonan sus proyectos personales ante la menor adversidad. Debido a esto anterior les cuesta mucho ser independientes, ya que no se sienten seguros para poder actuar o decidir de forma autosuficiente, por lo que tienden a ser dependientes y vincularse de forma sumisa con otras personas con las que tienen una afiliación afectiva relevante.	,60	Describe a persona con dificultades para mantener una representación de la propia identidad lo que se refleja en cambios repentinos en deseos y metas. Hay incertidumbre y dudas sobre asuntos vitales y dificultad para encontrarle sentido a la vida. Presentan sentimientos de vacío, ausencia de logros y hastío. Las puntuaciones más bajas refieren a un autoconcepto más estable.
Escala de Trastorno de estrés postraumático Schlenger (Esc_EPS)		**ANS-C Cognitiva (ANX_C)**	
,67	Depresión, ansiedad, pánico, memorias intrusivas, pérdida del sueño.	,61	Se caracteriza por una preocupación constante y rumiativa, hipervigilancia cognitiva hacia posibles riesgos y peligros, incapacidad para concentrarse y prestar atención. Posibilidad de existencia de ideas obsesivas.
Escala de Emociones negativas disfuncionales (Escal_RC7)		**TRA-F Fobias (ARD_P)**	
,68	La escala hace referencia a las emociones disfuncionales negativas como ansiedad, miedo o irritabilidad, se describe a sí mismo como triste e infeliz. Son propensos a la culpa y tienen una tendencia ser autocrítico, inseguros y se preocupan en exceso, perciben crítica donde no existe, pesimistas; esperan fracasar, tienen dificultades para dormir, tienen pesadilla. Pueden sentirse abrumados e incapaces de enfrentar las situaciones. Reflejan malestar emocional significativo e impotencia. Tienden a ser muy pasivos y sumisos en las relaciones interpersonales. Son propensos a padecer o llegar a desarrollar desórdenes de ansiedad, así como experimentan excesiva culpa e inseguridad.	,61	Describe miedos fóbicos comunes como el miedo a las alturas, a lugares cerrados, el transporte público y la exposición a situaciones sociales. Los pacientes con tendencias psicopáticas pueden obtener puntuaciones altas caracterizadas por su comportamiento temerario y nula toma de precauciones. También puede observarse la ansiedad social, conductas fóbicas incapacitantes y conductas de evitación. Las puntuaciones más altas son indicadoras de la posible presencia de fobias múltiples o una fobia amplia como la agorafobia.
Escala de Ansiedad (Esc_ANS)		**Dep-C Cognitiva (DEP_C)**	
,69	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene preocupaciones excesivas, tensión nerviosa, perturbaciones del sueño y problemas de atención y concentración. Presentan un miedo constante a perder la razón, mucho estrés y dificultades para tomar decisiones. En general pueden experimentar cierto pánico a que algo salga mal o que se dé una situación inesperada que les produzca la pérdida del control. Por lo general, estas personas consideran que la vida es bastante complicada y se sienten estresados constantemente, vulnerables en extremo a decepciones, dificultades financieras o a los posibles efectos de un error por una decisión que tomaron.	,62	Evalúa expectativas o creencias sobre la falta de aptitudes para afrontar las exigencias del entorno, tiene en consideración el autoestima, la sensación de incompetencia personal o un bajo nivel de autoeficacia. Personas que presentan sentimientos de desesperanza y fracaso, atribuyen los eventos negativos de la vida a su propia inadecuación o incompetencia, minimiza los acontecimientos positivos atribuyéndolos a la buena suerte o la ayuda de otros. Demuestran sentimientos de impotencia, problemas de concentración e indecisión. Las puntuaciones más bajas, hacen referencia a sentimientos de grandiosidad o narcisismo.
Escala de Desmoralización (Escal_RCd)		**LIM Rasgos Límites (BOR)**	
,69	Normalmente la escala se refiere a individuos que no están experimentando una cantidad significativa de angustia psicológica. Las puntuaciones más altas representan una incapacidad de hacer frente o estar abrumado con la situación actual, y experimentan malestar clínico significativo y confusión, percepción sombría del futuro, probablemente con la presencia de depresión por lo cual debe de evaluarse minuciosamente el riesgo de suicidio. Las personas con puntajes altos pueden sentirse desmotivados y desmoralizados. Tienen una baja autoestima, son pesimistas, creen que han fallado en el pasado y esperan fallar en el futuro. Son propensos a sentirse abrumados e incapaces de lidiar con sus circunstancias de vida actuales. Los pacientes clínicos con puntajes altos en esta escala son propensos a reportar depresión, ansiedad y quejas somáticas.	,62	Existe un escaso control de las emociones y la ira, confusión en torno a temas relacionados con la identidad y valores, así como el establecimiento de relaciones intensas y combativas con los demás. Se caracteriza por la impulsividad y conductas autodestructivas. Mide el grado de tensión y emoción negativa experimentado y que puede aparecer en diferentes categorías diagnósticas. Presenta preocupación constante, sentimientos subjetivos de miedo y tensión, así como signos físicos de nerviosismo y estrés, son hostiles e iracundos, a menudo son personas muy deprimidas y ansiosas. Son impulsivos, autodestructivos, incluyen gestos suicidas, abuso de alcohol, drogas o explosiones de agresividad. Se sienten incomprendidos, lo que los hace mostrarse enfadados y ansiosos y necesitados de los demás, haciendo que sus comportamientos sean ambivalentes. Las puntuaciones más bajas corresponden a personas malhumoradas, sensibles y con cierta incertidumbre ante la vida, carentes de satisfacción en las relaciones interpersonales.
Escala 7 - Psicastenia (Escal_Pt)		**ANS Ansiedad (ANX)**	
,70	Esta escala refleja presencia de preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos, temores exagerados, emotividad negativa, control rígido de impulsos, miedo al fracaso, procrastinación, deterioro en la concentración y la memoria, culpa y autocrítica, rumiación. Problemas de distracción y olvido. Falta de inventiva e ingenio le lleva a la dilación, indecisión, inmovilismo. Las reuniones con desconocidos producen incomodidad.	,64	Se enfoca en características clínicas y conductuales de áreas relacionadas con trastornos específicos de ansiedad. Se caracteriza por miedos específicos, fobias, pensamientos y comportamientos obsesivos-compulsivos, y experiencias problemáticas asociadas con eventos traumáticos.
Escala de Interferencia laboral (ESC_DTR)		**DEP Depresión (DEP)**	
,70	Esta escala describe las dinámicas internas de personas que tienen confianza en sí mismas, falta de concentración, y tensión. Dificultad para tomar decisiones, falta de apoyo familiar, cuestionamientos personales, actitudes negativas hacia los compañeros. Ansiedad, así como, preocupaciones excesivas o incluso, síntomas depresivos. Todas estas dinámicas, conductas o actitudes les provocan un desempeño laboral deficiente. Estas personas pueden ser poco amigables y cooperadoras, además de distantes de los otros, pueden tener tienen dificultades de adaptación en el trabajo.	,64	Evalúa características clínicas del síndrome de la depresión. Incluye pesimismo y expectativas negativas, sentimientos de tristeza, apatía, falta de energía, alteraciones del sueño y del apetito, falta de motivación, desesperanza, ideación suicida.
Escala de Inadaptación universitaria (Esc_DPR)		**TRA Trastornos Relacionados con la Ansiedad (ARD)**	
,70	Individuos parecen poco adaptados, ineficientes, pesimistas y angustiados, pueden desarrollar síntomas físicos en épocas de estrés y sentir que la vida los abruma la mayoría del tiempo.	,65	Se enfoca en características clínicas y conductuales de áreas relacionadas con trastornos específicos de ansiedad. Incluye miedos específicos, fobias, pensamientos y comportamientos obsesivos-compulsivos, y experiencias problemáticas asociadas con eventos traumáticos.
Escala de Ansiedad (Esc_A)		**ANS-F Fisiológica (ANX_P)**	
,71	Puntuaciones altas en esta escala permiten identificar síntomas de ansiedad y falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a la desorganizarse ante el estrés y a la dificultad para ajustarse a las circunstancias. También puede indicar dificultades para la concentración, cansancio, preocupación, desánimo, sentimientos de inferioridad e inadecuación, susceptibilidad, control exagerado de impulsos, inseguridad y dificultad para tomar decisiones, sumisión y sugestionabilidad, aceptación de la autoridad externa, pesimismo, tendencia a racionalizar las dificultades, perturbación en situaciones sociales, timidez, torpeza, aislamiento y pasividad.	,69	Ansiedad relacionada con el sistema nervioso autónomo, se manifiesta como taquicardia, sudoración en la palma de las manos, hiperventilación y mareos. Reflejan un modo represivo de afrontamiento del estrés y puede estar acompañado por otros síntomas somáticos.
Escala de Neuroticismo o Emocionalidad negativa (Esc_NEN)		**AFECTO_NEGATIVO_PAI**	

	,71	Quien puntúa alto se muestra impotente, dependiente, necesitado, indeciso e inestable. Las relaciones con otros se caracterizan por una pasividad extrema, un miedo a ser abandonado y una hipersensibilidad a las críticas. Puede provocar la desesperación en los otros, puesto que constantemente deja de tomar iniciativas para mejorar la situación y para actuar de acuerdo con sus propios mejores intereses. Pueden observarse vinculaciones "límites" con los demás, lamentaciones por el rechazo de la ayuda y conductas suicidas o autolesivas. Puntuaciones bajas reflejan una emocionalidad relajada e imperturbable, quizá tan carente de atención y preocupación que sugiere un empobrecimiento de la experiencia interna y plantea la cuestión de la represión. En el extremo, la puntuación baja indica una vida emocional plácida que puede ser impermeable a la disrupción.	,72	Exhibir una amplia gama de conductas y cogniciones excéntricas, inusuales o culturalmente incongruentes y raras incluyendo tanto el proceso (p. ej., la percepción, la disociación) como el contenido (p. ej., creencias).		
IDPP	**MMPI-2 (N = 226)**		**PAI (N = 184)**		**PID-5 (N = 219)**	
Escala	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**
	Escala 2 - Depresión (Escala_D)		**AFECTO_NEGATIVO_PAI**		**Anhedonia (Anhedonia)**	
	,67	Esta escala se asocia a individuos que pueden presentar ansiedad y preocupación, apatía y letargo, falta de impulsividad, síntomas físicos y baja autoestima. Insomnios o somnolencia, pérdida o ganancia de peso, debilidad, fatiga y agotamiento o falta de energía y vigor, culpabilidad, baja autoestima, falta de autoconfianza, distractibilidad, falta de memoria, indecisión, tensión, ansiedad, preocupación, irritabilidad, enfado y agitación fáciles e incluso ira, así como culpabilidad y autodesprecio.	**,58**	Experiencias frecuentes e intensas de una amplia gama de emociones negativas (p. ej., ansiedad, depresión, culpa/vergüenza, preocupación, enfado), y de sus manifestaciones comportamentales (p. ej., autolesión) e interpersonales (p. ej., dependencia).	**,56**	Un aspecto del desapego: falta de disfrute, de participación o de energía para las experiencias vitales; déficit en la capacidad de sentir placer o de interesarse por las cosas.
	Escala de Neuroticismo o Emocionalidad negativa (Esc_NEN)		**PSICOTICISMO_PAI**		**Depresión (Depressivity)**	
	,70	Quien puntúa alto se muestra impotente, dependiente, necesitado, indeciso e inestable. Las relaciones con otros se caracterizan por una pasividad extrema, un miedo a ser abandonado y una hipersensibilidad a las críticas. Puede provocar la desesperación en los otros, puesto que constantemente deja de tomar iniciativas para mejorar la situación y para actuar de acuerdo con sus propios mejores intereses. Pueden observarse vinculaciones "límites" con los demás, lamentaciones por el rechazo de la ayuda y conductas suicidas o autolesivas. Puntuaciones bajas reflejan una emocionalidad relajada e imperturbable, quizá tan carente de atención y preocupación que sugiere un empobrecimiento de la experiencia interna y plantea la cuestión de la represión. En el extremo, la puntuación baja indica una vida emocional plácida que puede ser impermeable a la disrupción.	**,61**	Exhibir una amplia gama de conductas y cogniciones excéntricas, inusuales o culturalmente incongruentes y raras incluyendo tanto el proceso (p. ej., la percepción, la disociación) como el contenido (p. ej., creencias).	**,67**	Sentimientos de inferioridad, de desgracia o de desesperanza; dificultad para recuperarse del estado de ánimo negativo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza o culpa omnipresente; baja autoestima; ideación y comportamiento suicidas.
	Escala 8 - Esquizofrenia (Escal_Es)		**LIM Rasgos Límites (BOR)**		**Ansiedad (Anxiousness)**	
	,71	La escala refiere la tendencia al desorden psicótico, presencia de confusión, desorganización, alucinaciones, problemas de concentración, ansiedad generalizada, depresión, pesimismo, hostilidad, agresividad, ideación suicida, dificultad para separar la realidad de la fantasía.	**,71**	Existe un escaso control de las emociones y la ira, confusión en torno a temas relacionados con la identidad y valores, así como el establecimiento de relaciones intensas y combativas con los demás. Se caracteriza por la impulsividad y conductas autodestructivas. Mide el grado de tensión y emoción negativa experimentado y que puede aparecer en diferentes categorías diagnósticas. Presenta preocupación constante, sentimientos subjetivos de miedo y tensión, así como signos físicos de nerviosismo y estrés, son hostiles e iracundos, a menudo son personas muy deprimidas y ansiosas. Son impulsivos, autodestructivos, incluyen gestos suicidas, abuso de alcohol, drogas o explosiones de agresividad. Se sienten incomprendidos, lo que los hace mostrarse enfadados y ansiosos y necesitados de los demás, haciendo que sus comportamientos sean ambivalentes. Las puntuaciones más bajas corresponden a personas malhumoradas, sensibles y con cierta incertidumbre ante la vida, carentes de satisfacción en las relaciones interpersonales.	**,73**	Un aspecto de la afectividad negativa: sentimientos intensos de nerviosismo, tensión o pánico, a menudo en respuesta a tensiones interpersonales; se preocupan por los efectos negativos de las experiencias desagradables del pasado y posibilidades futuras negativas; sensación de miedo, aprensión o amenaza ante la incertidumbre; temor a desmoronarse o a perder el control.
	Escala de Emociones negativas disfuncionales (Escal_RC7)		**ANS-C Cognitiva (ANX_C)**			
	,73	La escala hace referencia a las emociones disfuncionales negativas como ansiedad, miedo o irritabilidad, se describe a sí mismo como triste e infeliz. Son propensos a la culpa y tienen una tendencia ser autocrítico, inseguros y se preocupan en exceso, perciben crítica donde no existe, pesimistas; esperan fracasar, tienen dificultades para dormir, tienen pesadilla. Pueden sentirse abrumados e incapaces de enfrentar las situaciones. Reflejan malestar emocional significativo e impotencia. Tienden a ser muy pasivos y sumisos en las relaciones interpersonales. Son propensos a padecer o llegar a desarrollar desórdenes de ansiedad, así como experimentan excesiva culpa e inseguridad.	**,73**	Se caracteriza por una preocupación constante y rumiativa, hipervigilancia cognitiva hacia posibles riesgos y peligros, incapacidad para concentrarse y prestar atención. Posibilidad de existencia de ideas obsesivas.		
	Escala de Depresión (Esc_DEP)		**Dep-C Cognitiva (DEP_C)**			
	,74	De acuerdo a esta escala, las personas que puntúan en la misma tienden a manifestar desesperación, pérdida de interés, sentimientos de fatiga, apatía y agotamiento. Además, tienden a ser infelices, deprimidos y propensos a llorar, hay una pérdida importante de la auto-eficacia y auto-consideración que los hace sentirse oprimidos por la culpa, inútiles, sienten desesperanza, desean la muerte y piensan en el suicidio. También es relevante que pueden percibir las personas con las que tienen un vínculo o no, no tienen interés en ellos o no pueden ayudarles. Estas personas pueden tener historiales de intentos anteriores de suicidio y hospitalizaciones psiquiátricas, además de una amplia sintomatología con desesperanza, ideas de suicidio o perturbaciones del sueño.	**,74**	Evalúa expectativas o creencias sobre la falta de aptitudes para afrontar las exigencias del entorno, tiene en consideración el autoestima, la sensación de incompetencia personal o un bajo nivel de autoeficacia. Personas que presentan sentimientos de desesperanza y fracaso, atribuyen los eventos negativos de la vida a su propia inadecuación o incompetencia, minimiza los acontecimientos positivos atribuyéndolos a la buena suerte o la ayuda de otros. Demuestran sentimientos de impotencia, problemas de concentración e indecisión. Las puntuaciones más bajas, hacen referencia a sentimientos de grandiosidad o narcisismo.		
	Escala de Obsesividad (Esc_OBS)		**ANS Ansiedad (ANX)**			
RASGOS ANSIOSOS	**,74**	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene dificultades para tomar decisiones, en tanto hay una carga mental constante de pensamientos que se consideran o meditan continuamente, esto por lo general puede provocar una respuesta de impaciencia en los otros. Tienen tendencia constante a preocuparse de forma excesiva, porque prestan mucha atención a los detalles y sobrellevan muchos pensamientos intrusivos. Esto lleva a estas personas a sentirse abrumadas, con falta de confianza en sí mismas, miedo a emprender, dificultades para comprometerse, sentimientos de culpabilidad, autocrítica y timidez. Hay resistencia al cambio, esto les provoca tensiones y conductas compulsivas como el guardar objetos y realizar algunos rituales que les provoquen seguridad. Por lo general, la preocupación por los detalles les producen sentimientos de impaciencia, frustración y desesperación.	**,77**	Se enfoca en características clínicas y conductuales de áreas relacionadas con trastornos específicos de ansiedad. Se caracteriza por miedos específicos, fobias, pensamientos y comportamientos obsesivos-compulsivos, y experiencias problemáticas asociadas con eventos traumáticos.		
	Escala de Trastorno de estrés postraumático Keane (Esc_EPK)		**TRA Trastornos Relacionados con la Ansiedad (ARD)**			

	,74	Ansiedad, preocupación, alteraciones en el sueño, culpa y depresión, pensamientos perturbadores involuntarios, falta de control emocional, sentimientos de confusión y maltrato.	**,78**	Se enfoca en características clínicas y conductuales de áreas relacionadas con trastornos específicos de ansiedad. Incluye miedos específicos, fobias, pensamientos y comportamientos obsesivos-compulsivos, y experiencias problemáticas asociadas con eventos traumáticos.		
	Escala de Ansiedad (Esc_ANS)		**ANS-F Fisiológica (ANX_P)**			
	,77	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene preocupaciones excesivas, tensión nerviosa, perturbaciones del sueño y problemas de atención y concentración. Presentan un miedo constante a perder la razón, mucho estrés y dificultades para tomar decisiones. En general pueden experimentar cierto pánico a que algo salga mal o que se dé una situación inesperada que les produzca la pérdida del control. Por lo general, estas personas consideran que la vida es bastante complicada y se sienten estresados constantemente, vulnerables en extremo a decepciones, dificultades financieras o a los posibles efectos de un error por una decisión que tomaron.	**,81**	Ansiedad relacionada con el sistema nervioso autónomo, se manifiesta como taquicardia, sudoración en la palma de las manos, hiperventilación y mareos. Reflejan un modo represivo de afrontamiento del estrés y puede estar acompañado por otros síntomas somáticos.		
	Escala de Inadaptación universitaria (Esc_DPR)					
	,77	Individuos parecen poco adaptados, ineficientes, pesimistas y angustiados, pueden desarrollar síntomas físicos en épocas de estrés y sentir que la vida los abruma la mayoría del tiempo.				
	Escala de Trastorno de estrés postraumático Schlenger (Esc_EPS)					
	,78	Esta escala tiene una alta relación con los índices de ansiedad del MMPI, tales como síntomas de ansiedad, falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a desorganizarse con el estrés, y enfrentar problemas para ajustarse a las circunstancias, perturbación en la concentración, fatiga, preocupación, desánimo, sentimientos de inadecuación e inferioridad, susceptibilidad, inhibición, control exagerado de impulsos, pesimismo, timidez, aislamiento, pasividad				
	Escala de Desmoralización (Escal_RCd)					
	,79	Normalmente la escala se refiere a individuos que no están experimentando una cantidad significativa de angustia psicológica. Las puntuaciones más altas representan una incapacidad de hacer frente o estar abrumado con la situación actual, y experimentan malestar clínico significativo y confusión, percepción sombría del futuro, probablemente con la presencia de depresión por lo cual debe de evaluarse minuciosamente el riesgo de suicidio. Las personas con puntajes altos pueden sentirse desmotivados y desmoralizados. Tienen una baja autoestima, son pesimistas, creen que han fallado en el pasado y esperan fallar en el futuro. Son propensos a sentirse abrumados e incapaces de lidiar con sus circunstancias de vida actuales. Los pacientes clínicos con puntajes altos en esta escala son propensos a reportar depresión, ansiedad y quejas somáticas.				
	Escala de Ansiedad (Esc_A)					
	,79	Puntuaciones altas en esta escala permiten identificar síntomas de ansiedad y falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a la desorganizarse ante el estrés y a la dificultad para ajustarse a las circunstancias. También puede indicar dificultades para la concentración, cansancio, preocupación, desánimo, sentimientos de inferioridad e inadecuación, susceptibilidad, control exagerado de impulsos, inseguridad y dificultad para tomar decisiones, sumisión y sugestionabilidad, aceptación de la autoridad externa, pesimismo, tendencia a racionalizar las dificultades, perturbación en situaciones sociales, timidez, torpeza, aislamiento y pasividad.				
	Escala 7 Psicastenia (Escal_Pt)					
	,81	Esta escala refleja presencia de preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos, temores exagerados, emotividad negativa, control rígido de impulsos, miedo al fracaso, procrastinación, deterioro en la concentración y la memoria, culpa y autocrítica, rumiación. Problemas de distracción y olvido. Falta de inventiva e ingenio le lleva a la dilación, indecisión, inmovilismo. Las reuniones con desconocidos producen incomodidad.				

IDPP	**MMPI-2 (N = 226)**		**PAI (N = 184)**		**PID-5 (N = 219)**	
Escala	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**
	Escala 6 - Paranoia (Escal_Pa)		**PSICOTICISMO_PAI**		**Depresión (Depressivity)**	
	,56	Escala asociada a sujetos propensos a reflejar susceptibilidad interpersonal marcada y tendencia a malinterpretar los motivos e intenciones de otros, presencia de delirios de persecución, se sienten criticados, juzgados, atacados o tratados injustamente, miedo a ataques, posiblemente deprimidos, con dificultades interpersonales, con resentimiento con familiares.	,61	Exhibir una amplia gama de conductas y cogniciones excéntricas, inusuales o culturalmente incongruentes y raras incluyendo tanto el proceso (p. ej., la percepción, la disociación) como el contenido (p. ej., creencias).	,57	Sentimientos de inferioridad, de desgracia o de desesperanza; dificultad para recuperarse del estado de ánimo negativo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza o culpa omnipresente; baja autoestima; ideación y comportamiento suicidas.
	Escala de Baja autoestima (Esc_BAE)		**DEP-E Emocional (DEP_A)**		**Ansiedad (Anxiousness)**	
	,62	Esta escala describe los individuos que tienen altos índices de falta de confianza en sí mismos, actitudes negativas hacia ellos mismos. Su esquema de pensamientos son, el de sentirse poco atractivos, inferiores, poco competentes, poco simpáticos, menos capacitados, menos inteligentes e incluso menos importantes o que no calzan en lo esperado por los otros. Tienden a tener un bajo umbral para la autocensura y la autocrítica y por lo general abandonan sus proyectos personales ante la menor adversidad. Debido a esto anterior les cuesta mucho ser independientes, ya que no se sienten seguros para poder actuar o decidir de forma autosuficiente, por lo que tienden a ser dependientes y vincularse de forma sumisa con otras personas con las que tienen una afiliación afectiva relevante.	,68	Describe experiencias de estrés emocional, infelicidad, tristeza y bajo estado de ánimo. Existe una pérdida de interés en la actividades cotidianas y de la sensación de placer (anhedonia). Las puntuaciones bajas reflejan una pérdida de satisfacción que puede ser el motivador que se requiere para realizar cambios en la vida.	,63	Un aspecto de la afectividad negativa: sentimientos intensos de nerviosismo, tensión o pánico, a menudo en respuesta a tensiones interpersonales; se preocupan por los efectos negativos de las experiencias desagradables del pasado y posibilidades futuras negativas; sensación de miedo, aprensión o amenaza ante la incertidumbre; temor a desmoronarse o a perder el control.
	Escala 8 - Esquizofrenia (Escal_Es)		**Dep-C Cognitiva (DEP_C)**		**Labilidad emocional (EmotionalLability)**	
	,63	La escala refiere la tendencia al desorden psicótico, presencia de confusión, desorganización, alucinaciones, problemas de concentración, ansiedad generalizada, depresión, pesimismo, hostilidad, agresividad, ideación suicida, dificultad para separar la realidad de la fantasía.	,68	Evalúa expectativas o creencias sobre la falta de aptitudes para afrontar las exigencias del entorno, tiene en consideración el autoestima, la sensación de incompetencia personal o un bajo nivel de autoeficacia. Personas que presentan sentimientos de desesperanza y fracaso, atribuyen los eventos negativos de la vida a su propia inadecuación o incompetencia, minimiza los acontecimientos positivos atribuyéndolos a la buena suerte o la ayuda de otros. Demuestran sentimientos de impotencia, problemas de concentración e indecisión. Las puntuaciones más bajas, hacen referencia a sentimientos de grandiosidad o narcisismo.	,67	Un aspecto de la afectividad negativa: experiencias emocionales inestables y estado de ánimo con cambios frecuentes; las emociones se alteran fácil, intensa o desproporcionadamente con los acontecimientos y circunstancias.

INESTABILIDAD EMOCIONAL	**Escala de Emociones negativas disfuncionales (Escal_RC7)**		**ANS-F Fisiológica (ANX_P)**	
	,65	La escala hace referencia a las emociones disfuncionales negativas como ansiedad, miedo o irritabilidad, se describe a sí mismo como triste e infeliz. Son propensos a la culpa y tienen una tendencia ser autocrítico, inseguros y se preocupan en exceso, perciben crítica donde no existe, pesimistas; esperan fracasar, tienen dificultades para dormir, tienen pesadilla. Pueden sentirse abrumados e incapaces de enfrentar las situaciones. Reflejan malestar emocional significativo e impotencia. Tienden a ser muy pasivos y sumisos en las relaciones interpersonales. Son propensos a padecer o llegar a desarrollar desórdenes de ansiedad, así como experimentan excesiva culpa e inseguridad.	,69	Ansiedad relacionada con el sistema nervioso autónomo, se manifiesta como taquicardia, sudoración en la palma de las manos, hiperventilación y mareos. Reflejan un modo represivo de afrontamiento del estrés y puede estar acompañado por otros síntomas somáticos.
	Escala de Depresión (Esc_DEP)		**TRA Trastornos Relacionados con la Ansiedad (ARD)**	
	,67	De acuerdo a esta escala, las personas que puntúan en la misma tienden a manifestar desesperación, pérdida de interés, sentimientos de fatiga, apatía y agotamiento. Además, tienden a ser infelices, deprimidos y propensos a llorar, hay una pérdida importante de la auto-eficacia y auto-consideración que los hace sentirse oprimidos por la culpa, inútiles, sienten desesperanza, desean la muerte y piensan en el suicidio. También es relevante que pueden percibir las personas con las que tienen un vínculo o no, no tienen interés en ellos o no pueden ayudarles. Estas personas pueden tener historiales de intentos anteriores de suicidio y hospitalizaciones psiquiátricas, además de una amplia sintomatología con desesperanza, ideas de suicidio o perturbaciones del sueño.	,70	Se enfoca en características clínicas y conductuales de áreas relacionadas con trastornos específicos de ansiedad. Incluye miedos específicos, fobias, pensamientos y comportamientos obsesivos-compulsivos, y experiencias problemáticas asociadas con eventos traumáticos.
	Escala de Ansiedad (Esc_ANS)		**LIM-I Alteración de la Identidad (BOR_I)**	
	,70	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene preocupaciones excesivas, tensión nerviosa, perturbaciones del sueño y problemas de atención y concentración. Presentan un miedo constante a perder la razón, mucho estrés y dificultades para tomar decisiones. En general pueden experimentar cierto pánico a que algo salga mal o que se dé una situación inesperada que les produzca la pérdida del control. Por lo general, estas personas consideran que la vida es bastante complicada y se sienten estresados constantemente, vulnerables en extremo a decepciones, dificultades financieras o a los posibles efectos de un error por una decisión que tomaron.	,71	Describe a persona con dificultades para mantener una representación de la propia identidad lo que se refleja en cambios repentinos en deseos y metas. Hay incertidumbre y dudas sobre asuntos vitales y dificultad para encontrarle sentido a la vida. Presentan sentimientos de vacío, ausencia de logros y hastío. Las puntuaciones más bajas refieren a un autoconcepto más estable.
	Escala de Trastorno de estrés postraumático Schlenger (Esc_EPS)		**DEP Depresión (DEP)**	
	,70	Esta escala tiene una alta relación con los índices de ansiedad del MMPI, tales como síntomas de ansiedad, falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a desorganizarse con el estrés, y enfrentar problemas para ajustarse a las circunstancias, perturbación en la concentración, fatiga, preocupación, desánimo, sentimientos de inadecuación e inferioridad, susceptibilidad, inhibición, control exagerado de impulsos, pesimismo, timidez, aislamiento, pasividad	,72	Evalúa características clínicas del síndrome de la depresión. Incluye pesimismo y expectativas negativas, sentimientos de tristeza, apatía, falta de energía, alteraciones del sueño y del apetito, falta de motivación, desesperanza, ideación suicida.
	Escala de Neuroticismo o Emocionalidad negativa (Esc_NEN)		**LIM Rasgos Límites (BOR)**	
	,71	Quien puntúa alto se muestra impotente, dependiente, necesitado, indeciso e inestable. Las relaciones con otros se caracterizan por una pasividad extrema, un miedo a ser abandonado y una hipersensibilidad a las críticas. Puede provocar la desesperación en los otros, puesto que constantemente deja de tomar iniciativas para mejorar la situación y para actuar de acuerdo con sus propios mejores intereses. Pueden observarse vinculaciones "límites" con los demás, lamentaciones por el rechazo de la ayuda y conductas suicidas o autolesivas. Puntuaciones bajas reflejan una emocionalidad relajada e imperturbable, quizá tan carente de atención y preocupación que sugiere un empobrecimiento de la experiencia interna y plantea la cuestión de la represión. En el extremo, la puntuación baja indica una vida emocional plácida que puede ser impermeable a la disrupción.	,76	Existe un escaso control de las emociones y la ira, confusión en torno a temas relacionados con la identidad y valores, así como el establecimiento de relaciones intensas y combativas con los demás. Se caracteriza por la impulsividad y conductas autodestructivas. Mide el grado de tensión y emoción negativa experimentado y que puede aparecer en diferentes categorías diagnósticas. Presenta preocupación constante, sentimientos subjetivos de miedo y tensión, así como signos físicos de nerviosismo y estrés, son hostiles e iracundos, a menudo son personas muy deprimidas y ansiosas. Son impulsivos, autodestructivos, incluyen gestos suicidas, abuso de alcohol, drogas o explosiones de agresividad. Se sienten incomprendidos, lo que los hace mostrarse enfadados y ansiosos y necesitados de los demás, haciendo que sus comportamientos sean ambivalentes. Las puntuaciones más bajas corresponden a personas malhumoradas, sensibles y con cierta incertidumbre ante la vida, carentes de satisfacción en las relaciones interpersonales.
	Escala de Desmoralización (Escal_RCd)		**AFECTO_NEGATIVO_PAI**	
	,71	Normalmente la escala se refiere a individuos que no están experimentando una cantidad significativa de angustia psicológica. Las puntuaciones más altas representan una incapacidad de hacer frente o estar abrumado con la situación actual, y experimentan malestar clínico significativo y confusión, percepción sombría del futuro, probablemente con la presencia de depresión por lo cual debe de evaluarse minuciosamente el riesgo de suicidio. Las personas con puntajes altos pueden sentirse desmotivados y desmoralizados. Tienen una baja autoestima, son pesimistas, creen que han fallado en el pasado y esperan fallar en el futuro. Son propensos a sentirse abrumados e incapaces de lidiar con sus circunstancias de vida actuales. Los pacientes clínicos con puntajes altos en esta escala son propensos a reportar depresión, ansiedad y quejas somáticas.	,79	Experiencias frecuentes e intensas de una amplia gama de emociones negativas (p. ej., ansiedad, depresión, culpa/vergüenza, preocupación, enfado), y de sus manifestaciones comportamentales (p. ej., autolesión) e interpersonales (p. ej., dependencia).
	Escala de Ansiedad (Esc_A)			
	,72	Puntuaciones altas en esta escala permiten identificar síntomas de ansiedad y falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a la desorganizarse ante el estrés y a la dificultad para ajustarse a las circunstancias. También puede indicar dificultades para la concentración, cansancio, preocupación, desánimo, sentimientos de inferioridad e inadecuación, susceptibilidad, control exagerado de impulsos, inseguridad y dificultad para tomar decisiones, sumisión y sugestionabilidad, aceptación de la autoridad externa, pesimismo, tendencia a racionalizar las dificultades, perturbación en situaciones sociales, timidez, torpeza, aislamiento y pasividad.		
	Escala 7 - Psicastenia (Escal_Pt)			
	,72	Esta escala refleja presencia de preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos, temores exagerados, emotividad negativa, control rígido de impulsos, miedo al fracaso, procrastinación, deterioro en la concentración y la memoria, culpa y autocrítica, rumiación. Problemas de distracción y olvido. Falta de inventiva e ingenio le lleva a la dilación, indecisión, inmovilismo. Las reuniones con desconocidos producen incomodidad.		
	Escala de Inadaptación universitaria (Esc_DPR)			
	,73	Individuos parecen poco adaptados, ineficientes, pesimistas y angustiados, pueden desarrollar síntomas físicos en épocas de estrés y sentir que la vida los abruma la mayoría del tiempo.		

IDPP	MMPI-2 (N = 226)		PAI (N = 184)		PID-5 (N = 219)	
Escala	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**
RASGOS HOSTILES		**Escala 4 - Desviación Psicopática (Escal_Dp)**		**SOM Quejas Somáticas (SOM)**		**Ansiedad (Anxiousness)**
	,57	Esta escala está asociada a las conductas antisociales donde no hay una respuesta emocional profunda de las acciones - reacciones emocionales superficiales- y los hechos cometidos, así como la incapacidad de aprender de la experiencia. La escala también mide la falta de compromiso o juicio hacia las normas sociales. Hay presencia de conductas agresivas, inestables, inmaduras, irresponsables, rebeldes y hostiles. Dentro del histórico conductual de los individuos se encuentran los problemas maritales, problemas con la autoridad, abuso de sustancias, impulsividad, sociabilidad y hedonismo, así como búsqueda inmediata de gratificación, impaciencia, baja tolerancia a la frustración y centrado en sí mismo.	**,52**	Refleja preocupaciones sobre aspectos físicos y de salud, que van desde quejas de malestar físico menor como dolores de cabeza, hasta disfunciones mayores como parálisis. La preocupación es constante sobre la salud, existen quejas crónicas, acompañadas de fatiga y debilidad incapacitante. Además, hay muy poca aceptación de las explicaciones psicológicas sobre su estado somático.	**,51**	Un aspecto de la afectividad negativa: sentimientos intensos de nerviosismo, tensión o pánico, a menudo en respuesta a tensiones interpersonales; se preocupan por los efectos negativos de las experiencias desagradables del pasado y posibilidades futuras negativas; sensación de miedo, aprensión o amenaza ante la incertidumbre; temor a desmoronarse o a perder el control.
		Escala de Depresión (Esc_DEP)		**DESINHIBICIÓN PAI**		**Hostilidad (Hostility)**
	,58	De acuerdo a esta escala, las personas que puntúan en la misma tienden a manifestar desesperación, pérdida de interés, sentimientos de fatiga, apatía y agotamiento. Además, tienden a ser infelices, deprimidos y propensos a llorar, hay una pérdida importante de la auto-eficacia y auto-consideración que los hace sentirse oprimidos por la culpa, inútiles, sienten desesperanza, desean la muerte y piensan en el suicidio. También es relevante que pueden percibir las personas con las que tienen un vínculo o no, no tienen interés en ellos o no pueden ayudarles. Estas personas pueden tener historiales de intentos anteriores de suicidio y hospitalizaciones psiquiátricas, además de una amplia sintomatología con desesperanza, ideas de suicidio o perturbaciones del sueño.	**,53**	Orientación hacia la satisfacción inmediata, dando lugar a un comportamiento impulsivo dominado por pensamientos y sentimientos repentinos evocados por estímulos externos, sin tener en cuenta aprendizajes obtenidos de experiencias del pasado ni reflexiones sobre las consecuencias futuras.	**,77**	Un aspecto del antagonismo: sentimientos de enojo persistentes o frecuentes; ira o irritabilidad en respuesta a ofensas e insultos menores.
		Escala 8 - Esquizofrenia (Escal_Es)		**LIM-E Inestabilidad Emocional (BOR_A)**		
	,61	La escala refiere la tendencia al desorden psicótico, presencia de confusión, desorganización, alucinaciones, problemas de concentración, ansiedad generalizada, depresión, pesimismo, hostilidad, agresividad, ideación suicida, dificultad para separar la realidad de la fantasía.	**,55**	Propensión a alternar rápidamente entre varias emociones negativas. La persona está ansiosa, enfadada, deprimida y a continuación irritable. Se caracterizan por realizar cambios emocionales rápidos y extremos, que ocurren debido a la propensión a sentir emociones negativas. Las puntuaciones más altas involucran todas las emociones combinadas con un bajo control de la ira, mientras que las puntuaciones más bajas refieren a personas con poca emotividad y con restricción emocional.		
		Escala 7 - Psicastenia (Escal_Pt)		**AGR-F Agresiones Físicas (AGG_P)**		
	,62	Esta escala refleja presencia de preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos, temores exagerados, emotividad negativa, control rígido de impulsos, miedo al fracaso, procrastinación, deterioro en la concentración y la memoria, culpa y autocrítica, rumiación. Problemas de distracción y olvido. Falta de inventiva e ingenio le lleva a la dilación, indecisión, inmovilismo. Las reuniones con desconocidos producen incomodidad.	**,56**	Evalúa el historial agresivo, así como la actitud hacia la violencia física. Las puntuaciones medias hacen referencia a personas que ejercen control sobre la ira y sus impulsos, siendo que rara vez pierden el control. Conforme se sube en la puntuación se describe a personas que pierden el control sobre la ira y son propensos a expresarla físicamente; sin embargo, aún cuentan con la capacidad de autocontrol y evitar expresar su enfado. Para las puntuaciones superiores el control fracasa y el resultado son muestras extremas de ira, incluyendo daño a bienes y violencia física, normalmente intimidan a las personas de su entorno debido a su temperamento y a la violencia que ejerce.		
		Escala de Desmoralización (Escal_RCd)		**PSICOTICISMO_PAI**		
	,62	Normalmente la escala se refiere a individuos que no están experimentando una cantidad significativa de angustia psicológica. Las puntuaciones más altas representan una incapacidad de hacer frente o estar abrumado con la situación actual, y experimentan malestar clínico significativo y confusión, percepción sombría del futuro, probablemente con la presencia de depresión por lo cual debe de evaluarse minuciosamente el riesgo de suicidio. Las personas con puntajes altos pueden sentirse desmotivados y desmoralizados. Tienen una baja autoestima, son pesimistas, creen que han fallado en el pasado y esperan fallar en el futuro. Son propensos a sentirse abrumados e incapaces de lidiar con sus circunstancias de vida actuales. Los pacientes clínicos con puntajes altos en esta escala son propensos a reportar depresión, ansiedad y quejas somáticas.	**,56**	Exhibir una amplia gama de conductas y cogniciones excéntricas, inusuales o culturalmente incongruentes y raras incluyendo tanto el proceso (p. ej., la percepción, la disociación) como el contenido (p. ej., creencias).		
		Escala de Ansiedad (Esc_A)		**MAN-I Irritabilidad (MAN_I)**		
	,64	Puntuaciones altas en esta escala permiten identificar síntomas de ansiedad y falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a la desorganizarse ante el estrés y a la dificultad para ajustarse a las circunstancias. También puede indicar dificultades para la concentración, cansancio, preocupación, desánimo, sentimientos de inferioridad e inadecuación, susceptibilidad, control exagerado de impulsos, inseguridad y dificultad para tomar decisiones, sumisión y sugestionabilidad, aceptación de la autoridad externa, pesimismo, tendencia a racionalizar las dificultades, perturbación en situaciones sociales, timidez, torpeza, aislamiento y pasividad.	**,57**	Volátil excitabilidad, baja tolerancia a la frustración. Se trata de personas impacientes y que son percibidas como exigentes por los demás, su capacidad de razonamiento es escasa, su estado de ánimo varía rápidamente y son propensos a la agresión verbal.		
		Escala de Ansiedad (Esc_ANS)		**LIM Rasgos Límites (BOR)**		
	,64	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene preocupaciones excesivas, tensión nerviosa, perturbaciones del sueño y problemas de atención y concentración. Presentan un miedo constante a perder la razón, mucho estrés y dificultades para tomar decisiones. En general pueden experimentar cierto pánico a que algo salga mal o que se dé una situación inesperada que les produzca la pérdida del control. Por lo general, estas personas consideran que la vida es bastante complicada y se sienten estresados constantemente, vulnerables en extremo a decepciones, dificultades financieras o a los posibles efectos de un error por una decisión que tomaron.	**,58**	Existe un escaso control de las emociones y la ira, confusión en torno a temas relacionados con la identidad y valores, así como el establecimiento de relaciones intensas y combativas con los demás. Se caracteriza por la impulsividad y conductas autodestructivas. Mide el grado de tensión y emoción negativa experimentado y que puede aparecer en diferentes categorías diagnósticas. Presenta preocupación constante, sentimientos subjetivos de miedo y tensión, así como signos físicos de nerviosismo y estrés, son hostiles e iracundos, a menudo son personas muy deprimidas y ansiosas. Son impulsivos, autodestructivos, incluyen gestos suicidas, abuso de alcohol, drogas o explosiones de agresividad. Se sienten incomprendidos, lo que los hace mostrarse enfadados y ansiosos y necesitados de los demás, haciendo que sus comportamientos sean ambivalentes. Las puntuaciones más bajas corresponden a personas malhumoradas, sensibles y con cierta incertidumbre ante la vida, carentes de satisfacción en las relaciones interpersonales.		
		Escala de Emociones negativas disfuncionales (Escal_RC7)		**AGR Agresión (AGG)**		

	,64	La escala hace referencia a las emociones disfuncionales negativas como ansiedad, miedo o irritabilidad, se describe a sí mismo como triste e infeliz. Son propensos a la culpa y tienen una tendencia ser autocrítico, inseguros y se preocupan en exceso, perciben crítica donde no existe, pesimistas; esperan fracasar, tienen dificultades para dormir, tienen pesadilla. Pueden sentirse abrumados e incapaces de enfrentar las situaciones. Reflejan malestar emocional significativo e impotencia. Tienden a ser muy pasivos y sumisos en las relaciones interpersonales. Son propensos a padecer o llegar a desarrollar desórdenes de ansiedad, así como experimentan excesiva culpa e inseguridad.	,58	Evalúa actitudes relacionadas con la agresividad, la ira y la hostilidad. Indaga sobre emociones básicas, abarcando un rango que va desde indicadores de asertividad y bajo control de la ira, hasta conductas violentas y agresivas. Los niveles más extremos de la escala indican un nivel considerable de ira y conducta potencialmente agresiva. Son personas que se sienten provocadas, explotan ante la frustración, son muy iracundos lo cual los ha llevado a tener problemas laborales y legales. En este nivel deben considerarse otros indicadores de potencial de violencia. Comúnmente son personas que están furiosas la mayor parte del tiempo. Las puntuaciones medias describen a personas impacientes, irritables y con mal genio. Conforme se baja en las puntuaciones, se refleja un control razonable sobre la expresividad de la ira y la hostilidad hasta llegar a Descripciones de personas más bien tímidas y con dificultades para reafirmarse.	
	Escala de Trastorno de estrés postraumático Schlenger (Esc_EPS)					
	,65	Esta escala tiene una alta relación con los índices de ansiedad del MMPI, tales como síntomas de ansiedad, falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a desorganizarse con el estrés, y enfrentar problemas para ajustarse a las circunstancias, perturbación en la concentración, fatiga, preocupación, desánimo, sentimientos de inadecuación e inferioridad, susceptibilidad, inhibición, control exagerado de impulsos, pesimismo, timidez, aislamiento, pasividad				
	Escala de Inadaptación universitaria (Esc_DPR)					
	,67	Individuos parecen poco adaptados, ineficientes, pesimistas y angustiados, pueden desarrollar síntomas físicos en épocas de estrés y sentir que la vida los abruma la mayoría del tiempo.				
	Escala de Neuroticismo o Emocionalidad negativa (Esc_NEN)					
	,69	Quien puntúa alto se muestra impotente, dependiente, necesitado, indeciso e inestable. Las relaciones con otros se caracterizan por una pasividad extrema, un miedo a ser abandonado y una hipersensibilidad a las críticas. Puede provocar la desesperación en los otros, puesto que constantemente deja de tomar iniciativas para mejorar la situación y para actuar de acuerdo con sus propios mejores intereses. Pueden observarse vinculaciones "límites" con los demás, lamentaciones por el rechazo de la ayuda y conductas suicidas o autolesivas. Puntuaciones bajas reflejan una emocionalidad relajada e imperturbable, quizá tan carente de atención y preocupación que sugiere un empobrecimiento de la experiencia interna y plantea la cuestión de la represión. En el extremo, la puntuación baja indica una vida emocional plácida que puede ser impermeable a la disrupción.				
	Escala de Hostilidad (Esc_ENJ)					
	,72	Esta escala hace referencia a personas con tendencias o que presentan problemas de control del enojo, es decir, tienen poca tolerancia a la frustración, pueden tener arrebatos de ira. También tienen la necesidad de descargar la ira u la hostilidad de forma ya sea directa (de forma abierta, verbal o física) o indirectamente (de forma controlada y encubierta, como molestando, burlándose, importunando, provocando, exigiendo o quejándose). Estas personas tienden a perder el autocontrol y dañar físicamente a otras personas u objetos o ambas durante sus arrebatos. Dependiendo de los grados en la escala, entre más alta esté la persona en la escala, hay más probabilidades de que sea más agresiva directamente o entre más bajo que sea agresiva indirectamente.				

IDPP	**MMPI-2 (N = 226)**		**PAI (N = 184)**		**PID-5 (N = 219)**	
Escala	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**
	Escala de Activación hipomaníaca (Escal_RC9)		**AFECTO_NEGATIVO_PAI**			
	,35	La escala refiere a la activación hipomaníaca: Los niveles moderados pueden indicar una persona extrovertida con un alto nivel de energía relativamente adaptativo. Los que puntúan alto tienden a experimentar aceleración del pensamiento, niveles altos de energía, alto humor e irritabilidad. También experimentan un pobre control de impulsos, euforia y poca necesidad de sueño. Con frecuencia son un tanto agresivos, y muestran poco control de los impulsos, que está asociado con conductas antisociales, incluidas el abuso de sustancias. Tienden a ser personas que buscan la emoción y que toman riesgos. Las personas con puntajes muy altos pueden sugerir un episodio maníaco y son consistentes con un diagnóstico de desorden bipolar.	,55	Experiencias frecuentes e intensas de una amplia gama de emociones negativas (p. ej., ansiedad, depresión, culpa/vergüenza, preocupación, enfado), y de sus manifestaciones comportamentales (p. ej., autolesión) e interpersonales (p. ej., dependencia).	,43	Un aspecto de extrema escrupulosidad (el polo opuesto de desinhibición): insistencia rígida en que todo sea impecable, perfecto, y sin errores o fallos, incluyendo el rendimiento de uno mismo y de los demás; sacrificar la puntualidad para garantizar la exactitud en cada detalle; creer que solo hay una manera correcta de hacer las cosas; dificultad para cambiar ideas o puntos de vista; preocupación por los detalles, la organización y el orden. La falta de esta faceta es característica de las personas con bajos niveles de desinhibición.
	Escala 8 - Esquizofrenia (Escal_Es)		**ESQ-A Alteración del Pensamiento (SCZ_T)**		**Perseverancia (Perseveration)**	
	,36	La escala refiere la tendencia al desorden psicótico, presencia de confusión, desorganización, alucinaciones, problemas de concentración, ansiedad generalizada, depresión, pesimismo, hostilidad, agresividad, ideación suicida, dificultad para separar la realidad de la fantasía.	,56	Evalúa el nivel de confusión o claridad en el proceso de pensamiento, sugiere problemas en la concentración, toma de decisiones, cierto nivel de confusión y desconcierto unido a las formas más benignas de ineficacia cognitiva. Puede presentarse en personas deprimidas o ansiosas. En su presentación más severa las personas demostraran presencia de asociaciones de ideas inconexas y un aumento en la dificultad para expresarse y comunicarse, es posible que coexista una depresión severa o manía, trastornos de atención, secuela a daños cerebrales o enfermedades, efectos secundarios debido a medicación o incluso secuelas por abuso de alcohol y otras drogas.	,59	Un aspecto de la afectividad negativa: persistencia en las tareas o en una forma particular de hacer las cosas a pesar de que dicho comportamiento ha dejado de ser funcional o eficaz; continuación del mismo comportamiento tras experimentar repetidos fracasos o razones claras para parar.
	Escala de Inadaptación universitaria (Esc_DPR)		**TRA Trastornos Relacionados con la Ansiedad (ARD)**			
	,39	Individuos parecen poco adaptados, ineficientes, pesimistas y angustiados, pueden desarrollar síntomas físicos en épocas de estrés y sentir que la vida los abruma la mayoría del tiempo.	,57	Se enfoca en características clínicas y conductuales de áreas relacionadas con trastornos específicos de ansiedad. Incluye miedos específicos, fobias, pensamientos y comportamientos obsesivos-compulsivos, y experiencias problemáticas asociadas con eventos traumáticos.		
	Escala de Trastorno de estrés postraumático Schlenger (Esc_EPS)		**ESQ Esquizofrenia (SCZ)**			

RIGIDEZ PERSEVERATIVA	**,39**	Esta escala tiene una alta relación con los índices de ansiedad del MMPI, tales como síntomas de ansiedad, falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a desorganizarse con el estrés, y enfrentar problemas para ajustarse a las circunstancias, perturbación en la concentración, fatiga, preocupación, desánimo, sentimientos de inadecuación e inferioridad, susceptibilidad, inhibición, control exagerado de impulsos, pesimismo, timidez, aislamiento, pasividad	**,57**	Esta escala incluye creencias y percepciones inusuales, una escasa competencia social y anhedonia por las relaciones sociales, ineficacia y alteraciones en la atención, la concentración y los procesos asociativos. Evaluando con lo anterior diversas facetas de la esquizofrenia. Las puntuaciones más altas se asocian con un episodio esquizofrénico activo en el cual la persona está confusa, retraída y suspicaz, su juicio es limitado y hay poca claridad en la percepción de la realidad. Con la posibilidad de aparición de delirios de transmisión, inserción, así como el robo o control del pensamiento. La persona puede sentirse aislada, incomprendida y rechazada, así como tener problemas a nivel de pensamiento, concentración, toma de decisiones y experimentar percepciones inusuales o creencias de naturaleza psicótica. En cuanto a las puntuaciones más bajas describen a una persona que se presenta retraída, distante y poco convencional, además de ser ineficaz en las relaciones sociales presentará problemas de atención y concentración.	
	Escala 7 - Psicastenia (Escal_Pt)		**TRA-O Obsesivo - Compulsivo (ARD_O)**		
	,39	Esta escala refleja presencia de preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos, temores exagerados, emotividad negativa, control rígido de impulsos, miedo al fracaso, procrastinación, deterioro en la concentración y la memoria, culpa y autocrítica, rumiación. Problemas de distracción y olvido. Falta de inventiva e ingenio le lleva a la dilación, indecisión, inmovilismo. Las reuniones con desconocidos producen incomodidad.	**,58**	Miedo a la contaminación, ejecución de rituales, perfeccionismo, atención excesiva a los detalles. Estas personas utilizan pensamientos obsesivos como defensa para controlar la ansiedad mediante el orden y la prevención. Son personas rígidas, que no toleran cambios o eventos inesperados y son temerosos a experimentar exigencias emocionales. Además, pueden llegar a fracasar en controlar ansiedad y presentar pensamientos intrusivos, son temerosos de sus propios impulsos y dudan de su capacidad para controlar los mismos.	
	Escala de Comportamiento tipo A (Esc_PTA)		**PSICOTICISMO_PAI**		
	,40	Esta escala describe las características de los individuos que se inclinan por una serie de conductas y actitudes como, la prisa e impaciencia, la irritabilidad, la tensión constante, la competitividad y la autoexigencia de un alto rendimiento en los proyectos o trabajos. Estas personas tienden también a ser egocéntricas, resentidas, muy irritables, suspicaces, rencorosas y carentes de empatía. Socialmente, su trato a los demás es frío y desinteresado, tienen a considerar a los demás como molestos o entorpecedores, tienen cierta tendencia a no tener empatía por los problemas o el dolor de los demás e incluso pueden experimentar placer con las penas de otras personas.	**,60**	Exhibir una amplia gama de conductas y cogniciones excéntricas, inusuales o culturalmente incongruentes y raras incluyendo tanto el proceso (p. ej., la percepción, la disociación) como el contenido (p. ej., creencias).	
	Escala de Obsesividad (Esc_OBS)				
	,41	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene dificultades para tomar decisiones, en tanto hay una carga mental constante de pensamientos que se consideran o meditan continuamente, esto por lo general puede provocar una respuesta de impaciencia en los otros. Tienen tendencia constante a preocuparse de forma excesiva, porque prestan mucha atención a los detalles y sobrellevan muchos pensamientos intrusivos. Esto lleva a estas personas a sentirse abrumadas, con falta de confianza en sí mismas, miedo a emprender, dificultades para comprometerse, sentimientos de culpabilidad, autocrítica y timidez. Hay resistencia al cambio, esto les provoca tensiones y conductas compulsivas como el guardar objetos y realizar algunos rituales que les provoquen seguridad. Por lo general, la preocupación por los detalles les producen sentimientos de impaciencia, frustración y desesperación.			
	Escala de Emociones negativas disfuncionales (Escal_RC7)				
	,41	La escala hace referencia a las emociones disfuncionales negativas como ansiedad, miedo o irritabilidad, se describe a sí mismo como triste e infeliz. Son propensos a la culpa y tienen una tendencia ser autocrítico, inseguros y se preocupan en exceso, perciben crítica donde no existe, pesimistas; esperan fracasar, tienen dificultades para dormir, tienen pesadilla. Pueden sentirse abrumados e incapaces de enfrentar las situaciones. Reflejan malestar emocional significativo e impotencia. Tienden a ser muy pasivos y sumisos en las relaciones interpersonales. Son propensos a padecer o llegar a desarrollar desórdenes de ansiedad, así como experimentan excesiva culpa e inseguridad.			

IDPP	MMPI-2 (N = 226)		PAI (N = 184)		PID-5 (N = 219)	
Escala	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**
TENDENCIAS HIPOMANIACAS		**Escala de Agresión (Esc_AGG)**		**PSICOTICISMO_PAI**		**Desconfianza (Suspiciousness)**
	.36	Puntuaciones altas denotan a personas que controlan a los demás mediante sus amenazas temperamentales. Su autoconcepto está envanecido, engreído y resentido; temen estar sometidos al control de otro y están dispuestos a actuar de forma sádica y vindicativa para evitarlo. Las relaciones con los demás están marcadas por esfuerzos agresivos para controlar y dominar mediante el miedo y la amenaza de violencia, el resentimiento, la hostilidad y el sadismo. Quienes obtienen puntuaciones bajas pueden manifestar niveles relativamente altos de agresión social acercándose y comprometiendo a otros fácilmente y sin agitación, pero esta agresión carece de motivos hostiles y de un impulso de dominio.	.39	Exhibir una amplia gama de conductas y cogniciones excéntricas, inusuales o culturalmente incongruentes y raras incluyendo tanto el proceso (p. ej., la percepción, la disociación) como el contenido (p. ej., creencias).	.23	Un aspecto del desapego: expectativas y sensibilidad a señales de perjuicio o mala intención interpersonal; dudas sobre la lealtad y la fidelidad de los demás; sentimientos de ser maltratado, utilizado o perseguidos por otros.
		Escala de Psicoticismo (Esc_PSY)		**MAN-G Grandiosidad (MAN_G)**		**Desregulación cognitiva y perceptiva (PerceptualDysregulation)**
	.36	En elevaciones moderadas (T de 55-65), la escala PSY refleja principalmente creencias o experiencias inusuales y una tendencia a admitir de buen grado el soñar despierto. Incluso en elevaciones suaves y moderadas, PSY refleja una falta de armonía en las relaciones con los mundos físico y social de modo que la actuación resulta comprometida y las relaciones enajenadas. La persona puede dar la apariencia de estar en el mundo, pero sin formar parte de él. Cuando las elevaciones son más altas, se encuentran distorsiones más graves en la forma en que el individuo interactúa con sus mundos social y físico, de forma que estas interacciones aparecen hostiles, provocativas, agresivas e inadecuadas, o bien incompetentes, irrelevantes, extrañas y autoanulantes. No obstante, con T superiores a 65 aparecen verdaderos fenómenos psicóticos, e incluyen síntomas de Schneider, ideas persecutorias, o claramente delirantes, y sospechas. Las relaciones con los demás son mínimas, distantes y secretamente hostiles, con facilidad para sentirse maltratado y resentido.	.44	Hace referencia a la autoevaluación de las capacidades y habilidades. Las puntuaciones más altas demuestran una incapacidad de reconocer las limitaciones personales o defectos, estas creencias pueden estar cercanas al delirio. son en exceso confiados de sí mismos, creen tener talentos especiales y únicos, que le llevarán a la fama y fortuna. Son egocéntricos y narcisistas. Por su parte, las puntuaciones bajas pueden indicar que la persona es vulnerable a la depresión. Debe de tenerse en consideración que esta escala puede hacer referencia a la forma en que se internaliza un bajo autoconcepto.	.30	Un aspecto del psicoticismo: procesos de pensamiento inusuales o raros: despersonalización, desrealización y experiencias disociativas, estados combinados de sueño y vigilia o vivencias de control del pensamiento. Pensamiento y lenguaje circunstancial, vago, metafórico, recargado o estereotipado; sensaciones extrañas en diversas modalidades sensoriales.
		Escala 9 - Hipomanía (Escal_Ma)		**Manía (MAN)**		**Excentricidad (Eccentricity)**
	.39	Esta escala se asocia a individuos con mucha energía y ritmo mental y físico acelerado, por lo que hay poca necesidad de sueño, sensaciones eufóricas, extroversión y altas aspiraciones, así como a conductas arriesgadas, mayor actividad sexual, impulsividad, volubilidad e irritabilidad. Dentro de las características se encuentran también la grandiosidad, el control pobre del temperamento, la hiperactividad, la distractibilidad, las decisiones impulsivas y la carencia de limitaciones para la toma de riesgos.	.61	Evalúa los síntomas afectivos, cognitivos y conductuales de la manía y la hipomanía.	.33	Un aspecto del psicoticismo: comportamiento, apariencia o habla raros, inusuales o extravagantes; pensamientos extraños e impredecibles; discurso aberrante o inapropiado.
		Escala de Activación hipomaníaca (Escal_RC9)		**MAN-A Nivel de Actividad (MAN_A)**		**Creencias y experiencias inusuales (UnusualBeliefsExperiences)**
	.48	La escala refiere a la activación hipomaníaca: Los niveles moderados pueden indicar una persona extrovertida con un alto nivel de energía relativamente adaptativo. Los que puntúan alto tienden a experimentar aceleración del pensamiento, niveles altos de energía, alto humor e irritabilidad. También experimentan un pobre control de impulsos, euforia y poca necesidad de sueño. Con frecuencia son un tanto agresivos, y muestran poco control de los impulsos, que está asociado con conductas antisociales, incluidas el abuso de sustancias. Tienden a ser personas que buscan la emoción y que toman riesgos. Las personas con puntajes muy altos pueden sugerir un episodio maníaco y son consistentes con un diagnóstico de desorden bipolar.	.61	Evalúa los niveles de actividad ideativa y conductual de la persona. Existe un incremento en la actividad motora pero con una reducción en la calidad de la misma, realizan actividades apresuradas y desorganizadas, se demuestra confusión y dificultades para la comprensión, no puede fijar la atención durante mucho tiempo. Los niveles más bajos muestran una marcada apatía e indiferencia.	.38	Un aspecto del psicoticismo: contenido del pensamiento y visiones de la realidad que son vistos por otros como extraños o peculiares; experiencias insólitas de la realidad. Creer que uno tiene habilidades excepcionales, tales como leer la mente, la telequinesia, la fusión pensamiento-acción; experiencias insólitas de la realidad, incluida la actividad de tipo alucinatorio.

IDPP	MMPI-2 (N = 226)		PAI (N = 184)		PID-5 (N = 219)	
Escala	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**
		Escala 4 - Desviación Psicopática (Escal_Dp)		**DEP Depresión (DEP)**		**Desconfianza (Suspiciousness)**
	.49	Esta escala está asociada a las conductas antisociales donde no hay una respuesta emocional profunda de las acciones - reacciones emocionales superficiales- y los hechos cometidos, así como la incapacidad de aprender de la experiencia. La escala también mide la falta de compromiso o juicio hacia las normas sociales. Hay presencia de conductas agresivas, inestables, inmaduras, irresponsables, rebeldes y hostiles. Dentro del histórico conductual de los individuos se encuentran los problemas maritales, problemas con la autoridad, abuso de sustancias, impulsividad, sociabilidad y hedonismo, así como búsqueda inmediata de gratificación, impaciencia, baja tolerancia a la frustración y centrado en sí mismo.	.51	Evalúa características clínicas del síndrome de la depresión. Incluye pesimismo y expectativas negativas, sentimientos de tristeza, apatía, falta de energía, alteraciones del sueño y del apetito, falta de motivación, desesperanza, ideación suicida.	.48	Un aspecto del desapego: expectativas y sensibilidad a señales de perjuicio o mala intención interpersonal; dudas sobre la lealtad y la fidelidad de los demás; sentimientos de ser maltratado, utilizado o perseguidos por otros.
		Escala de Ansiedad (Esc_ANS)		**SOM-C Conversión (SOM_C)**		**Excentricidad (Eccentricity)**
	.51	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene preocupaciones excesivas, tensión nerviosa, perturbaciones del sueño y problemas de atención y concentración. Presentan un miedo constante a perder la razón, mucho estrés y dificultades para tomar decisiones. En general pueden experimentar cierto pánico a que algo salga mal o que se dé una situación inesperada que les produzca la pérdida del control. Por lo general, estas personas consideran que la vida es bastante complicada y se sienten estresados constantemente, vulnerables en extremo a decepciones, dificultades financieras o a los posibles efectos de un error por una decisión que tomaron.	.53	Presenta síntomas psicológicos prototípicos de los trastornos conversivos, principalmente somatomorfos poco frecuentes como problemas visuales o auditivos, problemas motores. Pueden aparecer problemas en el ámbito de sistema nervioso central como esclerosis múltiple, accidentes cardiovasculares o infartos cerebrales. Las puntuaciones altas pueden estar relacionadas, con enfermedades físicas debilitantes, una reacción de conversión, una grave hipocondriasis o incluso un delirio de tipo somático.	.49	Un aspecto del psicoticismo: comportamiento, apariencia o habla raros, inusuales o extravagantes; pensamientos extraños e impredecibles; discurso aberrante o inapropiado.
		Escala de Cinismo (Esc_CIN)		**ANT Rasgos Antisociales (ANT)**		**Desregulación cognitiva y perceptiva (PerceptualDysregulation)**
	.51	Esta escala hace referencia a las personas con tendencias o ideas relacionadas con la misantropía, por lo que estas personas tienden a no confiar en los demás.Estas personas consideran las relaciones humanas o sociales, una lucha por los propios intereses en detrimento de los demás o la lucha tomar ventaja pasando por encima de las otras personas. De esta forma, los contratos sociales o las normas de convivencia se ven como un constructo artificial que se instrumentaliza para beneficio propio, lejos de una interpretación moral, ética o de bien común. Por ejemplo, no roban para no ser descubiertos, son amistosos para explotar a otros, etc. Tienden al engaño, la manipulación, la hipocresía, y a tener motivaciones ocultas y negativas hacia las otras personas, además de que consideran que las otras personas pueden ser iguales a ellas, ocultando sus intereses reales en las acciones.	.53	Evalúa las características de la personalidad y comportamientos relevantes en la personalidad antisocial y de la psicopatía, tales como egocentrismo, limitada empatía y actitudes y conductas antisociales. Las puntuaciones extremas indican la presencia del trastorno antisocial de la personalidad. Estas personas se caracterizan por ser poco fiables, irresponsables y de poco éxito en lo social y ocupacional. Son fríos en sus relaciones y solo buscan sacar provecho para sí mismos, son impulsivos y cuentan con un historial de conflictos con la autoridad, demuestran hostilidad, y un historial de actos temerarios y antisociales. Son insensibles, debido a su tendencia a la impulsividad y corren riesgos, son egocéntricos, desinhibidos, escépticos y poco sentimentales. Las puntuaciones más bajas describen a personas más cálidas y cercanas con los demás que demuestran control sobre sus impulsos.	.51	Un aspecto del psicoticismo: procesos de pensamiento inusuales o raros: despersonalización, desrealización y experiencias disociativas, estados combinados de sueño y vigilia o vivencias de control del pensamiento. Pensamiento y lenguaje circunstancial, vago, metafórico, recargado o estereotipado; sensaciones extrañas en diversas modalidades sensoriales.

	Escala de Inadaptación universitaria (Esc_DPR)		**LIM Rasgos Límites (BOR)**		**Creencias y experiencias inusuales (UnusualBeliefsExperiences)**
	.53	Individuos parecen poco adaptados, ineficientes, pesimistas y angustiados, pueden desarrollar síntomas físicos en épocas de estrés y sentir que la vida los abruma la mayoría del tiempo.	.54	Existe un escaso control de las emociones y la ira, confusión en torno a temas relacionados con la identidad y valores, así como el establecimiento de relaciones intensas y combativas con los demás. Se caracteriza por la impulsividad y conductas autodestructivas. Mide el grado de tensión y emoción negativa experimentado y que puede aparecer en diferentes categorías diagnósticas. Presenta preocupación constante, sentimientos subjetivos de miedo y tensión, así como signos físicos de nerviosismo y estrés, son hostiles e iracundos, a menudo son personas muy deprimidas y ansiosas. Son impulsivos, autodestructivos, incluyen gestos suicidas, abuso de alcohol, drogas o explosiones de agresividad. Se sienten incomprendidos, lo que los hace mostrarse enfadados y ansiosos y necesitados de los demás, haciendo que sus comportamientos sean ambivalentes. Las puntuaciones más bajas corresponden a personas malhumoradas, sensibles y con cierta incertidumbre ante la vida, carentes de satisfacción en las relaciones interpersonales.	.68	Un aspecto del psicoticismo: contenido del pensamiento y visiones de la realidad que son vistos por otros como extraños o peculiares; experiencias insólitas de la realidad. Creer que uno tiene habilidades excepcionales, tales como leer la mente, la telequinesia, la fusión pensamiento-acción; experiencias insólitas de la realidad, incluida la actividad de tipo alucinatorio.
	Escala 9 - Hipomanía (Escal_Ma)		**ANT-B Búsqueda de Sensaciones (ANT_S)**		
	.54	Esta escala se asocia a individuos con mucha energía y ritmo mental y físico acelerado, por lo que hay poca necesidad de sueño, sensaciones eufóricas, extroversión y altas aspiraciones, así como a conductas arriesgadas, mayor actividad sexual, impulsividad, volubilidad e irritabilidad. Dentro de las características se encuentran también la grandiosidad, el control pobre del temperamento, la hiperactividad, la distractibilidad, las decisiones impulsivas y la carencia de limitaciones para la toma de riesgos.	.55	Describe a individuos que presentan un deseo de asumir riesgos y buscar la novedad, con una tendencia desinhibida, conductas imprudentes y potencialmente peligrosas. Se aburre fácilmente con las rutinas y costumbres. Actúa impulsivamente, no se compromete a largo plazo, no demuestra ansiedad, su comportamiento es autodestructivo y disruptivo. Los niveles medios hacen referencia a individuos aventureros que disfrutan de los retos, mientras que los niveles bajos son personas tímidas que evitan los cambios y las novedades, se inquietan ante la modificación de sus rutinas y podrían presentar comportamientos de evitación fóbicos.		
	Escala de Depresión (Esc_DEP)		**AFECTO_NEGATIVO_PAI**		
	.54	De acuerdo a esta escala, las personas que puntúan en la misma tienden a manifestar desesperación, pérdida de interés, sentimientos de fatiga, apatía y agotamiento. Además, tienden a ser infelices, deprimidos y propensos a llorar, hay una pérdida importante de la auto-eficacia y auto-consideración que los hace sentirse oprimidos por la culpa, inútiles, sienten desesperanza, desean la muerte y piensan en el suicidio. También es relevante que pueden percibir las personas con las que tienen un vínculo o no, no tienen interés en ellos o no pueden ayudarles. Estas personas pueden tener historiales de intentos anteriores de suicidio y hospitalizaciones psiquiátricas, además de una amplia sintomatología con desesperanza, ideas de suicidio o perturbaciones del sueño.	.55	Exhibir una amplia gama de conductas y cogniciones excéntricas, inusuales o culturalmente incongruentes y raras incluyendo tanto el proceso (p. ej., la percepción, la disociación) como el contenido (p. ej., creencias).		
	Escala de Ansiedad (Esc_A)		**ANS-F Fisiológica (ANX_P)**		
	.55	Puntuaciones altas en esta escala permiten identificar síntomas de ansiedad y falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a la desorganizarse ante el estrés y a la dificultad para ajustarse a las circunstancias. También puede indicar dificultades para la concentración, cansancio, preocupación, desánimo, sentimientos de inferioridad e inadecuación, susceptibilidad, control exagerado de impulsos, inseguridad y dificultad para tomar decisiones, sumisión y sugestionabilidad, aceptación de la autoridad externa, pesimismo, tendencia a racionalizar las dificultades, perturbación en situaciones sociales, timidez, torpeza, aislamiento y pasividad.	.55	Ansiedad relacionada con el sistema nervioso autónomo, se manifiesta como taquicardia, sudoración en la palma de las manos, hiperventilación y mareos. Reflejan un modo represivo de afrontamiento del estrés y puede estar acompañado por otros síntomas somáticos.		
	Escala 7 - Psicastenia (Escal_Pt)		**AGR-F Agresiones Físicas (AGG_P)**		
	.56	Esta escala refleja presencia de preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos, temores exagerados, emotividad negativa, control rígido de impulsos, miedo al fracaso, procrastinación, deterioro en la concentración y la memoria, culpa y autocrítica, rumiación. Problemas de distracción y olvido. Falta de inventiva e ingenio le lleva a la dilación, indecisión, inmovilismo. Las reuniones con desconocidos producen incomodidad.	.56	Evalúa el historial agresivo, así como la actitud hacia la violencia física. Las puntuaciones medias hacen referencia a personas que ejercen control sobre la ira y sus impulsos, siendo que rara vez pierden el control. Conforme se sube en la puntuación se describe a personas que pierden el control sobre la ira y son propensos a expresarla físicamente; sin embargo, aún cuentan con la capacidad de autocontrol y evitar expresar su enfado. Para las puntuaciones superiores el control fracasa y el resultado son muestras extremas de ira, incluyendo daño a bienes y violencia física, normalmente intimidan a las personas de su entorno debido a su temperamento y a la violencia que ejerce.		
	Escala de Hostilidad de Cook y Medley (Esc_HO)		**PAR Paranoia (PAR)**		
	.59	En general, las personas con puntajes altos de Ho tienden a ser cínicos y desconfiados, y ven a los demás como egoístas, manipuladores, moralmente corruptos y que no merecen simpatía o comprensión. Se apresuran a atribuir malas intenciones a las acciones de los demás, viéndolos como deliberadamente hostiles o provocadores, y tomando la posición de que los demás "se merecen lo que reciben". Es probable que estas tendencias se atenúen un poco en las mujeres, y estas últimas tienden a describir a los demás en términos como "malos" y "feos", y parecen más angustiadas, sufridas, resentidas e implacables. Tampoco es probable que tenga muchos amigos cercanos. Es mejor comparar las puntuaciones de Ho con las de ANG, CYN, TPA (especialmente TPA2) y AGGR, ya que las elevaciones relativas entre estos pueden guiar de manera útil los énfasis interpretativos. Por ejemplo, cuando ANG1 es el más alto entre estos, la labilidad emocional y el aspecto exaltado de Ho parecen estar enfatizados, mientras que cuando TPA2 y AGGR están elevados de manera comparable con Ho, se sugiere una hostilidad más depredadora y vengativa.	.56	Se enfoca en los síntomas y características persistentes en la paranoia tales como la vigilancia y control excesivo del entorno por temor a posibles peligros, tendencia al resentimiento, el rencor y la predisposición a detectar injusticias por parte de otros. En la puntuaciones más altas aumenta la posibilidad de una paranoia de tipo delirante, la persona se muestra amargada, guarda resentimientos hacia los demás y anticipa supuestos intentos de los demás para aprovecharse. Son típicamente celosos, presentan ideas de referencia y delirios persecutorios y de grandiosidad. ADemás de ser suspicaces, hostiles, desconfiados, susceptibles, intransigentes y escépticos.		
	Escala de Trastorno de estrés postraumático Keane (Esc_EPK)		**ESQ-A Alteración del Pensamiento (SCZ_T)**		

.60	Ansiedad, preocupación, alteraciones en el sueño, culpa y depresión, pensamientos perturbadores involuntarios, falta de control emocional, sentimientos de confusión y maltrato.	.60	Evalúa el nivel de confusión o claridad en el proceso de pensamiento, sugiere problemas en la concentración, toma de decisiones, cierto nivel de confusión y desconcierto unido a las formas más benignas de ineficacia cognitiva. Puede presentarse en personas deprimidas o ansiosas. En su presentación más severa las personas demostraran presencia de asociaciones de ideas inconexas y un aumento en la dificultad para expresarse y comunicarse, es posible que coexista una depresión severa o manía, trastornos de atención, secuela a daños cerebrales o enfermedades, efectos secundarios debido a medicación o incluso secuelas por abuso de alcohol y otras drogas.
	Escala de Ideas de persecución (Escal_RC6)		**ESQ Esquizofrenia (SCZ)**
.60	La escala refiere a ideas de persecución: las personas que puntúan alto en esta escala se sienten etiquetados, controlados o victimizadas por fuerzas externas. Tienden a ser bastante desconfiados de las motivaciones de los otros y tienen dificultad en formar relaciones de confianza y se pueden sentir maltratados por otros. Entre los pacientes psiquiátricos, los puntajes muy altos en esta escala tienden a asociarse con delirios, alucinaciones y otros síntomas de esquizofrenia o desórdenes delirantes.	.69	Esta escala incluye creencias y percepciones inusuales, una escasa competencia social y anhedonia por las relaciones sociales, ineficacia y alteraciones en la atención, la concentración y los procesos asociativos. Evaluando con lo anterior diversas facetas de la esquizofrenia. Las puntuaciones más altas se asocian con un episodio esquizofrénico activo en el cual la persona está confusa, retraída y suspicaz, su juicio es limitado y hay poca claridad en la percepción de la realidad. Con la posibilidad de aparición de delirios de transmisión, inserción, así como el robo o control del pensamiento. La persona puede sentirse aislada, incomprendida y rechazada, así como tener problemas a nivel de pensamiento, concentración, toma de decisiones y experimentar percepciones inusuales o creencias de naturaleza psicótica. En cuanto a las puntuaciones más bajas describen a una persona que se presenta retraída, distante y poco convencional, además de ser ineficaz en las relaciones sociales presentará problemas de atención y concentración.
	Escala de Trastorno de estrés postraumático Schlenger (Esc_EPS)		**PSICOTICISMO_PAI**
.61	Depresión, ansiedad, pánico, memorias intrusivas, pérdida del sueño.	.73	Exhibir una amplia gama de conductas y cogniciones excéntricas, inusuales o culturalmente incongruentes y raras incluyendo tanto el proceso (p. ej., la percepción, la disociación) como el contenido (p. ej., creencias).
	Escala 8 - Esquizofrenia (Escal_Es)		**ESQ-P Experiencias Psicóticas (SCZ_P)**
.64	La escala refiere la tendencia al desorden psicótico, presencia de confusión, desorganización, alucinaciones, problemas de concentración, ansiedad generalizada, depresión, pesimismo, hostilidad, agresividad, ideación suicida, dificultad para separar la realidad de la fantasía.	.76	Hace referencia a síntomas positivos de la esquizofrenia que varían en severidad. Van desde percepciones inusuales y pensamiento mágico hasta síntomas psicóticos característicos. Las puntuaciones más bajas además son peculiares y excéntricas, experimentan percepciones sensoriales infrecuentes o ideas inusuales que pueden incluir creencias delirantes. Las puntuaciones más altas refieren a la aparición de un episodio psicótico activo caracterizado por una escasa capacidad de juicio y una ruptura con la realidad, hay presencia de delirios y alucinaciones percibidas como reales.
	Escala de Experiencias aberrantes (Escal_RC8)		
.64	Escala hacer referencia a las experiencias aberrantes: las personas con puntajes altos en la pueden reportar alucinaciones, delirios, y experiencias sensoriales bizarras que sugieren defectos en la prueba de la realidad. Son ansiosos, deprimidos, con problemas para confiar en los demás, dificultades en el funcionamiento interpersonal y ocupacional. Los síntomas pueden incluir alucinaciones visuales u olfatorias experiencias perceptuales bizarras y creencias delirantes. Las personas con puntajes muy altos dentro de los pacientes de salud mental tienen diagnósticos de esquizofrenia, desorden delirante o un desorden esquizoafectivo, pueden también reportar síntomas de ansiedad y depresión.		
	Escala de Pensamiento extravagante (Esc_DEL)		
.67	Las puntuaciones altas en esta escala permiten identificar en algunas personas la tendencia a dinámicas de proceso de pensamientos psicóticos. Esta escala a nivel general nos señala la tendencia a los pensamientos extravagantes, los cuales pueden ser que la persona sienta que está acosada por ideas y experiencias que no son propias y que provienen de las ideas otras personas que les quieren hacer daño. Estas personas pueden experimentar la sensación de pérdida de control de sus pensamientos, tendencias paranoides y conviven con sentimientos y sensaciones de vulnerabilidad mental donde se perciben débiles y vulnerables a ser dañados o traicionados por otras personas. Pueden experimentar alucinaciones auditivas, visuales u olfativas. Adicionalmente, estas personas pueden sentir que tienen una misión especial relacionada con temas religiosos populares o misticos culturales.		
	Escala de Psicoticismo (Esc_PSY)		

	.70	En elevaciones moderadas (T de 55-65), la escala PSY refleja principalmente creencias o experiencias inusuales y una tendencia a admitir de buen grado el soñar despierto. Incluso en elevaciones suaves y moderadas, PSY refleja una falta de armonía en las relaciones con los mundos físico y social de modo que la actuación resulta comprometida y las relaciones enajenadas. La persona puede dar la apariencia de estar en el mundo, pero sin formar parte de él. Cuando las elevaciones son más altas, se encuentran distorsiones más graves en la forma en que el individuo interactúa con sus mundos social y físico, de forma que estas interacciones aparecen hostiles, provocativas, agresivas e inadecuadas, o bien incompetentes, irrelevantes, extrañas y autoanulantes. No obstante, con T superiores a 65 aparecen verdaderos fenómenos psicóticos, e incluyen síntomas de Schneider, ideas persecutorias, o claramente delirantes, y sospechas. Las relaciones con los demás son mínimas, distantes y secretamente hostiles, con facilidad para sentirse maltratado y resentido.				

IDPP	MMPI-2 (N=226)		PAI (N=184)		PID-5 (N=219)	
Escala	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**
	Escala de Cinismo (Escal_RC3)		**AGR Agresión (AGG)**		**Grandiosidad (Grandiosity)**	
	.45	La escala refiere al cinismo: las personas que puntúan alto en esta escala ven a los otros con desconfianza, como poco cariñosos, explotadores y preocupados solo por sí mismos.	.41	Evalúa actitudes relacionadas con la agresividad, la ira y la hostilidad. Indaga sobre emociones básicas, abarcando un rango que va desde indicadores de asertividad y bajo control de la ira, hasta conductas violentas y agresivas. Los niveles más extremos de la escala indican un nivel considerable de ira y conducta potencialmente agresiva. Son personas que se sienten provocadas, explotan ante la frustración, son muy iracundos lo cual los ha llevado a tener problemas laborales y legales. En este nivel deben considerarse otros indicadores de potencial de violencia. Comúnmente son personas que están furiosas la mayor parte del tiempo. Las puntuaciones medias describen a personas impacientes, irritables y con mal genio. Conforme se baja en las puntuaciones, se refleja un control razonable sobre la expresividad de la ira y la hostilidad hasta llegar a descripciones de personas más bien tímidas y con dificultades para reafirmarse.	.41	Un aspecto del antagonismo: creer que uno es superior a los demás y se merece un trato especial, ya sea de modo explícito o encubierto; egocentrismo; sostiene firmemente la creencia de que es mejor que los demás; condescendiente con otras personas.
	Escala de Comportamiento tipo A (Esc_PTA)		**ANT-E Egocentrismo (ANT_E)**		**Labilidad emocional (EmotionalLability)**	
	.50	Esta escala describe las características de los individuos que se inclinan por una serie de conductas y actitudes como, la prisa e impaciencia, la irritabilidad, la tensión constante, la competitividad y la autoexigencia de un alto rendimiento en los proyectos o trabajos. Estas personas tienden también a ser egocéntricas, resentidas, muy irritables, suspicaces, rencorosas y carentes de empatía. Socialmente, su trato a los demás es frío y desinteresado, tienen a considerar a los demás como molestos o entorpecedores, tienen cierta tendencia a no tener empatía por los problemas o el dolor de los demás e incluso pueden experimentar placer con las penas de otras personas.	.43	Define a personas frías y sin empatía. Son egocéntricos, desconsiderados, se aprovechan de los demás, irresponsables, desleales y no sienten remordimientos. Las puntuaciones medias se refieren a personas egocéntricas y pragmáticas, sienten poca ansiedad o culpa, y que pueden ser eficaces en contactos sociales superficiales. Mientras los niveles más bajos indican que las personas tienen dificultades para reconocer sus propias necesidades ya que tienden a situar las necesidades de los demás primero.	.41	Un aspecto de la afectividad negativa: experiencias emocionales inestables y estado de ánimo con cambios frecuentes; las emociones se alteran fácil, intensa o desproporcionadamente con los acontecimientos y circunstancias.
	Escala de Conductas antisociales (Esc_PAS)		**PAR-H Hipervigilancia (PAR_H)**		**Perseverancia (Perseveration)**	
	.50	Esta escala describe las características de los individuos que se inclinan por una serie de conductas y actitudes antisociales. Por lo general, la conciencia de sus actos no es la esperada, ya que tienden al cinismo y al disfrute de sus acciones y sus resultados, teniendo desvergüenza de los actos y de las consecuencias de sus conductas antisociales. A nivel biográfico, han tenido conflictos con la autoridad y han cometido delitos como robar desde la infancia o desde la edad escolar. Se oponen a las conductas convencionales sociales, las reglas y las normas y consideran que no está mal evitar el incumplimiento de la ley. Tienden a ser poco confiables y por lo general deshonestas, con conductas como mentir y amenazar. También se asocia al consumo de sustancias.	.44	Predisposición a desconfiar de las personas a las que no conoce. Las puntuaciones altas describen a personas que se mantienen alerta, prevenidas en sus interacciones con los otros, y completamente desconfiadas. Son pragmáticos y escépticos en sus relaciones, cuestionan todo de manera rutinaria; sin embargo, estos comportamientos no entran dentro del grupo de las ideaciones delirantes. Las puntuaciones más bajas hacen referencia a una persona confiada en exceso y abierta en sus relaciones, lo que la hace vulnerable a la explotación por parte de otros.	.44	Un aspecto de la afectividad negativa: persistencia en las tareas o en una forma particular de hacer las cosas a pesar de que dicho comportamiento ha dejado de ser funcional o eficaz; continuación del mismo comportamiento tras experimentar repetidos fracasos o razones claras para parar.
	Escala 1 - Hipocondría (Escal_Hs)		**ESQ-S Indiferencia Social (SCZ_S)**		**Anhedonia (Anhedonia)**	
	.51	La escala refiere a individuos que tienden a preocuparse por la salud física y la integridad física con la necesidad de que alguna dolencia física experimentada sea ubicada en un contexto médico real, presentan insomnio y dificultades del sueño, tienden a estar tristes, insatisfechos y pesimistas. Suelen ser poco creativos y convencionales y sus relaciones con los otros son limitadas. Pueden presentar fatiga y trastornos del sueño. Se muestran pesimistas. Son demandantes y con tendencia a la crítica. Reducen su capacidad de funcionamiento y poca eficiencia por largos periodos de tiempo. Pueden terminar prematuramente el tratamiento alegando síntomas físicos.	.47	Evalúa la falta de interés social y la falta de respuesta afectiva. Son personas reservadas, impasibles, que muestran poco interés por la vida de los demás y tienen poca habilidad para interpretar los signos normales de las relaciones interpersonales. Las puntuaciones más altas describen a personas que no desean ni disfrutan de las relaciones cercanas. Se caracterizan por el aislamiento social y distanciamiento, falta de interés en los demás y en sí mismo, están desconectados de sí mismos y se sientes desconcertados ante emociones fuertes.	.44	Un aspecto del desapego: falta de disfrute, de participación o de energía para las experiencias vitales; déficit en la capacidad de sentir placer o de interesarse por las cosas.
	Escala de Preocupaciones por la salud (Esc_SAU)		**MAN-I Irritabilidad (MAN_I)**		**Irresponsabilidad (Irresponsibility)**	
	.51	Esta escala identifica la tendencia en algunas personas a estar más preocupadas por la salud, además de que se sienten por lo general más enfermas que otras personas y también el consecuente desarrollo de síntomas físicos como parte de la respuesta al estrés por esta carga mental. A nivel físico se pueden presentar diversos síntomas como, problemas gastrointestinales (estreñimiento, náuseas y vómito, problemas estomacales, etc.) problemas neurológicos (convulsiones, mareos, desmayos y parálisis) problemas en la piel, dolor (cabeza, rodillas), problemas respiratorios (tos, fiebre de heno o asma). A nivel psicológico se pueden manifestar síntomas como fatiga, insomnio, nerviosismo, miedo y aspectos psicológicos como pesimismo, amargura, y problemas de expresión de ira.	.50	Volátil excitabilidad, baja tolerancia a la frustración. Se trata de personas impacientes y que son percibidas como exigentes por los demás, su capacidad de razonamiento es escasa, su estado de ánimo varía rápidamente y son propensos a la agresión verbal.	.45	Un aspecto de la desinhibición: indiferencia e incumplimiento de obligaciones o compromisos económicos y de otro tipo, falta de respeto y seguimiento de acuerdos y promesas; negligencia con la propiedad ajena.
	Escala de Conducta antisocial (Escal_RC4)		**DESINHIBICIÓN PAI**		**Ansiedad (Anxiousness)**	

.52	La escala hacer referencia a la conducta antisocial: Individuos con mayores probabilidades de tener un historial de comportamiento antisocial y/o abuso de sustancias. Dificultades a la hora de ajustarse a las normas y expectativas sociales. Son argumentativos, críticos o antagónicos en sus relaciones con los demás, usualmente tienen un historial de bajo rendimiento o desempeño en sus trabajos. Sus relaciones interpersonales son pobres, mientras que las relaciones familiares tienden a ser tensas o distantes.	.50	Orientación hacia la satisfacción inmediata, dando lugar a un comportamiento impulsivo dominado por pensamientos y sentimientos repentinos evocados por estímulos externos, sin tener en cuenta aprendizajes obtenidos de experiencias del pasado ni reflexiones sobre las consecuencias futuras.	.46	Un aspecto de la afectividad negativa: sentimientos intensos de nerviosismo, tensión o pánico, a menudo en respuesta a tensiones interpersonales; se preocupan por los efectos negativos de las experiencias desagradables del pasado y posibilidades futuras negativas; sensación de miedo, aprensión o amenaza ante la incertidumbre; temor a desmoronarse o a perder el control.
Escala 6 - Paranoia (Escal_Pa)		**MAN Manía (MAN)**		**Depresión (Depressivity)**	
.53	Escala asociada a sujetos propensos a reflejar susceptibilidad interpersonal marcada y tendencia a malinterpretar los motivos e intenciones de otros, presencia de delirios de persecución, se sienten criticados, juzgados, atacados o tratados injustamente, miedo a ataques, posiblemente deprimidos, con dificultades interpersonales, con resentimiento con familiares.	.52	Evalúa características clínicas de la manía, la hipomanía y la ciclotimia, caracterizados por la presencia de una evaluación anómala del estado de ánimo, expansividad, grandiosidad, exceso de energía e hiperactividad, irritabilidad, impaciencia, frustración, ira, impulsividad y falta de juicio. Son individuos antipáticos, malhumorados y temperamentales. Las puntuaciones más altas pueden denotar fuga de ideas y delirios de grandeza, poca empatía, hostilidad y narcisismo.	.53	Sentimientos de inferioridad, de desgracia o de desesperanza; dificultad para recuperarse del estado de ánimo negativo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza o culpa omnipresente; baja autoestima; ideación y comportamiento suicidas.
Escala de Reconocimiento de adicción (Esc_ERA)		**LIM-I Alteración de la Identidad (BOR_I)**		**Desregulación cognitiva y perceptiva (PerceptualDysregulation)**	
.53	Esta escala evalúa la disposición que tiene una persona para reconocer problemas de adicción a drogas o alcohol, no evalúa si tiene o no el problema.	.53	Describe a persona con dificultades para mantener una representación de la propia identidad lo que se refleja en cambios repentinos en deseos y metas. Hay incertidumbre y dudas sobre asuntos vitales y dificultad para encontrarle sentido a la vida. Presentan sentimientos de vacío, ausencia de logros y hastío. Las puntuaciones más bajas refieren a un autoconcepto más estable.	.61	Un aspecto del psicoticismo: procesos de pensamiento inusuales o raros: despersonalización, desrealización y experiencias disociativas, estados combinados de sueño y vigilia o vivencias de control del pensamiento. Pensamiento y lenguaje circunstancial, vago, metafórico, recargado o estereotipado; sensaciones extrañas en diversas modalidades sensoriales.
Escala de Hostilidad (Esc_ENJ)		**TRA-O Obsesivo - Compulsivo (ARD_O)**		**Desconfianza (Suspiciousness)**	
.54	Esta escala hace referencia a personas con tendencias o que presentan problemas de control del enojo, es decir, tienen poca tolerancia a la frustración, pueden tener arrebatos de ira. También tienen la necesidad de descargar la ira u la hostilidad de forma ya sea directa (de forma abierta, verbal o física) o indirectamente (de forma controlada y encubierta, como molestando, burlándose, importunando, provocando, exigiendo o quejándose). Estas personas tienden a perder el autocontrol y dañar físicamente a otras personas u objetos o ambas durante sus arrebatos. Dependiendo de los grados en la escala, entre más alta esté la persona en la escala, hay más probabilidades de que sea más agresiva directamente o entre más bajo que sea agresiva indirectamente.	.54	Miedo a la contaminación, ejecución de rituales, perfeccionismo, atención excesiva a los detalles. Estas personas utilizan pensamientos obsesivos como defensa para controlar la ansiedad mediante el orden y la prevención. Son personas rígidas, que no toleran cambios o eventos inesperados y son temerosos a experimentar exigencias emocionales. Además, pueden llegar a fracasar en controlar ansiedad y presentar pensamientos intrusivos, son temerosos de sus propios impulsos y dudan de su capacidad para controlar los mismos.	.63	Expectativas y sensibilidad a señales de perjuicio o mala intención interpersonal; dudas sobre la lealtad y la fidelidad de los demás; sentimientos de ser maltratado, utilizado o perseguidos por otros.
Escala de Neuroticismo o Emocionalidad negativa (Esc_NEN)		**SOM-S Somatización (SOM_S)**		**Excentricidad (Eccentricity)**	
.55	Quien puntúa alto se muestra impotente, dependiente, necesitado, indeciso e inestable. Las relaciones con otros se caracterizan por una pasividad extrema, un miedo a ser abandonado y una hipersensibilidad a las críticas. Puede provocar la desesperación en los otros, puesto que constantemente deja de tomar iniciativas para mejorar la situación y para actuar de acuerdo con sus propios mejores intereses. Pueden observarse vinculaciones "límites" con los demás, lamentaciones por el rechazo de la ayuda y conductas suicidas o autolesivas. Puntuaciones bajas reflejan una emocionalidad relajada e imperturbable, quizá tan carente de atención y preocupación que sugiere un empobrecimiento de la experiencia interna y plantea la cuestión de la represión. En el extremo, la puntuación baja indica una vida emocional plácida que puede ser impermeable a la disrupción.	.54	Individuos que presentan quejas físicas corrientes como dolores de cabeza, problemas de espalda, malestar o trastornos gastrointestinales. Presentan somnolencia, malestar general y suelen presentar sus quejas en forma de lamentos o expresiones de insatisfacción.	.66	Un aspecto del psicoticismo: comportamiento, apariencia o habla raros, inusuales o extravagantes; pensamientos extraños e impredecibles; discurso aberrante o inapropiado.
Escala de Quejas somáticas (Escal_RC1)		**LIM-P Relaciones Interpersonales Problemáticas (BOR_N)**		**Creencias y experiencias inusuales (UnusualBeliefsExperiences)**	
.55	La escala refiere individuos que reportan un número relativamente alto de quejas somáticas. Se preocupan en exceso acerca de su cuerpo y probablemente presentan una gama difusa de preocupaciones de salud. Muchos se quejan de fatiga, debilidad y dolor crónico. Las personas con puntajes altos en esta escala se inclinan hacia la somatización y pueden experimentar problemas de salud física como un resultado de dificultades interpersonales o psicológicas. Las personas con puntajes sumamente elevados reportan un grado inusual y una combinación de quejas somáticas, aún en comparación con aquellos que sí tienen problemas de salud. Se preocupan demasiado por sus malestares físicos percibidos y típicamente son resistentes a considerar factores psicológicos que podrían estar relacionados con sus síntomas físicos.	.54	Demuestran una tendencia a involucrarse en relaciones que son muy intensas y caóticas. Cree que las personas importantes no atienden sus necesidades, por lo que la persona se siente traicionada y explotada. Demuestra una falta de confianza y pesimismo en torno a las relaciones. Las puntuaciones más altas indican que la persona se siente amargada, resentida, traicionada y experimenta miedo al abandono o al rechazo.	.66	Un aspecto del psicoticismo: contenido del pensamiento y visiones de la realidad que son vistos por otros como extraños o peculiares; experiencias insólitas de la realidad. Creer que uno tiene habilidades excepcionales, tales como leer la mente, la telequinesia, la fusión pensamiento-acción; experiencias insólitas de la realidad, incluida la actividad de tipo alucinatorio.
Escala de Baja autoestima (Esc_BAE)		**PAR-R Resentimiento (PAR_R)**			
.55	Esta escala describe los individuos que tienen altos índices de falta de confianza en sí mismos, actitudes negativas hacia ellos mismos. Su esquema de pensamientos son, el de sentirse poco atractivos, inferiores, poco competentes, poco simpáticos, menos capacitados, menos inteligentes e incluso menos importantes o que no calzan en lo esperado por los otros. Tienden a tener un bajo umbral para la autocensura y la autocrítica y por lo general abandonan sus proyectos personales ante la menor adversidad. Debido a esto anterior les cuesta mucho ser independientes, ya que no se sienten seguros para poder actuar o decidir de forma autosuficiente, por lo que tienden a ser dependientes y vincularse de forma sumisa con otras personas con las que tienen una afiliación afectiva relevante.	.55	En estos individuos, existe una tendencia a afrontar la vida con resentimiento, hostilidad, amargura. La culpa por cualquier fracaso se proyecta hacia el exterior; el desquitarse con quienes considera culpables o responsables de esto es la principal preocupación de la persona. Son personas susceptibles, que se ofenden fácilmente y guardan rencor. Busca desacreditar los éxitos de los demás explicándolos como suerte o favoritismo. Es celoso y alberga sentimientos de envidia.		
Escala de Malestar matrimonial (Esc_MM)		**DEP-F Fisiológica (DEP_P)**			
.56	Esta escala evalúa problemas maritales que pueden estar relacionado con otros síntomas como ansiedad y depresión.	.56	Describe señales vegetativas de la depresión tales como las alteraciones del sueño, problemas de apetito, falta de energía o impulso, pérdida de la líbido, pérdida de peso y la posible presencia de una ralentización motora.		
Escala 9 - Hipomanía (Escal_Ma)		**AGR-F Agresiones Físicas (AGG_P)**			

.57	Esta escala se asocia a individuos con mucha energía y ritmo mental y físico acelerado, por lo que hay poca necesidad de sueño, sensaciones eufóricas, extroversión y altas aspiraciones, así como a conductas arriesgadas, mayor actividad sexual, impulsividad, volubilidad e irritabilidad. Dentro de las características se encuentran también la grandiosidad, el control pobre del temperamento, la hiperactividad, la distractibilidad, las decisiones impulsivas y la carencia de limitaciones para la toma de riesgos.	.57	Evalúa el historial agresivo, así como la actitud hacia la violencia física. Las puntuaciones medias hacen referencia a personas que ejercen control sobre la ira y sus impulsos, siendo que rara vez pierden el control. Conforme se sube en la puntuación se describe a personas que pierden el control sobre la ira y son propensos a expresarla físicamente; sin embargo, aún cuentan con la capacidad de autocontrol y evitar expresar su enfado. Para las puntuaciones superiores el control fracasa y el resultado son muestras extremas de ira, incluyendo daño a bienes y violencia física, normalmente intimidan a las personas de su entorno debido a su temperamento y a la violencia que ejerce.
Escala de Cinismo (Esc_CIN)		**LIM-E Inestabilidad Emocional (BOR_A)**	
.57	Esta escala hace referencia a las personas con tendencias o ideas relacionadas con la misantropía, por lo que estas personas tienden a no confiar en los demás.Estas personas consideran las relaciones humanas o sociales, una lucha por los propios intereses en detrimento de los demás o la lucha tomar ventaja pasando por encima de las otras personas. De esta forma, los contratos sociales o las normas de convivencia se ven como un constructo artificial que se instrumentaliza para beneficio propio, lejos de una interpretación moral, ética o de bien común. Por ejemplo, no roban para no ser descubiertos, son amistosos para explotar a otros, etc. Tienden al engaño, la manipulación, la hipocresía, y a tener motivaciones ocultas y negativas hacia las otras personas, además de que consideran que las otras personas pueden ser iguales a ellas, ocultando sus intereses reales en las acciones.	.57	Propensión a alternar rápidamente entre varias emociones negativas. La persona está ansiosa, enfadada, deprimida y a continuación irritable. Se caracterizan por realizar cambios emocionales rápidos y extremos, que ocurren debido a la propensión a sentir emociones negativas. Las puntuaciones más altas involucran todas las emociones combinadas con un bajo control de la ira, mientras que las puntuaciones más bajas refieren a personas con poca emotividad y con restricción emocional.
Escala de Ansiedad (Esc_ANS)		**Dep-C Cognitiva (DEP_C)**	
.57	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene preocupaciones excesivas, tensión nerviosa, perturbaciones del sueño y problemas de atención y concentración. Presentan un miedo constante a perder la razón, mucho estrés y dificultades para tomar decisiones. En general pueden experimentar cierto pánico a que algo salga mal o que se dé una situación inesperada que les produzca la pérdida del control. Por lo general, estas personas consideran que la vida es bastante complicada y se sienten estresados constantemente, vulnerables en extremo a decepciones, dificultades financieras o a los posibles efectos de un error por una decisión que tomaron.	.58	Evalúa expectativas o creencias sobre la falta de aptitudes para afrontar las exigencias del entorno, tiene en consideración el autoestima, la sensación de incompetencia personal o un bajo nivel de autoeficacia. Personas que presentan sentimientos de desesperanza y fracaso, atribuyen los eventos negativos de la vida a su propia inadecuación o incompetencia, minimiza los acontecimientos positivos atribuyéndolos a la buena suerte o la ayuda de otros. Demuestran sentimientos de impotencia, problemas de concentración e indecisión. Las puntuaciones más bajas, hacen referencia a sentimientos de grandiosidad o narcisismo.
Escala de Problemas familiares (Esc_FAM)		**ANT Rasgos Antisociales (ANT)**	
.58	La escala describe las dinámicas internas de personas que tienden a sentirse o que se sintieron, abandonadas, poco consideradas o entendidas, así como privadas y maltratadas por la familia. Como resultado de esto anterior, estas personas, han desarrollado, la enemistad, el distanciamiento emocional y vincular, así como sentimientos de inseguridad en el círculo familiar y fuera de la misma en su madurez. Estas personas tienen a sentir que la familia no es un sostén emocional, no es un círculo de apoyo, de comprensión y menos de unidad, por lo que pueden experimentar sentimientos de tristeza y hostilidad hacia las dinámicas o miembros familiares.	.59	Evalúa las características de la personalidad y comportamientos relevantes en la personalidad antisocial y de la psicopatía, tales como egocentrismo, limitada empatía y actitudes y conductas antisociales. Las puntuaciones extremas indican la presencia del trastorno antisocial de la personalidad. Estas personas se caracterizan por ser poco fiables, irresponsables y de poco éxito en lo social y ocupacional. Son fríos en sus relaciones y solo buscan sacar provecho para sí mismos, son impulsivos y cuentan con un historial de conflictos con la autoridad, demuestran hostilidad, y un historial de actos temerarios y antisociales. Son insensibles, debido a su tendencia a la impulsividad y corren riesgos, son egocéntricos, desinhibidos, escépticos y poco sentimentales. Las puntuaciones más bajas describen a personas más cálidas y cercanas con los demás que demuestran control sobre sus impulsos.
Escala 4 - Desviación Psicopática (Escal_Dp)		**EST Estrés (STR)**	
.59	Esta escala está asociada a las conductas antisociales donde no hay una respuesta emocional profunda de las acciones - reacciones emocionales superficiales- y los hechos cometidos, así como la incapacidad de aprender de la experiencia. La escala también mide la falta de compromiso o juicio hacia las normas sociales. Hay presencia de conductas agresivas, inestables, inmaduras, irresponsables, rebeldes y hostiles. Dentro del histórico conductual de los individuos se encuentran los problemas maritales, problemas con la autoridad, abuso de sustancias, impulsividad, sociabilidad y hedonismo, así como búsqueda inmediata de gratificación, impaciencia, baja tolerancia a la frustración y centrado en sí mismo.	.59	Evalúa los estresores vitales tanto de la actualidad como recientes. Incluye problemas en las relaciones familiares, dificultades financieras, problemas laborales y cambios importantes en la vida; siendo que los anteriores resultan indeseables y desagradables para la persona. Las puntuaciones más altas describen a personas en crisis y con problemas en casi todas las áreas, manifiestan incapacidad para controlar los acontecimientos, es ineficaz, dependiente y se encuentra a merced de otros, además demuestran amargura y resentimiento. Sus situación familiar, laboral y social puede ser fuente de preocupación, rumiación e infelicidad. Corren el riesgo de desarrollar trastornos reactivos o adaptativos. Por su parte, las puntuaciones bajas describen a personas que viven un nivel moderado de estrés, o bien, viven de manera estable, predecible y sin incidentes.
Escala de Obsesividad (Esc_OBS)		**ANT-B Búsqueda de Sensaciones (ANT_S)**	
.60	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene dificultades para tomar decisiones, en tanto hay una carga mental constante de pensamientos que se consideran o meditan continuamente, esto por lo general puede provocar una respuesta de impaciencia en los otros. Tienen tendencia constante a preocuparse de forma excesiva, porque prestan mucha atención a los detalles y sobrellevan muchos pensamientos intrusivos. Esto lleva a estas personas a sentirse abrumadas, con falta de confianza en sí mismas, miedo a emprender, dificultades para comprometerse, sentimientos de culpabilidad, autocrítica y timidez. Hay resistencia al cambio, esto les provoca tensiones y conductas compulsivas como el guardar objetos y realizar algunos rituales que les provoquen seguridad. Por lo general, la preocupación por los detalles les producen sentimientos de impaciencia, frustración y desesperación.	.60	Describe a individuos que presentan un deseo de asumir riesgos y buscar la novedad, con una tendencia desinhibida, conductas imprudentes y potencialmente peligrosas. Se aburre fácilmente con las rutinas y costumbres. Actúa impulsivamente, no se compromete a largo plazo, no demuestra ansiedad, su comportamiento es autodestructivo y disruptivo. Los niveles medios hacen referencia a individuos aventureros que disfrutan de los retos, mientras que los niveles bajos son personas tímidas que evitan los cambios y las novedades, se inquietan ante la modificación de sus rutinas y podrían presentar comportamientos de evitación fóbicos.
Escala de Activación hipomaníaca (Escal_RC9)		**TRA-E Estrés Postraumático (ARD_T)**	

.60	La escala refiere a la activación hipomaníaca: Los niveles moderados pueden indicar una persona extrovertida con un alto nivel de energía relativamente adaptativo. Los que puntúan alto tienden a experimentar aceleración del pensamiento, niveles altos de energía, alto humor e irritabilidad. También experimentan un pobre control de impulsos, euforia y poca necesidad de sueño. Con frecuencia son un tanto agresivos, y muestran poco control de los impulsos, que está asociado con conductas antisociales, incluidas el abuso de sustancias. Tienden a ser personas que buscan la emoción y que toman riesgos. Las personas con puntajes muy altos pueden sugerir un episodio maníaco y son consistentes con un diagnóstico de desorden bipolar.	.60	Incluye pesadillas, reacciones de ansiedad repentinas y sentimientos de estar irreversiblemente transformado por el evento traumático. Existencia de una experiencia pasada relacionada con el acontecimiento traumático perturbador que continúa siendo una fuente de malestar, produciendo episodios recurrentes de ansiedad. Las elevaciones más altas indican que el trauma es un factor dominante en la vida de la persona, que se percibe seria e irreparablemente dañada.
Escala de Emociones negativas disfuncionales (Escal_RC7)		**SUI Ideación Suicida (SUI)**	
.61	La escala hace referencia a las emociones disfuncionales negativas como ansiedad, miedo o irritabilidad, se describe a sí mismo como triste e infeliz. Son propensos a la culpa y tienen una tendencia ser autocrítico, inseguros y se preocupan en exceso, perciben crítica donde no existe, pesimistas; esperan fracasar, tienen dificultades para dormir, tienen pesadilla. Pueden sentirse abrumados e incapaces de enfrentar las situaciones. Reflejan malestar emocional significativo e impotencia. Tienden a ser muy pasivos y sumisos en las relaciones interpersonales. Son propensos a padecer o llegar a desarrollar desórdenes de ansiedad, así como experimentan excesiva culpa e inseguridad.	.60	Presencia de pensamientos o ideas relacionados con la muerte y el suicidio, explora desde pensamientos generales y dispersos sobre el tema hasta pensamientos de desesperanza y planes claros de actos autolíticos. Las puntuaciones más altas a menudo informan de planes inminentes de autolesionarse, tienen pocas esperanzas en el futuro, están desesperadas, se sienten inútiles e incapaces de ayudarse a sí mismas. Suelen sentirse rechazados y amargados por el trato de los demás. Son individuos ansiosos, depresivos, y se sienten desamparados. Las puntuaciones moderadas son las típicamente evaluadas en entornos clínicos, indican ideas y pensamientos periódicos y pasajeros sobre la muerte y el suicidio, infelicidad, pesimismo. Mientras que quienes puntúan bajo tienen pocos pensamientos sobre la muerte y el suicidio; sin embargo, debe de analizarse las puntuaciones de escalas complementarias para evitar riesgos a la integridad de la persona.
Escala de Interferencia laboral (Esc_DTR)		**DEP-E Emocional (DEP_A)**	
.62	Esta escala describe las dinámicas internas de personas que tienen confianza en sí mismas, falta de concentración, y tensión. Dificultad para tomar decisiones, falta de apoyo familiar, cuestionamientos personales, actitudes negativas hacia los compañeros. Ansiedad, así como, preocupaciones excesivas o incluso, síntomas depresivos. Todas estas dinámicas, conductas o actitudes les provocan un desempeño laboral deficiente. Estas personas pueden ser poco amigables y cooperadoras, además de distantes de los otros, pueden tener tienen dificultades de adaptación en el trabajo.	.61	Describe experiencias de estrés emocional, infelicidad, tristeza y bajo estado de ánimo. Existe una pérdida de interés en la actividades cotidianas y de la sensación de placer (anhedonia). Las puntuaciones bajas reflejan una pérdida de satisfacción que puede ser el motivador que se requiere para realizar cambios en la vida.
Escala de Inadaptación universitaria (Esc_DPR)		**SOM-C Conversión (SOM_C)**	
.62	Individuos parecen poco adaptados, ineficientes, pesimistas y angustiados, pueden desarrollar síntomas físicos en épocas de estrés y sentir que la vida los abruma la mayoría del tiempo.	.61	Presenta síntomas psicológicos prototípicos de los trastornos conversivos, principalmente somatomorfos poco frecuentes como problemas visuales o auditivos y problemas motores. Pueden aparecer problemas en el ámbito de sistema nervioso central como esclerosis múltiple, accidentes cardiovasculares o infartos cerebrales. Las puntuaciones altas pueden estar relacionadas, con enfermedades físicas debilitantes, una reacción de conversión, una grave hipocondriasis o incluso un delirio de tipo somático.
Escala de Desmoralización (Escal_RCd)		**MAN-A Nivel de Actividad (MAN_A)**	
.62	Normalmente la escala se refiere a individuos que no están experimentando una cantidad significativa de angustia psicológica. Las puntuaciones más altas representan una incapacidad de hacer frente o estar abrumado con la situación actual, y experimentan malestar clínico significativo y confusión, percepción sombría del futuro, probablemente con la presencia de depresión por lo cual debe de evaluarse minuciosamente el riesgo de suicidio. Las personas con puntajes altos pueden sentirse desmotivados y desmoralizados. Tienen una baja autoestima, son pesimistas, creen que han fallado en el pasado y esperan fallar en el futuro. Son propensos a sentirse abrumados e incapaces de lidiar con sus circunstancias de vida actuales. Los pacientes clínicos con puntajes altos en esta escala son propensos a reportar depresión, ansiedad y quejas somáticas.	.61	Evalúa los niveles de actividad ideativa y conductual de la persona. Existe un incremento en la actividad motora pero con una reducción en la calidad de la misma, realizan actividades apresuradas y desorganizadas, se demuestra confusión y dificultades para la comprensión, no puede fijar la atención durante mucho tiempo. Los niveles más bajos muestran una marcada apatía e indiferencia.
Escala de Indicadores negativos de tratamiento (Esc_RTR)		**LIM Rasgos Límites (BOR)**	
.64	Esta escala refleja ciertas tendencias hacia sentimientos depresivos y apáticos, donde el locus de control es externo, con tendencias a darse por vencido rápidamente, ya que el individuo tiene pocos recursos personales. Tendencias a sentirse desvalido y emocionalmente indigente hasta el punto de que luchar contra la adversidad, o incluso pensar en hacerlo, le parece inútil. Prefieren no hablar de los problemas, lo ven como una acción inútil carente de resultados.	.61	Existe un escaso control de las emociones y la ira, confusión en torno a temas relacionados con la identidad y valores, así como el establecimiento de relaciones intensas y combativas con los demás. Se caracteriza por la impulsividad y conductas autodestructivas. Mide el grado de tensión y emoción negativa experimentado y que puede aparecer en diferentes categorías diagnósticas. Presenta preocupación constante, sentimientos subjetivos de miedo y tensión, así como signos físicos de nerviosismo y estrés, son hostiles e iracundos, a menudo son personas muy deprimidas y ansiosas. Son impulsivos, autodestructivos, incluyen gestos suicidas, abuso de alcohol, drogas o explosiones de agresividad. Se sienten incomprendidos, lo que los hace mostrarse enfadados y ansiosos y necesitados de los demás, haciendo que sus comportamientos sean ambivalentes. Las puntuaciones más bajas corresponden a personas malhumoradas, sensibles y con cierta incertidumbre ante la vida, carentes de satisfacción en las relaciones interpersonales.
Escala de Ideas de persecución (Escal_RC6)		**PAR-P Persecución (PAR_P)**	
.64	La escala refiere a ideas de persecución: las personas que puntúan alto en esta escala se sienten etiquetados, controlados o victimizadas por fuerzas externas. Tienden a ser bastante desconfiados de las motivaciones de los otros y tienen dificultad en formar relaciones de confianza y se pueden sentir maltratados por otros. Entre los pacientes psiquiátricos, los puntajes muy altos en esta escala tienden a asociarse con delirios, alucinaciones y otros síntomas de esquizofrenia o desórdenes delirantes.	.62	Personas que presentan creencias de que los demás les obstaculizan o dificultan sus esfuerzos, estas creencias van desde leves sensaciones de celos a ideas delirantes sobre conspiraciones e intrigas. Debe explorarse la posibilidad de alucinaciones de naturaleza paranoide.
Escala de Depresión (Esc_DEP)		**ANS Ansiedad (ANX)**	

.65	De acuerdo a esta escala, las personas que puntúan en la misma tienden a manifestar desesperación, pérdida de interés, sentimientos de fatiga, apatía y agotamiento. Además, tienden a ser infelices, deprimidos y propensos a llorar, hay una pérdida importante de la auto-eficacia y auto-consideración que los hace sentirse oprimidos por la culpa, inútiles, sienten desesperanza, desean la muerte y piensan en el suicidio. También es relevante que pueden percibir las personas con las que tienen un vínculo o no, no tienen interés en ellos o no pueden ayudarles. Estas personas pueden tener historiales de intentos anteriores de suicidio y hospitalizaciones psiquiátricas, además de una amplia sintomatología con desesperanza, ideas de suicidio o perturbaciones del sueño.	.62	Se enfoca en características clínicas y conductuales de áreas relacionadas con trastornos específicos de ansiedad. Se caracteriza por miedos específicos, fobias, pensamientos y comportamientos obsesivos-compulsivos, y experiencias problemáticas asociadas con eventos traumáticos.
Escala de Ansiedad (Esc_A)		**ANS-F Fisiológica (ANX_P)**	
.65	Puntuaciones altas en esta escala permiten identificar síntomas de ansiedad y falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a la desorganizarse ante el estrés y a la dificultad para ajustarse a las circunstancias. También puede indicar dificultades para la concentración, cansancio, preocupación, desánimo, sentimientos de inferioridad e inadecuación, susceptibilidad, control exagerado de impulsos, inseguridad y dificultad para tomar decisiones, sumisión y sugestionabilidad, aceptación de la autoridad externa, pesimismo, tendencia a racionalizar las dificultades, perturbación en situaciones sociales, timidez, torpeza, aislamiento y pasividad.	.63	Ansiedad relacionada con el sistema nervioso autónomo, se manifiesta como taquicardia, sudoración en la palma de las manos, hiperventilación y mareos. Reflejan un modo represivo de afrontamiento del estrés y puede estar acompañado por otros síntomas somáticos.
Escala 7 - Psicastenia (Escal_Pt)		**ANS-C Cognitiva (ANX_C)**	
.67	Esta escala refleja presencia de preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos, temores exagerados, emotividad negativa, control rígido de impulsos, miedo al fracaso, procrastinación, deterioro en la concentración y la memoria, culpa y autocrítica, rumiación. Problemas de distracción y olvido. Falta de inventiva e ingenio le lleva a la dilación, indecisión, inmovilismo. Las reuniones con desconocidos producen incomodidad.	.63	Se caracteriza por una preocupación constante y rumiativa, hipervigilancia cognitiva hacia posibles riesgos y peligros, incapacidad para concentrarse y prestar atención. Posibilidad de existencia de ideas obsesivas.
Escala de Hostilidad de Cook y Medley (Esc_HO)		**SOM Quejas Somáticas (SOM)**	
.67	En general, las personas con puntajes altos de Ho tienden a ser cínicos y desconfiados, y ven a los demás como egoístas, manipuladores, moralmente corruptos y que no merecen simpatía o comprensión. Se apresuran a atribuir malas intenciones a las acciones de los demás, viéndolos como deliberadamente hostiles o provocadores, y tomando la posición de que los demás "se merecen lo que reciben". Es probable que estas tendencias se atenúen un poco en las mujeres, y estas últimas tienden a describir a los demás en términos como "malos" y "feos", y parecen más angustiadas, sufridas, resentidas e implacables. Tampoco es probable que tenga muchos amigos cercanos. Es mejor comparar las puntuaciones de Ho con las de ANG, CYN, TPA (especialmente TPA2) y AGGR, ya que las elevaciones relativas entre estos pueden guiar de manera útil los énfasis interpretativos. Por ejemplo, cuando ANG1 es el más alto entre estos, la labilidad emocional y el aspecto exaltado de Ho parecen estar enfatizados, mientras que cuando TPA2 y AGGR están elevados de manera comparable con Ho, se sugiere una hostilidad más depredadora y vengativa.	.63	Refleja preocupaciones sobre aspectos físicos y de salud, que van desde quejas de malestar físico menor como dolores de cabeza, hasta disfunciones mayores como parálisis. La preocupación es constante sobre la salud, existen quejas crónicas, acompañadas de fatiga y debilidad incapacitante. Además, hay muy poca aceptación de las explicaciones psicológicas sobre su estado somático.
Escala de Experiencias aberrantes (Escal_RC8)		**DEP Depresión (DEP)**	
.69	Escala hacer referencia a las experiencias aberrantes: las personas con puntajes altos en la pueden reportar alucinaciones, delirios, y experiencias sensoriales bizarras que sugieren defectos en la prueba de la realidad. Son ansiosos, deprimidos, con problemas para confiar en los demás, dificultades en el funcionamiento interpersonal y ocupacional. Los síntomas pueden incluir alucinaciones visuales u olfatorias experiencias perceptuales bizarras y creencias delirantes. Las personas con puntajes muy altos dentro de los pacientes de salud mental tienen diagnósticos de esquizofrenia, desorden delirante o un desorden esquizoafectivo, pueden también reportar síntomas de ansiedad y depresión.	.64	Evalúa características clínicas del síndrome de la depresión. Incluye pesimismo y expectativas negativas, sentimientos de tristeza, apatía, falta de energía, alteraciones del sueño y del apetito, falta de motivación, desesperanza, ideación suicida.
Escala de Trastorno de estrés postraumático Keane (Esc_EPK)		**TRA Trastornos Relacionados con la Ansiedad (ARD)**	
.70	Evalúa ansiedad, preocupación, alteraciones en el sueño, culpa y depresión, pensamientos perturbadores involuntarios, falta de control emocional, sentimientos de confusión y maltrato.	.65	Se enfoca en características clínicas y conductuales de áreas relacionadas con trastornos específicos de ansiedad. Incluye miedos específicos, fobias, pensamientos y comportamientos obsesivos-compulsivos, y experiencias problemáticas asociadas con eventos traumáticos.
Escala de Trastorno de estrés postraumático Schlenger (Esc_EPS)		**AFECTO_NEGATIVO_PAI**	
.71	Esta escala tiene una alta relación con los índices de ansiedad del MMPI, tales como síntomas de ansiedad, falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a desorganizarse con el estrés, y enfrentar problemas para ajustarse a las circunstancias, perturbación en la concentración, fatiga, preocupación, desánimo, sentimientos de inadecuación e inferioridad, susceptibilidad, inhibición, control exagerado de impulsos, pesimismo, timidez, aislamiento, pasividad.	.66	Experiencias frecuentes e intensas de una amplia gama de emociones negativas (p. ej., ansiedad, depresión, culpa/vergüenza, preocupación, enfado), y de sus manifestaciones comportamentales (p. ej., autolesión) e interpersonales (p. ej., dependencia).
Escala de Pensamiento extravagante (Esc_DEL)		**ESQ-A Alteración del Pensamiento (SCZ_T)**	
.72	Las puntuaciones altas en esta escala permiten identificar en algunas personas la tendencia a dinámicas de proceso de pensamientos psicóticos. Esta escala a nivel general nos señala la tendencia a los pensamientos extravagantes, los cuales pueden ser que la persona sienta que está acosada por ideas y experiencias que no son propias y que provienen de las ideas otras personas que les quieren hacer daño. Estas personas pueden experimentar la sensación de pérdida de control de sus pensamientos, tendencias paranoides y conviven con sentimientos y sensaciones de vulnerabilidad mental donde se perciben débiles y vulnerables a ser dañados o traicionados por otras personas. Pueden experimentar alucinaciones auditivas, visuales u olfativas. Adicionalmente, estas personas pueden sentir que tienen una misión especial relacionada con temas religiosos populares o místicos culturales.	.70	Evalúa el nivel de confusión o claridad en el proceso de pensamiento, sugiere problemas en la concentración, toma de decisiones, cierto nivel de confusión y desconcierto unido a las formas más benignas de ineficacia cognitiva. Puede presentarse en personas deprimidas o ansiosas. En su presentación más severa las personas demostraran presencia de asociaciones de ideas inconexas y un aumento en la dificultad para expresarse y comunicarse, es posible que coexista una depresión severa o manía, trastornos de atención, secuela a daños cerebrales o enfermedades, efectos secundarios debido a medicación o incluso secuelas por abuso de alcohol y otras drogas.
Escala de Psicoticismo (Esc_PSY)		**PAR Paranoia**	

	.74	En elevaciones moderadas (T de 55-65), la escala PSY refleja principalmente creencias o experiencias inusuales y una tendencia a admitir de buen grado el soñar despierto. Incluso en elevaciones suaves y moderadas, PSY refleja una falta de armonía en las relaciones con los mundos físico y social de modo que la actuación resulta comprometida y las relaciones enajenadas. La persona puede dar la apariencia de estar en el mundo, pero sin formar parte de él. Cuando las elevaciones son más altas, se encuentran distorsiones más graves en la forma en que el individuo interactúa con sus mundos social y físico, de forma que estas interacciones aparecen hostiles, provocativas, agresivas e inadecuadas, o bien incompetentes, irrelevantes, extrañas y autoanulantes. No obstante, con T superiores a 65 aparecen verdaderos fenómenos psicóticos, e incluyen síntomas de Schneider, ideas persecutorias, o claramente delirantes, y sospechas. Las relaciones con los demás son mínimas, distantes y secretamente hostiles, con facilidad para sentirse maltratado y resentido.	.71	Se enfoca en los síntomas y características persistentes en la paranoia tales como la vigilancia y control excesivo del entorno por temor a posibles peligros, tendencia al resentimiento, el rencor y la predisposición a detectar injusticias por parte de otros. En la puntuaciones más altas aumenta la posibilidad de una paranoia de tipo delirante, la persona se muestra amargada, guarda resentimientos hacia los demás y anticipa supuestos intentos de los demás para aprovecharse. Son típicamente celosos, presentan ideas de referencia y delirios persecutorios y de grandiosidad. ADemás de ser suspicaces, hostiles, desconfiados, susceptibles, intransigentes y escépticos.		
	Escala 8 - Esquizofrenia (Escal_Es)		**ESQ-P Experiencias Psicóticas (SCZ_P)**			
	.75	La escala refiere la tendencia al desorden psicótico, presencia de confusión, desorganización, alucinaciones, problemas de concentración, ansiedad generalizada, depresión, pesimismo, hostilidad, agresividad, ideación suicida, dificultad para separar la realidad de la fantasía.	.75	Hace referencia a síntomas positivos de la esquizofrenia que varían en severidad. Van desde percepciones inusuales y pensamiento mágico hasta síntomas psicóticos característicos. Las puntuaciones más bajas además son peculiares y excéntricas, experimentan percepciones sensoriales infrecuentes o ideas inusuales que pueden incluir creencias delirantes. Las puntuaciones más altas refieren a la aparición de un episodio psicótico activo caracterizado por una escasa capacidad de juicio y una ruptura con la realidad, hay presencia de delirios y alucinaciones percibidas como reales.		
			ESQ Esquizofrenia (SCZ)			
			.79	Esta escala incluye creencias y percepciones inusuales, una escasa competencia social y anhedonia por las relaciones sociales, ineficacia y alteraciones en la atención, la concentración y los procesos asociativos. Evaluando con lo anterior diversas facetas de la esquizofrenia. Las puntuaciones más altas se asocian con un episodio esquizofrénico activo en el cual la persona está confusa, retraída y suspicaz, su juicio es limitado y hay poca claridad en la percepción de la realidad. Con la posibilidad de aparición de delirios de transmisión, inserción, así como el robo o control del pensamiento. La persona puede sentirse aislada, incomprendida y rechazada, así como tener problemas a nivel de pensamiento, concentración, toma de decisiones y experimentar percepciones inusuales o creencias de naturaleza psicótica. En cuanto a las puntuaciones más bajas describen a una persona que se presenta retraída, distante y poco convencional, además de ser ineficaz en las relaciones sociales presentará problemas de atención y concentración.		
			PSICOTICISMO_PAI			
			.79	Exhibir una amplia gama de conductas y cogniciones excéntricas, inusuales o culturalmente incongruentes y raras incluyendo tanto el proceso (p. ej., la percepción, la disociación) como el contenido (p. ej., creencias).		

IDPP	**MMPI-2 (N = 226)**		**PAI (N = 184)**		**PID-5 (N = 219)**	
Escala	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**
		Escala de Comportamiento tipo A (Esc_PTA)		**DEP-F Fisiológica (DEP_P)**		**Irresponsabilidad (Irresponsibility)**
	.40	Esta escala describe las características de los individuos que se inclinan por una serie de conductas y actitudes como, la prisa e impaciencia, la irritabilidad, la tensión constante, la competitividad y la autoexigencia de un alto rendimiento en los proyectos o trabajos. Estas personas tienden también a ser egocéntricas, resentidas, muy irritables, suspicaces, rencorosas y carentes de empatía. Socialmente, su trato a los demás es frío y desinteresado, tienen a considerar a los demás como molestos o entorpecedores, tienen cierta tendencia a no tener empatía por los problemas o el dolor de los demás e incluso pueden experimentar placer con las penas de otras personas.	.40	Describe señales vegetativas de la depresión tales como las alteraciones del sueño, problemas de apetito, falta de energía o impulso, pérdida de la líbido, pérdida de peso y la posible presencia de una ralentización motora.	.43	Un aspecto de la desinhibición: indiferencia e incumplimiento de obligaciones o compromisos económicos y de otro tipo, falta de respeto y seguimiento de acuerdos y promesas; negligencia con la propiedad ajena.
		Escala 6 - Paranoia (Escal_Pa)		**LIM-P Relaciones Interpersonales Problemáticas (BOR_N)**		**Desconfianza (Suspiciousness)**
	.41	Escala asociada a sujetos propensos a reflejar susceptibilidad interpersonal marcada y tendencia a malinterpretar los motivos e intenciones de otros, presencia de delirios de persecución, se sienten criticados, juzgados, atacados o tratados injustamente, miedo a ataques, posiblemente deprimidos, con dificultades interpersonales, con resentimiento con familiares.	.40	Demuestran una tendencia a involucrarse en relaciones que son muy intensas y caóticas. Cree que las personas importantes no atienden sus necesidades, por lo que la persona se siente traicionada y explotada. Demuestra una falta de confianza y pesimismo en torno a las relaciones. Las puntuaciones más altas indican que la persona se siente amargada, resentida, traicionada y experimenta miedo al abandono o al rechazo.	.46	Expectativas y sensibilidad a señales de perjuicio o mala intención interpersonal; dudas sobre la lealtad y la fidelidad de los demás; sentimientos de ser maltratado, utilizado o perseguidos por otros.
		Escala de Neuroticismo o Emocionalidad negativa (Esc_NEN)		**FAS Falta de Apoyo Social (NON)**		**Depresión (Depressivity)**
	.41	Quien puntúa alto se muestra impotente, dependiente, necesitado, indeciso e inestable. Las relaciones con otros se caracterizan por una pasividad extrema, un miedo a ser abandonado y una hipersensibilidad a las críticas. Puede provocar la desesperación en los otros, puesto que constantemente deja de tomar iniciativas para mejorar la situación y para actuar de acuerdo con sus propios mejores intereses. Pueden observarse vinculaciones "límites" con los demás, lamentaciones por el rechazo de la ayuda y conductas suicidas o autolesivas. Puntuaciones bajas reflejan una emocionalidad relajada e imperturbable, quizá tan carente de atención y preocupación que sugiere un empobrecimiento de la experiencia interna y plantea la cuestión de la represión. En el extremo, la puntuación baja indica una vida emocional plácida que puede ser impermeable a la disrupción.	.40	Es una evaluación al apoyo social percibido, explora el nivel y naturaleza de las relaciones con conocidos, amigos y familiares. Se evalúa la percepción de la persona y no la cantidad de apoyo real recibido, ya que es la percepción del apoyo social la que genera un mayor impacto como moderador del estrés. Las puntuaciones más altas se refieren a personas que no perciben contar con sistemas de apoyo social, tienden a ser personas altamente críticas consigo mismas y con los demás, se sienten rechazadas, cuentan con pocos recursos emocionales para afrontar situaciones difíciles y son propensos a reacciones de estrés graves. Las relaciones familiares pueden ser distantes o conflictivas y tienen pocos amigos o amistades, además de que se siente insatisfecha con esas relaciones. las puntuaciones bajas, indican vínculos estrechos y de apoyo por parte de familia y amigos.	.47	Sentimientos de inferioridad, de desgracia o de desesperanza; dificultad para recuperarse del estado de ánimo negativo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza o culpa omnipresente; baja autoestima; ideación y comportamiento suicidas.
		Escala de Hostilidad (Esc_ENJ)		**LIM-E Inestabilidad Emocional (BOR_A)**		**Desregulación cognitiva y perceptiva (PerceptualDysregulation)**

.44	Esta escala hace referencia a personas con tendencias o que presentan problemas de control del enojo, es decir, tienen poca tolerancia a la frustración, pueden tener arrebatos de ira. También tienen la necesidad de descargar la ira u la hostilidad de forma ya sea directa (de forma abierta, verbal o física) o indirectamente (de forma controlada y encubierta, como molestando, burlándose, importunando, provocando, exigiendo o quejándose). Estas personas tienden a perder el autocontrol y dañar físicamente a otras personas u objetos o ambas durante sus arrebatos. Dependiendo de los grados en la escala, entre más alta esté la persona en la escala, hay más probabilidades de que sea más agresiva directamente o entre más bajo que sea agresiva indirectamente.	.41	Propensión a alternar rápidamente entre varias emociones negativas. La persona está ansiosa, enfadada, deprimida y a continuación irritable. Se caracterizan por realizar cambios emocionales rápidos y extremos, que ocurren debido a la propensión a sentir emociones negativas. Las puntuaciones más altas involucran todas las emociones combinadas con un bajo control de la ira, mientras que las puntuaciones más bajas refieren a personas con poca emotividad y con restricción emocional.	.49	Un aspecto del psicoticismo: contenido del pensamiento y visiones de la realidad que son vistos por otros como extraños o peculiares; experiencias insólitas de la realidad. Creer que uno tiene habilidades excepcionales, tales como leer la mente, la telequinesia, la fusión pensamiento-acción; experiencias insólitas de la realidad, incluida la actividad de tipo alucinatorio.
Escala de Baja autoestima (Esc_BAE)		**ANS-F Fisiológica (ANX_P)**		**Creencias y experiencias inusuales (UnusualBeliefsExperiences)**	
.45	Esta escala describe los individuos que tienen altos índices de falta de confianza en sí mismos, actitudes negativas hacia ellos mismos. Su esquema de pensamientos son, el de sentirse poco atractivos, inferiores, poco competentes, poco simpáticos, menos capacitados, menos inteligentes e incluso menos importantes o que no calzan en lo esperado por los otros. Tienden a tener un bajo umbral para la autocensura y la autocrítica y por lo general abandonan sus proyectos personales ante la menor adversidad. Debido a esto anterior les cuesta mucho ser independientes, ya que no se sienten seguros para poder actuar o decidir de forma autosuficiente, por lo que tienden a ser dependientes y vincularse de forma sumisa con otras personas con las que tienen una afiliación afectiva relevante.	.42	Ansiedad relacionada con el sistema nervioso autónomo, se manifiesta como taquicardia, sudoración en la palma de las manos, hiperventilación y mareos. Reflejan un modo represivo de afrontamiento del estrés y puede estar acompañado por otros síntomas somáticos.	.56	Un aspecto del psicoticismo: contenido del pensamiento y visiones de la realidad que son vistos por otros como extraños o peculiares; experiencias insólitas de la realidad. Creer que uno tiene habilidades excepcionales, tales como leer la mente, la telequinesia, la fusión pensamiento-acción; experiencias insólitas de la realidad, incluida la actividad de tipo alucinatorio.
Escala de Ansiedad (Esc_ANS)		**SOM Quejas Somáticas (SOM)**		**Excentricidad (Eccentricity)**	
.45	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene preocupaciones excesivas, tensión nerviosa, perturbaciones del sueño y problemas de atención y concentración. Presentan un miedo constante a perder la razón, mucho estrés y dificultades para tomar decisiones. En general pueden experimentar cierto pánico a que algo salga mal o que se dé una situación inesperada que les produzca la pérdida del control. Por lo general, estas personas consideran que la vida es bastante complicada y se sienten estresados constantemente, vulnerables en extremo a decepciones, dificultades financieras o a los posibles efectos de un error por una decisión que tomaron.	.42	Refleja preocupaciones sobre aspectos físicos y de salud, que van desde quejas de malestar físico menor como dolores de cabeza, hasta disfunciones mayores como parálisis. La preocupación es constante sobre la salud, existen quejas crónicas, acompañadas de fatiga y debilidad incapacitante. Además, hay muy poca aceptación de las explicaciones psicológicas sobre su estado somático.	.75	Un aspecto del psicoticismo: comportamiento, apariencia o habla raros, inusuales o extravagantes; pensamientos extraños e impredecibles; discurso aberrante o inapropiado.
Escala de Cinismo (Escal_RC3)		**DESINHIBICIÓN PAI**			
.45	La escala refiere al cinismo: las personas que puntúan alto en esta escala ven a los otros con desconfianza, como poco cariñosos, explotadores y preocupados solo por sí mismos.	.42	Orientación hacia la satisfacción inmediata, dando lugar a un comportamiento impulsivo dominado por pensamientos y sentimientos repentinos evocados por estímulos externos, sin tener en cuenta aprendizajes obtenidos de experiencias del pasado ni reflexiones sobre las consecuencias futuras.		
Escala de Ideas de persecución (Escal_RC6)		**ANT-A Conductas Antisociales (ANT_A)**			
.46	La escala refiere a ideas de persecución: las personas que puntúan alto en esta escala se sienten etiquetados, controlados o victimizadas por fuerzas externas. Tienden a ser bastante desconfiados de las motivaciones de los otros y tienen dificultad en formar relaciones de confianza y se pueden sentir maltratados por otros. Entre los pacientes psiquiátricos, los puntajes muy altos en esta escala tienden a asociarse con delirios, alucinaciones y otros síntomas de esquizofrenia o desórdenes delirantes.	.43	Evalúa actos antisociales relacionados con dificultades con la autoridad y con las relaciones sociales, los cuales suelen haber iniciado en la adolescencia y se mantienen a lo largo del tiempo. Las puntuaciones bajas hacen referencia a una persona conformista, moralista o motivada por negar cualquier conducta de este tipo.		
Escala de Cinismo (Esc_CIN)		**AGR-F Agresiones Físicas (AGG_P)**			
.47	Esta escala hace referencia a las personas con tendencias o ideas relacionadas con la misantropía, por lo que estas personas tienden a no confiar en los demás.Estas personas consideran las relaciones humanas o sociales, una lucha por los propios intereses en detrimento de los demás o la lucha tomar ventaja pasando por encima de las otras personas. De esta forma, los contratos sociales o las normas de convivencia se ven como un constructo artificial que se instrumentaliza para beneficio propio, lejos de una interpretación moral, ética o de bien común. Por ejemplo, no roban para no ser descubiertos, son amistosos para explotar a otros, etc. Tienden al engaño, la manipulación, la hipocresía, y a tener motivaciones ocultas y negativas hacia las otras personas, además de que consideran que las otras personas pueden ser iguales a ellas, ocultando sus intereses reales en las acciones.	.43	Evalúa el historial agresivo, así como la actitud hacia la violencia física. Las puntuaciones medias hacen referencia a personas que ejercen control sobre la ira y sus impulsos, siendo que rara vez pierden el control. Conforme se sube en la puntuación se describe a personas que pierden el control sobre la ira y son propensos a expresarla físicamente; sin embargo, aún cuentan con la capacidad de autocontrol y evitar expresar su enfado. Para las puntuaciones superiores el control fracasa y el resultado son muestras extremas de ira, incluyendo daño a bienes y violencia física, normalmente intimidan a las personas de su entorno debido a su temperamento y a la violencia que ejerce.		
Escala de Conductas antisociales (Esc_PAS)		**TRA-E Estrés Postraumático (ARD_T)**			
.47	Esta escala describe las características de los individuos que se inclinan por una serie de conductas y actitudes antisociales. Por lo general, la conciencia de sus actos no es la esperada, ya que tienden al cinismo y al disfrute de sus acciones y sus resultados, teniendo desvergüenza de los actos y de las consecuencias de sus conductas antisociales. A nivel biográfico, han tenido conflictos con la autoridad y han cometido delitos como robar desde la infancia o desde la edad escolar. Se oponen a las conductas convencionales sociales, las reglas y las normas y consideran que no está mal evitar el incumplimiento de la ley. Tienden a ser poco confiables y por lo general deshonestas, con conductas como mentir y amenazar. También se asocia al consumo de sustancias.	.44	Incluye pesadillas, reacciones de ansiedad repentinas y sentimientos de estar irreversiblemente transformado por el evento traumático. Existencia de una experiencia pasada relacionada con el acontecimiento traumático perturbador que continúa siendo una fuente de malestar, produciendo episodios recurrentes de ansiedad. Las elevaciones más altas indican que el trauma es un factor dominante en la vida de la persona, que se percibe seria e irreparablemente dañada.		
Escala de Malestar matrimonial (Esc_MM)		**SOM-C Conversión (SOM_C)**			
.47	Esta escala evalúa problemas maritales que pueden estar relacionado con otros síntomas como ansiedad y depresión.	.44	Presenta síntomas psicológicos prototípicos de los trastornos conversivos, principalmente somatomorfos poco frecuentes como problemas visuales o auditivos y problemas motores. Pueden aparecer problemas en el ámbito de sistema nervioso central como esclerosis múltiple, accidentes cardiovasculares o infartos cerebrales. Las puntuaciones altas pueden estar relacionadas, con enfermedades físicas debilitantes, una reacción de conversión, una grave hipocondriasis o incluso un delirio de tipo somático.		
Escala de Conducta antisocial (Escal_RC4)		**ESQ-S Indiferencia Social (SCZ_S)**			

.49	La escala hacer referencia a la conducta antisocial: Individuos con mayores probabilidades de tener un historial de comportamiento antisocial y/o abuso de sustancias. Dificultades a la hora de ajustarse a las normas y expectativas sociales. Son argumentativos, críticos o antagónicos en sus relaciones con los demás, usualmente tienen un historial de bajo rendimiento o desempeño en sus trabajos. Sus relaciones interpersonales son pobres, mientras que las relaciones familiares tienden a ser tensas o distantes.	.44	Evalúa la falta de interés social y la falta de respuesta afectiva. Son personas reservadas, impasibles, que muestran poco interés por la vida de los demás y tienen poca habilidad para interpretar los signos normales de las relaciones interpersonales. Las puntuaciones más altas describen a personas que no desean ni disfrutan de las relaciones cercanas. Se caracterizan por el aislamiento social y distanciamiento, falta de interés en los demás y en sí mismo, están desconectados de sí mismos y se sientes desconcertados ante emociones fuertes.
Escala de Emociones negativas disfuncionales (Escal_RC7)		**LIM Rasgos Límites (BOR)**	
.49	La escala hace referencia a las emociones disfuncionales negativas como ansiedad, miedo o irritabilidad, se describe a sí mismo como triste e infeliz. Son propensos a la culpa y tienen una tendencia ser autocrítico, inseguros y se preocupan en exceso, perciben crítica donde no existe, pesimistas; esperan fracasar, tienen dificultades para dormir, tienen pesadilla. Pueden sentirse abrumados e incapaces de enfrentar las situaciones. Reflejan malestar emocional significativo e impotencia. Tienden a ser muy pasivos y sumisos en las relaciones interpersonales. Son propensos a padecer o llegar a desarrollar desórdenes de ansiedad, así como experimentan excesiva culpa e inseguridad.	.44	Existe un escaso control de las emociones y la ira, confusión en torno a temas relacionados con la identidad y valores, así como el establecimiento de relaciones intensas y combativas con los demás. Se caracteriza por la impulsividad y conductas autodestructivas. Mide el grado de tensión y emoción negativa experimentado y que puede aparecer en diferentes categorías diagnósticas. Presenta preocupación constante, sentimientos subjetivos de miedo y tensión, así como signos físicos de nerviosismo y estrés, son hostiles e iracundos, a menudo son personas muy deprimidas y ansiosas. Son impulsivos, autodestructivos, incluyen gestos suicidas, abuso de alcohol, drogas o explosiones de agresividad. Se sienten incomprendidos, lo que los hace mostrarse enfadados y ansiosos y necesitados de los demás, haciendo que sus comportamientos sean ambivalentes. Las puntuaciones más bajas corresponden a personas malhumoradas, sensibles y con cierta incertidumbre ante la vida, carentes de satisfacción en las relaciones interpersonales.
Escala 4 - Desviación Psicopática (Escal_Dp)		**TRA-O Obsesivo - Compulsivo (ARD_O)**	
.50	Esta escala está asociada a las conductas antisociales donde no hay una respuesta emocional profunda de las acciones - reacciones emocionales superficiales- y los hechos cometidos, así como la incapacidad de aprender de la experiencia. La escala también mide la falta de compromiso o juicio hacia las normas sociales. Hay presencia de conductas agresivas, inestables, inmaduras, irresponsables, rebeldes y hostiles. Dentro del histórico conductual de los individuos se encuentran los problemas maritales, problemas con la autoridad, abuso de sustancias, impulsividad, sociabilidad y hedonismo, así como búsqueda inmediata de gratificación, impaciencia, baja tolerancia a la frustración y centrado en sí mismo.	.45	Miedo a la contaminación, ejecución de rituales, perfeccionismo, atención excesiva a los detalles. Estas personas utilizan pensamientos obsesivos como defensa para controlar la ansiedad mediante el orden y la prevención. Son personas rígidas, que no toleran cambios o eventos inesperados y son temerosos a experimentar exigencias emocionales. Además, pueden llegar a fracasar en controlar ansiedad y presentar pensamientos intrusivos, son temerosos de sus propios impulsos y dudan de su capacidad para controlar los mismos.
Escala de Reconocimiento de adicción (Esc_ERA)		**MAN Manía (MAN)**	
.50	Esta escala evalúa la disposición que tiene una persona para reconocer problemas de adicción a drogas o alcohol, no evalúa si tiene o no el problema.	.45	Evalúa características clínicas de la manía, la hipomanía y la ciclotimia, caracterizados por la presencia de una evaluación anómala del estado de ánimo, expansividad, grandiosidad, exceso de energía e hiperactividad, irritabilidad, impaciencia, frustración, ira, impulsividad y falta de juicio. Son individuos antipáticos, malhumorados y temperamentales. Las puntuaciones más altas pueden denotar fuga de ideas y delirios de grandeza, poca empatía, hostilidad y narcisismo.
Escala de Problemas familiares (Esc_FAM)		**PAR-P Persecución (PAR_P)**	
.51	La escala describe las dinámicas internas de personas que tienden a sentirse o que se sintieron, abandonadas, poco consideradas o entendidas, así como privadas y maltratadas por la familia. Como resultado de esto anterior, estas personas, han desarrollado, la enemistad, el distanciamiento emocional y vincular, así como sentimientos de inseguridad en el círculo familiar y fuera de la misma en su madurez. Estas personas tienen a sentir que la familia no es un sostén emocional, no es un círculo de apoyo, de comprensión y menos de unidad, por lo que pueden experimentar sentimientos de tristeza y hostilidad hacia las dinámicas o miembros familiares.	.46	Personas que presentan creencias de que los demás les obstaculizan o dificultan sus esfuerzos, estas creencias van desde leves sensaciones de celos a ideas delirantes sobre conspiraciones e intrigas. Debe explorarse la posibilidad de alucinaciones de naturaleza paranoide.
Escala de Inadaptación universitaria (Esc_DPR)		**ANT-E Egocentrismo (ANT_E)**	
.51	Individuos parecen poco adaptados, ineficientes, pesimistas y angustiados, pueden desarrollar síntomas físicos en épocas de estrés y sentir que la vida los abruma la mayoría del tiempo.	.46	Define a personas frías y sin empatía. Son egocéntricos, desconsiderados, se aprovechan de los demás, irresponsables, desleales y no sienten remordimientos. Las puntuaciones medias se refieren a personas egocéntricas y pragmáticas, sienten poca ansiedad o culpa, y que pueden ser eficaces en contactos sociales superficiales. Mientras los niveles más bajos indican que las personas tienen dificultades para reconocer sus propias necesidades ya que tienden a situar las necesidades de los demás primero.
Escala 9 - Hipomanía (Escal_Ma)		**TRA Trastornos Relacionados con la Ansiedad (ARD)**	
.52	Esta escala se asocia a individuos con mucha energía y ritmo mental y físico acelerado, por lo que hay poca necesidad de sueño, sensaciones eufóricas, extroversión y altas aspiraciones, así como a conductas arriesgadas, mayor actividad sexual, impulsividad, volubilidad e irritabilidad. Dentro de las características se encuentran también la grandiosidad, el control pobre del temperamento, la hiperactividad, la distractibilidad, las decisiones impulsivas y la carencia de limitaciones para la toma de riesgos.	.47	Se enfoca en características clínicas y conductuales de áreas relacionadas con trastornos específicos de ansiedad. Incluye miedos específicos, fobias, pensamientos y comportamientos obsesivos-compulsivos, y experiencias problemáticas asociadas con eventos traumáticos.
Escala de Activación hipomaníaca (Escal_RC9)		**ANS Ansiedad (ANX)**	
.52	La escala refiere a la activación hipomaníaca: Los niveles moderados pueden indicar una persona extrovertida con un alto nivel de energía relativamente adaptativo. Los que puntúan alto tienden a experimentar aceleración del pensamiento, niveles altos de energía, alto humor e irritabilidad. También experimentan un pobre control de impulsos, euforia y poca necesidad de sueño. Con frecuencia son un tanto agresivos, y muestran poco control de los impulsos, que está asociado con conductas antisociales, incluidas el abuso de sustancias. Tienden a ser personas que buscan la emoción y que toman riesgos. Las personas con puntajes muy altos pueden sugerir un episodio maníaco y son consistentes con un diagnóstico de desorden bipolar.	.47	Se enfoca en características clínicas y conductuales de áreas relacionadas con trastornos específicos de ansiedad. Se caracteriza por miedos específicos, fobias, pensamientos y comportamientos obsesivos-compulsivos, y experiencias problemáticas asociadas con eventos traumáticos.
Escala de Conducta antisocial (Escal_RC4)		**PAR-R Resentimiento (PAR_R)**	

EXCENTRICIDAD	.52	La escala hacer referencia a la conducta antisocial: Individuos con mayores probabilidades de tener un historial de comportamiento antisocial y/o abuso de sustancias. Dificultades a la hora de ajustarse a las normas y expectativas sociales. Son argumentativos, críticos o antagónicos en sus relaciones con los demás, usualmente tienen un historial de bajo rendimiento o desempeño en sus trabajos. Sus relaciones interpersonales son pobres, mientras que las relaciones familiares tienden a ser tensas o distantes.	.48	En estos individuos, existe una tendencia a afrontar la vida con resentimiento, hostilidad, amargura. La culpa por cualquier fracaso se proyecta hacia el exterior; el desquitarse con quienes considera culpables o responsables de esto es la principal preocupación de la persona. Son personas susceptibles, que se ofenden fácilmente y guardan rencor. Busca desacreditar los éxitos de los demás explicándolos como suerte o favoritismo. Es celoso y alberga sentimientos de envidia.
	Escala de Obsesividad (Esc_OBS)		**EST Estrés (STR)**	
	.53	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene preocupaciones excesivas, tensión nerviosa, perturbaciones del sueño y problemas de atención y concentración. Presentan un miedo constante a perder la razón, mucho estrés y dificultades para tomar decisiones. En general pueden experimentar cierto pánico a que algo salga mal o que se dé una situación inesperada que les produzca la pérdida del control. Por lo general, estas personas consideran que la vida es bastante complicada y se sienten estresados constantemente, vulnerables en extremo a decepciones, dificultades financieras o a los posibles efectos de un error por una decisión que tomaron.	.48	Evalúa los estresores vitales tanto de la actualidad como recientes. Incluye problemas en las relaciones familiares, dificultades financieras, problemas laborales y cambios importantes en la vida; siendo que los anteriores resultan indeseables y desagradables para la persona. Las puntuaciones más altas describen a personas en crisis y con problemas en casi todas las áreas, manifiestan incapacidad para controlar los acontecimientos, es ineficaz, dependiente y se encuentra a merced de otros, además demuestran amargura y resentimiento. Sus situación familiar, laboral y social puede ser fuente de preocupación, rumiación e infelicidad. Corren el riesgo de desarrollar trastornos reactivos o adaptativos. Por su parte, las puntuaciones bajas describen a personas que viven un nivel moderado de estrés, o bien, viven de manera estable, predecible y sin incidentes.
	Escala de Interferencia laboral (Esc_DTR)		**AFECTO_NEGATIVO_PAI**	
	.53	Esta escala describe las dinámicas internas de personas que tienen confianza en sí mismas, falta de concentración, y tensión. Dificultad para tomar decisiones, falta de apoyo familiar, cuestionamientos personales, actitudes negativas hacia los compañeros. Ansiedad, así como, preocupaciones excesivas o incluso, síntomas depresivos. Todas estas dinámicas, conductas o actitudes les provocan un desempeño laboral deficiente. Estas personas pueden ser poco amigables y cooperadoras, además de distantes de los otros, pueden tener tienen dificultades de adaptación en el trabajo.	.48	Experiencias frecuentes e intensas de una amplia gama de emociones negativas (p. ej., ansiedad, depresión, culpa/vergüenza, preocupación, enfado), y de sus manifestaciones comportamentales (p. ej., autolesión) e interpersonales (p. ej., dependencia).
	Escala de Desmoralización (Escal_RCd)		**Dep-C Cognitiva (DEP_C)**	
	.53	Normalmente la escala se refiere a individuos que no están experimentando una cantidad significativa de angustia psicológica. Las puntuaciones más altas representan una incapacidad de hacer frente o estar abrumado con la situación actual, y experimentan malestar clínico significativo y confusión, percepción sombría del futuro, probablemente con la presencia de depresión por lo cual debe de evaluarse minuciosamente el riesgo de suicidio. Las personas con puntajes altos pueden sentirse desmotivados y desmoralizados. Tienen una baja autoestima, son pesimistas, creen que han fallado en el pasado y esperan fallar en el futuro. Son propensos a sentirse abrumados e incapaces de lidiar con sus circunstancias de vida actuales. Los pacientes clínicos con puntajes altos en esta escala son propensos a reportar depresión, ansiedad y quejas somáticas.	.51	Evalúa expectativas o creencias sobre la falta de aptitudes para afrontar las exigencias del entorno, tiene en consideración el autoestima, la sensación de incompetencia personal o un bajo nivel de autoeficacia. Personas que presentan sentimientos de desesperanza y fracaso, atribuyen los eventos negativos de la vida a su propia inadecuación o incompetencia, minimiza los acontecimientos positivos atribuyéndolos a la buena suerte o la ayuda de otros. Demuestran sentimientos de impotencia, problemas de concentración e indecisión. Las puntuaciones más bajas, hacen referencia a sentimientos de grandiosidad o narcisismo.
	Escala de Ansiedad (Esc_A)		**DEP-E Emocional (DEP_A)**	
	.54	Puntuaciones altas en esta escala permiten identificar síntomas de ansiedad y falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a la desorganizarse ante el estrés y a la dificultad para ajustarse a las circunstancias. También puede indicar dificultades para la concentración, cansancio, preocupación, desánimo, sentimientos de inferioridad e inadecuación, susceptibilidad, control exagerado de impulsos, inseguridad y dificultad para tomar decisiones, sumisión y sugestionabilidad, aceptación de la autoridad externa, pesimismo, tendencia a racionalizar las dificultades, perturbación en situaciones sociales, timidez, torpeza, aislamiento y pasividad.	.51	Describe experiencias de estrés emocional, infelicidad, tristeza y bajo estado de ánimo. Existe una pérdida de interés en la actividades cotidianas y de la sensación de placer (anhedonia). Las puntuaciones bajas reflejan una pérdida de satisfacción que puede ser el motivador que se requiere para realizar cambios en la vida.
	Escala de Neuroticismo o Emocionalidad negativa (Esc_NEN)		**MAN-A Nivel de Actividad (MAN_A)**	
	.55	Quien puntúa alto se muestra impotente, dependiente, necesitado, indeciso e inestable. Las relaciones con otros se caracterizan por una pasividad extrema, un miedo a ser abandonado y una hipersensibilidad a las críticas. Puede provocar la desesperación en los otros, puesto que constantemente deja de tomar iniciativas para mejorar la situación y para actuar de acuerdo con sus propios mejores intereses. Pueden observarse vinculaciones "límites" con los demás, lamentaciones por el rechazo de la ayuda y conductas suicidas o autolesivas. Puntuaciones bajas reflejan una emocionalidad relajada e imperturbable, quizá tan carente de atención y preocupación que sugiere un empobrecimiento de la experiencia interna y plantea la cuestión de la represión. En el extremo, la puntuación baja indica una vida emocional plácida que puede ser impermeable a la disrupción.	.52	Evalúa los niveles de actividad ideativa y conductual de la persona. Existe un incremento en la actividad motora pero con una reducción en la calidad de la misma, realizan actividades apresuradas y desorganizadas, se demuestra confusión y dificultades para la comprensión, no puede fijar la atención durante mucho tiempo. Los niveles más bajos muestran una marcada apatía e indiferencia.
	Escala de Quejas somáticas (Escal_RC1)		**DEP Depresión (DEP)**	
	.55	La escala refiere individuos que reportan un número relativamente alto de quejas somáticas. Se preocupan en exceso acerca de su cuerpo y probablemente presentan una gama difusa de preocupaciones de salud. Muchos se quejan de fatiga, debilidad y dolor crónico. Las personas con puntajes altos en esta escala se inclinan hacia la somatización y pueden experimentar problemas de salud física como un resultado de dificultades interpersonales o psicológicas. Las personas con puntajes sumamente elevados reportan un grado inusual y una combinación de quejas somáticas, aún en comparación con aquellos que sí tienen problemas de salud. Se preocupan demasiado por sus malestares físicos percibidos y típicamente son resistentes a considerar factores psicológicos que podrían estar relacionados con sus síntomas físicos.	.52	Evalúa características clínicas del síndrome de la depresión. Incluye pesimismo y expectativas negativas, sentimientos de tristeza, apatía, falta de energía, alteraciones del sueño y del apetito, falta de motivación, desesperanza, ideación suicida.
	Escala 7 - Psicastenia (Escal_Pt)		**ANS-C Cognitiva (ANX_C)**	
	.56	Esta escala refleja presencia de preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos, temores exagerados, emotividad negativa, control rígido de impulsos, miedo al fracaso, procrastinación, deterioro en la concentración y la memoria, culpa y autocrítica, rumiación. Problemas de distracción y olvido. Falta de inventiva e ingenio le lleva a la dilación, indecisión, inmovilismo. Las reuniones con desconocidos producen incomodidad.	.53	Se caracteriza por una preocupación constante y rumiativa, hipervigilancia cognitiva hacia posibles riesgos y peligros, incapacidad para concentrarse y prestar atención. Posibilidad de existencia de ideas obsesivas.
	Escala de Depresión (Esc_DEP)		**ESQ-A Alteración del Pensamiento (SCZ_T)**	

.56	De acuerdo a esta escala, las personas que puntúan en la misma tienden a manifestar desesperación, pérdida de interés, sentimientos de fatiga, apatía y agotamiento. Además, tienden a ser infelices, deprimidos y propensos a llorar, hay una pérdida importante de la auto-eficacia y auto-consideración que los hace sentirse oprimidos por la culpa, inútiles, sienten desesperanza, desean la muerte y piensan en el suicidio. También es relevante que pueden percibir las personas con las que tienen un vínculo o no, no tienen interés en ellos o no pueden ayudarles. Estas personas pueden tener historiales de intentos anteriores de suicidio y hospitalizaciones psiquiátricas, además de una amplia sintomatología con desesperanza, ideas de suicidio o perturbaciones del sueño.	.58	Evalúa el nivel de confusión o claridad en el proceso de pensamiento, sugiere problemas en la concentración, toma de decisiones, cierto nivel de confusión y desconcierto unido a las formas más benignas de ineficacia cognitiva. Puede presentarse en personas deprimidas o ansiosas. En su presentación más severa las personas demostraran presencia de asociaciones de ideas inconexas y un aumento en la dificultad para expresarse y comunicarse, es posible que coexista una depresión severa o manía, trastornos de atención, secuela a daños cerebrales o enfermedades, efectos secundarios debido a medicación o incluso secuelas por abuso de alcohol y otras drogas.
Escala de Indicadores negativos de tratamiento (Esc_RTR)		**PAR Paranoia (PAR)**	
.56	Esta escala refleja ciertas tendencias hacia sentimientos depresivos y apáticos, donde el locus de control es externo, con tendencias a darse por vencido rápidamente, ya que el individuo tiene pocos recursos personales. Tendencias a sentirse desvalido y emocionalmente indigente hasta el punto de que luchar contra la adversidad, o incluso pensar en hacerlo, le parece inútil. Prefieren no hablar de los problemas, lo ven como una acción inútil carente de resultados.	.58	Se enfoca en los síntomas y características persistentes en la paranoia tales como la vigilancia y control excesivo del entorno por temor a posibles peligros, tendencia al resentimiento, el rencor y la predisposición a detectar injusticias por parte de otros. En la puntuaciones más altas aumenta la posibilidad de una paranoia de tipo delirante, la persona se muestra amargada, guarda resentimientos hacia los demás y anticipa supuestos intentos de los demás para aprovecharse. Son típicamente celosos, presentan ideas de referencia y delirios persecutorios y de grandiosidad. ADemás de ser suspicaces, hostiles, desconfiados, susceptibles, intransigentes y escépticos.
Escala de Hostilidad de Cook y Medley (Esc_HO)		**SUI Ideación Suicida (SUI)**	
.56	En general, las personas con puntajes altos de Ho tienden a ser cínicos y desconfiados, y ven a los demás como egoístas, manipuladores, moralmente corruptos y que no merecen simpatía o comprensión. Se apresuran a atribuir malas intenciones a las acciones de los demás, viéndolos como deliberadamente hostiles o provocadores, y tomando la posición de que los demás “se merecen lo que reciben”. Es probable que estas tendencias se atenúen un poco en las mujeres, y estas últimas tienden a describir a los demás en términos como "malos" y "feos", y parecen más angustiadas, sufridas, resentidas e implacables. Tampoco es probable que tenga muchos amigos cercanos. Es mejor comparar las puntuaciones de Ho con las de ANG, CYN, TPA (especialmente TPA2) y AGGR, ya que las elevaciones relativas entre estos pueden guiar de manera útil los énfasis interpretativos. Por ejemplo, cuando ANG1 es el más alto entre estos, la labilidad emocional y el aspecto exaltado de Ho parecen estar enfatizados, mientras que cuando TPA2 y AGGR están elevados de manera comparable con Ho, se sugiere una hostilidad más depredadora y vengativa.	.58	Presencia de pensamientos o ideas relacionados con la muerte y el suicidio, explora desde pensamientos generales y dispersos sobre el tema hasta pensamientos de desesperanza y planes claros de actos autolíticos. Las puntuaciones más altas a menudo informan de planes inminentes de autolesionarse, tienen pocas esperanzas en el futuro, están desesperadas, se sienten inútiles e incapaces de ayudarse a sí mismas. Suelen sentirse rechazados y amargados por el trato de los demás. Son individuos ansiosos, depresivos, y se sienten desamparados. Las puntuaciones moderadas son las típicamente evaluadas en entornos clínicos, indican ideas y pensamientos periódicos y pasajeros sobre la muerte y el suicidio, infelicidad, pesimismo. Mientras que quienes puntúan bajo tienen pocos pensamientos sobre la muerte y el suicidio; sin embargo, debe de analizarse las puntuaciones de escalas complementarias para evitar riesgos a la integridad de la persona.
Escala de Psicoticismo (Esc_PSY)		**ESQ-P Experiencias Psicóticas**	
.60	En elevaciones moderadas (T de 55-65), la escala PSY refleja principalmente creencias o experiencias inusuales y una tendencia a admitir de buen grado el soñar despierto. Incluso en elevaciones suaves y moderadas, PSY refleja una falta de armonía en las relaciones con los mundos físico y social de modo que la actuación resulta comprometida y las relaciones enajenadas. La persona puede dar la apariencia de estar en el mundo, pero sin formar parte de él. Cuando las elevaciones son más altas, se encuentran distorsiones más graves en la forma en que el individuo interactúa con sus mundos social y físico, de forma que estas interacciones aparecen hostiles, provocativas, agresivas e inadecuadas, o bien incompetentes, irrelevantes, extrañas y autoanulantes. No obstante, con T superiores a 65 aparecen verdaderos fenómenos psicóticos, e incluyen síntomas de Schneider, ideas persecutorias, o claramente delirantes, y sospechas. Las relaciones con los demás son mínimas, distantes y secretamente hostiles, con facilidad para sentirse maltratado y resentido.	.59	Hace referencia a síntomas positivos de la esquizofrenia que varían en severidad. Van desde percepciones inusuales y pensamiento mágico hasta síntomas psicóticos característicos. Las puntuaciones más bajas además son peculiares y excéntricas, experimentan percepciones sensoriales infrecuentes o ideas inusuales que pueden incluir creencias delirantes. Las puntuaciones más altas refieren a la aparición de un episodio psicótico activo caracterizado por una escasa capacidad de juicio y una ruptura con la realidad, hay presencia de delirios y alucinaciones percibidas como reales.
Escala de Activación hipomaníaca (Escal_RC9)		**ANT -B Búsqueda de Sensaciones**	
.60	La escala refiere a la activación hipomaníaca: Los niveles moderados pueden indicar una persona extrovertida con un alto nivel de energía relativamente adaptativo. Los que puntúan alto tienden a experimentar aceleración del pensamiento, niveles altos de energía, alto humor e irritabilidad. También experimentan un pobre control de impulsos, euforia y poca necesidad de sueño. Con frecuencia son un tanto agresivos, y muestran poco control de los impulsos, que está asociado con conductas antisociales, incluidas el abuso de sustancias. Tienden a ser personas que buscan la emoción y que toman riesgos. Las personas con puntajes muy altos pueden sugerir un episodio maníaco y son consistentes con un diagnóstico de desorden bipolar.	.61	Describe a individuos que presentan un deseo de asumir riesgos y buscar la novedad, con una tendencia desinhibida, conductas imprudentes y potencialmente peligrosas. Se aburre fácilmente con las rutinas y costumbres. Actúa impulsivamente, no se compromete a largo plazo, no demuestra ansiedad, su comportamiento es autodestructivo y disruptivo. Los niveles medios hacen referencia a individuos aventureros que disfrutan de los retos, mientras que los niveles bajos son personas tímidas que evitan los cambios y las novedades, se inquietan ante la modificación de sus rutinas y podrían presentar comportamientos de evitación fóbicos.
Escala de Pensamiento extravagante (Esc_DEL)		**PSICOTICISMO_PAI**	
.61	Las puntuaciones altas en esta escala permiten identificar en algunas personas la tendencia a dinámicas de proceso de pensamientos psicóticos. Esta escala a nivel general nos señala la tendencia a los pensamientos extravagantes, los cuales pueden ser que la persona sienta que está acosada por ideas y experiencias que no son propias y que provienen de las ideas otras personas que les quieren hacer daño. Estas personas pueden experimentar la sensación de pérdida de control de sus pensamientos, tendencias paranoides y conviven con sentimientos y sensaciones de vulnerabilidad mental donde se perciben débiles y vulnerables a ser dañados o traicionados por otras personas. Pueden experimentar alucinaciones auditivas, visuales u olfativas. Adicionalmente, estas personas pueden sentir que tienen una misión especial relacionada con temas religiosos populares o misticos culturales.	.62	Exhibir una amplia gama de conductas y cogniciones excéntricas, inusuales o culturalmente incongruentes y raras incluyendo tanto el proceso (p. ej., la percepción, la disociación) como el contenido (p. ej., creencias).
Escala de Trastorno de estrés postraumático Schlenger (Esc_EPS)		**ANT Rasgos Antisociales**	

.61	Esta escala tiene una alta relación con los índices de ansiedad del MMPI, tales como síntomas de ansiedad, falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a desorganizarse con el estrés, y enfrentar problemas para ajustarse a las circunstancias, perturbación en la concentración, fatiga, preocupación, desánimo, sentimientos de inadecuación e inferioridad, susceptibilidad, inhibición, control exagerado de impulsos, pesimismo, timidez, aislamiento, pasividad	.63	Evalúa las características de la personalidad y comportamientos relevantes en la personalidad antisocial y de la psicopatía, tales como egocentrismo, limitada empatía y actitudes y conductas antisociales. Las puntuaciones extremas indican la presencia del trastorno antisocial de la personalidad. Estas personas se caracterizan por ser poco fiables, irresponsables y de poco éxito en lo social y ocupacional. Son fríos en sus relaciones y solo buscan sacar provecho para sí mismos, son impulsivos y cuentan con un historial de conflictos con la autoridad, demuestran hostilidad, y un historial de actos temerarios y antisociales. Son insensibles, debido a su tendencia a la impulsividad y corren riesgos, son egocéntricos, desinhibidos, escépticos y poco sentimentales. Las puntuaciones más bajas describen a personas más cálidas y cercanas con los demás que demuestran control sobre sus impulsos.
Escala de Experiencias aberrantes (Escal_RC8)		**ESQ Esquizofrenia (SCZ)**	
.61	Escala hacer referencia a las experiencias aberrantes: las personas con puntajes altos en la pueden reportar alucinaciones, delirios, y experiencias sensoriales bizarras que sugieren defectos en la prueba de la realidad. Son ansiosos, deprimidos, con problemas para confiar en los demás, dificultades en el funcionamiento interpersonal y ocupacional. Los síntomas pueden incluir alucinaciones visuales u olfatorias experiencias perceptuales bizarras y creencias delirantes. Las personas con puntajes muy altos dentro de los pacientes de salud mental tienen diagnósticos de esquizofrenia, desorden delirante o un desorden esquizoafectivo, pueden también reportar síntomas de ansiedad y depresión.	.67	Esta escala incluye creencias y percepciones inusuales, una escasa competencia social y anhedonia por las relaciones sociales, ineficacia y alteraciones en la atención, la concentración y los procesos asociativos. Evaluando con lo anterior diversas facetas de la esquizofrenia. Las puntuaciones más altas se asocian con un episodio esquizofrénico activo en el cual la persona está confusa, retraída y suspicaz, su juicio es limitado y hay poca claridad en la percepción de la realidad. Con la posibilidad de aparición de delirios de transmisión, inserción, así como el robo o control del pensamiento. La persona puede sentirse aislada, incomprendida y rechazada, así como tener problemas a nivel de pensamiento, concentración, toma de decisiones y experimentar percepciones inusuales o creencias de naturaleza psicótica. En cuanto a las puntuaciones más bajas describen a una persona que se presenta retraída, distante y poco convencional, además de ser ineficaz en las relaciones sociales presentará problemas de atención y concentración.
Escala de Emociones negativas disfuncionales (Escal_RC7)			
.61	La escala hace referencia a las emociones disfuncionales negativas como ansiedad, miedo o irritabilidad, se describe a sí mismo como triste e infeliz. Son propensos a la culpa y tienen una tendencia ser autocrítico, inseguros y se preocupan en exceso, perciben crítica donde no existe, pesimistas; esperan fracasar, tienen dificultades para dormir, tienen pesadilla. Pueden sentirse abrumados e incapaces de enfrentar las situaciones. Reflejan malestar emocional significativo e impotencia. Tienden a ser muy pasivos y sumisos en las relaciones interpersonales. Son propensos a padecer o llegar a desarrollar desórdenes de ansiedad, así como experimentan excesiva culpa e inseguridad.		
Escala de Trastorno de estrés postraumático Keane (Esc_EPK)			
.62	Evalúa ansiedad, preocupación, alteraciones en el sueño, culpa y depresión, pensamientos perturbadores involuntarios, falta de control emocional, sentimientos de confusión y maltrato.		
Escala de Desmoralización (Escal_RCd)			
.62	Normalmente la escala se refiere a individuos que no están experimentando una cantidad significativa de angustia psicológica. Las puntuaciones más altas representan una incapacidad de hacer frente o estar abrumado con la situación actual, y experimentan malestar clínico significativo y confusión, percepción sombría del futuro, probablemente con la presencia de depresión por lo cual debe de evaluarse minuciosamente el riesgo de suicidio. Las personas con puntajes altos pueden sentirse desmotivados y desmoralizados. Tienen una baja autoestima, son pesimistas, creen que han fallado en el pasado y esperan fallar en el futuro. Son propensos a sentirse abrumados e incapaces de lidiar con sus circunstancias de vida actuales. Los pacientes clínicos con puntajes altos en esta escala son propensos a reportar depresión, ansiedad y quejas somáticas.		
Escala de Ideas de persecución (Escal_RC6)			
.64	La escala refiere a ideas de persecución: las personas que puntúan alto en esta escala se sienten etiquetados, controlados o victimizadas por fuerzas externas. Tienden a ser bastante desconfiados de las motivaciones de los otros y tienen dificultad en formar relaciones de confianza y se pueden sentir maltratados por otros. Entre los pacientes psiquiátricos, los puntajes muy altos en esta escala tienden a asociarse con delirios, alucinaciones y otros síntomas de esquizofrenia o desórdenes delirantes.		
Escala 8 - Esquizofrenia (Escal_Es)			
.66	La escala refiere la tendencia al desorden psicótico, presencia de confusión, desorganización, alucinaciones, problemas de concentración, ansiedad generalizada, depresión, pesimismo, hostilidad, agresividad, ideación suicida, dificultad para separar la realidad de la fantasía.		
Escala de Experiencias aberrantes (Escal_RC8)			
.69	Escala hacer referencia a las experiencias aberrantes: las personas con puntajes altos en la pueden reportar alucinaciones, delirios, y experiencias sensoriales bizarras que sugieren defectos en la prueba de la realidad. Son ansiosos, deprimidos, con problemas para confiar en los demás, dificultades en el funcionamiento interpersonal y ocupacional. Los síntomas pueden incluir alucinaciones visuales u olfatorias experiencias perceptuales bizarras y creencias delirantes. Las personas con puntajes muy altos dentro de los pacientes de salud mental tienen diagnósticos de esquizofrenia, desorden delirante o un desorden esquizoafectivo, pueden también reportar síntomas de ansiedad y depresión.		
Escala de Psicoticismo (Esc_PSY)			

	.74	En elevaciones moderadas (T de 55-65), la escala PSY refleja principalmente creencias o experiencias inusuales y una tendencia a admitir de buen grado el soñar despierto. Incluso en elevaciones suaves y moderadas, PSY refleja una falta de armonía en las relaciones con los mundos físico y social de modo que la actuación resulta comprometida y las relaciones enajenadas. La persona puede dar la apariencia de estar en el mundo, pero sin formar parte de él. Cuando las elevaciones son más altas, se encuentran distorsiones más graves en la forma en que el individuo interactúa con sus mundos social y físico, de forma que estas interacciones aparecen hostiles, provocativas, agresivas e inadecuadas, o bien incompetentes, irrelevantes, extrañas y autoanulantes. No obstante, con T superiores a 65 aparecen verdaderos fenómenos psicóticos, e incluyen síntomas de Schneider, ideas persecutorias, o claramente delirantes, y sospechas. Las relaciones con los demás son mínimas, distantes y secretamente hostiles, con facilidad para sentirse maltratado y resentido.				
IDPP	**MMPI-2 (N = 226)**		**PAI (N = 184)**		**PID-5 (N = 219)**	
Escala	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**
		Escala 2 - Depresión (Escala_D)		**LIM-P Relaciones Interpersonales Problemáticas (BOR_N)**		**Ansiedad (Anxiousness)**
	.41	Esta escala se asocia a individuos que pueden presentar ansiedad y preocupación, apatía y letargo, falta de impulsividad, síntomas físicos y baja autoestima. Insomnios o somnolencia, pérdida o ganancia de peso, debilidad, fatiga y agotamiento o falta de energía y vigor, culpabilidad, baja autoestima, falta de autoconfianza, distractibilidad, falta de memoria, indecisión, tensión, ansiedad, preocupación, irritabilidad, enfado y agitación fáciles e incluso ira, así como culpabilidad y autodesprecio.	.41	Demuestran una tendencia a involucrarse en relaciones que son muy intensas y caóticas. Cree que las personas importantes no atienden sus necesidades, por lo que la persona se siente traicionada y explotada. Demuestra una falta de confianza y pesimismo en torno a las relaciones. Las puntuaciones más altas indican que la persona se siente amargada, resentida, traicionada y experimenta miedo al abandono o al rechazo.	.43	Un aspecto de la afectividad negativa: sentimientos intensos de nerviosismo, tensión o pánico, a menudo en respuesta a tensiones interpersonales; se preocupan por los efectos negativos de las experiencias desagradables del pasado y posibilidades futuras negativas; sensación de miedo, aprensión o amenaza ante la incertidumbre; temor a desmoronarse o a perder el control.
		Escala de Potencial de adicción (Esc_PA)		**MAN-I Irritabilidad (MAN_I)**		**Irresponsabilidad (Irresponsibility)**
	.41	Esta escala permite identificar la tendencia al consumo de drogas, así como niveles altos de estrés, por lo que tiende a caracterizar a individuos que suelen ser emocionalmente estresados, con excesiva sensibilidad, culpabilidad, irritabilidad, así como sensibles a la provocación y con tendencias a la irresponsabilidad.	.41	Volátil excitabilidad, baja tolerancia a la frustración. Se trata de personas impacientes y que son percibidas como exigentes por los demás, su capacidad de razonamiento es escasa, su estado de ánimo varía rápidamente y son propensos a la agresión verbal.	.44	Un aspecto de la desinhibición: indiferencia e incumplimiento de obligaciones o compromisos económicos y de otro tipo, falta de respeto y seguimiento de acuerdos y promesas; negligencia con la propiedad ajena.
		Escala de Cinismo (Esc_CIN)		**MAN Manía (MAN)**		**Labilidad emocional (EmotionalLability)**
	.42	Esta escala hace referencia a las personas con tendencias o ideas relacionadas con la misantropía, por lo que estas personas tienden a no confiar en los demás.Estas personas consideran las relaciones humanas o sociales, una lucha por los propios intereses en detrimento de los demás o la lucha tomar ventaja pasando por encima de las otras personas. De esta forma, los contratos sociales o las normas de convivencia se ven como un constructo artificial que se instrumentaliza para beneficio propio, lejos de una interpretación moral, ética o de bien común. Por ejemplo, no roban para no ser descubiertos, son amistosos para explotar a otros, etc. Tienden al engaño, la manipulación, la hipocresía, y a tener motivaciones ocultas y negativas hacia las otras personas, además de que consideran que las otras personas pueden ser iguales a ellas, ocultando sus intereses reales en las acciones.	.42	Evalúa características clínicas de la manía, la hipomanía y la ciclotimia, caracterizados por la presencia de una evaluación anómala del estado de ánimo, expansividad, grandiosidad, exceso de energía e hiperactividad, irritabilidad, impaciencia, frustración, ira, impulsividad y falta de juicio. Son individuos antipáticos, malhumorados y temperamentales. Las puntuaciones más altas pueden denotar fuga de ideas y delirios de grandeza, poca empatía, hostilidad y narcisismo.	.45	Un aspecto de la afectividad negativa: experiencias emocionales inestables y estado de ánimo con cambios frecuentes; las emociones se alteran fácil, intensa o desproporcionadamente con los acontecimientos y circunstancias.
		Escala de Conducta antisocial (Escal_RC4)		**AGR Agresión (AGG)**		**Distraibilidad (Distractibility)**
	.43	La escala hacer referencia a la conducta antisocial: Individuos con mayores probabilidades de tener un historial de comportamiento antisocial y/o abuso de sustancias. Dificultades a la hora de ajustarse a las normas y expectativas sociales. Son argumentativos, críticos o antagónicos en sus relaciones con los demás, usualmente tienen un historial de bajo rendimiento o desempeño en sus trabajos. Sus relaciones interpersonales son pobres, mientras que las relaciones familiares tienden a ser tensas o distantes.	.43	Evalúa actitudes relacionadas con la agresividad, la ira y la hostilidad. Indaga sobre emociones básicas, abarcando un rango que va desde indicadores de asertividad y bajo control de la ira, hasta conductas violentas y agresivas. Los niveles más extremos de la escala indican un nivel considerable de ira y conducta potencialmente agresiva. Son personas que se sienten provocadas, explotan ante la frustración, son muy iracundos lo cual los ha llevado a tener problemas laborales y legales. En este nivel deben considerarse otros indicadores de potencial de violencia. Comúnmente son personas que están furiosas la mayor parte del tiempo. Las puntuaciones medias describen a personas impacientes, irritables y con mal genio. Conforme se baja en las puntuaciones, se refleja un control razonable sobre la expresividad de la ira y la hostilidad hasta llegar a descripciones de personas más bien tímidas y con dificultades para reafirmarse.	.48	Dificultad para concentrarse y prestar atención a las tareas; distracción fácil por estímulos externos; problemas para realizar comportamientos dirigidos a metas, como la planificación y la realización de tareas.
		Escala de Reconocimiento de adicción (Esc_ERA)		**TRA-F Fobias (ARD_P)**		**Desconfianza (Suspiciousness)**
	.46	Esta escala evalúa la disposición que tiene una persona para reconocer problemas de adicción a drogas o alcohol, no evalúa si tiene o no el problema.	.44	Describe miedos fóbicos comunes como el miedo a las alturas, a lugares cerrados, el transporte público y la exposición a situaciones sociales. Los pacientes con tendencias psicopáticas pueden obtener puntuaciones altas caracterizadas por su comportamiento temerario y nula toma de precauciones. También puede observarse la ansiedad social, conductas fóbicas incapacitantes y conductas de evitación. Las puntuaciones más altas son indicadoras de la posible presencia de fobias múltiples o una fobia amplia como la agorafobia.	.48	Expectativas y sensibilidad a señales de perjuicio o mala intención interpersonal; dudas sobre la lealtad y la fidelidad de los demás; sentimientos de ser maltratado, utilizado o perseguidos por otros.
		Escala de Hostilidad (Esc_ENJ)		**TRA-O Obsesivo - Compulsivo (ARD_O)**		**Perseverancia (Perseveration)**
	.46	Esta escala hace referencia a personas con tendencias o que presentan problemas de control del enojo, es decir, tienen poca tolerancia a la frustración, pueden tener arrebatos de ira. También tienen la necesidad de descargar la ira u la hostilidad de forma ya sea directa (de forma abierta, verbal o física) o indirectamente (de forma controlada y encubierta, como molestando, burlándose, importunando, provocando, exigiendo o quejándose). Estas personas tienden a perder el autocontrol y dañar físicamente a otras personas u objetos o ambas durante sus arrebatos. Dependiendo de los grados en la escala, entre más alta esté la persona en la escala, hay más probabilidades de que sea más agresiva directamente o entre más bajo que sea agresiva indirectamente.	.44	Miedo a la contaminación, ejecución de rituales, perfeccionismo, atención excesiva a los detalles. Estas personas utilizan pensamientos obsesivos como defensa para controlar la ansiedad mediante el orden y la prevención. Son personas rígidas, que no toleran cambios o eventos inesperados y son temerosos a experimentar exigencias emocionales. Además, pueden llegar a fracasar en controlar ansiedad y presentar pensamientos intrusivos, son temerosos de sus propios impulsos y dudan de su capacidad para controlar los mismos.	.49	Un aspecto de la afectividad negativa: persistencia en las tareas o en una forma particular de hacer las cosas a pesar de que dicho comportamiento ha dejado de ser funcional o eficaz; continuación del mismo comportamiento tras experimentar repetidos fracasos o razones claras para parar.
		Escala 9 - Hipomanía (Escal_Ma)		**PAR-P Persecución (PAR_P)**		**Depresión (Depressivity)**

.48	Esta escala se asocia a individuos con mucha energía y ritmo mental y físico acelerado, por lo que hay poca necesidad de sueño, sensaciones eufóricas, extroversión y altas aspiraciones, así como a conductas arriesgadas, mayor actividad sexual, impulsividad, volubilidad e irritabilidad. Dentro de las características se encuentran también la grandiosidad, el control pobre del temperamento, la hiperactividad, la distractibilidad, las decisiones impulsivas y la carencia de limitaciones para la toma de riesgos.	.46	Personas que presentan creencias de que los demás les obstaculizan o dificultan sus esfuerzos, estas creencias van desde leves sensaciones de celos a ideas delirantes sobre conspiraciones e intrigas. Debe explorarse la posibilidad de alucinaciones de naturaleza paranoide.	.52	Sentimientos de inferioridad, de desgracia o de desesperanza; dificultad para recuperarse del estado de ánimo negativo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza o culpa omnipresente; baja autoestima; ideación y comportamiento suicidas.
Escala de Malestar matrimonial (Esc_MM)		**DESINHIBICIÓN PAI**		**Excentricidad (Eccentricity)**	
.48	Esta escala evalúa problemas maritales que pueden estar relacionado con otros síntomas como ansiedad y depresión.	.49	Orientación hacia la satisfacción inmediata, dando lugar a un comportamiento impulsivo dominado por pensamientos y sentimientos repentinos evocados por estímulos externos, sin tener en cuenta aprendizajes obtenidos de experiencias del pasado ni reflexiones sobre las consecuencias futuras.	.55	Un aspecto del psicoticismo: comportamiento, apariencia o habla raros, inusuales o extravagantes; pensamientos extraños e impredecibles; discurso aberrante o inapropiado.
Escala de Problemas familiares (Esc_FAM)		**ANT Rasgos Antisociales (ANT)**		**Creencias y experiencias inusuales (UnusualBeliefsExperiences)**	
.49	La escala describe las dinámicas internas de personas que tienden a sentirse o que se sintieron, abandonadas, poco consideradas o entendidas, así como privadas y maltratadas por la familia. Como resultado de esto anterior, estas personas, han desarrollado, la enemistad, el distanciamiento emocional y vincular, así como sentimientos de inseguridad en el círculo familiar y fuera de la misma en su madurez. Estas personas tienen a sentir que la familia no es un sostén emocional, no es un círculo de apoyo, de comprensión y menos de unidad, por lo que pueden experimentar sentimientos de tristeza y hostilidad hacia las dinámicas o miembros familiares.	.50	Evalúa las características de la personalidad y comportamientos relevantes en la personalidad antisocial y de la psicopatía, tales como egocentrismo, limitada empatía y actitudes y conductas antisociales. Las puntuaciones extremas indican la presencia del trastorno antisocial de la personalidad. Estas personas se caracterizan por ser poco fiables, irresponsables y de poco éxito en lo social y ocupacional. Son fríos en sus relaciones y solo buscan sacar provecho para sí mismos, son impulsivos y cuentan con un historial de conflictos con la autoridad, demuestran hostilidad, y un historial de actos temerarios y antisociales. Son insensibles, debido a su tendencia a la impulsividad y corren riesgos, son egocéntricos, desinhibidos, escépticos y poco sentimentales. Las puntuaciones más bajas describen a personas más cálidas y cercanas con los demás que demuestran control sobre sus impulsos.	.55	Un aspecto del psicoticismo: contenido del pensamiento y visiones de la realidad que son vistos por otros como extraños o peculiares; experiencias insólitas de la realidad. Creer que uno tiene habilidades excepcionales, tales como leer la mente, la telequinesia, la fusión pensamiento-acción; experiencias insólitas de la realidad, incluida la actividad de tipo alucinatorio.
Escala de Activación hipomaníaca (Escal_RC9)		**AGR-F Agresiones Físicas (AGG_P)**		**Desregulación cognitiva y perceptiva (PerceptualDysregulation)**	
.50	La escala refiere a la activación hipomaníaca: Los niveles moderados pueden indicar una persona extrovertida con un alto nivel de energía relativamente adaptativo. Los que puntúan alto tienden a experimentar aceleración del pensamiento, niveles altos de energía, alto humor e irritabilidad. También experimentan un pobre control de impulsos, euforia y poca necesidad de sueño. Con frecuencia son un tanto agresivos, y muestran poco control de los impulsos, que está asociado con conductas antisociales, incluidas el abuso de sustancias. Tienden a ser personas que buscan la emoción y que toman riesgos. Las personas con puntajes muy altos pueden sugerir un episodio maníaco y son consistentes con un diagnóstico de desorden bipolar.	.53	Evalúa el historial agresivo, así como la actitud hacia la violencia física. Las puntuaciones medias hacen referencia a personas que ejercen control sobre la ira y sus impulsos, siendo que rara vez pierden el control. Conforme se sube en la puntuación se describe a personas que pierden el control sobre la ira y son propensos a expresarla físicamente; sin embargo, aún cuentan con la capacidad de autocontrol y evitar expresar su enfado. Para las puntuaciones superiores el control fracasa y el resultado son muestras extremas de ira, incluyendo daño a bienes y violencia física, normalmente intimidan a las personas de su entorno debido a su temperamento y a la violencia que ejerce.	.64	Un aspecto del psicoticismo: procesos de pensamiento inusuales o raros: despersonalización, desrealización y experiencias disociativas, estados combinados de sueño y vigilia o vivencias de control del pensamiento. Pensamiento y lenguaje circunstancial, vago, metafórico, recargado o estereotipado; sensaciones extrañas en diversas modalidades sensoriales.
Escala de Hostilidad de Cook y Medley (Esc_HO)		**PAR Paranoia**			
.50	En general, las personas con puntajes altos de Ho tienden a ser cínicos y desconfiados, y ven a los demás como egoístas, manipuladores, moralmente corruptos y que no merecen simpatía o comprensión. Se apresuran a atribuir malas intenciones a las acciones de los demás, viéndolos como deliberadamente hostiles o provocadores, y tomando la posición de que los demás "se merecen lo que reciben". Es probable que estas tendencias se atenúen un poco en las mujeres, y estas últimas tienden a describir a los demás en términos como "malos" y "feos", y parecen más angustiadas, sufridas, resentidas e implacables. Tampoco es probable que tenga muchos amigos cercanos. Es mejor comparar las puntuaciones de Ho con las de ANG, CYN, TPA (especialmente TPA2) y AGGR, ya que las elevaciones relativas entre estos pueden guiar de manera útil los énfasis interpretativos. Por ejemplo, cuando ANG1 es el más alto entre estos, la labilidad emocional y el aspecto exaltado de Ho parecen estar enfatizados, mientras que cuando TPA2 y AGGR están elevados de manera comparable con Ho, se sugiere una hostilidad más depredadora y vengativa.	.53	Se enfoca en los síntomas y características persistentes en la paranoia tales como la vigilancia y control excesivo del entorno por temor a posibles peligros, tendencia al resentimiento, el rencor y la predisposición a detectar injusticias por parte de otros. En la puntuaciones más altas aumenta la posibilidad de una paranoia de tipo delirante, la persona se muestra amargada, guarda resentimientos hacia los demás y anticipa supuestos intentos de los demás para aprovecharse. Son típicamente celosos, presentan ideas de referencia y delirios persecutorios y de grandiosidad. ADemás de ser suspicaces, hostiles, desconfiados, susceptibles, intransigentes y escépticos.		
Escala de Neuroticismo o Emocionalidad negativa (Esc_NEN)		**LIM-I Alteración de la Identidad (BOR_I)**			
.51	Quien puntúa alto se muestra impotente, dependiente, necesitado, indeciso e inestable. Las relaciones con otros se caracterizan por una pasividad extrema, un miedo a ser abandonado y una hipersensibilidad a las críticas. Puede provocar la desesperación en los otros, puesto que constantemente deja de tomar iniciativas para mejorar la situación y para actuar de acuerdo con sus propios mejores intereses. Pueden observarse vinculaciones "límites" con los demás, lamentaciones por el rechazo de la ayuda y conductas suicidas o autolesivas. Puntuaciones bajas reflejan una emocionalidad relajada e imperturbable, quizá tan carente de atención y preocupación que sugiere un empobrecimiento de la experiencia interna y plantea la cuestión de la represión. En el extremo, la puntuación baja indica una vida emocional plácida que puede ser impermeable a la disrupción.	.55	Describe a persona con dificultades para mantener una representación de la propia identidad lo que se refleja en cambios repentinos en deseos y metas. Hay incertidumbre y dudas sobre asuntos vitales y dificultad para encontrarle sentido a la vida. Presentan sentimientos de vacío, ausencia de logros y hastío. Las puntuaciones más bajas refieren a un autoconcepto más estable.		
Escala de Preocupaciones por la salud (Esc_SAU)		**DEP-F Fisiológica (DEP_P)**			
.51	Esta escala hace referencia a personas con tendencias o que presentan problemas de control del enojo, es decir, tienen poca tolerancia a la frustración, pueden tener arrebatos de ira. También tienen la necesidad de descargar la ira u la hostilidad de forma ya sea directa (de forma abierta, verbal o física) o indirectamente (de forma controlada y encubierta, como molestando, burlándose, importunando, provocando, exigiendo o quejándose). Estas personas tienden a perder el autocontrol y dañar físicamente a otras personas u objetos o ambas durante sus arrebatos. Dependiendo de los grados en la escala, entre más alta esté la persona en la escala, hay más probabilidades de que sea más agresiva directamente o entre más bajo que sea agresiva indirectamente.	.55	Describe señales vegetativas de la depresión tales como las alteraciones del sueño, problemas de apetito, falta de energía o impulso, pérdida de la líbido, pérdida de peso y la posible presencia de una ralentización motora.		
Escala 4 - Desviación Psicopática (Escal_Dp)		**EST Estrés (STR)**			

DESREGULACIÓN PERCEPTUAL Y COGNITIVA

.52	Esta escala está asociada a las conductas antisociales donde no hay una respuesta emocional profunda de las acciones - reacciones emocionales superficiales- y los hechos cometidos, así como la incapacidad de aprender de la experiencia. La escala también mide la falta de compromiso o juicio hacia las normas sociales. Hay presencia de conductas agresivas, inestables, inmaduras, irresponsables, rebeldes y hostiles. Dentro del histórico conductual de los individuos se encuentran los problemas maritales, problemas con la autoridad, abuso de sustancias, impulsividad, sociabilidad y hedonismo, así como búsqueda inmediata de gratificación, impaciencia, baja tolerancia a la frustración y centrado en sí mismo.	.55	Evalúa los estresores vitales tanto de la actualidad como recientes. Incluye problemas en las relaciones familiares, dificultades financieras, problemas laborales y cambios importantes en la vida; siendo que los anteriores resultan indeseables y desagradables para la persona. Las puntuaciones más altas describen a personas en crisis y con problemas en casi todas las áreas, manifiestan incapacidad para controlar los acontecimientos, es ineficaz, dependiente y se encuentra a merced de otros, además demuestran amargura y resentimiento. Sus situación familiar, laboral y social puede ser fuente de preocupación, rumiación e infelicidad. Corren el riesgo de desarrollar trastornos reactivos o adaptativos. Por su parte, las puntuaciones bajas describen a personas que viven un nivel moderado de estrés, o bien, viven de manera estable, predecible y sin incidentes.
Escala 1 - Hipocondría (Escal_Hs)		**ANT-B Búsqueda de Sensaciones (ANT_S)**	
.53	La escala refiere a individuos que tienden a preocuparse por la salud física y la integridad física con la necesidad de que alguna dolencia física experimentada sea ubicada en un contexto médico real, presentan insomnio y dificultades del sueño, tienden a estar tristes, insatisfechos y pesimistas. Suelen ser poco creativos y convencionales y sus relaciones con los otros son limitadas. Pueden presentar fatiga y trastornos del sueño. Se muestran pesimistas. Son demandantes y con tendencia a la crítica. Reducen su capacidad de funcionamiento y poca eficiencia por largos periodos de tiempo. Pueden terminar prematuramente el tratamiento alegando síntomas físicos.	.57	Describe a individuos que presentan un deseo de asumir riesgos y buscar la novedad, con una tendencia desinhibida, conductas imprudentes y potencialmente peligrosas. Se aburre fácilmente con las rutinas y costumbres. Actúa impulsivamente, no se compromete a largo plazo, no demuestra ansiedad, su comportamiento es autodestructivo y disruptivo. Los niveles medios hacen referencia a individuos aventureros que disfrutan de los retos, mientras que los niveles bajos son personas tímidas que evitan los cambios y las novedades, se inquietan ante la modificación de sus rutinas y podrían presentar comportamientos de evitación fóbicos.
Escala 6 - Paranoia (Escal_Pa)		**SOM-S Somatización (SOM_S)**	
.54	Escala asociada a sujetos propensos a reflejar susceptibilidad interpersonal marcada y tendencia a malinterpretar los motivos e intenciones de otros, presencia de delirios de persecución, se sienten criticados, juzgados, atacados o tratados injustamente, miedo a ataques, posiblemente deprimidos, con dificultades interpersonales, con resentimiento con familiares.	.57	Individuos que presentan quejas físicas corrientes como dolores de cabeza, problemas de espalda, malestar o trastornos gastrointestinales. Presentan somnolencia, malestar general y suelen presentar sus quejas en forma de lamentos o expresiones de insatisfacción.
Escala de Ansiedad (Esc_ANS)		**MAN-A Nivel de Actividad (MAN_A)**	
.54	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene preocupaciones excesivas, tensión nerviosa, perturbaciones del sueño y problemas de atención y concentración. Presentan un miedo constante a perder la razón, mucho estrés y dificultades para tomar decisiones. En general pueden experimentar cierto pánico a que algo salga mal o que se dé una situación inesperada que les produzca la pérdida del control. Por lo general, estas personas consideran que la vida es bastante complicada y se sienten estresados constantemente, vulnerables en extremo a decepciones, dificultades financieras o a los posibles efectos de un error por una decisión que tomaron.	.57	Evalúa los niveles de actividad ideativa y conductual de la persona. Existe un incremento en la actividad motora pero con una reducción en la calidad de la misma, realizan actividades apresuradas y desorganizadas, se demuestra confusión y dificultades para la comprensión, no puede fijar la atención durante mucho tiempo. Los niveles más bajos muestran una marcada apatía e indiferencia.
Escala de Quejas somáticas (Escal_RC1)		**LIM Rasgos Límites (BOR)**	
.54	La escala refiere individuos que reportan un número relativamente alto de quejas somáticas. Se preocupan en exceso acerca de su cuerpo y probablemente presentan una gama difusa de preocupaciones de salud. Muchos se quejan de fatiga, debilidad y dolor crónico. Las personas con puntajes altos en esta escala se inclinan hacia la somatización y pueden experimentar problemas de salud física como un resultado de dificultades interpersonales o psicológicas. Las personas con puntajes sumamente elevados reportan un grado inusual y una combinación de quejas somáticas, aún en comparación con aquellos que sí tienen problemas de salud. Se preocupan demasiado por sus malestares físicos percibidos y típicamente son resistentes a considerar factores psicológicos que podrían estar relacionados con sus síntomas físicos.	.61	Existe un escaso control de las emociones y la ira, confusión en torno a temas relacionados con la identidad y valores, así como el establecimiento de relaciones intensas y combativas con los demás. Se caracteriza por la impulsividad y conductas autodestructivas. Mide el grado de tensión y emoción negativa experimentado y que puede aparecer en diferentes categorías diagnósticas. Presenta preocupación constante, sentimientos subjetivos de miedo y tensión, así como signos físicos de nerviosismo y estrés, son hostiles e iracundos, a menudo son personas muy deprimidas y ansiosas. Son impulsivos, autodestructivos, incluyen gestos suicidas, abuso de alcohol, drogas o explosiones de agresividad. Se sienten incomprendidos, lo que los hace mostrarse enfadados y ansiosos y necesitados de los demás, haciendo que sus comportamientos sean ambivalentes. Las puntuaciones más bajas corresponden a personas malhumoradas, sensibles y con cierta incertidumbre ante la vida, carentes de satisfacción en las relaciones interpersonales.
Escala de Ideas de persecución (Escal_RC6)		**TRA Trastornos Relacionados con la Ansiedad (ARD)**	
.57	La escala refiere a ideas de persecución: las personas que puntúan alto en esta escala se sienten etiquetados, controlados o victimizadas por fuerzas externas. Tienden a ser bastante desconfiados de las motivaciones de los otros y tienen dificultad en formar relaciones de confianza y se pueden sentir maltratados por otros. Entre los pacientes psiquiátricos, los puntajes muy altos en esta escala tienden a asociarse con delirios, alucinaciones y otros síntomas de esquizofrenia o desórdenes delirantes.	.62	Se enfoca en características clínicas y conductuales de áreas relacionadas con trastornos específicos de ansiedad. Incluye miedos específicos, fobias, pensamientos y comportamientos obsesivos-compulsivos, y experiencias problemáticas asociadas con eventos traumáticos.
Escala de Indicadores negativos de tratamiento (Esc_RTR)		**SUI Ideación Suicida (SUI)**	
.58	Esta escala refleja ciertas tendencias hacia sentimientos depresivos y apáticos, donde el locus de control es externo, con tendencias a darse por vencido rápidamente, ya que el individuo tiene pocos recursos personales. Tendencias a sentirse desvalido y emocionalmente indigente hasta el punto de que luchar contra la adversidad, o incluso pensar en hacerlo, le parece inútil. Prefieren no hablar de los problemas, lo ven como una acción inútil carente de resultados.	.63	Presencia de pensamientos o ideas relacionados con la muerte y el suicidio, explora desde pensamientos generales y dispersos sobre el tema hasta pensamientos de desesperanza y planes claros de actos autolíticos. Las puntuaciones más altas a menudo informan de planes inminentes de autolesionarse, tienen pocas esperanzas en el futuro, están desesperadas, se sienten inútiles e incapaces de ayudarse a sí mismas. Suelen sentirse rechazados y amargados por el trato de los demás. Son individuos ansiosos, depresivos, y se sienten desamparados. Las puntuaciones moderadas son las típicamente evaluadas en entornos clínicos, indican ideas y pensamientos periódicos y pasajeros sobre la muerte y el suicidio, infelicidad, pesimismo. Mientras que quienes puntúan bajo tienen pocos pensamientos sobre la muerte y el suicidio; sin embargo, debe de analizarse las puntuaciones de escalas complementarias para evitar riesgos a la integridad de la persona.
Escala de Emociones negativas disfuncionales (Escal_RC7)		**SOM Quejas Somáticas (SOM)**	

.58	La escala hace referencia a las emociones disfuncionales negativas como ansiedad, miedo o irritabilidad, se describe a sí mismo como triste e infeliz. Son propensos a la culpa y tienen una tendencia ser autocrítico, inseguros y se preocupan en exceso, perciben crítica donde no existe, pesimistas; esperan fracasar, tienen dificultades para dormir, tienen pesadilla. Pueden sentirse abrumados e incapaces de enfrentar las situaciones. Reflejan malestar emocional significativo e impotencia. Tienden a ser muy pasivos y sumisos en las relaciones interpersonales. Son propensos a padecer o llegar a desarrollar desórdenes de ansiedad, así como experimentan excesiva culpa e inseguridad.	.63	Refleja preocupaciones sobre aspectos físicos y de salud, que van desde quejas de malestar físico menor como dolores de cabeza, hasta disfunciones mayores como parálisis. La preocupación es constante sobre la salud, existen quejas crónicas, acompañadas de fatiga y debilidad incapacitante. Ademá, hay muy poca aceptación de las explicaciones psicológicas sobre su estado somático.
Escala de Baja autoestima (Esc_BAE)		**ANS Ansiedad (ANX)**	
.59	Esta escala describe los individuos que tienen altos índices de falta de confianza en sí mismos, actitudes negativas hacia ellos mismos. Su esquema de pensamientos son, el de sentirse poco atractivos, inferiores, poco competentes, poco simpáticos, menos capacitados, menos inteligentes e incluso menos importantes o que no calzan en lo esperado por los otros. Tienden a tener un bajo umbral para la autocensura y la autocrítica y por lo general abandonan sus proyectos personales ante la menor adversidad. Debido a esto anterior les cuesta mucho ser independientes, ya que no se sienten seguros para poder actuar o decidir de forma autosuficiente, por lo que tienden a ser dependientes y vincularse de forma sumisa con otras personas con las que tienen una afiliación afectiva relevante.	.67	Se enfoca en características clínicas y conductuales de áreas relacionadas con trastornos específicos de ansiedad. Se caracteriza por miedos específicos, fobias, pensamientos y comportamientos obsesivos-compulsivos, y experiencias problemáticas asociadas con eventos traumáticos.
Escala de Interferencia laboral (Esc_DTR)		**DEP Depresión (DEP)**	
.60	Esta escala describe las dinámicas internas de personas que tienen confianza en sí mismas, falta de concentración, y tensión. Dificultad para tomar decisiones, falta de apoyo familiar, cuestionamientos personales, actitudes negativas hacia los compañeros. Ansiedad, así como, preocupaciones excesivas o incluso, síntomas depresivos. Todas estas dinámicas, conductas o actitudes les provocan un desempeño laboral deficiente. Estas personas pueden ser poco amigables y cooperadoras, además de distantes de los otros, pueden tener tienen dificultades de adaptación en el trabajo.	.67	Evalúa características clínicas del síndrome de la depresión. Incluye pesimismo y expectativas negativas, sentimientos de tristeza, apatía, falta de energía, alteraciones del sueño y del apetito, falta de motivación, desesperanza, ideación suicida.
Escala de Inadaptación universitaria (Esc_DPR)		**AFECTO_NEGATIVO_PAI**	
.60	Individuos parecen poco adaptados, ineficientes, pesimistas y angustiados, pueden desarrollar síntomas físicos en épocas de estrés y sentir que la vida los abruma la mayoría del tiempo.	.70	Experiencias frecuentes e intensas de una amplia gama de emociones negativas (p. ej., ansiedad, depresión, culpa/vergüenza, preocupación, enfado), y de sus manifestaciones comportamentales (p. ej., autolesión) e interpersonales (p. ej., dependencia).
Escala de Obsesividad (Esc_OBS)		**ESQ Esquizofrenia (SCZ)**	
.61	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene preocupaciones excesivas, tensión nerviosa, perturbaciones del sueño y problemas de atención y concentración. Presentan un miedo constante a perder la razón, mucho estrés y dificultades para tomar decisiones. En general pueden experimentar cierto pánico a que algo salga mal o que se dé una situación inesperada que les produzca la pérdida del control. Por lo general, estas personas consideran que la vida es bastante complicada y se sienten estresados constantemente, vulnerables en extremo a decepciones, dificultades financieras o a los posibles efectos de un error por una decisión que tomaron.	.75	Esta escala incluye creencias y percepciones inusuales, una escasa competencia social y anhedonia por las relaciones sociales, ineficacia y alteraciones en la atención, la concentración y los procesos asociativos. Evaluando con lo anterior diversas facetas de la esquizofrenia. Las puntuaciones más altas se asocian con un episodio esquizofrénico activo en el cual la persona está confusa, retraída y suspicaz, su juicio es limitado y hay poca claridad en la percepción de la realidad. Con la posibilidad de aparición de delirios de transmisión, inserción, así como el robo o control del pensamiento. La persona puede sentirse aislada, incomprendida y rechazada, así como tener problemas a nivel de pensamiento, concentración, toma de decisiones y experimentar percepciones inusuales o creencias de naturaleza psicótica. En cuanto a las puntuaciones más bajas describen a una persona que se presenta retraída, distante y poco convencional, además de ser ineficaz en las relaciones sociales presentará problemas de atención y concentración.
Escala de Ansiedad (Esc_A)		**PSICOTICISMO_PAI**	
.62	Puntuaciones altas en esta escala permiten identificar síntomas de ansiedad y falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a la desorganizarse ante el estrés y a la dificultad para ajustarse a las circunstancias. También puede indicar dificultades para la concentración, cansancio, preocupación, desánimo, sentimientos de inferioridad e inadecuación, susceptibilidad, control exagerado de impulsos, inseguridad y dificultad para tomar decisiones, sumisión y sugestionabilidad, aceptación de la autoridad externa, pesimismo, tendencia a racionalizar las dificultades, perturbación en situaciones sociales, timidez, torpeza, aislamiento y pasividad.	.75	Exhibir una amplia gama de conductas y cogniciones excéntricas, inusuales o culturalmente incongruentes y raras incluyendo tanto el proceso (p. ej., la percepción, la disociación) como el contenido (p. ej., creencias).
Escala de Desmoralización (Escal_RCd)			
.63	Normalmente la escala se refiere a individuos que no están experimentando una cantidad significativa de angustia psicológica. Las puntuaciones más altas representan una incapacidad de hacer frente o estar abrumado con la situación actual, y experimentan malestar clínico significativo y confusión, percepción sombría del futuro, probablemente con la presencia de depresión por lo cual debe de evaluarse minuciosamente el riesgo de suicidio. Las personas con puntajes altos pueden sentirse desmotivados y desmoralizados. Tienen una baja autoestima, son pesimistas, creen que han fallado en el pasado y esperan fallar en el futuro. Son propensos a sentirse abrumados e incapaces de lidiar con sus circunstancias de vida actuales. Los pacientes clínicos con puntajes altos en esta escala son propensos a reportar depresión, ansiedad y quejas somáticas.		
Escala de Psicoticismo (Esc_PSY)			

	.65	En elevaciones moderadas (T de 55-65), la escala PSY refleja principalmente creencias o experiencias inusuales y una tendencia a admitir de buen grado el soñar despierto. Incluso en elevaciones suaves y moderadas, PSY refleja una falta de armonía en las relaciones con los mundos físico y social de modo que la actuación resulta comprometida y las relaciones enajenadas. La persona puede dar la apariencia de estar en el mundo, pero sin formar parte de él. Cuando las elevaciones son más altas, se encuentran distorsiones más graves en la forma en que el individuo interactúa con sus mundos social y físico, de forma que estas interacciones aparecen hostiles, provocativas, agresivas e inadecuadas, o bien incompetentes, irrelevantes, extrañas y autoanulantes. No obstante, con T superiores a 65 aparecen verdaderos fenómenos psicóticos, e incluyen síntomas de Schneider, ideas persecutorias, o claramente delirantes, y sospechas. Las relaciones con los demás son mínimas, distantes y secretamente hostiles, con facilidad para sentirse maltratado y resentido.				
	Escala de Depresión (Esc_DEP)					
	.65	De acuerdo a esta escala, las personas que puntúan en la misma tienden a manifestar desesperación, pérdida de interés, sentimientos de fatiga, apatía y agotamiento. Además, tienden a ser infelices, deprimidos y propensos a llorar, hay una pérdida importante de la auto-eficacia y auto-consideración que los hace sentirse oprimidos por la culpa, inútiles, sienten desesperanza, desean la muerte y piensan en el suicidio. También es relevante que pueden percibir las personas con las que tienen un vínculo o no, no tienen interés en ellos o no pueden ayudarles. Estas personas pueden tener historiales de intentos anteriores de suicidio y hospitalizaciones psiquiátricas, además de una amplia sintomatología con desesperanza, ideas de suicidio o perturbaciones del sueño.				
	Escala 7 - Psicastenia (Escal_Pt)					
	.66	Esta escala refleja presencia de preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos, temores exagerados, emotividad negativa, control rígido de impulsos, miedo al fracaso, procrastinación, deterioro en la concentración y la memoria, culpa y autocrítica, rumiación. Problemas de distracción y olvido. Falta de inventiva e ingenio le lleva a la dilación, indecisión, inmovilismo. Las reuniones con desconocidos producen incomodidad.				
	Escala de Experiencias aberrantes (Escal_RC8)					
	.67	Escala hacer referencia a las experiencias aberrantes: las personas con puntajes altos en la pueden reportar alucinaciones, delirios, y experiencias sensoriales bizarras que sugieren defectos en la prueba de la realidad. Son ansiosos, deprimidos, con problemas para confiar en los demás, dificultades en el funcionamiento interpersonal y ocupacional. Los síntomas pueden incluir alucinaciones visuales u olfatorias experiencias perceptuales bizarras y creencias delirantes. Las personas con puntajes muy altos dentro de los pacientes de salud mental tienen diagnósticos de esquizofrenia, desorden delirante o un desorden esquizoafectivo, pueden también reportar síntomas de ansiedad y depresión.				
	Escala de Trastorno de estrés postraumático Keane (Esc_EPK)					
	.67	Evalúa ansiedad, preocupación, alteraciones en el sueño, culpa y depresión, pensamientos perturbadores involuntarios, falta de control emocional, sentimientos de confusión y maltrato.				
	Escala de Pensamiento extravagante (Esc_DEL)					
	.68	Las puntuaciones altas en esta escala permiten identificar en algunas personas la tendencia a dinámicas de proceso de pensamientos psicóticos. Esta escala a nivel general nos señala la tendencia a los pensamientos extravagantes, los cuales pueden ser que la persona sienta que está acosada por ideas y experiencias que no son propias y que provienen de las ideas otras personas que les quieren hacer daño. Estas personas pueden experimentar la sensación de pérdida de control de sus pensamientos, tendencias paranoides y conviven con sentimientos y sensaciones de vulnerabilidad mental donde se perciben débiles y vulnerables a ser dañados o traicionados por otras personas. Pueden experimentar alucinaciones auditivas, visuales u olfativas. Adicionalmente, estas personas pueden sentir que tienen una misión especial relacionada con temas religiosos populares o misticos culturales.				
	Escala de Trastorno de estrés postraumático Schlenger (Esc_EPS)					
	.71	Esta escala tiene una alta relación con los índices de ansiedad del MMPI, tales como síntomas de ansiedad, falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a desorganizarse con el estrés, y enfrentar problemas para ajustarse a las circunstancias, perturbación en la concentración, fatiga, preocupación, desánimo, sentimientos de inadecuación e inferioridad, susceptibilidad, inhibición, control exagerado de impulsos, pesimismo, timidez, aislamiento, pasividad				
	Escala 8 - Esquizofrenia (Escal_Es)					
	.73	La escala refiere la tendencia al desorden psicótico, presencia de confusión, desorganización, alucinaciones, problemas de concentración, ansiedad generalizada, depresión, pesimismo, hostilidad, agresividad, ideación suicida, dificultad para separar la realidad de la fantasía.				

IDPP	**MMPI-2 (N = 226)**		**PAI (N = 184)**		**PID-5 (N = 219)**	
Escala	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**	**r**	**Descripción**
	Escala 6 - Paranoia (Escal_Pa)		**TRA-F Fobias (ARD_P)**		**Distanciamiento (Withdrawal)**	
	.43	Escala asociada a sujetos propensos a reflejar susceptibilidad interpersonal marcada y tendencia a malinterpretar los motivos e intenciones de otros, presencia de delirios de persecución, se sienten criticados, juzgados, atacados o tratados injustamente, miedo a ataques, posiblemente deprimidos, con dificultades interpersonales, con resentimiento con familiares.	.41	Describe miedos fóbicos comunes como el miedo a las alturas, a lugares cerrados, el transporte público y la exposición a situaciones sociales. Los pacientes con tendencias psicopáticas pueden obtener puntuaciones altas caracterizadas por su comportamiento temerario y nula toma de precauciones. También puede observarse la ansiedad social, conductas fóbicas incapacitantes y conductas de evitación. Las puntuaciones más altas son indicadoras de la posible presencia de fobias múltiples o una fobia amplia como la agorafobia.	.42	Un aspecto del desapego: reticencia a participar en situaciones sociales, de tal manera que se evitan los contactos y actividades sociales; la falta de apertura para el contacto social.

Escala 1 - Hipocondría (Escal_Hs)		**SUI Ideación Suicida (SUI)**		**Insensibilidad (Callousness)**	
.43	La escala refiere a individuos que tienden a preocuparse por la salud física y la integridad física con la necesidad de que alguna dolencia física experimentada sea ubicada en un contexto médico real, presentan insomnio y dificultades del sueño, tienden a estar tristes, insatisfechos y pesimistas. Suelen ser poco creativos y convencionales y sus relaciones con los otros son limitadas. Pueden presentar fatiga y trastornos del sueño. Se muestran pesimistas. Son demandantes y con tendencia a la crítica. Reducen su capacidad de funcionamiento y poca eficiencia por largos periodos de tiempo. Pueden terminar prematuramente el tratamiento alegando síntomas físicos.	.41	Presencia de pensamientos o ideas relacionados con la muerte y el suicidio, explora desde pensamientos generales y dispersos sobre el tema hasta pensamientos de desesperanza y planes claros de actos autolíticos. Las puntuaciones más altas a menudo informan de planes inminentes de autolesionarse, tienen pocas esperanzas en el futuro, están desesperadas, se sienten inútiles e incapaces de ayudarse a sí mismas. Suelen sentirse rechazados y amargados por el trato de los demás. Son individuos ansiosos, depresivos, y se sienten desamparados. Las puntuaciones moderadas son las típicamente evaluadas en entornos clínicos, indican ideas y pensamientos periódicos y pasajeros sobre la muerte y el suicidio, infelicidad, pesimismo. Mientras que quienes puntúan bajo tienen pocos pensamientos sobre la muerte y el suicidio; sin embargo, debe de analizarse las puntuaciones de escalas complementarias para evitar riesgos a la integridad de la persona.	.42	Un aspecto del antagonismo: la falta de preocupación por los sentimientos o problemas de los demás, la falta de culpa o remordimiento por los efectos negativos o perjudiciales de las acciones de uno mismo sobre los demás; la agresión; el sadismo.
Escala de Reconocimiento de adicción (Esc_ERA)		**MAN Manía (MAN)**		**Anhedonia (Anhedonia)**	
.43	Esta escala evalúa la disposición que tiene una persona para reconocer problemas de adicción a drogas o	.45	Evalúa características clínicas de la manía, la hipomanía y la ciclotimia,	.44	Un aspecto del desapego: falta de disfrute, de participación o de energía para las
Escala de Conducta antisocial (Escal_RC4)		**AGR-F Agresiones Físicas (AGG_P)**		**Depresión (Depressivity)**	
.44	La escala hacer referencia a la conducta antisocial: Individuos con mayores probabilidades de tener un historial de comportamiento antisocial y/o abuso de sustancias. Dificultades a la hora de ajustarse a las normas y expectativas sociales. Son argumentativos, críticos o antagónicos en sus relaciones con los demás, usualmente tienen un historial de bajo rendimiento o desempeño en sus trabajos. Sus relaciones interpersonales son pobres, mientras que las relaciones familiares tienden a ser tensas o distantes.	.46	Evalúa el historial agresivo, así como la actitud hacia la violencia física. Las puntuaciones medias hacen referencia a personas que ejercen control sobre la ira y sus impulsos, siendo que rara vez pierden el control. Conforme se sube en la puntuación se describe a personas que pierden el control sobre la ira y son propensos a expresarla físicamente; sin embargo, aún cuentan con la capacidad de autocontrol y evitar expresar su enfado. Para las puntuaciones superiores el control fracasa y el resultado son muestras extremas de ira, incluyendo daño a bienes y violencia física, normalmente intimidan a las personas de su entorno debido a su temperamento y a la violencia que ejerce.	.44	Sentimientos de inferioridad, de desgracia o de desesperanza; dificultad para recuperarse del estado de ánimo negativo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza o culpa omnipresente; baja autoestima; ideación y comportamiento suicidas.
Escala 9 - Hipomanía (Escal_Ma)		**Dep-C Cognitiva (DEP_C)**		**Hostilidad (Hostility)**	
.45	Esta escala se asocia a individuos con mucha energía y ritmo mental y físico acelerado, por lo que hay poca necesidad de sueño, sensaciones eufóricas, extroversión y altas aspiraciones, así como a conductas arriesgadas, mayor actividad sexual, impulsividad, volubilidad e irritabilidad. Dentro de las características se encuentran también la grandiosidad, el control pobre del temperamento, la hiperactividad, la distractibilidad, las decisiones impulsivas y la carencia de limitaciones para la toma de riesgos.	.46	Evalúa expectativas o creencias sobre la falta de aptitudes para afrontar las exigencias del entorno, tiene en consideración el autoestima, la sensación de incompetencia personal o un bajo nivel de autoeficacia. Personas que presentan sentimientos de desesperanza y fracaso, atribuyen los eventos negativos de la vida a su propia inadecuación o incompetencia, minimiza los acontecimientos positivos atribuyéndolos a la buena suerte o la ayuda de otros. Demuestran sentimientos de impotencia, problemas de concentración e indecisión. Las puntuaciones más bajas, hacen referencia a sentimientos de grandiosidad o narcisismo.	.46	Un aspecto del antagonismo: sentimientos de enojo persistentes o frecuentes; ira o irritabilidad en respuesta a ofensas e insultos menores.
Escala de Conductas antisociales (Esc_PAS)		**DEP-E Emocional (DEP_A)**		**Creencias y experiencias inusuales (UnusualBeliefsExperiences)**	
.45	Esta escala describe las características de los individuos que se inclinan por una serie de conductas y actitudes antisociales. Por lo general, la conciencia de sus actos no es la esperada, ya que tienden al cinismo y al disfrute de sus acciones y sus resultados, teniendo desvergüenza de los actos y de las consecuencias de sus conductas antisociales. A nivel biográfico, han tenido conflictos con la autoridad y han cometido delitos como robar desde la infancia o desde la edad escolar. Se oponen a las conductas convencionales sociales, las reglas y las normas y consideran que no está mal evitar el incumplimiento de la ley. Tienden a ser poco confiables y por lo general deshonestas, con conductas como mentir y amenazar. También se asocia al consumo de sustancias.	.47	Describe experiencias de estrés emocional, infelicidad, tristeza y bajo estado de ánimo. Existe una pérdida de interés en la actividades cotidianas y de la sensación de placer (anhedonia). Las puntuaciones bajas reflejan una pérdida de satisfacción que puede ser el motivador que se requiere para realizar cambios en la vida.	.46	Un aspecto del psicoticismo: contenido del pensamiento y visiones de la realidad que son vistos por otros como extraños o peculiares; experiencias insólitas de la realidad. Creer que uno tiene habilidades excepcionales, tales como leer la mente, la telequinesia, la fusión pensamiento-acción; experiencias insólitas de la realidad, incluida la actividad de tipo alucinatorio.
Escala de Preocupaciones por la salud (Esc_SAU)		**LIM-I Alteración de la Identidad (BOR_I)**		**Desregulación cognitiva y perceptiva (PerceptualDysregulation)**	
.45	Esta escala identifica la tendencia en algunas personas a estar más preocupadas por la salud, además de que se sienten por lo general más enfermas que otras personas y también el consecuente desarrollo de síntomas físicos como parte de la respuesta al estrés por esta carga mental. A nivel físico se pueden presentar diversos síntomas como, problemas gastrointestinales (estreñimiento, náuseas y vómito, problemas estomacales, etc.) problemas neurológicos (convulsiones, mareos, desmayos y parálisis) problemas en la piel, dolor (cabeza, rodillas), problemas respiratorios (tos, fiebre de heno o asma). A nivel psicológico se pueden manifestar síntomas como fatiga, insomnio, nerviosismo, miedo y aspectos psicológicos como pesimismo, amargura, y problemas de expresión de ira.	.47	Describe a persona con dificultades para mantener una representación de la propia identidad lo que se refleja en cambios repentinos en deseos y metas. Hay incertidumbre y dudas sobre asuntos vitales y dificultad para encontrarle sentido a la vida. Presentan sentimientos de vacío, ausencia de logros y hastío. Las puntuaciones más bajas refieren a un autoconcepto más estable.	.47	Un aspecto del psicoticismo: procesos de pensamiento inusuales o raros: despersonalización, desrealización y experiencias disociativas, estados combinados de sueño y vigilia o vivencias de control del pensamiento. Pensamiento y lenguaje circunstancial, vago, metafórico, recargado o estereotipado; sensaciones extrañas en diversas modalidades sensoriales.
Escala de Cinismo (Escal_RC3)		**MAN-A Nivel de Actividad (MAN_A)**		**Ansiedad (Anxiousness)**	
.46	La escala refiere al cinismo: las personas que puntúan alto en esta escala ven a los otros con desconfianza, como poco cariñosos, explotadores y preocupados solo por sí mismos.	.48	Evalúa los niveles de actividad ideativa y conductual de la persona. Existe un incremento en la actividad motora pero con una reducción en la calidad de la misma, realizan actividades apresuradas y desorganizadas, se demuestra confusión y dificultades para la comprensión, no puede fijar la atención durante mucho tiempo. Los niveles más bajos muestran una marcada apatía e indiferencia.	.47	Un aspecto de la afectividad negativa: sentimientos intensos de nerviosismo, tensión o pánico, a menudo en respuesta a tensiones interpersonales; se preocupan por los efectos negativos de las experiencias desagradables del pasado y posibilidades futuras negativas; sensación de miedo, aprensión o amenaza ante la incertidumbre; temor a desmoronarse o a perder el control.
Escala de Quejas somáticas (Escal_RC1)		**MAN-I Irritabilidad (MAN_I)**		**Excentricidad (Eccentricity)**	

.46	La escala refiere individuos que reportan un número relativamente alto de quejas somáticas. Se preocupan en exceso acerca de su cuerpo y probablemente presentan una gama difusa de preocupaciones de salud. Muchos se quejan de fatiga, debilidad y dolor crónico. Las personas con puntajes altos en esta escala se inclinan hacia la somatización y pueden experimentar problemas de salud física como un resultado de dificultades interpersonales o psicológicas. Las personas con puntajes sumamente elevados reportan un grado inusual y una combinación de quejas somáticas, aún en comparación con aquellos que sí tienen problemas de salud. Se preocupan demasiado por sus malestares físicos percibidos y típicamente son resistentes a considerar factores psicológicos que podrían estar relacionados con sus síntomas físicos.	.48	Volátil excitabilidad, baja tolerancia a la frustración. Se trata de personas impacientes y que son percibidas como exigentes por los demás, su capacidad de razonamiento es escasa, su estado de ánimo varía rápidamente y son propensos a la agresión verbal.	.48	Un aspecto del psicoticismo: comportamiento, apariencia o habla raros, inusuales o extravagantes; pensamientos extraños e impredecibles; discurso aberrante o inapropiado.
Escala de Baja autoestima (Esc_BAE)		**PAR-H Hipervigilancia PAR_H)**		**Desconfianza (Suspiciousness)**	
.46	Esta escala describe los individuos que tienen altos índices de falta de confianza en sí mismos, actitudes negativas hacia ellos mismos. Su esquema de pensamientos son, el de sentirse poco atractivos, inferiores, poco competentes, poco simpáticos, menos capacitados, menos inteligentes e incluso menos importantes o que no calzan en lo esperado por los otros. Tienden a tener un bajo umbral para la autocensura y la autocrítica y por lo general abandonan sus proyectos personales ante la menor adversidad. Debido a esto anterior les cuesta mucho ser independientes, ya que no se sienten seguros para poder actuar o decidir de forma autosuficiente, por lo que tienden a ser dependientes y vincularse de forma sumisa con otras personas con las que tienen una afiliación afectiva relevante.	.49	Predisposición a desconfiar de las personas a las que no conoce. Las puntuaciones altas describen a personas que se mantienen alerta, prevenidas en sus interacciones con los otros, y completamente desconfiadas. Son pragmáticos y escépticos en sus relaciones, cuestionan todo de manera rutinaria; sin embargo, estos comportamientos no entran dentro del grupo de las ideaciones delirantes. Las puntuaciones más bajas hacen referencia a una persona confiada en exceso y abierta en sus relaciones, lo que la hace vulnerable a la explotación por parte de otros.	.70	Expectativas y sensibilidad a señales de perjuicio o mala intención interpersonal; dudas sobre la lealtad y la fidelidad de los demás; sentimientos de ser maltratado, utilizado o perseguidos por otros.
Escala de Comportamiento tipo A (Esc_PTA)		**ESQ-A Alteración del Pensamiento**			
.49	Esta escala describe las características de los individuos que se inclinan por una serie de conductas y actitudes como, la prisa e impaciencia, la irritabilidad, la tensión constante, la competitividad y la autoexigencia de un alto rendimiento en los proyectos o trabajos. Estas personas tienden también a ser egocéntricas, resentidas, muy irritables, suspicaces, rencorosas y carentes de empatía. Socialmente, su trato a los demás es frío y desinteresado, tienen a considerar a los demás como molestos o entorpecedores, tienen cierta tendencia a no tener empatía por los problemas o el dolor de los demás e incluso pueden experimentar placer con las penas de otras personas.	.49	Evalúa el nivel de confusión o claridad en el proceso de pensamiento, sugiere problemas en la concentración, toma de decisiones, cierto nivel de confusión y desconcierto unido a las formas más benignas de ineficacia cognitiva. Puede presentarse en personas deprimidas o ansiosas. En su presentación más severa las personas demostraran presencia de asociaciones de ideas inconexas y un aumento en la dificultad para expresarse y comunicarse, es posible que coexista una depresión severa o manía, trastornos de atención, secuela a daños cerebrales o enfermedades, efectos secundarios debido a medicación o incluso secuelas por abuso de alcohol y otras drogas.		
Escala de Ansiedad (Esc_ANS)		**EST Estrés (STR)**			
.49	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene preocupaciones excesivas, tensión nerviosa, perturbaciones del sueño y problemas de atención y concentración. Presentan un miedo constante a perder la razón, mucho estrés y dificultades para tomar decisiones. En general pueden experimentar cierto pánico a que algo salga mal o que se dé una situación inesperada que les produzca la pérdida del control. Por lo general, estas personas consideran que la vida es bastante complicada y se sienten estresados constantemente, vulnerables en extremo a decepciones, dificultades financieras o a los posibles efectos de un error por una decisión que tomaron.	.49	Evalúa los estresores vitales tanto de la actualidad como recientes. Incluye problemas en las relaciones familiares, dificultades financieras, problemas laborales y cambios importantes en la vida; siendo que los anteriores resultan indeseables y desagradables para la persona. Las puntuaciones más altas describen a personas en crisis y con problemas en casi todas las áreas, manifiestan incapacidad para controlar los acontecimientos, es ineficaz, dependiente y se encuentra a merced de otros, además demuestran amargura y resentimiento. Sus situación familiar, laboral y social puede ser fuente de preocupación, rumiación e infelicidad. Corren el riesgo de desarrollar trastornos reactivos o adaptativos. Por su parte, las puntuaciones bajas describen a personas que viven un nivel moderado de estrés, o bien, viven de manera estable, predecible y sin incidentes.		
Escala de Obsesividad (Esc_OBS)		**ANS-C Cognitiva (ANX_C)**			
.48	Esta escala refleja una dinámica interna donde la persona tiene dificultades para tomar decisiones, en tanto hay una carga mental constante de pensamientos que se consideran o meditan continuamente, esto por lo general puede provocar una respuesta de impaciencia en los otros. Tienen tendencia constante a preocuparse de forma excesiva, porque prestan mucha atención a los detalles y sobrellevan muchos pensamientos intrusivos. Esto lleva a estas personas a sentirse abrumadas, con falta de confianza en sí mismas, miedo a emprender, dificultades para comprometerse, sentimientos de culpabilidad, autocrítica y timidez. Hay resistencia al cambio, esto les provoca tensiones y conductas compulsivas como el guardar objetos y realizar algunos rituales que les provoquen seguridad. Por lo general, la preocupación por los detalles les producen sentimientos de impaciencia, frustración y desesperación.	.50	Se caracteriza por una preocupación constante y rumiativa, hipervigilancia cognitiva hacia posibles riesgos y peligros, incapacidad para concentrarse y prestar atención. Posibilidad de existencia de ideas obsesivas.		
Escala de Desmoralización (Escal_RCd)		**ESQ-S Indiferencia Social (SCZ_S)**			
.49	Normalmente la escala se refiere a individuos que no están experimentando una cantidad significativa de angustia psicológica. Las puntuaciones más altas representan una incapacidad de hacer frente o estar abrumado con la situación actual, y experimentan malestar clínico significativo y confusión, percepción sombría del futuro, probablemente con la presencia de depresión por lo cual debe de evaluarse minuciosamente el riesgo de suicidio. Las personas con puntajes altos pueden sentirse desmotivados y desmoralizados. Tienen una baja autoestima, son pesimistas, creen que han fallado en el pasado y esperan fallar en el futuro. Son propensos a sentirse abrumados e incapaces de lidiar con sus circunstancias de vida actuales. Los pacientes clínicos con puntajes altos en esta escala son propensos a reportar depresión, ansiedad y quejas somáticas.	.50	Evalúa la falta de interés social y la falta de respuesta afectiva. Son personas reservadas, impasibles, que muestran poco interés por la vida de los demás y tienen poca habilidad para interpretar los signos normales de las relaciones interpersonales. Las puntuaciones más altas describen a personas que no desean ni disfrutan de las relaciones cercanas. Se caracterizan por el aislamiento social y distanciamiento, falta de interés en los demás y en sí mismo, están desconectados de sí mismos y se sientes desconcertados ante emociones fuertes.		
Escala de Activación hipomaníaca (Escal_RC9)		**SOM-S Somatización (SOM_S)**			
.50	La escala refiere a la activación hipomaníaca: Los niveles moderados pueden indicar una persona extrovertida con un alto nivel de energía relativamente adaptativo. Los que puntúan alto tienden a experimentar aceleración del pensamiento, niveles altos de energía, alto humor e irritabilidad. También experimentan un pobre control de impulsos, euforia y poca necesidad de sueño. Con frecuencia son un tanto agresivos, y muestran poco control de los impulsos, que está asociado con conductas antisociales, incluidas el abuso de sustancias. Tienden a ser personas que buscan la emoción y que toman riesgos. Las personas con puntajes muy altos pueden sugerir un episodio maníaco y son consistentes con un diagnóstico de desorden bipolar.	.50	Individuos que presentan quejas físicas corrientes como dolores de cabeza, problemas de espalda, malestar o trastornos gastrointestinales. Presentan somnolencia, malestar general y suelen presentar sus quejas en forma de lamentos o expresiones de insatisfacción.		
Escala de Neuroticismo o Emocionalidad negativa (Esc_NEN)		**DEP-F Fisiológica (DEP_P)**			

SUSPICACIA / PARANOIA	.50	Quien puntúa alto se muestra impotente, dependiente, necesitado, indeciso e inestable. Las relaciones con otros se caracterizan por una pasividad extrema, un miedo a ser abandonado y una hipersensibilidad a las críticas. Puede provocar la desesperación en los otros, puesto que constantemente deja de tomar iniciativas para mejorar la situación y para actuar de acuerdo con sus propios mejores intereses. Pueden observarse vinculaciones "límites" con los demás, lamentaciones por el rechazo de la ayuda y conductas suicidas o autolesivas. Puntuaciones bajas reflejan una emocionalidad relajada e imperturbable, quizá tan carente de atención y preocupación que sugiere un empobrecimiento de la experiencia interna y plantea la cuestión de la represión. En el extremo, la puntuación baja indica una vida emocional plácida que puede ser impermeable a la disrupción.	.51	Describe señales vegetativas de la depresión tales como las alteraciones del sueño, problemas de apetito, falta de energía o impulso, pérdida de la líbido, pérdida de peso y la posible presencia de una ralentización motora.
	Escala de Problemas familiares (Esc_FAM)		**LIM-E Inestabilidad Emocional (BOR_A)**	
	.51	La escala describe las dinámicas internas de personas que tienden a sentirse o que se sintieron, abandonadas, poco consideradas o entendidas, así como privadas y maltratadas por la familia. Como resultado de esto anterior, estas personas, han desarrollado, la enemistad, el distanciamiento emocional y vincular, así como sentimientos de inseguridad en el círculo familiar y fuera de la misma en su madurez. Estas personas tienen a sentir que la familia no es un sostén emocional, no es un círculo de apoyo, de comprensión y menos de unidad, por lo que pueden experimentar sentimientos de tristeza y hostilidad hacia las dinámicas o miembros familiares.	.52	Propensión a alternar rápidamente entre varias emociones negativas. La persona está ansiosa, enfadada, deprimida y a continuación irritable. Se caracterizan por realizar cambios emocionales rápidos y extremos, que ocurren debido a la propensión a sentir emociones negativas. Las puntuaciones más altas involucran todas las emociones combinadas con un bajo control de la ira, mientras que las puntuaciones más bajas refieren a personas con poca emotividad y con restricción emocional.
	Escala de Hostilidad (Esc_ENJ)		**SOM-C Conversión (SOM_C)**	
	.51	Esta escala hace referencia a personas con tendencias o que presentan problemas de control del enojo, es decir, tienen poca tolerancia a la frustración, pueden tener arrebatos de ira. También tienen la necesidad de descargar la ira u la hostilidad de forma ya sea directa (de forma abierta, verbal o física) o indirectamente (de forma controlada y encubierta, como molestando, burlándose, importunando, provocando, exigiendo o quejándose). Estas personas tienden a perder el autocontrol y dañar físicamente a otras personas u objetos o ambas durante sus arrebatos. Dependiendo de los grados en la escala, entre más alta esté la persona en la escala, hay más probabilidades de que sea más agresiva directamente o entre más bajo que sea agresiva indirectamente.	.52	Presenta síntomas psicológicos prototípicos de los trastornos conversivos, principalmente somatomorfos poco frecuentes como problemas visuales o auditivos y problemas motores. Pueden aparecer problemas en el ámbito de sistema nervioso central como esclerosis múltiple, accidentes cardiovasculares o infartos cerebrales. Las puntuaciones altas pueden estar relacionadas, con enfermedades físicas debilitantes, una reacción de conversión, una grave hipocondriasis o incluso un delirio de tipo somático.
	Escala de Depresión (Esc_DEP)		**ANS Ansiedad (ANX)**	
	.51	De acuerdo a esta escala, las personas que puntúan en la misma tienden a manifestar desesperación, pérdida de interés, sentimientos de fatiga, apatía y agotamiento. Además, tienden a ser infelices, deprimidos y propensos a llorar, hay una pérdida importante de la auto-eficacia y auto-consideración que los hace sentirse oprimidos por la culpa, inútiles, sienten desesperanza, desean la muerte y piensan en el suicidio. También es relevante que pueden percibir las personas con las que tienen un vínculo o no, no tienen interés en ellos o no pueden ayudarles. Estas personas pueden tener historiales de intentos anteriores de suicidio y hospitalizaciones psiquiátricas, además de una amplia sintomatología con desesperanza, ideas de suicidio o perturbaciones del sueño.	.52	Se enfoca en características clínicas y conductuales de áreas relacionadas con trastornos específicos de ansiedad. Se caracteriza por miedos específicos, fobias, pensamientos y comportamientos obsesivos-compulsivos, y experiencias problemáticas asociadas con eventos traumáticos.
	Escala de Experiencias aberrantes (Escal_RC8)		**TRA-E Estrés Postraumático (ARD_T)**	
	.51	Escala hacer referencia a las experiencias aberrantes: las personas con puntajes altos en la pueden reportar alucinaciones, delirios, y experiencias sensoriales bizarras que sugieren defectos en la prueba de la realidad. Son ansiosos, deprimidos, con problemas para confiar en los demás, dificultades en el funcionamiento interpersonal y ocupacional. Los síntomas pueden incluir alucinaciones visuales u olfatorias experiencias perceptuales bizarras y creencias delirantes. Las personas con puntajes muy altos dentro de los pacientes de salud mental tienen diagnósticos de esquizofrenia, desorden delirante o un desorden esquizoafectivo, pueden también reportar síntomas de ansiedad y depresión.	.53	Incluye pesadillas, reacciones de ansiedad repentinas y sentimientos de estar irreversiblemente transformado por el evento traumático. Existencia de una experiencia pasada relacionada con el acontecimiento traumático perturbador que continúa siendo una fuente de malestar, produciendo episodios recurrentes de ansiedad. Las elevaciones más altas indican que el trauma es un factor dominante en la vida de la persona, que se percibe seria e irreparablemente dañada.
	Escala de Malestar matrimonial (Esc_MM)		**LIM Rasgos Límites (BOR)**	
	.52	Esta escala evalúa problemas maritales que pueden estar relacionado con otros síntomas como ansiedad y depresión.	.53	Existe un escaso control de las emociones y la ira, confusión en torno a temas relacionados con la identidad y valores, así como el establecimiento de relaciones intensas y combativas con los demás. Se caracteriza por la impulsividad y conductas autodestructivas. Mide el grado de tensión y emoción negativa experimentado y que puede aparecer en diferentes categorías diagnósticas. Presenta preocupación constante, sentimientos subjetivos de miedo y tensión, así como signos físicos de nerviosismo y estrés, son hostiles e iracundos, a menudo son personas muy deprimidas y ansiosas. Son impulsivos, autodestructivos, incluyen gestos suicidas, abuso de alcohol, drogas o explosiones de agresividad. Se sienten incomprendidos, lo que los hace mostrarse enfadados y ansiosos y necesitados de los demás, haciendo que sus comportamientos sean ambivalentes. Las puntuaciones más bajas corresponden a personas malhumoradas, sensibles y con cierta incertidumbre ante la vida, carentes de satisfacción en las relaciones interpersonales.
	Escala de Inadaptación universitaria (Esc_DPR)		**DEP Depresión (DEP)**	
	.52	Individuos parecen poco adaptados, ineficientes, pesimistas y angustiados, pueden desarrollar síntomas físicos en épocas de estrés y sentir que la vida los abruma la mayoría del tiempo.	.53	Evalúa características clínicas del síndrome de la depresión. Incluye pesimismo y expectativas negativas, sentimientos de tristeza, apatía, falta de energía, alteraciones del sueño y del apetito, falta de motivación, desesperanza, ideación suicida.
	Escala 4 - Desviación Psicopática (Escal_Dp)		**ESQ-P Experiencias Psicóticas (SCZ_P)**	

.54	Esta escala está asociada a las conductas antisociales donde no hay una respuesta emocional profunda de las acciones - reacciones emocionales superficiales- y los hechos cometidos, así como la incapacidad de aprender de la experiencia. La escala también mide la falta de compromiso o juicio hacia las normas sociales. Hay presencia de conductas agresivas, inestables, inmaduras, irresponsables, rebeldes y hostiles. Dentro del histórico conductual de los individuos se encuentran los problemas maritales, problemas con la autoridad, abuso de sustancias, impulsividad, sociabilidad y hedonismo, así como búsqueda inmediata de gratificación, impaciencia, baja tolerancia a la frustración y centrado en sí mismo.	.54	Hace referencia a síntomas positivos de la esquizofrenia que varían en severidad. Van desde percepciones inusuales y pensamiento mágico hasta síntomas psicóticos característicos. Las puntuaciones más bajas además son peculiares y excéntricas, experimentan percepciones sensoriales infrecuentes o ideas inusuales que pueden incluir creencias delirantes. Las puntuaciones más altas refieren a la aparición de un episodio psicótico activo caracterizado por una escasa capacidad de juicio y una ruptura con la realidad, hay presencia de delirios y alucinaciones percibidas como reales.
Escala 7 - Psicastenia (Escal_Pt)		**LIM-P Relaciones Interpersonales Problemáticas (BOR_N)**	
.55	Esta escala refleja presencia de preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos, temores exagerados, emotividad negativa, control rígido de impulsos, miedo al fracaso, procrastinación, deterioro en la concentración y la memoria, culpa y autocrítica, rumiación. Problemas de distracción y olvido. Falta de inventiva e ingenio le lleva a la dilación, indecisión, inmovilismo. Las reuniones con desconocidos producen incomodidad.	.54	Demuestran una tendencia a involucrarse en relaciones que son muy intensas y caóticas. Cree que las personas importantes no atienden sus necesidades, por lo que la persona se siente traicionada y explotada. Demuestra una falta de confianza y pesimismo en torno a las relaciones. Las puntuaciones más altas indican que la persona se siente amargada, resentida, traicionada y experimenta miedo al abandono o al rechazo.
Escala de Pensamiento extravagante (Esc_DEL)		**PAR-R Resentimiento (PAR_R)**	
.55	Las puntuaciones altas en esta escala permiten identificar en algunas personas la tendencia a dinámicas de proceso de pensamientos psicóticos. Esta escala a nivel general nos señala la tendencia a los pensamientos extravagantes, los cuales pueden ser que la persona sienta que está acosada por ideas y experiencias que no son propias y que provienen de las ideas otras personas que les quieren hacer daño. Estas personas pueden experimentar la sensación de pérdida de control de sus pensamientos, tendencias paranoides y conviven con sentimientos y sensaciones de vulnerabilidad mental donde se perciben débiles y vulnerables a ser dañados o traicionados por otras personas. Pueden experimentar alucinaciones auditivas, visuales u olfativas. Adicionalmente, estas personas pueden sentir que tienen una misión especial relacionada con temas religiosos populares o misticos culturales.	.56	En estos individuos, existe una tendencia a afrontar la vida con resentimiento, hostilidad, amargura. La culpa por cualquier fracaso se proyecta hacia el exterior; el desquitarse con quienes considera culpables o responsables de esto es la principal preocupación de la persona. Son personas susceptibles, que se ofenden fácilmente y guardan rencor. Busca desacreditar los éxitos de los demás explicándolos como suerte o favoritismo. Es celoso y alberga sentimientos de envidia.
Escala de Emociones negativas disfuncionales (Escal_RC7)		**ANS-F Fisiológica (ANX_P)**	
.55	La escala hace referencia a las emociones disfuncionales negativas como ansiedad, miedo o irritabilidad, se describe a sí mismo como triste e infeliz. Son propensos a la culpa y tienen una tendencia ser autocrítico, inseguros y se preocupan en exceso, perciben crítica donde no existe, pesimistas; esperan fracasar, tienen dificultades para dormir, tienen pesadilla. Pueden sentirse abrumados e incapaces de enfrentar las situaciones. Reflejan malestar emocional significativo e impotencia. Tienden a ser muy pasivos y sumisos en las relaciones interpersonales. Son propensos a padecer o llegar a desarrollar desórdenes de ansiedad, así como experimentan excesiva culpa e inseguridad.	.56	Ansiedad relacionada con el sistema nervioso autónomo, se manifiesta como taquicardia, sudoración en la palma de las manos, hiperventilación y mareos. Reflejan un modo represivo de afrontamiento del estrés y puede estar acompañado por otros síntomas somáticos.
Escala de Indicadores negativos de tratamiento (Esc_RTR)		**TRA-O Obsesivo - Compulsivo (ARD_O)**	
.56	Esta escala refleja ciertas tendencias hacia sentimientos depresivos y apáticos, donde el locus de control es externo, con tendencias a darse por vencido rápidamente, ya que el individuo tiene pocos recursos personales. Tendencias a sentirse desvalido y emocionalmente indigente hasta el punto de que luchar contra la adversidad, o incluso pensar en hacerlo, le parece inútil. Prefieren no hablar de los problemas, lo ven como una acción inútil carente de resultados.	.56	Miedo a la contaminación, ejecución de rituales, perfeccionismo, atención excesiva a los detalles. Estas personas utilizan pensamientos obsesivos como defensa para controlar la ansiedad mediante el orden y la prevención. Son personas rígidas, que no toleran cambios o eventos inesperados y son temerosos a experimentar exigencias emocionales. Además, pueden llegar a fracasar en controlar ansiedad y presentar pensamientos intrusivos, son temerosos de sus propios impulsos y dudan de su capacidad para controlar los mismos.
Escala de Trastorno de estrés postraumático Keane (Esc_EPK)		**AFECTO_NEGATIVO_PAI**	
.56	Evalúa ansiedad, preocupación, alteraciones en el sueño, culpa y depresión, pensamientos perturbadores involuntarios, falta de control emocional, sentimientos de confusión y maltrato.	.56	Experiencias frecuentes e intensas de una amplia gama de emociones negativas (p. ej., ansiedad, depresión, culpa/vergüenza, preocupación, enfado), y de sus manifestaciones comportamentales (p. ej., autolesión) e interpersonales (p. ej., dependencia).
Escala de Ansiedad (Esc_A)		**SOM Quejas Somáticas (SOM)**	
.56	Puntuaciones altas en esta escala permiten identificar síntomas de ansiedad y falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a la desorganizarse ante el estrés y a la dificultad para ajustarse a las circunstancias. También puede indicar dificultades para la concentración, cansancio, preocupación, desánimo, sentimientos de inferioridad e inadecuación, susceptibilidad, control exagerado de impulsos, inseguridad y dificultad para tomar decisiones, sumisión y sugestionabilidad, aceptación de la autoridad externa, pesimismo, tendencia a racionalizar las dificultades, perturbación en situaciones sociales, timidez, torpeza, aislamiento y pasividad.	.57	Refleja preocupaciones sobre aspectos físicos y de salud, que van desde quejas de malestar físico menor como dolores de cabeza, hasta disfunciones mayores como parálisis. La preocupación es constante sobre la salud, existen quejas crónicas, acompañadas de fatiga y debilidad incapacitante. Además, hay muy poca aceptación de las explicaciones psicológicas sobre su estado somático.
Escala de Cinismo (Esc_CIN)		**TRA Trastornos Relacionados con la Ansiedad (ARD)**	
.57	Esta escala hace referencia a las personas con tendencias o ideas relacionadas con la misantropía, por lo que estas personas tienden a no confiar en los demás.Estas personas consideran las relaciones humanas o sociales, una lucha por los propios intereses en detrimento de los demás o la lucha tomar ventaja pasando por encima de las otras personas. De esta forma, los contratos sociales o las normas de convivencia se ven como un constructo artificial que se instrumentaliza para beneficio propio, lejos de una interpretación moral, ética o de bien común. Por ejemplo, no roban para no ser descubiertos, son amistosos para explotar a otros, etc. Tienden al engaño, la manipulación, la hipocresía, y a tener motivaciones ocultas y negativas hacia las otras personas, además de que consideran que las otras personas pueden ser iguales a ellas, ocultando sus intereses reales en las acciones.	.62	Se enfoca en características clínicas y conductuales de áreas relacionadas con trastornos específicos de ansiedad. Incluye miedos específicos, fobias, pensamientos y comportamientos obsesivos-compulsivos, y experiencias problemáticas asociadas con eventos traumáticos.
Escala de Trastorno de estrés postraumático Schlenger (Esc_EPS)		**ESQ Esquizofrenia (SCZ)**	

.57	Esta escala tiene una alta relación con los índices de ansiedad del MMPI, tales como síntomas de ansiedad, falta de habilidad para manejar la tensión asociada a las situaciones cotidianas, con tendencia a desorganizarse con el estrés, y enfrentar problemas para ajustarse a las circunstancias, perturbación en la concentración, fatiga, preocupación, desánimo, sentimientos de inadecuación e inferioridad, susceptibilidad, inhibición, control exagerado de impulsos, pesimismo, timidez, aislamiento, pasividad	.64	Esta escala incluye creencias y percepciones inusuales, una escasa competencia social y anhedonia por las relaciones sociales, ineficacia y alteraciones en la atención, la concentración y los procesos asociativos. Evaluando con lo anterior diversas facetas de la esquizofrenia. Las puntuaciones más altas se asocian con un episodio esquizofrénico activo en el cual la persona está confusa, retraída y suspicaz, su juicio es limitado y hay poca claridad en la percepción de la realidad. Con la posibilidad de aparición de delirios de transmisión, inserción, así como el robo o control del pensamiento. La persona puede sentirse aislada, incomprendida y rechazada, así como tener problemas a nivel de pensamiento, concentración, toma de decisiones y experimentar percepciones inusuales o creencias de naturaleza psicótica. En cuanto a las puntuaciones más bajas describen a una persona que se presenta retraída, distante y poco convencional, además de ser ineficaz en las relaciones sociales presentará problemas de atención y concentración.	
Escala de Ideas de persecución (Escal_RC6)		**PSICOTICISMO_PAI**		
.59	La escala refiere a ideas de persecución: las personas que puntúan alto en esta escala se sienten etiquetados, controlados o victimizadas por fuerzas externas. Tienden a ser bastante desconfiados de las motivaciones de los otros y tienen dificultad en formar relaciones de confianza y se pueden sentir maltratados por otros. Entre los pacientes psiquiátricos, los puntajes muy altos en esta escala tienden a asociarse con delirios, alucinaciones y otros síntomas de esquizofrenia o desórdenes delirantes.	.65	Exhibir una amplia gama de conductas y cogniciones excéntricas, inusuales o culturalmente incongruentes y raras incluyendo tanto el proceso (p. ej., la percepción, la disociación) como el contenido (p. ej., creencias).	
Escala 8 - Esquizofrenia (Escal_Es)		**PAR-P Persecución (PAR_P)**		
.60	La escala refiere la tendencia al desorden psicótico, presencia de confusión, desorganización, alucinaciones, problemas de concentración, ansiedad generalizada, depresión, pesimismo, hostilidad, agresividad, ideación suicida, dificultad para separar la realidad de la fantasía.	.66	Personas que presentan creencias de que los demás les obstaculizan o dificultan sus esfuerzos, estas creencias van desde leves sensaciones de celos a ideas delirantes sobre conspiraciones e intrigas. Debe explorarse la posibilidad de alucinaciones de naturaleza paranoide.	
Escala de Psicoticismo (Esc_PSY)		**PAR Paranoia (PAR)**		
.63	En elevaciones moderadas (T de 55-65), la escala PSY refleja principalmente creencias o experiencias inusuales y una tendencia a admitir de buen grado el soñar despierto. Incluso en elevaciones suaves y moderadas, PSY refleja una falta de armonía en las relaciones con los mundos físico y social de modo que la actuación resulta comprometida y las relaciones enajenadas. La persona puede dar la apariencia de estar en el mundo, pero sin formar parte de él. Cuando las elevaciones son más altas, se encuentran distorsiones más graves en la forma en que el individuo interactúa con sus mundos social y físico, de forma que estas interacciones aparecen hostiles, provocativas, agresivas e inadecuadas, o bien incompetentes, irrelevantes, extrañas y autoanulantes. No obstante, con T superiores a 65 aparecen verdaderos fenómenos psicóticos, e incluyen síntomas de Schneider, ideas persecutorias, o claramente delirantes, y sospechas. Las relaciones con los demás son mínimas, distantes y secretamente hostiles, con facilidad para sentirse maltratado y resentido.	.74	Se enfoca en los síntomas y características persistentes en la paranoia tales como la vigilancia y control excesivo del entorno por temor a posibles peligros, tendencia al resentimiento, el rencor y la predisposición a detectar injusticias por parte de otros. En la puntuaciones más altas aumenta la posibilidad de una paranoia de tipo delirante, la persona se muestra amargada, guarda resentimientos hacia los demás y anticipa supuestos intentos de los demás para aprovecharse. Son típicamente celosos, presentan ideas de referencia y delirios persecutorios y de grandiosidad. ADemás de ser suspicaces, hostiles, desconfiados, susceptibles, intransigentes y escépticos.	
Escala de Hostilidad de Cook y Medley (Esc_HO)				
.65	En general, las personas con puntajes altos de Ho tienden a ser cínicos y desconfiados, y ven a los demás como egoístas, manipuladores, moralmente corruptos y que no merecen simpatía o comprensión. Se apresuran a atribuir malas intenciones a las acciones de los demás, viéndolos como deliberadamente hostiles o provocadores, y tomando la posición de que los demás “se merecen lo que reciben”. Es probable que estas tendencias se atenúen un poco en las mujeres, y estas últimas tienden a describir a los demás en términos como "malos" y "feos", y parecen más angustiadas, sufridas, resentidas e implacables. Tampoco es probable que tenga muchos amigos cercanos. Es mejor comparar las puntuaciones de Ho con las de ANG, CYN, TPA (especialmente TPA2) y AGGR, ya que las elevaciones relativas entre estos pueden guiar de manera útil los énfasis interpretativos. Por ejemplo, cuando ANG1 es el más alto entre estos, la labilidad emocional y el aspecto exaltado de Ho parecen estar enfatizados, mientras que cuando TPA2 y AGGR están elevados de manera comparable con Ho, se sugiere una hostilidad más depredadora y vengativa.			