

1

REPORTE DE INVESTIGACIÓN

Antecedentes teóricos y empíricos

Psicología de la Salud

La Psicología de la Salud es un área de especialización en la Psicología que responde a una necesidad social y sanitaria, ya que aborda los procesos de evaluación e intervención en salud indispensables tanto para la promoción y prevención como para la intervención y rehabilitación en casos de enfermedad (Buela-Casal, Cabello y Sierra, 1996; Ortiz y Ortiz, 2007). Es indiscutible la importancia de abordar las temáticas de orden psicológico desde el campo de la salud, puesto que se ha comprobado el impacto que puede tener el malestar psicológico percibido por el paciente sobre los procesos de evaluación, tratamiento, adherencia y por ende en su pronóstico (Barra, 2005).

Medición en salud con énfasis en Ciencias Médicas

Por años, los profesionales en salud han buscado la manera de dar soporte objetivo a los diagnósticos que han asignado a sus pacientes, inicialmente con la evaluación del estado de aquellas zonas del cuerpo afectadas debido a una lesión por accidente o derivada de una enfermedad mediante el uso de imágenes diagnósticas de última tecnología.

No obstante, la evaluación integral del individuo requiere ir más allá: es preciso trascender lo orgánico para comprender la dinámica de la enfermedad y abordar los factores psicológicos y sociales que impactan de manera positiva o negativa el curso

y la recuperación en las enfermedades crónicas. Para dar respuesta a tan importante reto, la Psicología de la Salud se ha ocupado de mejorar los procesos de medición de aspectos psicológicos en el campo de la salud y de la enfermedad.

En las Ciencias Médicas se ha buscado la manera de identificar la forma de lograr la “medida idónea” de las variables evaluadas —denominada confiabilidad—, para que los resultados obtenidos permitan examinar si se ha alcanzado o no un avance médico y que estos resultados muestren el grado de impacto (De la Fuente y Tapia, 2001); sin embargo, la evaluación médica aún depende en gran medida del reporte verbal de los usuarios y esto hace que los aspectos psicológicos que median la percepción y, por tanto, el reporte que hace el individuo acerca de los síntomas, su intensidad, agudeza y remisión solo sean tenidos en cuenta cuando impactan de forma negativa y profunda en el funcionamiento físico.

Las mediciones están dirigidas a los pacientes, a su familia como red de apoyo y al equipo de salud que está en contacto directo con ellos. Además de la evaluación de las dificultades de tipo físico, incluyen una valoración de las condiciones psicológicas y emocionales del paciente, pues ahora forma parte del proceso previo a la toma de decisiones respecto al pronóstico y a la intervención de los pacientes (Alarcón y Muñoz, 2008).

Los instrumentos empleados para determinar la condición biológica de un paciente han tenido un avance tecnológico, por lo que se ha logrado mermar el grado de incertidumbre sobre los resultados de cada medición; no obstante, desde la mirada psicosocial de la salud, aún persisten dificultades notables acerca de la recolección, sistematización y análisis de información de las condiciones psicológicas de los pacientes y de la percepción que tienen de la enfermedad crónica. Entre las principales dificultades se identifica el uso extendido de medidas de autor reporte, combinado con el bajo uso de medidas fisiológicas, la limitada comunicación entre los profesionales que integran los equipos de salud profesionales y la falta de adaptación y estandarización de instrumentos (López y Morales, 2005).

Psicología y enfermedad crónica

El desarrollo cada vez más frecuente de condiciones médicas crónicas y su compleja interacción con diversos factores psicológicos implican el trabajo interdisciplinario en su abordaje, ya que de ello depende la conservación o el mejoramiento de la calidad de vida de las personas que la padecen, sin importar que el evento sea de mayor favorabilidad o complejidad, como es el caso de las enfermedades de tipo crónico degenerativas.

Para la Medicina, el objetivo principal es la conservación y el restablecimiento de la salud física de los individuos. Con ese fin, se desarrollan planes de evaluación, prevención y tratamiento de las enfermedades, que requieren evaluaciones permanentes sobre la mejoría o el deterioro funcional y el impacto que tiene la enfermedad en la calidad de vida (Velarde y Ávila, 2002), el ajuste emocional y la salud mental.

La Psicología de la Salud se encarga de identificar los elementos a tener en cuenta dentro de la generación de procesos de prevención (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996), en los cuales se involucran los elementos cognitivos, afectivos y conductuales que inciden significativamente en la percepción de bienestar del paciente. Asimismo, brindar atención encaminada al establecimiento de pautas de mejoramiento de estos tres procesos de prevención en las áreas de ajuste del individuo: afectiva, familiar, social y laboral.

En cada una de estas esferas se pueden generar situaciones estresantes en las que el estilo de afrontamiento es determinante en el avance de la enfermedad; por tanto, es necesario diseñar y validar planes de intervención eficaces tendientes al equilibrio físico y psicológico del paciente (Ferrezuelo, 1985, citado en Buela-Casal, Carrobbles y Sierra 1995) y que aporten al ajuste efectivo a la enfermedad que padece, pues lo acompañará por el resto de su vida. Para ello, es necesario contar con instrumentos psicométricamente robustos que permitan hacer seguimientos detallados del impacto de factores psicológicos que afectan el curso de la enfermedad.

Psicología de la Salud y enfermedades crónicas: principales aspectos psicológicos evaluados

En Psicología de la Salud se ha identificado un grupo de variables asociadas con la detección, intervención, curso y recuperación de la enfermedad crónica y es potencialmente medible en los individuos y en quienes les ofrecen soporte. A él pertenecen la regulación emocional (ansiedad y depresión), la percepción de sí mismo (autoestima, autoesquema, autoconcepto e imagen corporal), creencias y esquemas (esquemas maladaptativos, atribuciones y actitudes), la respuesta ante el estrés y los estilos de afrontamiento y la calidad de vida, entre otras. Para cada variable existen diversos tipos de instrumentos de medida como cuestionarios, escalas, inventarios y listas de chequeo, con un objeto de evaluación diferente por su estructura interna aunque puedan estar referidos hacia una misma temática; por tanto, en ocasiones se observa el uso de inventarios y escalas a un mismo individuo en busca de relacionar los resultados obtenidos y hacer un proceso de evaluación más completo (Anastasi y Urbina, 1998; Piqueras *et al.*, 2008).

En buena parte, las enfermedades crónicas son consideradas altamente prevenibles, pues su aparición, curso y desenlace dependen en gran medida del comportamiento de las personas, del estilo de vida que adoptan, de la capacidad de ajuste emocional y de la forma como cada persona las afronta. Está comprobado que hábitos inadecuados de consumo de alimentos, alcohol y tabaco en exceso facilitan la aparición de enfermedades crónicas y que los estilos de afrontamiento más frecuente adoptados ante este tipo de enfermedades están centrados en la emoción y en la evitación (Solís y Vidal, 2006; OMS, s. f.), quizás por el efecto que tiene la enfermedad sobre el desenvolvimiento cotidiano de quien la padece (Vinaccia y Orozco, 2005), por su impacto psicológico y por la idea de proximidad del deterioro e inminencia de la muerte. Tales condiciones tienen un efecto altamente negativo sobre el tiempo de ajuste a la enfermedad, su curso y desenlace e incluso en la adaptación de los cuidadores y la familia (Dobbie y Mellor, 2008; Vinaccia y Quiceno, 2012).

Stanton, Reversion y Tenen (2007) notaron que el ajuste a la enfermedad crónica es tan complejo que implica cinco procesos: 1) adaptación a las actividades diarias; 2) conservación del estado funcional; 3) percepción de la calidad de vida en sus distintas dimensiones; 4) la existencia de emociones negativas, y 5) la aparición de trastornos mentales.

Es preciso profundizar en los aspectos psicológicos que se han asociado más estrechamente con la aparición, el curso y el desenlace de las enfermedades crónicas.

Regulación emocional

La regulación de la emoción es una capacidad de control de las emociones y los estados afectivos, que permite a la persona ajustarse de forma adecuada a las situaciones que debe afrontar a lo largo de su vida y se encuentra asociada con el afecto que puede ser positivo o negativo y con la respuesta fisiológica. La baja autorregulación casi siempre se expresa en forma de ansiedad y depresión o de rasgos y trastornos de personalidad. Aunque no son los únicos trastornos, sí constituyen el mayor número de reportes entre quienes padecen una enfermedad crónica.

Ansiedad y depresión

La ansiedad es la sensación de inquietud frente al contacto con una situación de tensión e incertidumbre; para este caso particular se refiere al posible diagnóstico, curso y desenlace negativo del padecimiento crónico. Por ejemplo, enfermedades como el cáncer o coronarias severas provocan temores a lo desconocido, pues las personas se cuestionan los finales probables en el contexto particular de cada sistema de salud; en ocasiones, el temor aparece ante el hecho de no saber qué puede pasar o de no querer saberlo (Durand y Barlow, 2007).

Entre los instrumentos usados para medir aspectos emocionales se encuentran los que evalúan ansiedad, como el Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA), que dirige su mirada hacia los tres sistemas de respuesta: cognitivo, fisiológico y motor. Asimismo, examina cuatro áreas situacionales específicas: contextos de evaluación, contextos interpersonales, ansiedad fóbica y ansiedad frente a situaciones cotidianas.

La depresión —vista como un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la falta de energía, visión negativa del mundo, de sí mismo y de los demás, problemas de sueño y de apetito— es evaluada con el Inventario de depresión de Beck, adaptado al castellano por Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún y Vázquez (2005). Dirige su interés hacia los síntomas depresivos del paciente, su presencia y gravedad, a partir de un marco temporal que incluye desde la semana previa hasta el día de aplicación (Carrasco, Herrera, Fernández y Barros, 2013). La versión original o BDI-I fue revisada para mejorar su capacidad de discriminación y se desarrolló el BDI-II (Storch, Roberti y Roth, 2004), que parece funcionar psicométricamente mejor (Ignjatović-Ristić y Hinić Jović, 2012), aunque algunos estudios indican lo contrario (Álvarez y Londoño, 2012; Londoño, Peñate y González, 2014).

También existe la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD), diseñada para analizar, en población hospitalaria, la relación existente entre esas condiciones y el estado de salud actual del individuo (Sharpley y Bitsika, 2014). Su objetivo original era la evaluación en pacientes adultos no mayores de 70 años en ambientes hospitalarios/psiquiátricos para la identificación de la gravedad de los síntomas una vez el paciente ha sido diagnosticado con depresión y para monitorear la evolución terapéutica de los síntomas con un marco temporal inmediato; no obstante, su uso se ha extendido a otros contextos sin mayor ajuste.

La mitad de los ítems examina la intensidad de los síntomas de depresión y la otra mitad la intensidad de los síntomas de ansiedad en una ventana temporal de una semana previa a la aplicación de este instrumento (Cosco, Doyle, Ward y McGee, 2012; Straat, Van der Ark y Sijtsma, 2013). Se ha planteado el uso de las escalas de forma individual, aunque su potencia es mayor si se usan juntas (Norton, Cosco, Doylem Done y Sacker, 2013).

Rasgos y trastornos de personalidad

El estrés psicológico se asocia con los patrones de conducta, de forma que en cada uno se observa un conjunto de pensamientos y conductas específicas que generan un malestar emocional clínicamente significativo.

Entre los rasgos de personalidad estudiados en personas que padecen enfermedades crónicas se encuentran los patrones de conducta tipo A, B y C. En primer lugar, el

patrón de conducta tipo A es definido como la tendencia de las personas a involucrarse en la ejecución de un número alto de tareas complejas en el menor tiempo posible; por ello, evalúan como amenazante la mayoría de entornos en los que se mueven. En el caso de la enfermedad crónica, el impacto de la condición médica sobre la funcionalidad es sobrevalorado, pues atenta contra la consecución de las metas consideradas importantes para la persona. Estas personas tienen controles defensivos rígidos, reacción agresiva y hostil ante las dificultades, pensamientos asociados con la falta de tiempo, perfección, laboriosidad y estoicismo. En el campo emocional, se evidencia una gran dificultad para expresar emociones, aún más las negativas, por lo cual tienden a estados de ánimo depresivos entendidos como desesperanza y desamparo. En el ámbito clínico, este tipo particular de conducta se asocia con enfermedades cardiovasculares (Roseman y Friedman, 1961, citado en Díaz, 2007).

El patrón de conducta tipo B se caracteriza por un estado general de relajación, calma y atenta quietud. No se han establecido relaciones entre este patrón y enfermedades médicas y tampoco el tipo de reacciones que podrían tener las personas con este comportamiento frente a procesos de enfermedad (Peñate, 2003).

El patrón de conducta tipo C resalta por la “antiemocionalidad” (supresión de emociones), la evitación de conflictos, la rigidez y la represión como mecanismo de afrontamiento. Frente a procesos de enfermedad, estas personas tienden a la pasividad, la evitación o presentan estados de ánimo depresivos. Este patrón conductual se ha relacionado con enfermedades crónicas como el cáncer, los problemas gastrointestinales y endocrinos y el asma (Eysenck, 1994, citado en Vinaccia, 2003).

Las características de la personalidad no solo influyen en el surgimiento o la exacerbación de una enfermedad, sino que además determinan la velocidad y precisión de comportamientos adecuados ante una situación crítica en la que no se indican criterios sobre cómo hay que responder frente a esta. En este caso intervienen seis procesos: toma de decisiones, tolerancia a la ambigüedad, tolerancia a la frustración, tendencia al riesgo, impulsividad y no impulsividad, y reducción de conflicto (Piña y Sánchez, 2007).

Percepción de sí mismo

Está referida a la identificación que hace la persona acerca de las competencias y los recursos con los que cuenta. Una valoración alta de la autoestima (el grado de satisfacción expresada con las propias características), el autocuidado (cuidado de la salud y el bienestar personal), el autoesquema corporal (imagen que la persona tiene acerca de su cuerpo), el autoconcepto (la lista de adjetivos calificativos usados para describirse a sí mismo) y un alto autocontrol han sido vinculados con alta motivación

por asumir una conducta y con la aparición de conductas adecuadas de solución de problemas, promoción de la salud y calidad de vida (Fiorentino, 2008).

La percepción de sí mismo se ve modificada ante la enfermedad crónica tanto en niños (Santelices, Garrido, Fuentes, Guzmán y Lizano, 2009) como en adultos y también es claro que la autoestima, la autoeficacia y el autocontrol conductual y emocional facilitan el ajuste a la enfermedad y ofrecen un mejor panorama en su pronóstico (Carrobbles y Benavides-Pereira, 2009; Vinaccia y Quiceno, 2012; Yi, Vitaliano, Smith, Yi y Weinger, 2008).

Entre los instrumentos usados para evaluar la percepción de sí mismo se encuentran el Body Self Relations Questionary en versión traducida, el Cuestionario de autoestima infantil, el Cuestionario de autoconcepto para adultos, la Escala de autoconcepto físico para adultos, versión para adolescentes y niños, y el Cuestionario de actitud corporal, entre otros.

Creencias y esquemas

Para Beck (1983), las creencias o formas cognitivas utilizadas por las personas para explicar el mundo y los sucesos que acaecen están ordenadas a manera de esquemas o entramados de ideas, expresados en atribuciones causales, actitudes positivas o negativas hacia las personas, situaciones o cosas. Estos esquemas pueden ser o no flexibles; la flexibilidad cognitiva es vista como la capacidad de reevaluar y dar sentido a los eventos estresantes y ha sido relacionada con la resiliencia y el afrontamiento activo de las situaciones, que se concentra sobre los aspectos controlables del estresor. Por el contrario, la rigidez cognitiva o inflexibilidad ha estado ligada a un pobre ajuste a la enfermedad. Son los errores de procesamiento debidos a ciertos esquemas maladaptativos, atribuciones o actitudes los que dan lugar a una forma de interpretar, evaluar y establecer expectativas favorecedoras de la aparición de trastornos mentales (Gantiva, Bello, Vanegas, Angarita y Sastoque, 2010).

Young (1999) propone que los esquemas maladaptativos se adquieren a partir de experiencias tempranas y se establecen como marcos permanentes de procesamiento de nuevas experiencias, es decir, es un patrón de análisis conformado por recuerdos, emociones, cogniciones y reacciones corporales referidos a sí mismo y a los demás (Thimm, 2010) que son mantenidos por reconfirmación y evitación de situaciones que generan evidencia opuesta o son compensados por pautas conductuales no siempre saludables (Young y Klosko, 2001).

Estos esquemas han sido vinculados a estados emocionales negativos como la ansiedad y la depresión que, a su vez, guardan estrecha relación con la aparición, el

agravamiento o el desenlace negativo de enfermedades crónicas (Rijkeboer y Boo, 2010). Para evaluarlos, Young (1999) desarrolló el Young Schema Questionnaire Long Form, Second Edition (YSQ-L2), validado para población colombiana por Castriellón y otros autores (2005), compuesto por once factores: a) abandono/inestabilidad; b) autocontrol insuficiente; c) desconfianza/abuso; d) privación emocional; e) vulnerabilidad al daño y a la enfermedad; f) autosacrificio; g) estándares inflexibles 1; h) estándares inflexibles 2; i) inhibición emocional; j) derecho/grandiosidad, y k) entrapamiento emocional.

Estrés y estilos de afrontamiento

La teoría más difundida acerca del estrés es la de Lazarus y Folkman (1986), en la que se propone que el estrés resulta de la acción transaccional entre los requerimientos del entorno, la capacidad real y percibida del individuo, las condiciones estructurales del individuo o el grado de vulnerabilidad al estrés y la evaluación que hace el individuo acerca de los requerimientos y de la propia capacidad para controlarlos y rebasarlos (Solís y Vidal, 2006).

La respuesta diferencial ante los eventos potencialmente estresantes depende entonces de la evaluación de la persona sobre el estresor y su magnitud y sobre la eficacia de sus recursos personales y sociales para manejarlo (Sandín, 2002); de aquí que el tipo de respuesta de afrontamiento al estrés se correlaciona en gran medida con la valoración subjetiva de quien enfrenta el estímulo estresor y no necesariamente de los recursos reales disponibles (Solís y Vidal 2006).

Los estilos de afrontamiento son patrones cognitivos y conductuales más o menos estables de respuesta que los individuos despliegan frente a los eventos provocadores de estrés para reducirlos, rodearlos o tolerarlos (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen y Wadsworth, 2001); incluso pueden estar dirigidos a modificar el significado de la situación o a reducir la sensación incómoda provocada por el evento (Jaser *et al.*, 2007). El afrontamiento puede ser activo —dirigido a resolver la situación— o pasivo —dirigido a aliviar la emoción displacentera— (Solís y Vidal, 2006; Carver y Scheier, 1994) e incluso combinarse (Garnefski, Legerste, Kraaij, Kommer y Teerds, 2002).

Respecto a los estilos de afrontamiento y las enfermedades, se ha evidenciado que las personas poco expresivas, sumisas y que no expresan sus emociones tienen mayores pensamientos depresivos y ansiosos que provocan tensión interna y estrés; ello origina emociones negativas que se suprimen o disfrazan y posibilitan la aparición y el agravamiento de enfermedades físicas, ante las cuales puede responder del mismo modo (Vinaccia *et al.*, 2006).

Existe evidencia empírica de la relación existente entre las enfermedades médicas y la alta prevalencia de problemas de ansiedad y depresión que surgen como consecuencia de las primeras (Piqueras *et al.*, 2008). Para el caso de la depresión y su relación con la aparición y severidad de enfermedades físicas, se han previsto diversos panoramas: por una parte, ha sido considerada como posible causa de la aparición de síntomas médicos y alteraciones fisiológicas; por otra, ha sido vista como un trastorno psiquiátrico secundario a la enfermedad, pues se considera que los estados depresivos aparecen como consecuencia del conocimiento del diagnóstico de la enfermedad física, del tratamiento o del curso de deterioro de la misma y, por último, es concebida como factor definitivo en la evolución de la enfermedad médica.

Aunque no es posible decidir sobre el tipo de relación entre depresión y enfermedad crónica, sí es posible notar que la prevalencia de depresión varía según el tipo de enfermedad, su cronicidad y las circunstancias socioambientales en las que ocurre (Roca, 1992).

Calidad de vida

La calidad de vida como objeto final del proceso de intervención integral en salud es definida como un juicio subjetivo relacionado con el grado de satisfacción, felicidad o un sentimiento de bienestar personal. Asimismo, refiere que dicho juicio se vincula con indicadores objetivos como las condiciones biológicas, psicológicas, conductuales y sociales (Peñacoba *et al.*, 2004; Quiceno y Vinaccia, 2013).

Los factores que pueden influir positiva o negativamente en la calidad de vida de las personas incluyen las redes sociales que brindan soporte y la forma en que estas influyen en lo que se percibe como saludable. El apoyo social real y percibido son factores determinantes no solo en la adherencia al tratamiento, sino en la percepción de calidad de vida y la salud en los casos de enfermedad crónica (La Rosa, Martín y Bayarre, 2007).

La calidad de vida vista desde diferentes ángulos permite un amplio abordaje, en especial si se tiene en cuenta en primera medida a quien padece la enfermedad o la dificultad de salud, y se evalúan aspectos como percepción de la vida, felicidad, estado saludable y cambios de rutinas debidos a la condición de salud, entre otros. En segunda instancia, a los familiares o cuidadores, quienes al igual que el paciente deben cambiar rutinas sociales, nutricionales y laborales, entre otras (Fiorentino, 2008).

La medición de la calidad de vida abarca tanto la evaluación de las condiciones de vida que son independientes del sujeto, pero que lo afectan, como el análisis de tipo subjetivo que incluye la evaluación y apreciación del sujeto acerca de las condiciones en los diversos ámbitos de la vida.

Ambos aspectos tienen varios componentes: la función física, el estado psicológico, la función e interacción social y los síntomas físicos en el momento de la evaluación. Dichos resultados son comparados con indicadores que se agrupan en cinco dominios principales: mortalidad, morbilidad, incapacidad, incomodidad e insatisfacción (Zúñiga, Carrillo, Fos, Gandek y Medina, 1999), sumados a la medida de la satisfacción en las áreas social, laboral, familiar, de tiempo libre, económica y física.

Además, los procesos emocionales se ven alterados frente al conocimiento de una nueva condición de salud que implica ciertas restricciones y cambios en sus estilos de vida. Las alteraciones emocionales inciden en el estado de salud de los individuos, con efectos directos en su funcionamiento fisiológico; se incrementa la vulnerabilidad ante enfermedades infecciosas, aumentan los síntomas, se adquieren de conductas no saludables y se deteriora la percepción de apoyo social (Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno, 2007).

Algunos instrumentos que se emplean para hacer mediciones sobre la calidad de vida se dirigen a personas con enfermedades específicas, por ejemplo, pacientes en cuidados paliativos (aquellos que padecen una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, cuyo pronóstico de vida es inferior a seis meses), pacientes con enfermedades crónicas (diabetes, insuficiencia renal, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y artritis, entre otras).

También se han creado instrumentos para evaluar la calidad de vida de los cuidadores de los pacientes (familiares y profesionales en salud). En este grupo están el McGill Quality of Life (MQOL), que tiene cinco dominios de evaluación (síntomas físicos, estado físico, estado psicológico, aspectos existenciales y apoyo) y el Patient Evaluated Problem Scores (PEPS) (Peñacoba *et al.*, 2004). De igual manera, ha habido un uso extendido en personas con enfermedades crónicas como diabetes *mellitus* tipo 2 del Cuestionario de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Escala Karnofsky (KPS), que se creó para ser aplicada a pacientes con cáncer (Alfaro, Carothers y González, 2006; Velarde y Ávila, 2002).

La calidad de vida en cuidadores (familiares y personal de salud, entre otros), el grado de fatiga y el posible deterioro anímico que genera el compartir una enfermedad puede medirse con el Cuestionario breve de burnout (CBB), que pretende medir la motivación al ejecutar las tareas relacionadas con su profesión y la percepción distorsionada frente a las situaciones relacionadas con los procesos de salud-enfermedad (Mirales, Bustos, Matallana y Moreno, 1997).

Dada la importancia de los aspectos subjetivos de la calidad de vida en la evolución de la enfermedad crónica, se han creado instrumentos para valorar lo que se ha denominado bienestar subjetivo. Este hace referencia a los juicios del individuo acerca

de la satisfacción con su vida y comprende dos dimensiones complementarias: por un lado, la dimensión cognitiva, referida a los juicios de la satisfacción propia con la vida (entendida como la evaluación global del individuo según circunstancias actuales e ideas de patrones apropiados para sí) y la dimensión emocional, que comprende los polos de afectividad positiva y afectividad negativa (Omar, Paris, Aguiar, Almeida y Pino, 2009).

En relación con el bienestar subjetivo se han adelantado diversas investigaciones, pero los instrumentos que permiten obtener información sobre ello son escasos, quizás por la variedad de definiciones que puede tener de acuerdo con la cultura en la que se elabore el instrumento. En algunos casos, la definición de bienestar subjetivo coincide con lo que algunos autores llaman felicidad, asumida como un estado afectivo que denota satisfacción del individuo al haber alcanzado un bien o beneficio que anhelaba (Alarcón, 2006).

Los instrumentos de medición de bienestar subjetivo o felicidad son pocos. Entre ellos se encuentran el Oxford Happiness Inventory (OHI), la Satisfaction with Life Scale, la Depression-Happiness Scale y la Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness. En castellano, las más utilizadas son la Escala de bienestar psicológico y la Escala de bienestar subjetivo (Alarcón, 2006).

Aportes de la Psicometría al campo de la salud

Dentro de la Psicología se cita a la Psicometría como un desarrollo disciplinar que ha resultado ser de suma utilidad en la evaluación de las actitudes y las aptitudes de las personas, en este caso, de quienes se desenvuelven en el contexto de salud (pacientes, familiares de pacientes, personal de salud, entre otros).

En primera instancia, la Psicometría dirige su mirada a la evaluación de aspectos psicológicos como la calidad de vida, el bienestar subjetivo, la motivación, la regulación emocional, la adherencia a los tratamientos, el ajuste, el manejo del estrés y el afrontamiento en relación con los procesos de salud y enfermedad (Zúñiga *et al.*, 1999), en especial en los casos de enfermedad crónica.

Debido a la relevancia reconocida de los aspectos psicológicos en el curso de la enfermedad crónica, se deben analizar las propiedades métricas de los instrumentos, pues ellas diferencian entre el juicio subjetivo que pueden hacer el profesional de la salud y el paciente acerca de su condición y un concepto evaluativo sólido y técnico basado en pruebas validadas. Cuando se hace referencia al proceso de construcción, se retoman los conceptos esenciales de validez y confiabilidad, que aluden a las propiedades requeridas en el diseño y uso de los instrumentos de medición.

Para Kaplan y Saccuzzo (2006), la validez alude a la utilidad del instrumento y a la concordancia entre lo que mide y lo que pretende medir; por otra parte, la confiabilidad es el indicador de la utilidad y precisión de los instrumentos de medición, que garantiza la estabilidad de los resultados en aplicaciones posteriores realizadas por otros profesionales o personal capacitado. Cabe anotar que no todo instrumento que sea fiable es válido, ya que un instrumento puede ser fiable porque mide una variable de manera constante, pero inválido si no mide con precisión el fenómeno o constructo que fue el propósito central de medida en su proceso de desarrollo (Carvajal, Centeno, Watson, Martínez y Sanz, 2011).

Asimismo, la sensibilidad y la factibilidad son características métricas de la validez de un instrumento y resultan determinantes en el proceso de construcción. La primera se trata de la capacidad que tiene la prueba para detectar cambios en los grados de expresión de los atributos evaluados o variaciones debidas a una intervención; mientras la segunda indica cuán factible es el uso del instrumento en el campo que se requiere y ello depende del tiempo necesario para diligenciarlo, de la sencillez y de la amabilidad del formato, la brevedad y claridad de las preguntas y de la facilidad de hacer el registro, la codificación y la interpretación de los resultados.

La validación de un instrumento es un proceso continuo y dinámico que va adquiriendo más consistencia cuantas más propiedades psicométricas se hayan medido en distintas culturas, con distintas poblaciones y sujetos (Carvajal *et al.*, 2011); por ello, resulta clave que los instrumentos sean validados, adaptados y estandarizados con muestras poblacionales geográfica, cultural, social y psicológicamente cercanas a las personas que serán evaluadas en el ambiente sanitario.

Aunque se conocen las estrategias para validar los instrumentos, no existe un formato estándar para la medición de variables psicológicas en contextos de salud, como sí existe en el campo de la medición de conocimientos en el campo educativo. Se asume que pueden ser procedimientos similares, pero eso debe ser un futuro objeto de discusión.

La manera de validar un instrumento varía según el tipo y el objetivo del instrumento, que pueden ser:

- a) Instrumentos cuyo objetivo es recoger información real, relacionada con las acciones que ejecutan los individuos. Requieren que los expertos verifiquen la validez del contenido.
- b) Instrumentos de medida cuantitativos, que valoran la importancia de una variable. Se precisa comprobar la validez de contenido y analizar el concepto expresado en la variable considerada (Carvajal *et al.*, 2011).

El uso de escalas, cuestionarios, listas de chequeo e inventarios, entre otros, se ha convertido en herramienta básica de la investigación en el campo de la Psicología de la Salud, pues su propósito es identificar rasgos, atributos o características específicas en la población usuaria, comparar grupos poblacionales y determinar la efectividad de procesos de intervención. De igual manera, contar con estos instrumentos de evaluación ha permitido abordar problemáticas de familiares del paciente y del personal de salud que lo intervienen, pues ellos son actores involucrados en los procesos de atención y soporte al enfermo crónico (Schlaepfer e Infante, 1990).

La importancia del empleo de instrumentos adecuados en la evaluación de los aspectos psicológicos hace que en la discusión acerca de sus aportes sea preciso un estudio detallado de sus limitaciones. Por ejemplo, una de las principales restricciones es la utilización de instrumentos en contextos para los cuales no son válidos ni lingüística ni culturalmente, pues el uso de términos y expresiones es diferente entre poblaciones (dificultad idiomática), porque aunque los procesos que evidencian los individuos son de carácter universal, sus manifestaciones varían según la cultura en donde se desarrollan. De este modo, la medición que se pretende hacer con la aplicación de un determinado instrumento pierde su valor de medida y utilidad, si se aplica a muestras en las que se desconoce el funcionamiento psicométrico de la prueba (Kaplan y Saccuzzo, 2006).

León y Herrera (2011) ya habían mostrado la relevancia del tema en el desarrollo de un estudio acerca de la evaluación de las calidades técnicas de las pruebas más usadas en el ejercicio profesional de los psicólogos en Colombia y abrieron la reflexión con el apoyo del Colegio Colombiano de Psicólogos en torno al quehacer de la evaluación y de las necesidades más apremiantes respecto al desarrollo, uso y a la comercialización de pruebas psicológicas.

Con base en las necesidades propias dentro de los procesos de evaluación realizados en el campo de la Psicología de la Salud —el diagnóstico oportuno, su precisión e identificación del impacto de los procesos de enfermedad sobre la condición psicológica del individuo y la gran relevancia que esta ha adquirido— se hace necesario conocer los instrumentos de medición con los que cuentan los psicólogos y que permiten agilizar los procesos de evaluación y la optimización de recursos para los mismos.

Los instrumentos de apoyo evaluativo (escalas, inventarios, listas de chequeo y cuestionarios, entre otros), han sido diseñados para generar mediciones que, en su mayoría, determinan pronósticos e importantes decisiones terapéuticas tanto médicas como psicológicas, en busca de orientar los procesos hacia el mejoramiento o mantenimiento de la calidad de vida del paciente en condición de salud o enfermedad; sin embargo, en buena parte de los casos, se desconoce el alcance de cada uno de ellos y su utilidad dentro de los procesos de evaluación a los pacientes.

Acerca del estudio que dio origen al catálogo

Objetivos

Objetivo general

Hacer un inventario de instrumentos diseñados, validados o adaptados para población colombiana, que midan aspectos psicológicos relacionados con el proceso salud-enfermedad, así como un registro y un análisis detallado sobre su diseño, adaptación y validación. Esto, a la luz de los referentes teóricos y prácticos que sustentan la construcción de cada instrumento, organizados en un catálogo con el propósito de proporcionar una herramienta de decisión para los profesionales encargados de la evaluación psicológica en casos de enfermedad crónica.

Objetivos específicos

- Describir de manera detallada los instrumentos de evaluación en Psicología de la Salud, de acuerdo con el objetivo de evaluación.
- Identificar las condiciones de uso del instrumento en términos de población objetivo, forma de aplicación y calificación.
- Describir y analizar el estado actual de los instrumentos respecto a diseño, adaptación y validación.
- Identificar las características psicométricas, el proceso de validación y la calificación en población colombiana.
- Organizar un informe descriptivo de las características de los instrumentos encontrados.
- Diseñar un catálogo de los instrumentos usados para medir aspectos psicológicos relacionados con el proceso salud-enfermedad.

Método

El estudio es descriptivo documental de tipo bibliométrico. Se muestra el análisis cuantitativo y cualitativo de la producción científica literaria, mediante el estudio de la naturaleza y del curso de los instrumentos de evaluación psicológica empleados dentro del proceso de salud-enfermedad. Los resultados del estudio se presentan por medio de los análisis estadísticos de frecuencia y los datos explícitos de cada instrumento se organizan en un catálogo de instrumentos y sus características.

Para este tipo de estudios, los aspectos cuantificables de la literatura científica están ligados a elementos como título, autores, afiliación institucional de los autores, resumen,

palabras clave y referencias bibliográficas, y se contemplan en función de los objetivos y de la disponibilidad de la información necesaria para realizarlos (Boeris, 2011).

Por el tipo de proyecto no se formulan hipótesis de investigación, pero sí se establecen unas condiciones de inclusión de los instrumentos dentro del catálogo, las cuales se mencionan en el siguiente apartado.

Muestra

Se revisaron 300 artículos acerca de instrumentos de medición en Psicología de la Salud publicados en revistas adscritas a Dialnet, Scielo, Redalyc y Medline, de los cuales se escogieron 98 que cumplieron con los criterios de selección y conformaron la muestra documental. En ellos se ubicaron 87 instrumentos que habían sido usados en población colombiana. A continuación se relacionan los criterios de inclusión de los instrumentos reportados en los artículos:

- a) Haber sido usados para evaluar aspectos psicológicos relacionados con el proceso salud-enfermedad en población colombiana publicados en libros o revistas científicas de Psicología o memorias de eventos sobre profesiones afines, divulgados o socializados en ponencias de congresos.
- b) Haber sido elaborados, diseñados, adaptados, validados, publicados o divulgados en los últimos quince años.
- c) Tener una proyección de uso inscrita dentro de alguno de los ámbitos de intervención en Psicología de la Salud.
- d) Estar publicadas en castellano o haber sido adaptados a este idioma.
- e) Los artículos en los que se documentan el diseño y la validación de algunos de los instrumentos deben haber sido publicados en las bases de datos Scielo, Dialnet, Redalyc, Proquest o en los registros de bibliotecas de instituciones de educación superior en donde se ofrezcan programas de pregrado y posgrado en Psicología y áreas afines.

Categorías de análisis

A continuación se mencionan las categorías de análisis de la información que fue tomada en cuenta. La variable o el constructo central es el elemento que está incluido en el instrumento y que será evaluado durante la aplicación de este.

Las Problemáticas de salud en las que puede ser implementada se refieren a las enfermedades que padecen las personas a quienes puede aplicarse el instrumento para complementar el diagnóstico en relación con el aspecto psicológico.

El Estado actual hace referencia a las condiciones en las que se encuentra el instrumento —diseñado, validado (por pilotaje, por jueces o con población) o estandarizado—, las características psicométricas y el proceso de validación.

La disponibilidad es el lugar de ubicación (instituciones, laboratorios de Psicología u hospitales) y tipo de acceso que se tiene al instrumento (libre o pagado).

Instrumentos

Por cada uno de los instrumentos de evaluación psicológica que se revisó, se elaboró una ficha técnica que contenía los datos de identificación de la prueba y lo relacionado con las características.

Los datos de identificación de la prueba son: nombre completo, nombre técnico, autor, año de publicación, finalidad de evaluación (con qué fin se aplica el instrumento), descripción general del instrumento (síntesis sobre la utilidad de este) y variables o categorías que evalúa. En la segunda parte de la ficha se encuentra: población objetivo (a quien se aplica el instrumento: paciente, cuidador o personal de salud), forma de aplicación (individual o colectiva), forma de corrección (manual o *software*), presentación de los resultados (puntuaciones directas, puntuaciones centiles o puntuaciones t), edad de aplicación (personas a quienes puede aplicarse el instrumento según edad o etapa del ciclo vital), población con la que se validó (grupo poblacional específico para la cual se desarrolló el instrumento), duración de la aplicación (tiempo aproximado), material de la prueba (manuales, cuadernillos o cuestionarios, hoja de respuesta y material manipulativo, entre otros) y los medios (lugar de ubicación del instrumento: enlaces en Internet, correos de contacto, números de contacto y artículos en publicaciones no electrónicas).

Consideraciones éticas

En lo referente al manejo ético de los instrumentos de evaluación psicológica y sus derechos de autor, se hizo un manejo adecuado de las fuentes de información, con respeto por los derechos de propiedad intelectual y citas de los mismos la cantidad de veces que fueran necesarias dentro del catálogo y en la primera parte de este libro.

Procedimiento

Fase 1. Recolección y selección de instrumentos: se buscaron instrumentos en bases de datos o registros físicos que cumplieran con los criterios de inclusión ya mencionados.

Fase 2. Elaboración de las fichas de información: se diseñaron las fichas en las que se almacenó la información relacionada con cada uno de los instrumentos para la posterior agrupación por categorías.

Fase 3. Asesoría de expertos: se seleccionaron dos jueces expertos en medición y evaluación en Psicología, los cuales se encargaron de sugerir los elementos que debían incluirse en el instrumento de recolección de información (ficha técnica), así como de evaluar la pertinencia del mismo en relación con el problema y los objetivos de la investigación.

Fase 4. Elaboración de la base de datos y análisis de resultados: se diseñó la base de datos con el uso del programa Excel. Más adelante, se ingresaron los datos al programa estadístico SPSS versión 17, específicamente aquellas variables o categorías para las que era posible aplicar estadísticos de frecuencia.

Fase 5. Diseño y desarrollo del catálogo: posterior a la recolección de los instrumentos y su clasificación por temáticas se procedió a diseñar la imagen del catálogo y a las labores de su edición.

Resultados

Luego de la obtención de los datos y de su procesamiento con el programa estadístico SPSS, se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 1. Distribución porcentual del constructo central de medición

Constructo	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad	13	13.3
Autoesquemas	20	20.4
Depresión	12	12.2
Estrés y autocontrol	11	11.2
Factores de riesgo y otras variables externas	19	19.4
Personalidad	12	12.2
Red de apoyo	5	5.1
Red de apoyo-estrés y autocontrol	1	1.0
Ansiedad y depresión	2	2.0
Factores de riesgo y otras variables externas-depresión	1	1.0
Autoesquemas y factores de riesgo y otras variables	1	1.0
Estrés y autocontrol-personalidad	1	1.0

Fuente: elaboración propia

De acuerdo con la Tabla 1, en total se obtuvo información de 98 instrumentos de medición, los cuales se agrupan en las siguientes categorías dentro del catálogo: un 13.3% evalúa ansiedad; 20.4% examina autoesquemas; un 20.4% corresponde a depresión; 11.2% revisa estrés y autocontrol; 19.4% a todo lo relacionado con factores de riesgo o variables externas; 12.2% a personalidad; 5.1% a red de apoyo familiar y social y 5.1% a aspectos relativos meramente a salud.

De igual manera, se identificaron instrumentos que evalúan más de una variable, como en el caso de las variables red de apoyo y estrés y autocontrol, que cuentan con un instrumento; ansiedad y depresión, con un 2%; factores de riesgo y otras variables externas y depresión, con un instrumento y estrés autocontrol y personalidad, con 1%.

Tabla 2. Distribución porcentual del lugar de estandarización

Origen del instrumento	Frecuencia	Porcentaje
Argentina	3	3.1
Chile	5	5.1
Colombia	13	13.3
Estados Unidos	1	1.0
España	48	49
Europa	1	1.0
Europa, Estados Unidos, Canadá, Asia	4	4.1
Francia, España	1	1.0
Guatemala	1	1.0
Cuba	1	1.0
América Latina	2	2.0
México	13	13.2
Mundial	1	1.0
Suecia	1	1.0
Puerto Rico	1	1.0

Fuente: elaboración propia

En la Tabla 2 se identifica el país de origen de los instrumentos revisados. Un 13.3% de ellos cuenta con validación colombiana. Aunque el objetivo de la investigación era catalogar únicamente los instrumentos validados para población colombiana, debido a la reducida cantidad de los mismos que cumplieran el criterio de ser validados y a su amplio uso en población colombiana, se presentan todos los instrumentos de los que se reportó empleo. Un 28.5% contaba con validación en países latinoamericanos como

Argentina, Chile, Guatemala, Cuba, México y Puerto Rico; 6.1% con validación en población estadounidense y 50% con validación en población europea, específicamente española y francesa.

Tabla 3. Distribución porcentual de población a la que se aplica

A quién se aplica	Frecuencia	Porcentaje
Paciente	66	67.3
Cuidador	6	6.1
Paciente y cuidador	9	9.2
Cuidador y personal de salud	1	1.0
Paciente y personal de salud	1	1.0
Paciente, cuidador y profesional de salud	15	15.3

Fuente: elaboración propia

En la Tabla 3 se observa que de los 98 instrumentos, un 67.3% se aplica únicamente a los pacientes y 6.1% a los cuidadores, mientras un 9.2% de los instrumentos puede aplicarse tanto al paciente como al cuidador, 1% al cuidador o al personal de salud, 1% al paciente o al personal de salud y 15.3% a los tres grupos poblacionales.

Tabla 4. Distribución de los instrumentos por edad de aplicación

Edad de aplicación	Frecuencia	Porcentaje
Niños	4	4.1
Adolescentes	6	6.1
Adultos	49	50
Adulto mayor	2	2.0
Niños y adolescentes	5	5.1
Adolescentes y adultos	28	28.6
Todas	4	4.1

Fuente: elaboración propia

Uno de los factores importantes en la construcción de instrumentos es la edad de aplicación. Entre el banco de instrumentos obtenido son pocas las pruebas que miden un constructo para todas las edades. En la Tabla 4 se observa que para aplicación en niños hay 4 instrumentos; en adolescentes, 6; en adultos, 49 y en adultos mayores, 2. Asimismo, se identificaron instrumentos que pueden ser aplicados en diferentes grupos poblacionales como niños y adolescentes, para los que se hallaron

5 instrumentos; adolescentes y adultos, 28 y en todos los grupos poblacionales (niños, adolescentes, adultos y adultos mayores), 2. En la población colombiana se utilizan más instrumentos para población adulta, mientras la infantil estaría contando con otras formas de validación de una problemática psicológica.

Tabla 5. Distribución de los instrumentos según la presentación de resultados

Calificación	Frecuencia	Porcentaje
Centil	21	21.4
Directa	68	69.4
T	9	9.2

Fuente: elaboración propia

En la Tabla 5 se identifica que la forma de presentación de los resultados difiere no solo por el tipo de variable que se busca medir, sino por las propiedades psicométricas de cada instrumento. Las formas de presentación de los resultados son: puntuación directa con 68 instrumentos, puntuación centil con 21 instrumentos y puntuación T con 9 instrumentos.

Tabla 6. Distribución de los instrumentos según la duración de la aplicación

Duración	Frecuencia	Porcentaje
1-15 minutos	52	53.1
16-30 minutos	31	31.6
31-45 minutos	6	6.1
46-60 minutos	4	4.1
Más de 60 minutos	1	1
Libre	4	4.1

Fuente: elaboración propia

Respecto al tiempo de aplicación, en la Tabla 6 se observa que en el rango de 1 a 15 minutos de aplicación se ubican 52 instrumentos; entre 16 y 30 hay 31 instrumentos; en el rango de 31 a 45 se ubican 6 instrumentos y en el rango de 46 a 60 hay 4 instrumentos. En el rango de 61 minutos en adelante hay 1 instrumento. En el tiempo de aplicación libre (sin límite) se hallaron 4 instrumentos.

Tabla 7. Distribución de los instrumentos según la forma de aplicación

Aplicación	Frecuencia	Porcentaje
Individual	24	24.5
Colectivo	2	2
Individual y colectivo	72	73.5

Fuente: elaboración propia

Los instrumentos recopilados en esta investigación presentan tres formas de aplicación, como se observa en la Tabla 7: individual, colectiva o individual y colectiva. Con respecto a la aplicación individual se encontraron 24 instrumentos; la forma colectiva, 2 y ambos tipos, 72.

Al revisar el estado de validación de las pruebas, se evidencia que tan solo 34.5% de los instrumentos usados tiene algún procedimiento de validación, que en la mayoría de los casos incluye el análisis factorial Varimax (29.9%) y el de consistencia interna alfa de Cronbach; entre ellos, solo un 13.8% reporta el nivel de varianza explicado y un 10.3% incluye baremos, regularmente referentes al género. De los que reportan índice de consistencia interna, un 1% tiene un grado aceptable; un 10.3% moderada y un 17%, alta. En un caso solo se evaluó por jueces y se hizo un pilotaje sin reportar análisis de condiciones psicométricas y en un caso se hizo un análisis de validez concurrente (Tabla 8).

Tabla 8. Estado de validación del instrumento

Nombre	Factorial	Alfa	Varianza	Baremos	Estado
Actitud frente al cambio en los trastornos de conducta alimentaria (TCA)					Nv
Adaptación Cuestionario de estilos de vida	Varimax	0.89	Nr	No	
Autoconcepto en niños	Varimax	0.87	Nr	Nr	
Body Self-Relations Questionary, validación española	Varimax	0.88	43.4	Sí	
Body Shape Questionarie BSQ	Varimax	0.82	52.3	Sí	
Burnout Maslash	Varimax	0.72	Nr	Sí	
Calidad de vida en enfermedad de Alzheimer					Nv
Cartes, Modeles internes de relation					Nv
Cuestionario cinco factores					Nv
Cuestionario básico de depresión					Nv

→

Reporte de investigación

Nombre	Factorial	Alfa	Varianza	Baremos	Estado
Cuestionario breve de burnout Maslash	Varimax	0.86	45%	Nr	
Cuestionario breve de reacción al estrés					Nv
Cuestionario de actitud corporal BAT					Nv
Cuestionario de actitudes ante la alimentación Eat	Varimax	0.89	Nr	No	
Cuestionario de ansiedad estado/rasgo	No	No	No	No	Nv
Cuestionario de ansiedad estado/rasgo en niños	Varimax	0.7	52	Sí	
Cuestionario de apoyo social funcional					Nv
Cuestionario de calidad de vida en cáncer de mama EORTC	Varimax	0.65	Nr	No	
Cuestionario de calidad de vida en cáncer de pulmón EORTC					Nv
Cuestionario de calidad de vida en Cáncer cabeza y cuello EORTC					Nv
Cuestionario de cognición hacia la enfermedad ICQ	Varimax	0.74	Nr	Nr	
Cuestionario de conducta de enfermedad					Nv
Cuestionario de desajuste emocional y reconocimiento adaptativo de infertilidad					Nv
Cuestionario de esquemas de Young	Varimax	0.91	65	No	
Cuestionario de influencias sobre el modelo estético corporal					Nv
Cuestionario de patrón de conducta tipo C					Nv
Cuestionario de preocupación y ansiedad CPA					Nv
Cuestionario de preocupaciones sobre cirugía infantil					Nv
Cuestionario Mc-Gill de dolor	No	No		No	J y P
Cuestionario de resistencia presión de grupo consumo de alcohol	Varimax	0.85	Nr	No	Dc
Cuestionario Sevilla de calidad de vida					Nv
Cuestionario sobre ingesta alimentaria					Nv
Escala de ajuste mental al cáncer					Nv
Escala de ansiedad manifiesta en adultos					Nv
Escala de ansiedad y depresión en hospitalaria HADS	Varimax	0.8	54.4	No	

Nombre	Factorial	Alfa	Varianza	Baremos	Estado
Escala de apoyo social					Nv
Escala de autoconcepto físico					Nv
Escala de autoconcepto físico para adolescentes					Nv
Escala de autoestima corporal	Varimax	0.81	Nr	No	
Escala de calidad de vida para el ictus					Nv
Escala de calidad de vida para la depresión					Nv
Escala de depresión de Calgary					Nv
Escala de depresión de Montgomery-Asberg					Nv
Escala depresión geriátrica de Yesavage (reducida)	Varimax	0.78	37.3	Sí	
Escala de discapacidad de la OMS Joh/Das	Varimax	Nr	Nr	No	
Escala de estilo atribucional. Petterson ASQ					Nv
Escala de estrategias de Coping modificada					Nv
Escala de Hamilton para ansiedad		0.7	51		
Escala de impulsividad de Barratt					Nv
Escala de intolerancia hacia la incertidumbre	Varimax	0.91	33.77	Sí	
Escala de riesgo suicida	Varimax	0.74	Nr	No	
Escala de salud del niño					Nv
Escala de sobrecarga del cuidador					Nv
Escala multidimensional de locus de control salud					Nv
Escalas de ansiedad y depresión de Leeds					Nv
Evaluación de la imagen corporal	Varimax	0.87	80.6	No	
Eventos vitales estresantes					Nv
General Health Questionnaire Goldberg					Nv
Índice independencia en actividades de la vida diaria					Nv
Instrumento de autoestima infantil					Nv
Instrumento de valoración gerontológica					Nv
Inventario clínico multiaxial de Millon					Nv

→

Reporte de investigación

Nombre	Factorial	Alfa	Varianza	Baremos	Estado
Inventario clínico para adolescentes de Millon					Nv
Inventario de ansiedad de Beck					Nv
Inventario de calidad de vida y salud					Nv
Inventario de depresión estado-rasgo	Varimax	0.72	59.93	Sí	
Inventario de depresión infantil	Varimax	0.75	Nr	No	
Inventario de discapacidad de Sheehan					Nv
Inventario de factores de riesgo de hipertensión					Nv
Inventario de la expresión de la ira					Nv
Inventario multifásico de la personalidad MMPI /adolescentes					Nv
Inventario respuestas afrontamiento de Moos					Nv
Inventario de salud mental de 5 reactivos SRQ	Varimax	0.82	Nr	No	
Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad	Varimax	0.92	Nr	Sí	
Inventario de temperamento y carácter (revisado)					Nv
Inventario del autoconcepto para adultos	Varimax		56.9		Piloto
Inventario infantil de estresores cotidianos					Nv
Inventario multicultural latinoamericano de la hostilidad					Nv
Inventario multifásico de la personalidad MMPI	Varimax	0.85	Na	Nr	
Escala cognitivo-conductual de evitación					Nv
Perfil de salud de Nottingham					Nv
Perfil del estrés					Nv
Test autoevaluación multifactorial de adaptación infantil					Nv
Test de orientación vital Lot (revisado)					Nv
Versión abreviada Escala de Zung para la depresión	Varimax	0.77	67	Sí	Concurrente

Fuente: elaboración propia

Nv: no validado; Nr: no reportado; J y P: jurados y pilotaje