

LOGOS

VESTIGIUM

Instrumentos usados en Colombia para evaluar la dimensión psicológica del proceso salud-enfermedad



Constanza Londoño Pérez
Ivonne Edith Alejo Castañeda

4



LOGOS VESTIGIUM

La colección editorial Logos-Vestigium comprende obras fruto de la actividad científica de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia.

Su nombre exalta la búsqueda comprometida de vestigios —entendidos como respuestas tentativas a preguntas de investigación— que permitan aportar, desde el quehacer académico, al desarrollo social y de la ciencia psicológica.

Vestigio, como señal de algo inacabado, es una exhortación a la persistencia, a la búsqueda, e invita a continuar con la averiguación y el estudio de lo psicológico en un entorno tecnológicamente cambiante, metodológicamente diverso y socialmente complejo. Son propios a esta colección reflexiones, teorías, procedimientos, métodos, instrumentos, protocolos, procesos, hallazgos, documentación de innovación y demás tipos de formatos de aportes derivados de los avances contemporáneos de sus líneas de investigación, que, bajo principios de excelencia teórica y metodológica, sean seleccionados en el proceso característico de las publicaciones científicas.

Constanza Londoño Pérez

Psicóloga y magíster en Psicología y Salud de la Universidad Nacional de Colombia; doctora en Psicología de la Universidad de la Laguna, investigadora Senior de Colciencias, directora del Grupo de Investigación ENLACE de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia. Ganadora de múltiples distinciones por su labor investigativa y calidad académica. Ha escrito más de cuarenta artículos de investigación derivados de sus trabajos en el campo de la prevención del consumo de drogas, la participación de los psicólogos en política pública, asesora de la OMS y el MSPS en políticas de acompañamiento para la cesación de consumo de drogas. Con amplia trayectoria en el diseño, evaluación y validación de instrumentos dirigidos a evaluar aspectos psicológicos relacionados con el proceso salud-enfermedad. También es reconocida por sus trabajos en depresión masculina y transformaciones de la imagen corporal.

Ivonne Edith Alejo Castañeda

Psicóloga de la Universidad Católica de Colombia, magíster en Desarrollo Educativo y Social de la Universidad Pedagógica Nacional, Investigadora Asociada de Colciencias. Investigadora del Grupo de Investigación ENLACE de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia. Ha escrito diversos artículos de investigación derivados de sus trabajos en el campo de la promoción de la salud, la enfermedad crónica y la salud mental. Ha trabajado en la formación en investigación desde el semillero de investigación Balance, especialmente en temas relacionados con actividad física, conducta alimentaria y calidad de vida. También es reconocida por su labor de acompañamiento psicológico en personas con enfermedad crónica.

COLECCIÓN **LOGOS** 4
VESTIGIUM

Instrumentos usados en Colombia
para evaluar la dimensión psicológica
del proceso salud-enfermedad



Constanza Londoño Pérez
Ivonne Edith Alejo Castañeda



UNIVERSIDAD CATÓLICA
de Colombia
Vigilada Mineducación

Londoño Pérez, Constanza

Instrumentos usados en Colombia para evaluar la dimensión psicológica del proceso salud-enfermedad / Constanza Londoño Pérez, Ivonne Edith Alejo Castañeda. – Bogotá: Universidad Católica de Colombia, 2017

142 páginas : 17 x 24 cm

ISBN: 978-958-8934-75-4 (impreso)

978-958-8934-76-1 (digital)

I. Título. II. Alejo Castañeda, Ivonne Edith

1. PSICOLOGÍA CLÍNICA-COLOMBIA 2. PSICOLOGÍA CLÍNICA- PRUEBAS

Dewey 616.89 ed. 21

PROCESO DE ARBITRAJE

Primer concepto de evaluación:

30 de marzo de 2015

Segundo concepto de evaluación:

15 de febrero de 2016

© Universidad Católica de Colombia

© Constanza Londoño Pérez

Ivonne Edith Alejo Castañeda

Primera edición, Bogotá, D.C.

Marzo de 2017

DIRECCIÓN EDITORIAL

Stella Valbuena García

COORDINACIÓN EDITORIAL

María Paula Godoy Casasbuenas

CORRECCIÓN DE ESTILO

Gabriela de la Parra M.

DISEÑO DE COLECCIÓN

Juanita Isaza

DIAGRAMACIÓN

Juanita Isaza

PUBLICACIÓN DIGITAL

Hipertexto Ltda.

www.hipertexto.com.co

IMPRESIÓN

Xpress Estudio Gráfico y Digital S.A.

www.xpress.com.co

Bogotá, D.C., Colombia

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Avenida Caracas # 46-22

Bogotá, D. C.

psicologia@ucatolica.edu.co

EDITORIAL

Universidad Católica de Colombia

Av. Caracas 46 - 72 piso 5

Bogotá, D. C.

editorial@ucatolica.edu.co

Las pruebas citadas en este libro han sido obtenidas de publicaciones electrónicas, tesis de grado y sitios web relacionados. No son ni pretenden ser autoría de las autoras que escribieron la presente obra.

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida ni total ni parcialmente o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sin el permiso previo del editor.

Hecho el depósito legal

©Derechos reservados

Colaboradores :

Este trabajo fue planteado en el grupo de investigación Enlace, de la Universidad Católica de Colombia, en la línea de investigación en Psicología clínica, de la salud y las adicciones. Fue realizado por Constanza Londoño Pérez e Ivonne Edith Alejo Castañeda con la colaboración de Johana Briceño Márquez, María Alejandra Gutiérrez Ramírez y Óscar Javier Rodríguez Riveros, estudiantes de pregrado de la Facultad de Psicología.

Agradecimientos a:

Universidad Católica de Colombia, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Universidad El Bosque, Universidad de la Sabana, Universidad Nacional de Colombia, Pontificia Universidad Javeriana, Universidad de los Andes, Universidad de San Buenaventura, Hospital Simón Bolívar, Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, Clínica La Inmaculada, Hospital Militar Central, Clínica Nuestra Señora de la Paz, Fundación Santa fe de Bogotá, *Acta Colombiana de Psicología*, *Universitas Psychologica*, *Anales de Psicología*, *Psicología desde el Caribe*, *Psicothema*, *Suma Psicológica*, Scielo, Redalyc, Dialnet.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
PARTE 1.	
Reporte de investigación	11
1. Antecedentes teóricos y empíricos	11
2. Acerca del estudio que dio origen al catálogo	24
PARTE 2.	
Discusión y conclusiones	35
PARTE 3.	
Catálogo de instrumentos	39
Grupo 1. Instrumentos para evaluar regulación emocional	39
Grupo 2. Instrumentos para evaluar la percepción de sí mismo.....	67
Grupo 3. Instrumentos para evaluar creencias y esquemas	95
Grupo 4. Evaluación del soporte social y familiar	129
REFERENCIAS	136

La evaluación y la medición psicológica se consideran procesos fundamentales para la investigación en Psicología. En este libro se hace especial énfasis en la evaluación de los procesos psicológicos y su utilidad en la identificación de las condiciones de las personas que se encuentran en proceso de detección temprana, diagnóstico, tratamiento, recuperación o deterioro asociados con enfermedad crónica y su tratamiento.

Tras una revisión global del panorama de salud, se evidencia el papel determinante que tienen ciertas variables en la aparición, el curso y el desenlace de las enfermedades crónicas en general y, sobre todo, en población colombiana.

Antes de iniciar un breve recorrido en el análisis de estos aspectos, es preciso anotar que una enfermedad se considera crónica cuando un trastorno orgánico funcional se mantiene a lo largo de la vida y afecta a quien la padece, de modo que lo obliga a variar su estilo de vida para poder afrontarla efectivamente (OMS, s. f.). No hay un solo tipo de enfermedad crónica, ya que en este grupo se incluyen cardiopatías, cánceres, enfermedades pulmonares, osteomusculares y genitourinarias (Center for Disease Control and Prevention, 2016).

Estudios recientes realizados por la Agencia Internacional en población colombiana muestran el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles como el cáncer. Según sus estimativos, en el año 2002 se presentaron cerca de 70.750 casos nuevos de cáncer, sin incluir el cáncer de piel. En 2005 se registraron 30.693 defunciones por cáncer, que equivalen a 16.3% del total de defunciones; de estas, 15.195 fueron en hombres y 15.498 en mujeres, con una tasa cruda de mortalidad por cáncer de 71,8 por 100.000 y 71,6 por 100.000, respectivamente. En la población adulta masculina,

la principal localización del cáncer fue en estómago, próstata, colon y recto; en cambio, en las mujeres se ubicaba en cuello uterino, mama, estómago y pulmón (Ministerio de la Protección Social, 2009).

El Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) reportó que entre 1990 y 2005 el aumento de las enfermedades crónicas fue de un 62.6%. Asimismo, se incrementaron en un 11.3% las atribuidas a enfermedades infectocontagiosas por causas maternas, perinatales y nutricionales. En cuanto a las enfermedades cardiovasculares, en particular la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular y la hipertensión arterial ocuparon el primer lugar, seguidas del cáncer (Camargo y Gutiérrez, 2010).

En 2009, el Observatorio en Salud encontró que entre las cinco causas principales de mortalidad en Colombia estaban la enfermedad isquémica del corazón (28.650 casos), las agresiones u homicidios (16.913 casos), las enfermedades cerebrovasculares (14.555 casos), las enfermedades crónicas de las vías respiratorias (11.479 casos) y la diabetes mellitus (7.320 casos) (Robledo y Escobar, 2010).

En la actualidad se registra un incremento considerable de obesidad en la población colombiana. Los estudios al respecto en América Latina son escasos y es difícil identificar con precisión su prevalencia hoy en día; sin embargo, algunos aportan cifras que permiten vislumbrar el panorama: los hombres, con un 20% de peso por encima del indicado, incrementan en un 20% la probabilidad de muerte por enfermedades coronarias, en un 10% por accidentes cerebrovasculares y en un 40% de presentar enfermedades de la vesícula biliar y se duplica el riesgo de padecer diabetes (Daza, 2002).

Se ha demostrado que las condiciones psicológicas de las personas que afrontan enfermedades crónicas median en gran medida tanto el curso de la enfermedad como el ajuste a la misma y el desenlace de este evento de salud (De los Ríos, Ávila y Montes, 2005; Moreno *et al.*, 2004; Páez, Jofré, Azpiroz y De Bortoli, 2008). Por ello, diversos investigadores han propuesto múltiples instrumentos de evaluación, entre los que se cuentan inventarios, cuestionarios, test, listas de chequeo y escalas, entre otros. Todos ellos son de gran utilidad en la medición de los aspectos psicológicos de la enfermedad crónica en distintas latitudes.

En Colombia, su uso en ambientes sanitarios y comunitarios se ha extendido, pero existen serias limitaciones en la validación y estandarización debido a que las muestras utilizadas son no aleatorizadas o no resultan representativas de la población a la que se dirigen. Estas limitantes han sido reconocidas en distintos ámbitos y han sido motivo de discusión en el Colegio Colombiano de Psicólogos (León y Herrera, 2011).

En general, en el mundo se han identificado y descrito las competencias que debe tener un psicólogo para evaluar e intervenir en diversos campos. Así, la American Psychological Association, en Estados Unidos, creó la Competency Assessment Toolkit for Professional Psychology para definir las competencias profesionales (Kaslow *et al.*, 2009) y la Canadian Interprofessional Health Collaborative (Bainbridge, Nasmith, Orchard y Wood, 2010; CIHC, 2008) define el perfil profesional de los psicólogos y de otros profesionales de la salud. El Colegio Oficial de Psicólogos de España discute acerca de la importancia de dar calidad a la enseñanza, al entrenamiento y a la práctica evaluativa a los psicólogos para garantizar la idoneidad de su labor en un mundo globalizado; en ella señala la importancia de desarrollar estándares para los procesos de diseño, validación y adaptación de los instrumentos psicológicos (Fernández-Ballesteros *et al.*, 2003) y propone una guía para el desarrollo de los procesos de evaluación. El Colegio Colombiano de Psicólogos hace lo propio con la identificación de los perfiles profesionales de los psicólogos (2013-2014) y tiene un proyecto en curso para la definición de estándares de evaluación psicológica y el análisis de las calidades técnicas de las pruebas psicológicas desarrolladas o utilizadas en el ejercicio profesional del psicólogo (León y Herrera, 2011); a estos esfuerzos se han sumado estudios colombianos acerca del perfil general de los psicólogos (Torres, 2011) en los que se incluyen el manejo competente y ético de pruebas psicológicas entre las competencias más importantes.

Surge entonces la necesidad de hacer un inventario inicial de los instrumentos disponibles y en uso, así como evaluar si estos han sido diseñados, validados o adaptados bajo la estricta observancia de las condiciones psicométricas adecuadas, con pautas de aplicación, análisis e interpretación en la población colombiana y los procesos de medición y evaluación establecidos para el país.

El catálogo tiene como objetivo ofrecer una aproximación inicial al panorama de validación de los instrumentos utilizados en la evaluación de aspectos psicológicos en ambientes sanitarios y una descripción breve de su identificación. Para facilitar su uso y comprensión, se incluye el reporte global de la investigación que dio lugar al texto y una ficha técnica por instrumento ubicado, además de la reflexión acerca de los retos que les quedan a los psicólogos usuarios de estas herramientas para garantizar la calidad evaluativa y la acción ética profesional.

Los ejes temáticos sobre los cuales se obtuvo información se relacionan con los contextos sanitarios en donde hace presencia el psicólogo. Se identificaron algunas variables personales que son potencialmente medibles en las personas que padecen o están en riesgo de contraer una enfermedad crónica y que afectan su historia en cuanto a la aparición, al curso y al desenlace.

Introducción

Aquí se consideran especialmente aquellas que están asociadas con el ajuste emocional, la satisfacción y los comportamientos de protección o riesgo. En la primera categoría se encuentran los instrumentos para revisar la regulación emocional que abarcan aspectos afectivos y emocionales como depresión, ansiedad y el estrés; en la segunda, los relacionados con la evaluación de sí mismo, que incluyen la autoestima, el autoesquema, el autoconcepto y la imagen corporal; en la tercera, los que examinan creencias, atribuciones, actitudes y esquemas maladaptativos y en la cuarta, los que abordan estrés y afrontamiento, referidos al soporte social y familiar.

Resulta de utilidad la elaboración de un inventario de los instrumentos con los que se cuenta en el área de la Psicología de la Salud, en el que se reporten sus usos específicos y se evidencien las necesidades en la construcción de manuales de empleo o instrumentos de medida para los aspectos que pretende identificar el psicólogo en los pacientes, su red de apoyo y los profesionales en salud. De igual manera, el catálogo permite ver el estado actual de dicho material con miras al desarrollo de nuevos instrumentos validados para población colombiana y la divulgación de los existentes para favorecer los procesos de evaluación en contextos de salud, tanto en la agilización como en la eficiencia de los mismos.

El catálogo consta de tres apartados: 1. Reporte de investigación; 2. Discusión y conclusiones, y 3. Catálogo de instrumentos.

En la parte 1, Reporte de investigación, los autores presentan a manera de artículo el estudio que dio lugar al catálogo. En este apartado se destaca el objetivo del estudio dirigido a crear un inventario de instrumentos diseñados, validados o adaptados a la población colombiana, que midan aspectos psicológicos relacionados con el proceso de detección, diagnóstico, tratamiento y recuperación en casos de enfermedad crónica. Se ofrece un registro detallado del avance obtenido en cuanto a su diseño, adaptación, validación, ubicación y acceso, organizado a manera de catálogo. La muestra documental incluyó 98 artículos, de los cuales se obtuvieron 87 instrumentos.

En la segunda parte, Discusión y conclusiones, se presentan las conclusiones del estudio y se detallan las futuras direcciones de la investigación en este campo. Se concluye que aunque parte de los instrumentos diseñados en otros continentes han sido validados para población latinoamericana, no tienen una validación formal para la población colombiana o su estado es preliminar y su ubicación y disponibilidad son limitadas.

En la tercera parte, Catálogo de instrumentos, están las fichas técnicas de los instrumentos. Incluye una introducción acerca de los aspectos globales que se evalúan con los instrumentos hallados y se presenta una ficha técnica amplia de cada uno.

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 (Rosemman 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 Castañón 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

2

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Tras la revisión conceptual en relación con las categorías de análisis y los instrumentos de evaluación encontrados, se identificaron 98 instrumentos en total. Sin embargo, la muestra documental obtenida se compone de instrumentos que son utilizados en el ámbito hospitalario y clínico y un porcentaje reducido de estos cuenta con algún tipo de validación para población colombiana. En el caso de algunos instrumentos recuperados, se optó por seleccionar aquellos que contaran con validación o adaptación latinoamericana como un criterio de inclusión a la muestra documental.

En su mayoría cumplen con criterios de validez y confiabilidad para población latinoamericana, pero es importante trabajar por los mismos indicadores en población colombiana para que los resultados obtenidos tengan validez respecto a la variable que evalúa. Cabe anotar que parte de este trabajo ya se había adelantado sin que se cumplieran las condiciones de confiabilidad y validez de manera estricta que se habían previsto como necesarias en el campo de la salud en general, en especial si se desea que estas sirvan como base para la evaluación de avances en procesos de intervención en salud integral (De la Fuente y Tapia, 2001).

En la misma línea de Alarcón y Muñoz (2008), los hallazgos de este estudio y las descripciones mencionadas permiten confirmar el alto grado de utilidad de los instrumentos de medición dentro del proceso de salud-enfermedad, puesto que permiten validar y complementar diagnósticos asociados con la condición psicológica y física no solo del paciente, sino del grupo de apoyo y del personal que le brinda la asistencia médica oportuna.

En el proceso de investigación y en comparación con lo encontrado con lo reportado por entidades prestadoras de salud, se observa que a pesar de recopilarse un número significativo de instrumentos utilizados en el ámbito hospitalario y clínico, en muchas

entidades el tiempo es insuficiente para utilizar más de una estrategia de evaluación y prima la entrevista clínica. Por tanto, el empleo de los instrumentos se presenta en el desarrollo de procesos de investigación sobre problemáticas particulares.

Como ya se había anotado, es importante el contraste de información con algún instrumento de medida para establecer una línea de base objetiva y evidenciar los cambios o avances del paciente; además, se garantiza el valor de medida y la utilidad de los instrumentos (Kaplan y Saccuzzo, 2006).

En cuanto a los temas de evaluación, se identifican cuatro temáticas: autoesquemas, depresión, ansiedad y factores de riesgo, que corresponden a las áreas o los procesos identificados por Zúñiga y otros autores (1999) y son evaluados típicamente en el campo de la salud. Al analizar la relación de estas con los procesos de salud-enfermedad, se aprecia que estas son determinantes respecto al proceso de aceptación y adaptación a una condición médica.

Por otra parte, es importante resaltar e incentivar la investigación y adecuación de los instrumentos de medición psicológica en población colombiana, ya que a pesar de contar con estrategias de adaptación idiomática, algunos ítems no son aplicables debido a su contenido expreso, es decir, como lo proponen Kaplan y Saccuzzo (2006) es necesario darle mayor utilidad clínica y técnica a los instrumentos y mayor aplicabilidad a partir del empleo del lenguaje, ya sea en su uso total o en la aplicación específica de los factores que los conforman. Generalmente, los enunciados de los instrumentos aluden a situaciones particulares del país de construcción o a modismos propios, condición que implica adaptaciones —al menos en el ámbito lexical— que les ofrecerán mayor consistencia (Carvajal *et al.*, 2011) y universalidad en su uso.

En cuanto al proceso de recuperación de información sobre los instrumentos, es importante resaltar que en su mayoría no mencionan la necesidad de que quien los aplique tenga cierta experticia para que oriente a quien lo responde, lo cual, desde la Psicometría, es un factor determinante de la validez de los resultados. Asimismo, se considera que la adaptación idiomática es determinante respecto a la utilidad del instrumento dentro del conjunto de estrategias de evaluación utilizadas por el psicólogo en los procesos de salud-enfermedad.

Acerca del manejo ético de los instrumentos, cabe señalar que aunque son muy pocos los validados en Colombia, todos los que se recuperaron tienen utilidad dentro del contexto de salud, ya que a pesar de sus características específicas en la presentación de los resultados y las dificultades idiomáticas, se convierten en un indicador inicial de la problemática del consultante. La veracidad de los resultados obtenidos de los instrumentos es parcial en el caso de aquellos que son construidos para otras

poblaciones, pero de la mano de otras estrategias de evaluación permiten validar diagnósticos y establecer planes de intervención coherentes con las necesidades de los consultantes.

Al evaluar el estado de validación del reducido número de instrumentos que reportan algún análisis de este tipo —aun cuando cuentan con análisis factoriales, índices de consistencia interna altos o moderados—, es relevante que las muestras utilizadas fueron seleccionadas en grupos de conveniencia ubicados en regiones específicas del país; esto es importante si se tiene en cuenta que en todos los casos los análisis se hicieron usando constructos que corresponden a la teoría clásica de los test en los que la representatividad de las muestras es crucial. Entonces, es posible concluir que en buena parte de los casos solo puede hablarse de validaciones preliminares o selectivas.

Con el presente estudio, se hace evidente la necesidad de dedicar tiempo al desarrollo de ejercicios investigativos cuya finalidad sea caracterizar las problemáticas psicológicas propias del contexto colombiano y determinar la manera más adecuada de evaluarlas.

No obstante, los resultados ponen de manifiesto la importancia de evaluar la comorbilidad entre las condiciones médicas de carácter transitorio o crónico con las condiciones mentales de los pacientes; de allí la ventaja de poder contar con instrumentos que examinan la relación, el desarrollo o la presencia de cuadros diagnósticos mentales cuando ha surgido una condición de enfermedad física, por ejemplo, una enfermedad coronaria y su vínculo con cuadros ansiosos o enfermedades crónicas como el cáncer y la existencia de cuadros depresivos o adaptativos (Camargo y Gutiérrez, 2010; Daza, 2002; Robledo y Escobar, 2010).

El rol del psicólogo dentro del equipo interdisciplinario y multidisciplinario es fundamental en los procesos de evaluación e intervención integral, al brindar no solo un acompañamiento permanente en las fases de enfermedad, sino al contribuir al mejoramiento o mantenimiento de la calidad de vida del paciente y de su entorno. Además, incluye en la evaluación a los otros actores del sistema de salud, entre los que Schlaepfer e Infante (1990) ya habían identificado a la familia, los profesionales de la salud y al personal que apoya al cuerpo médico en la labor interventiva y son reconocidos en los resultados de esta investigación.

Los estudios centrados en la recolección y el análisis de los instrumentos psicológicos útiles en cada una de las áreas aplicadas de la Psicología (Clínica, Salud, Organizacional, Educativa, Jurídica y Comunitaria) pueden garantizar que los procesos de evaluación sean más confiables y que se puedan establecer programas de intervención acordes con los contextos correspondientes. Este tipo de investigación puede arrojar

resultados con mayor peso investigativo, en la medida en que se retomen únicamente aquellos instrumentos cuyo reporte aparece publicado en revistas de reconocimiento científico, más que aquellas cuyo reporte se encuentra en documentos académicos (tesis y monografías, entre otros).

En Colombia, se hace necesario el desarrollo de procesos de investigación en los que se busque validar instrumentos que hayan sido aplicados y validados en diversas poblaciones, ya que esto garantiza que el instrumento cumple con criterios de validez y confiabilidad y se puede utilizar en la población. La validación por cuestiones de costos y tiempo es una alternativa viable en el caso de las investigaciones psicométricas. Para el caso particular de la Psicología de la Salud, se convierte en una buena alternativa para incrementar el número de recursos dentro del proceso de evaluación, ya que no se cuenta con un banco de instrumentos suficientes (inventarios, escalas y listas de chequeo, entre otros).

3

CATÁLOGO DE INSTRUMENTOS

Grupo 1. Instrumentos para evaluar la regulación emocional (ansiedad y depresión)

Cuestionario de ansiedad estado rasgo niños	
Nombre técnico	Staic
Autores	C. D. Spielberger (validación colombiana: Castrillón y Borrero)
Año de publicación	2005
Finalidad de evaluación	Características de la ansiedad
Base teórica	Teoría de ansiedad rasgo-estado de Spielberger (1972)
Descripción general	El instrumento evalúa dos aspectos: el estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos en relación con el sistema nervioso autónomo y la propensión ansiosa relativamente estable a percibir las situaciones como amenazadoras.
Posibles usos	En preparación y realización de procedimientos médico-quirúrgicos y acompañamiento de personas y familiares con enfermedad crónica.
Evaluados	Pacientes X Cuidadores X Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de resultados	Puntuación centil
Población de estandarización	Colombiana
Edad de aplicación	9 a 12 años
Duración de la aplicación	10 a 15 minutos
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	Castrillón, D. y Borrero, P. (s. f.). Procesos de cambio en estudiantes consumidores de alcohol. Validación del Inventario de ansiedad estado-rasgo (Staic) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años. <i>Acta Colombiana de Psicología</i> , 13, 79-90.
Referencia	Castrillón, D. y Borrero, P. (2005). Validación del inventario de ansiedad estado rasgo (Staic) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años. <i>Acta Colombiana de Psicología</i> , 13, 79-90.

Catálogo de instrumentos

State Trait Anxiety Inventory	
Nombre técnico	STAI
Autores	Spielberger, Gousuch y Lushene
Año de publicación	1968
Finalidad de evaluación	Características de la ansiedad
Base teórica	Teoría de ansiedad rasgo-estado de Spielberger (1972).
Descripción general	Consta de dos escalas que miden facetas diferente de la ansiedad: el estado y el rasgo. La escala de estado informa sobre la intensidad con la que aparecen síntomas de la ansiedad ante un evento concreto y la escala de rasgo indica cómo se siente habitualmente.
Posibles usos	En preparación y realización de procedimientos médico-quirúrgicos y acompañamiento de personas y familiares con enfermedad crónica.
Evaluados	Pacientes X Cuidadores X Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de resultados	Puntaje centil
Población de estandarización	Española
Edad de aplicación	16 en adelante
Duración de la aplicación	Entre 10 y 15 minutos
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	Martínez, F., Cano, A., Castillo, J., Sánchez, J., Ortiz, B. y Gordillo, E. (1995). Una escala reducida de ansiedad basada en el Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA): un estudio exploratorio. <i>Anales de Psicología</i> , 11,97-104.
Referencia	Antuña-Bernardo, S., García-Vega, E., González, A., Secades, R., Errasti, J. y Curto, J. R. (2000). Perfil psicológico y calidad de vida pacientes con enfermedades dermatológicas. <i>Psicothema</i> , 12(supl. 2), 30-34.

Escala de Hamilton para ansiedad	
Nombre técnico	HADS
Autores	M. Hamilton (versión española: Carrolles y otros autores)
Año de publicación	1969 (versión española: 1986)
Finalidad de evaluación	Intensidad de la ansiedad
Base teórica	Procedencia teórica mixta.
Descripción general	Es una escala heteroadministrada por el personal clínico, una vez se ha llevado a cabo la entrevista inicial y se sospecha de la presencia de sintomatología ansiosa. Su medida se hace en términos de intensidad y frecuencia.
Posibles usos	En preparación y realización de procedimientos médico-quirúrgicos y acompañamiento de personas y familiares con enfermedad crónica, en especial enfermedad coronaria y fibromialgia.
Evaluados	Pacientes X Cuidadores X Personal de salud X
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de resultados	Puntuaciones directas
Población de estandarización	Española
Edad de aplicación	16 años en adelante
Duración de la aplicación	30 minutos
Material	Cuestionario y hoja de respuestas
Medios	Servicio Andaluz de Salud. (s. f.). <i>Escala de ansiedad de Hamilton</i> . Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT7_AnsHamilton.pdf
Referencia	Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V., Raúl Rivero, R., García, L. y Oblitas, L. (2008). Ansiedad, depresión y salud. <i>Suma Psicológica</i> , 15(1), 43-73.

Catálogo de instrumentos

Escala de intolerancia a la incertidumbre	
Nombre técnico	EII
Autores	González, Cubas, Rovella y Herrera
Año de publicación	2006
Finalidad de evaluación	Detección del nivel de intolerancia hacia la incertidumbre
Base teórica	Teoría de la indefensión y la intolerancia a la incertidumbre de Alloy, Nelly, Mineka y Clements (1990).
Descripción general	Este instrumento evalúa las reacciones emocionales, cognitivas y conductuales, las implicaciones de la incertidumbre y los intentos de control de consecuencias futuras.
Posibles usos	Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en preparación y realización de procedimientos médico-quirúrgicos y en acompañamiento de personas y familiares con enfermedad crónica.
Evaluados	Pacientes X Cuidadores X Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de resultados	Puntuaciones directas
Población de estandarización	Española
Edad de aplicación	18 años en adelante
Duración de la aplicación	13 minutos
Material	Hoja de respuestas
Medios	Información no disponible
Referencia	González, M., Cubas, R., Rovella, A. y Darías, M. (2006). Adaptación española de la escala de intolerancia hacia la incertidumbre: procesos cognitivos, ansiedad y depresión. <i>Psicología y Salud</i> , 16(2), 219-233.

Escala de ansiedad y depresión en hospital	
Nombre técnico	Escala de ansiedad y depresión en hospital
Autores	Zigmond y Snaith
Año de publicación	1983
Finalidad de evaluación	Ansiedad y depresión en el ámbito hospitalario
Base teórica	Procedencia teórica mixta
Descripción general	<p>Detecta estados de depresión y ansiedad en pacientes de servicios hospitalarios no psiquiátricos.</p> <p>Es un cuestionario autoaplicado de catorce ítems, integrado por una subescala de ansiedad y otra de depresión.</p>
Posibles usos	En preparación y realización de procedimientos médico-quirúrgicos y acompañamiento de personas y familiares con enfermedad crónica.
Evaluados	Pacientes X Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva Individual X
Presentación de resultados	Puntuaciones directas
Población de estandarización	Española
Edad de aplicación	Adultos
Duración de la aplicación	Entre 20 y 30 minutos
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	Información no disponible
Referencia	Pérez, M. Á., Rodríguez, A. M. y Pérez, J. (2005). Salud mental de los familiares de los trasplantados. <i>Psicothema</i> , 17(4), 651-656.

Catálogo de instrumentos

Escala de ansiedad y depresión de Leeds	
Nombre técnico	Escala de ansiedad y depresión de Leeds
Autores	Snaith, Bridge y Hamilton
Año de publicación	1976
Finalidad de evaluación	Ansiedad y depresión
Base teórica	Procedencia teórica mixta
Descripción general	Consta de 22 ítems con 4 alternativas de respuesta. Proporciona una puntuación total ansiedad-depresión y en 5 subescalas: ansiedad específica, depresión específica, puntuación diferencial y a partir de esta última se obtiene predominio de sintomatología ansiosa o predominio de sintomatología depresiva, si se presenta un caso mixto.
Posibles usos	En preparación y realización de procedimientos médico-quirúrgicos, especialmente en casos de trasplantes y en acompañamiento de personas y familiares con enfermedad crónica.
Evaluados	Pacientes Cuidadores X Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de resultados	Puntuaciones directas
Población de estandarización	Española
Edad de aplicación	Adultos
Duración de la aplicación	Entre 10 y 15 minutos
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	Información no disponible
Referencia	Pérez, M. Á., Rodríguez, A. M. y Pérez, J. (2005). Salud mental de los familiares de los trasplantados. <i>Psicothema</i> , 17(4), 651-656.

Cuestionario de cognición hacia la enfermedad	
Nombre técnico	Cuestionario de cognición hacia la enfermedad
Autores	Vinaccia
Año de publicación	1976
Finalidad de evaluación	Ansiedad y depresión
Base teórica	Teoría de la cognición acerca de la enfermedad, que recopila teoría de la desesperanza, aceptación y beneficios percibidos, propuesta por Stefano Vinaccia (2003).
Descripción general	Compuesto de 18 ítems tipo Likert, con 4 opciones de respuesta que van desde 1 (nada) hasta 4 (completamente) y 3 subescalas: desesperanza, aceptación y beneficios percibidos. Cada una agrupa 6 ítems.
Posibles usos	En preparación y realización de procedimientos médico-quirúrgicos y acompañamiento de personas y familiares con enfermedad crónica, especialmente cáncer.
Evaluados	Pacientes X Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva Individual X
Presentación de resultados	Puntuación T
Población de estandarización	Colombiana
Edad de aplicación	Adultos
Duración de la aplicación	Libre
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	Información no disponible
Referencia	Vinaccia, S., Arango, C., Cano, É., Tobón, S., Moreno, E. y López, A. (2006). Evaluación del patrón de conducta tipo c y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnóstico de cáncer colorrectal. <i>Universitas Psychologica</i> , 5(3), 575-583.

Catálogo de instrumentos

Cuestionario de preocupación y ansiedad CPA	
Nombre técnico	CPA
Autores	Dugas, Freeston, Lachance, Provencher y Ladoceur
Año de publicación	1995
Finalidad de evaluación	Evaluar trastorno de ansiedad generalizada
Base teórica	Teoría de la preocupación de Wells y Matthews (1996)
Descripción general	El cuestionario consta de 20 ítems con 5 alternativas de respuesta (1= nada característico de mí y 5= extremadamente característico de mí). Su objetivo es localizar núcleos de preocupación y ver cómo se valoran dichos argumentos.
Posibles usos	En preparación y realización de procedimientos médico-quirúrgicos y acompañamiento de personas y familiares con enfermedad crónica, en especial si se sospecha la existencia de un trastorno de ansiedad generalizada.
Evaluados	Pacientes X Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva Individual X
Presentación de resultados	Puntuaciones centil
Población de estandarización	Española
Edad de aplicación	Adultos
Duración de la aplicación	15 minutos aproximadamente
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	Información no disponible
Referencia	González, M., Bethecourt, J., Fumero, A. y Fernández, A. (2006). Adaptación española del cuestionario "¿Por qué preocuparse?". <i>Psicothema</i> , 18(2), 313-318.

Perfil del estrés			
Nombre técnico	Perfil del estrés		
Autores	Nowack Kenneth		
Año de publicación	2005		
Finalidad de evaluación	Estrés y riesgo para la salud		
Base teórica	Teoría del estrés y del afrontamiento de Richard Lazarus y Folkman (1986)		
Descripción general	Consta de 118 ítems que agrupan 7 dimensiones con 5 opciones de respuesta.		
Posibles usos	En preparación y realización de procedimientos médico-quirúrgicos, y acompañamiento de personas y familiares con enfermedad crónica.		
Evaluated	Pacientes X	Cuidadores X	Personal de salud X
Forma de aplicación	Colectiva X	Individual X	
Presentación de resultados	Puntuaciones directas		
Población de estandarización	Mexicana		
Edad de aplicación	20 a 68 años		
Duración de la aplicación	25 minutos		
Material	Manual, folleto de aplicación y formato de respuestas		
Medios	Nowack, K. M. (2002). <i>Perfil de estrés</i> . Ciudad de México: Manual Moderno.		
Referencia	Preciado-Serrano, M. L. y Vázquez-Goñi, J. M. (2010). Perfil de estrés y síndrome de Burnout en estudiantes mexicanos de odontología. <i>Revista Chilena de Neuro-psiquiatría</i> , 48(1), 11-19.		

Catálogo de instrumentos

Escala de ansiedad manifiesta en adultos	
Nombre técnico	AMAS
Autores	Cecil R. Reynolds, B. O. Richmond y P. A. Lowe
Año de publicación	Información no disponible
Finalidad de evaluación	Grado de ansiedad
Base teórica	Teoría de la ansiedad manifiesta de Reynolds y Richmond (1997)
Descripción general	Consta de 3 inventarios para medir el grado de ansiedad en adultos. AMAS-A cuenta con 36 reactivos que competen a 4 subescalas, aplicable en edades de 19 a 59 años. AMAS-C está integrado por 49 reactivos concernientes a 5 subescalas. Evalúa el grado de ansiedad experimentado por personas adultas. AMAS-E comprende 44 reactivos divididos en 4 subescalas, enfocado en personas de 60 años en adelante.
Posibles usos	En preparación y realización de procedimientos médico-quirúrgicos y acompañamiento de personas y familiares con enfermedad crónica.
Evaluados	Pacientes X Cuidadores X Personal de salud X
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de los resultados	Puntuación T, perfil
Población de estandarización	Mexicana
Edad de aplicación	18 años en adelante
Duración de la aplicación	15 minutos
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	Hernández-Guzmán, L., Bermúdez-Ornelas, G., Spence, S., González, M., Martínez-Guerrero, J. Aguilar, J. y Gallegos, J. (2010). Versión en español de la Escala de ansiedad para niños de Spence (SCAS). <i>Revista Latinoamericana de Psicología</i> , 42(1), 13-24.
Referencia	Hernández-Guzmán, L., Bermúdez-Ornelas, G., Spence, S., González, M., Martínez-Guerrero, J. Aguilar, J. y Gallegos, J. (2010). Versión en español de la Escala de ansiedad para niños de Spence (SCAS). <i>Revista Latinoamericana de Psicología</i> , 42(1), 13-24.

Test de orientación de vida revisado	
Nombre técnico	LOT-R
Autores	Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro
Año de publicación	1998
Finalidad de evaluación	Afrontamiento
Base teórica	Teoría de optimismo, de Martin Seligman (1991)
Descripción general	Consta de 6 ítems que discriminan 2 dimensiones (optimismo y pesimismo), por medio de una escala de Likert de 5 puntos.
Posibles usos	Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en preparación y realización de procedimientos médico-quirúrgicos y en acompañamiento de personas y familiares con enfermedad crónica.
Evaluados	Pacientes X Cuidadores X Personal de salud X
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de los resultados	Puntuaciones directas
Población de estandarización	Chilena
Edad de aplicación	18 años en adelante
Duración de la aplicación	3 a 5 minutos
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	Aeces. (s. f.). <i>Evaluación de los estilos de vida y hábitos saludables para el envejecimiento activo</i> . Recuperado de www.longevidad.org/5_evaluacion-psicologica
Referencia	Vera-Villarroel, P., Córdova-Rubio, N. y Celis-Atenas, K. (2009). Evaluación del optimismo: un análisis preliminar del Life Orientation Test versión revisada (LOT-R) en población chilena. <i>Universitas Psychologica</i> , 8(1), 61-68.

Catálogo de instrumentos

Inventario de preocupación de Pensilvania	
Nombre técnico	PSWQ
Autores	Meyer, Miller Metzger y Borkovec (versión española: Ruiz, Montorio y Nuevo).
Año de publicación	1990 (versión española: 2002)
Finalidad de evaluación	Tendencia general del individuo a preocuparse. Preocupación-rasgo
Base teórica	Teoría interaccionista de la ansiedad, de Endler y Magnuson (1974, 1976).
Descripción general	Evalúa la tendencia general a preocuparse de manera excesiva e incontrolable o preocupación-rasgo, que puede llegar a cumplir un importante rol en todos los procesos emocionales y en los trastornos de ansiedad, específicamente en el trastorno de ansiedad generalizada y en menor proporción en los trastornos del estado de ánimo.
Posibles usos	Problemáticas de ansiedad y estrés
Evaluados	Pacientes X Cuidadores X Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de los resultados	Puntuaciones directas
Población de estandarización	Española, estadounidense
Edad de aplicación	Adultos
Duración de la aplicación	5 a 7 minutos
Material	Hoja de respuesta
Medios	“Inventario de Preocupación de Pensilvania (Penn State Worry Questionnaire)”. (s. f.). Recuperado de http://eoeepsabi.educa.aragon.es/descargas/H_Recursos/h_6_Psicol_Clinica/h.6.4.Instrumentos_evaluac/05.PSWQ_Invent_preocupacion_pensilvania.pdf
Referencia	Ruiz, M., Montorio, I. y Nuevo, R. (2002). Aplicabilidad del Inventario de preocupación de Pensilvania a población de edad avanzada. <i>Ansiedad y Estrés</i> , 8(2-3), 157-172.

Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad	
Nombre técnico	ISRA
Autores	J. J. Miguel Tobal y A. R. Cano Yindel
Año de publicación	1997
Finalidad de evaluación	Ansiedad
Base teórica	Teoría interaccionista de la ansiedad (Endier y Magnuson, 1974,1976a).
Descripción general	Consta de 69 ítems que permiten medir el grado de ansiedad de cualquier individuo, a partir de los 15-16 años, en los 3 sistemas de respuesta: motor, cognitivo y fisiológico.
Posibles usos	Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en preparación y realización de procedimientos médico-quirúrgicos y en acompañamiento de personas y familiares con enfermedad crónica.
Evaluados	Pacientes X Cuidadores X Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de los resultados	Baremos y perfil
Población de estandarización	Española
Edad de aplicación	16 años en adelante (con suficiente capacidad de comprensión y ejecución de tareas)
Duración de la aplicación	50 minutos aproximadamente
Material	Hoja de perfil (sistemas de respuesta), hoja de perfil (rasgos específicos) y manual de aplicación, corrección e interpretación.
Medios	Martínez, F., Cano, A., Castillo, J., Sánchez, J., Ortiz, B. y Gordillo, E. (1995). Una escala reducida de ansiedad basada en el Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA): un estudio exploratorio. <i>Anales de Psicología</i> , 11,97-104.
Referencia	Martínez, F., Cano, A., Castillo, J., Sánchez, J., Ortiz, B. y Gordillo, E. (1995). Una escala reducida de ansiedad basada en el Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA): un estudio exploratorio. <i>Anales de Psicología</i> , 11,97-104.

Catálogo de instrumentos

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg	
Nombre técnico	EADG
Autores	Goldberg y otros autores
Año de publicación	1998
Finalidad de evaluación	Ansiedad y depresión
Base teórica	Procedencia mixta
Descripción general	Se trata de un instrumento que, además de confirmar o descartar el diagnóstico hacia ansiedad o depresión, discrimina y dimensiona sus respectivas intensidades.
Posibles usos	Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en preparación y realización de procedimientos médico-quirúrgicos y en acompañamiento de personas y familiares con enfermedad crónica.
Evaluados	Pacientes X Cuidadores X Personal de salud X
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de los resultados	Puntuación directa
Población de estandarización	Española
Edad de aplicación	18 a 80 años
Duración de la aplicación	15 minutos
Material	Hoja de sistema de respuesta
Medios	“Anexo 2. Instrumentos de medida de la ansiedad”. (s. f.). Recuperado de http://salpub.uv.es/pspic/docs/Escalas+Instrum_valoracion_atencion_domiciliaria/085_ESCALA_ANSIEDAD_DEPRESION_GOLDBERG.pdf
Referencia	Balanza, S., Morales, I. y Guerrero, J. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y sociofamiliares asociados. <i>Clínica y Salud</i> , 20(2), 177-187.

Escala hospitalaria de ansiedad y depresión			
Nombre técnico	HAD		
Autores	Rico, Restrepo y Molina		
Año de publicación	Validación colombiana: 2005		
Finalidad de evaluación	Detección de trastornos depresivos y ansiosos en el contexto hospitalario no psiquiátrico.		
Base teórica	Procedencia teórica mixta		
Descripción general	Este instrumento detecta trastornos depresivos y ansiosos en el contexto hospitalario no psiquiátrico.		
Posibles usos	Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en preparación y realización de procedimientos médico-quirúrgicos y en acompañamiento de personas y familiares con enfermedad crónica, especialmente en enfermedad coronaria y cáncer.		
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva		Individual X
Presentación de los resultados	Puntuaciones directas		
Población de estandarización	Colombiana		
Edad de aplicación	18 años en adelante		
Duración de la aplicación	20 a 30 minutos		
Material	Hoja de respuestas y cuestionario		
Medios	Laboratorio de comportamiento exploratorio. Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil. Tel. 55 16 6023631. Correo electrónico: javierl@usp.br		
Referencia	Rico, J., Restrepo, M. y Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. <i>Avances en Medición</i> , 3, 73-86.		

Catálogo de instrumentos

Instrumento de autoestima infantil	
Nombre técnico	IDAI
Autores	Brown y Alexander
Año de publicación	1991
Finalidad de evaluación	Autoestima infantil
Base teórica	Procedencia teórica mixta
Descripción general	Este instrumento mide la autoestima en niños, de acuerdo con sus áreas de ajuste (familiar, social y escolar).
Posibles usos	Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en preparación y realización de procedimientos médico-quirúrgicos y en acompañamiento de personas y familiares con enfermedad crónica.
Evaluados	Pacientes X Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de los resultados	Puntuación T
Población de estandarización	Mexicana
Edad de aplicación	8 a 12 años
Duración de la aplicación	40 minutos
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	Facultad de Psicología, Universidad Intercontinental. Avenida Insurgentes Sur 4135, Santa Úrsula Xitla, Tlalpan, 14420, Ciudad de México o Facultad de Psicología, Universidad del Valle de México. Campus Tlalpan, Ciudad de México.
Referencia	Giménez, C., Cortés, M. y Loaeza, P. (2003). Confiabilidad y validación con niños mexicanos de dos instrumentos que miden la autoestima. <i>Salud Mental</i> , 26(4), 40-46.

Inventario de depresión estado-rasgo			
Nombre técnico	IDER		
Autores	Spielberger, Agudelo y Buela-Casal		
Año de publicación	2008		
Finalidad de evaluación	Componentes afectivos de la depresión		
Base teórica	Área de contenido, distimia estado, eutimia estado, distimia rasgo, eutimia rasgo.		
Descripción general	Consta de 10 ítems con 4 opciones de respuesta en escala de Likert. El cuestionario consta de 2 escalas: rasgo y estado, cada una con 10 ítems: 5 para distimia y 5 para eutimia.		
Posibles usos	Depresión		
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva	X	Individual X
Presentación de los resultados	Puntuaciones directas		
Población de estandarización	Colombiana		
Edad de aplicación	16 años en adelante		
Duración de la aplicación	7 a 10 minutos		
Material	Manual y hoja de respuestas		
Medios	Agudelo, D. (2009). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER) con adolescentes y universitarios de la ciudad de Bucaramanga. <i>Pensamiento psicológico</i> , 5(12), 139-160.		
Referencia	Agudelo, D. (2009). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER) con adolescentes y universitarios de la ciudad de Bucaramanga. <i>Pensamiento Psicológico</i> , 5(12), 139-160.		

Catálogo de instrumentos

Escala de depresión geriátrica de Yesavage (versión abreviada o reducida)	
Nombre técnico	GDS
Autores	Adaptada y validada al castellano por Martínez, Vilches y Herrero
Año de publicación	1982. Validación y adaptación: 2002
Finalidad de evaluación	Estado afectivo de los ancianos
Base teórica	Aspectos cognitivos-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano.
Descripción general	Es un cuestionario de quince ítems de respuestas dicotómicas (sí/no). Su contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano.
Posibles usos	Depresión, demencias
Evaluados	Pacientes X Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de los resultados	Puntuación directa
Población de estandarización	Española
Edad de aplicación	Adulto mayor
Duración de la aplicación	10 a 15 minutos
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	De la Vega, R. y Zambrano, A. (s. f.). <i>Escala de Yesavage abreviada</i> . Recuperado de http://www.hipocampo.org/yesavagepetite.asp
Referencia	Martínez, J., Onís, M., Dueñas, R., Albert, C., Aguado, C. y Luque, R. (2002). Versión española del Cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. <i>Medifam</i> , 12(10), 620-630.

Cuestionario básico de depresión	
Nombre técnico	CBS
Autores	Peñate
Año de publicación	2001
Finalidad de evaluación	Cualidad del rasgo de la depresión
Base teórica	Depresión
Descripción general	Evalúa la cualidad del rasgo de la depresión mediante la identificación de la frecuencia de los síntomas, los cuales están basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV.
Posibles usos	Todos los cuadros depresivos y trastorno de adaptación
Evaluados	Pacientes X Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de los resultados	Puntuación directa
Población de estandarización	Española
Edad de aplicación	18 años en adelante
Duración de la aplicación	15 minutos
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	Universidad de La laguna. Wenceslao Peñate Castro, coordinador académico (España).
Referencia	Ocampo, L. (2007). Análisis correlacional del cuestionario de depresión estado/rasgo con una muestra de adolescentes y universitarios de la ciudad de Medellín (Colombia). <i>Psicología del Caribe</i> (20), 28- 49.

Catálogo de instrumentos

Inventario de salud mental de cinco reactivos			
Nombre técnico	MHI-5		
Autores	Información no disponible		
Año de publicación	Información no disponible		
Finalidad de evaluación	Depresión en pacientes que acuden a un servicio de primer nivel de atención.		
Base teórica	Depresión		
Descripción general	Consta de cinco reactivos. Sirve como prueba de tamizaje para identificar si se presentan estados depresivos.		
Posibles usos	Depresión		
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva		Individual X
Presentación de los resultados	Puntuaciones directas		
Población de estandarización	Información no disponible		
Edad de aplicación	Adultos		
Duración de la aplicación	5 minutos aproximadamente		
Material	Cuestionario autorreporte		
Medios	Información no disponible		
Referencia	Navarro, C., Lara M. y Mondragón, L. (2002). Validez y confiabilidad del MHI-5 para evaluar la depresión de mujeres en primer nivel de atención. <i>Salud Mental</i> , 25(6), 13-20.		

Inventario de depresión para adultos de Beck				
Nombre técnico	BDI			
Autores	Beck, Brown y Steer (versión castellana: Vázquez y Sanz)			
Año de publicación	1961 (versión castellana: 1991)			
Finalidad de evaluación	Síntomas depresivos según criterios DSM-IV			
Base teórica	Depresión ausente o mínima, depresión leve, depresión moderada y depresión grave.			
Descripción general	Evalúa la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión. Los ítems se relacionan con síntomas depresivos, tanto emocionales como cognitivos y físicos.			
Posibles usos	Depresión, traumatismo craneoencefálico			
Evalutados	Pacientes	X	Cuidadores	Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva	X	Individual	X
Presentación de los resultados	Puntuaciones directas			
Población de estandarización	Española			
Edad de aplicación	13 años en adelante			
Duración de la aplicación	10 a 15 minutos			
Material	Cuestionario autorreporte			
Medios	Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (s. f.). <i>Evaluación del inventario BDI-II</i> . Recuperado de http://www.tengodepresionyansiedad.com/images/INVENTARIO%20DE%20DEPRESION%20DE%20BECK.pdf			
Referencia	Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. <i>Psicothema</i> , 10(2), 303-318.			

Catálogo de instrumentos

Escala de depresión de Calgary				
Nombre técnico	CDS			
Autores	Addington, Addington y Schissel			
Año de publicación	1993			
Finalidad de evaluación	Síntomas depresivos tanto en primeros episodios y descompensaciones agudas como en esquizofrénicos estabilizados.			
Base teórica	Depresión, desesperanza, autodepreciación, ideas autorreferidas de culpa, culpa patológica, depresión matutina, despertar precoz, suicidio, depresión observada.			
Descripción general	Mide el grado de depresión en los pacientes esquizofrénicos, tanto en la fase aguda como en los estados deficitarios, al tiempo que trata de distinguirla de los síntomas positivos, negativos y extrapiramidales que pueden existir.			
Posibles usos	Esquizofrenia			
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores	Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva	X	Individual	X
Presentación de los resultados	Puntuación directa			
Población de estandarización	Española			
Edad de aplicación	Adultos			
Duración de la aplicación	10 minutos			
Material	Cuestionario autorreporte			
Medios	bibliopro.org. (s. f.). <i>Escala de depresión de Calgary (ficha técnica)</i> . Recuperado de http://www.portalpsicologico.org/cuestionarios-y-test/test-escala-de-depresion-de-calgary.html			
Referencia	Dueñas, R., Mensa, I., Sarró, S., Galve, L. y Mediavilla, R. (2005). Validación de la escala de Calgary en pacientes con esquizofrenia crónica. <i>Informaciones Psiquiátricas</i> , 4(182), 203-214.			

Inventario de depresión infantil			
Nombre técnico	CDI		
Autores	María Kovacs		
Año de publicación	2004		
Finalidad de evaluación	Síntomatología depresiva en niños		
Base teórica	Disforia y autoestima negativa		
Descripción general	Es un instrumento de evaluación rápida de la sintomatología depresiva en niños.		
Posibles usos	Depresión en niños		
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva	X	Individual X
Presentación de los resultados	Puntuación directa		
Población de estandarización	Puertorriqueña		
Edad de aplicación	7 a 15 años		
Duración de la aplicación	Entre 10 y 25 minutos		
Material	Cuestionario autorreporte		
Medios	Kovacs, M. (s. f.). <i>CDI Inventario de depresión infantil</i> . Madrid: Tea.		
Referencia	Ramírez, R. (2009). <i>Adaptación del Inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca</i> . (Tesis de pregrado). Universidad Católica del Perú, Lima.		

Catálogo de instrumentos

Versión abreviada de la Escala de Zung para la depresión			
Nombre técnico	EZ-D		
Autores	Díaz, Campo, Rueda y Barros		
Año de publicación	2005		
Finalidad de evaluación	Medir la severidad de un episodio depresivo mayor en pacientes psiquiátricos hospitalizados.		
Base teórica	Estado de ánimo, depresión		
Descripción general	Consta de diez ítems que discriminan la frecuencia con la que se han presentado los síntomas depresivos en las últimas dos semanas.		
Posibles usos	Depresión		
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva	X	Individual X
Presentación de los resultados	Puntuaciones directas		
Población de estandarización	Colombiana		
Edad de aplicación	Adultos		
Duración de la aplicación	5 minutos aproximadamente		
Material	Cuestionario autorreporte		
Medios	Díaz, L., Campo, A., Rueda, G. y Barros, J. (2005). Propuesta de una versión abreviada de la Escala de Zung para depresión. <i>Colombia Médica</i> , 36(3). Recuperado de http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/360/1129		
Referencia	Díaz, L., Campo, A., Rueda, G. y Barros, J. (2005). Propuesta de una versión abreviada de la Escala de Zung para depresión. <i>Colombia Médica</i> , 36(3). Recuperado de http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/360/1129		

Escala de Hamilton para la depresión	
Nombre técnico	HDRS
Autores	Versión validada al castellano por Ramos-Brieva y otros autores
Año de publicación	1986
Finalidad de evaluación	Identificar personas depresivas
Base teórica	Intensidad de la depresión
Descripción general	Es un instrumento heteroaplicable, diseñado para pacientes ya diagnosticados con depresión. Evalúa cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valora los cambios del paciente deprimido.
Posibles usos	Depresión, fibromialgia, esclerosis múltiple
Evaluados	Pacientes X Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de los resultados	Puntuación directa y categorización
Población de estandarización	Española
Edad de aplicación	Adultos
Duración de la aplicación	10 a 15 minutos
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	Purriños, J. (s. f.). <i>Escala de Hamilton-Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)</i> . Recuperado de http://www.meiga.info/Escalas/Depresion-Escala-Hamilton.pdf
Referencia	Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V., Raúl Rivero, R., García, L. y Oblitas, L. (2008). Ansiedad, depresión y salud. <i>Suma Psicológica</i> , 15(1), 43-73.

Catálogo de instrumentos

Escala de riesgo suicida			
Nombre técnico	Plutchik		
Autores	Plutchik, Van Praag, Conte y Picard		
Año de publicación	1994		
Finalidad de evaluación	La mejoría sobre el riesgo suicida		
Base teórica	Riesgo suicida		
Descripción general	Consta de quince ítems, con respuestas de tipo dicotómico (sí/no). Su objetivo es identificar si una persona está en riesgo suicida.		
Posibles usos	Riesgo suicida		
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva		Individual X
Presentación de los resultados	Puntuaciones directas		
Población de estandarización	Española		
Edad de aplicación	Adultos		
Duración de la aplicación	1 a 2 minutos		
Material	Cuestionario autorreporte		
Medios	Guibert, W. (2002). Prevención de la conducta suicida en la APS. <i>Revista Cubana de Medicina General Integral</i> , 18(2). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_2_02/mgi09202.htm		
Referencia	Mojica, C., Sáenz, D. y Rey-Anaconda, C. (2009). Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. <i>Revista Colombiana de Psiquiatría</i> , 38(4), 681-692.		

Escala de depresión de Montgomery-Asberg			
Nombre técnico	MADRS		
Autores	Montgomery y Asberg (versiones castellanas: Conde y Franch; Martínez y otros autores)		
Año de publicación	Versiones castellanas: 1984 y 1991		
Finalidad de evaluación	Intensidad de la sintomatología depresiva posterior a la intervención terapéutica.		
Base teórica	Síntomas cognitivos y alteraciones en el estado de ánimo		
Descripción general	Mide los cambios del cuadro depresivo producidos a lo largo del tratamiento y la gravedad de síntomas como estado del ánimo, tristeza, tensión, sueño, apetito, energía, concentración, suicidio e inquietud.		
Posibles usos	Depresión		
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva		Individual X
Presentación de los resultados	Puntuación directa		
Población de estandarización	Francesa, española		
Edad de aplicación	Adultos		
Duración de la aplicación	5 a 10 minutos		
Material	Cuestionario autorreporte		
Medios	"Anexo 2. Versiones validadas en español de las escalas HRSD, MADRS y PHQ-9". (s. f.). Recuperado de http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/anexos/anexo2.pdf		
Referencia	Martínez, R., Bourgeois, M., Peyre, F. y Lobo, A. (1991). Estudio de validación de la Escala de depresión de Montgomery y Asberg. <i>Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría</i> , 11(36), 9-14.		

Catálogo de instrumentos

Inventario de ansiedad de Beck			
Nombre técnico	BDI II		
Autores	Beck, Brown, Epstein y Steer		
Año de publicación	1996		
Finalidad de evaluación	Ansiedad		
Base teórica	Síntomas somáticos y síntomas subjetivos de ansiedad		
Descripción general	Consta de veintinueve ítems. Evalúa la gravedad de sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los puntos, la persona debe elegir la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas entre un conjunto de cuatro alternativas, ordenadas de menor a mayor gravedad.		
Posibles usos	Depresión		
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva	X	Individual X
Presentación de los resultados	Puntuaciones directas		
Población de estandarización	Chilena		
Edad de aplicación	18 años en adelante		
Duración de la aplicación	10 a 15 minutos		
Material	Cuestionario autorreporte		
Medios	Rozados, R. (s. f.). <i>Test de Beck depresión</i> . Recuperado de http://www.depresion.psicomag.com/test_beck.php		
Referencia	Melipillán, R., Cova, F., Rincón, P. y Valdivia, M. (2008). Propiedades psicométricas del Inventario de depresión de Beck-II en adolescentes chilenos. <i>Terapia psicológica</i> , 26(1), 59-69.		

Grupo 2. Instrumentos para evaluar la percepción de sí mismo (autoestima, autoesquema, autoconcepto, personalidad e imagen corporal)

Cuestionario de actitudes ante la alimentación	
Nombre técnico	EAT 40
Autores	Garner y Garfinkellen (validación en castellano: Castro, Toro, Salamero y Guimera)
Año de publicación	1979 (validación en castellano: 1991)
Finalidad de evaluación	Síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas.
Base teórica	Procedencia teórica mixta
Descripción general	Evalúa las actitudes y el comportamiento de una persona con desórdenes alimentarios. Se considera una herramienta de gran utilidad debido a la sensibilidad que presenta frente a los cambios sintomáticos a lo largo del tiempo.
Posibles usos	Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en preparación y realización de procedimientos médico-quirúrgicos y en acompañamiento de personas y familiares con enfermedad crónica.
Evaluados	Pacientes X Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de resultados	Puntuación directa
Población de estandarización	Mexicana
Edad de aplicación	12 años en adelante
Duración de la aplicación	15 a 20 minutos
Material	Hoja de respuesta
Medios	Calaf, M., León, M., Hilerio, C. y Rodríguez, J. (2005). Inventario de imagen corporal para féminas adolescentes (IICFA). <i>Interamerican Journal of Psychology</i> , 39(3), 347-354
Referencia	Calaf, M., León, M., Hilerio, C. y Rodríguez, J. (2005). Inventario de imagen corporal para féminas adolescentes (IICFA). <i>Interamerican Journal of Psychology</i> , 39(3), 347-354.

Catálogo de instrumentos

Cuestionario de actitud corporal	
Nombre técnico	BAT
Autores	Coppenolle, Probst, Vandereycken, Vanderlinden (adaptación: Gila y otros autores)
Año de publicación	1995 (adaptación: 1999)
Finalidad de evaluación	Actitudes hacia el cuerpo
Base teórica	Teoría de la imagen corporal de Raich (2000) y la vivencia del propio cuerpo de Guimón (1999).
Descripción general	Evalúa la experiencia corporal y actitudes hacia el propio cuerpo en pacientes con TCA, aunque también puede utilizarse en población no patológica.
Posibles usos	Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en preparación y realización de procedimientos médico-quirúrgicos y en acompañamiento de personas y familiares con enfermedad crónica.
Evaluados	Pacientes X Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de resultados	Puntuación centil
Población de estandarización	Española
Edad de aplicación	10 años en adelante
Duración de la aplicación	15 minutos
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	Coppenolle, V. H., Probst, M., Vandereycken, W. y Vanderlinden, J. (1995). Body Attitude Test for Patients with an Eating Disorder: Psychometric Characteristics of a New Questionnaire. <i>Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention</i> , 3, 133-145.
Referencia	Quirós, E. (2008). Prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria mediante una intervención enfermera a través de Internet. <i>Nure Investigación</i> (32). Recuperado de http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/368

Inventario del autoconcepto para adultos	
Nombre técnico	AF5
Autores	García y Musit
Año de publicación	1999
Finalidad de evaluación	Evalúa el autoconcepto
Base teórica	Procedencia teórica mixta
Descripción general	El cuestionario, compuesto por treinta elementos, evalúa el autoconcepto del sujeto en sus contextos social, académico, profesional, emocional, familiar y físico.
Posibles usos	Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en preparación y realización de procedimientos médico-quirúrgicos y en acompañamiento de personas y familiares con enfermedad crónica.
Evaluados	Pacientes X Cuidadores X Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de resultados	Puntuación directa
Población de estandarización	Española
Edad de aplicación	Quinto de Primaria en adelante
Duración de la aplicación	10 minutos
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	García, F. y Musitu, G. (2014). <i>AF-5 Autoconcepto Forma 5</i> . Madrid: Tea.
Referencia	Información no disponible

Catálogo de instrumentos

Escala de autoconcepto físico	
Nombre técnico	PSQ
Autores	Adaptada al castellano por Moreno y Cervelló
Año de publicación	2005
Finalidad de evaluación	Identificar en la persona su propia percepción física
Base teórica	Procedencia teórica mixta
Descripción general	Evalúa el autoconcepto físico en relación con la condición física, la apariencia, la competencia percibida, la fuerza y la autoestima.
Posibles usos	Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en preparación y realización de procedimientos médico-quirúrgicos y en acompañamiento de personas y familiares con enfermedad crónica.
Evaluados	Pacientes X Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de resultados	Puntuación directa
Población de estandarización	Española
Edad de aplicación	Adultos
Duración de la aplicación	10 a 15 minutos
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	Moreno, J., Cervelló, E., Hernández, M., Vera, J. y Ruiz, L. (2007). Physical Self-Concept of Spanish Schoolchildren: Differences by Gender, Sport Practice and Levels of Sport Involvement. <i>Journal of Education and Human Development</i> , 1(2). Recuperado de http://www.scientificjournals.org/journals2007/articles/1180.pdf
Referencia	Moreno, J., Moreno, R. y Cervelló, E. (2005). El autoconcepto físico como predictor de la intención de ser físicamente activo. <i>Psicología y Salud</i> , 17(2), 261-267.

Escala de autoconcepto físico para adolescentes	
Nombre técnico	C-PSQ
Autores	Moreno, Cervelló, Vera y Ruiz
Año de publicación	2007
Finalidad de evaluación	Identificar en la persona su propia percepción física
Base teórica	Procedencia teórica mixta
Descripción general	Evalúa el autoconcepto físico en relación con la condición física, la apariencia, la competencia percibida, la fuerza y la autoestima.
Posibles usos	Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en preparación y realización de procedimientos médico-quirúrgicos y en acompañamiento de personas y familiares con enfermedad crónica.
Evaluados	Pacientes X Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de resultados	Puntuación directa
Población de estandarización	Española
Edad de aplicación	12 a 17 años
Duración de la aplicación	10 a 15 minutos
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	Moreno, J., Cervelló, E., Hernández, M., Vera, J. y Ruiz, L. (2007). Physical Self-Concept of Spanish Schoolchildren: Differences by Gender, Sport Practice and Levels of Sport Involvement. <i>Journal of Education and Human Development</i> , 1(2). Recuperado de http://www.scientificjournals.org/journals2007/articles/1180.pdf
Referencia	Moreno, J., Cervelló, E., Hernández, M., Vera, J. y Ruiz, L. (2007). Physical Self-Concept of Spanish Schoolchildren: Differences by Gender, Sport Practice and Levels of Sport Involvement. <i>Journal of Education and Human Development</i> , 1(2). Recuperado de http://www.scientificjournals.org/journals2007/articles/1180.pdf

Catálogo de instrumentos

Autoconcepto en niños			
Nombre técnico	Piers-Harris		
Autores	Piers-Harris		
Año de publicación	1984		
Finalidad de evaluación	Evalúa autoestima		
Base teórica	Procedencia teórica mixta		
Descripción general	Mide las actitudes y los sentimientos que tienen los niños hacia sí mismos. Se ha considerado muy útil en el contexto clínico y educativo.		
Posibles usos	Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en preparación y realización de procedimientos médico-quirúrgicos y en acompañamiento de personas y familiares con enfermedad crónica.		
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva	X	Individual X
Presentación de resultados	Puntuaciones T		
Población de estandarización	Chilena		
Edad de aplicación	7 a 12 años		
Duración de la aplicación	13 a 15 minutos		
Material	Cuestionario de autorreporte		
Medios	Piers, E. V. y Harris, D. B. (1969). <i>The Piers-Harris Children's Self-Concept Scale</i> . Nashville: Counselor Recording and Tests.		
Referencia	Información no disponible		

Escala multidimensional de locus de control para la salud	
Nombre técnico	MHLC
Autores	Wallston, Wallston y De Vellis
Año de publicación	1978
Finalidad de evaluación	Creencias de control sobre el estado de salud
Base teórica	Teoría del locus de control de Rotter, de 1961
Descripción general	Consta de dieciocho ítems tipo Likert, compuesta por tres subescalas: control interno, control externo hacia la medicina y control externo hacia la suerte.
Posibles usos	Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en preparación y realización de procedimientos médico-quirúrgicos y en acompañamiento de personas y familiares con enfermedad crónica.
Evaluados	Pacientes X Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de resultados	Puntuación directa
Población de estandarización	Española
Edad de aplicación	17 años en adelante
Duración de la aplicación	15 minutos
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	Robert F. de Vellis, PhD. 3310C Thurston Building, Manning Drive, CB# 7330 University of North Carolina at Chapel Hill Chapel Hill, NC 27599-7330-(919) 966-0557
Referencia	Linares, E. (2001). <i>Los juicios de control sobre los agentes de salud: variable moduladora de la calidad de vida de los enfermos de cáncer de pulmón avanzado sometidos a tratamiento paliativo</i> . (Tesis doctoral inédita). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

Cuestionario de esquemas de Young			
Nombre técnico	YSQL-2		
Autores	Young y Brown (validación colombiana: Castrillón, Chaves, Ferrer, Londoño, Maestre, Marín y Schnitter)		
Año de publicación	1990 (validación colombiana: 2005)		
Finalidad de evaluación	Esquemas maladaptativos tempranos		
Base teórica	Procedencia teórica mixta		
Descripción general	Busca identificar los esquemas maladaptativos tempranos que se van elaborando a lo largo de la vida y que se consideran estables, duraderos y significativamente disfuncionales por su carácter resistente al cambio.		
Posibles usos	Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en preparación y realización de procedimientos médico-quirúrgicos y en acompañamiento de personas y familiares con enfermedad crónica.		
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva		Individual X
Presentación de resultados	Puntuación centil		
Población de estandarización	Colombiana		
Edad de aplicación	Adultos		
Duración de la aplicación	20 minutos		
Material	Hoja de sistema de respuesta, tabla de baremos		
Medios	Castrillón, D., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N., Maestre, K., Marín, C. y Schnitter, M. (2005). Validación del Young Schema Questionnaire Long Form -Second Edition (YSQ-L2) en población colombiana. <i>Revista Latinoamericana de Psicología</i> , 37(3), 541-560.		
Referencia	Ferrei, R., Peña, A., Gómez, N. y Pérez, K. (2009). Esquemas maladaptativos tempranos en pacientes diagnosticados con cáncer atendidos en tres centros oncológicos de la ciudad de Santa Marta (Colombia). <i>Psicología desde el Caribe</i> , (24). Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2009000200009		

Cuestionario de desajuste emocional y recursos adaptativos en infertilidad				
Nombre técnico	DERA			
Autores	Moreno, Antequera y Jerano			
Año de publicación	2007			
Finalidad de evaluación	Estrategias de afrontamiento			
Base teórica	Desajuste emocional y recursos adaptativos, personales e interpersonales.			
Descripción general	Consta de 48 ítems divididos en cuatro escalas. Pretende detectar el posible desajuste emocional de las personas con dificultades para procrear y que enfrentan un proceso de reproducción artificial, así como evaluar los recursos que pueden permitirles adaptarse con mayor facilidad a la situación de infertilidad			
Posibles usos	Infertilidad y procesos de reproducción artificial			
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores	Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva	X	Individual	X
Presentación de resultados	Puntuación T y perfil			
Población de estandarización	Española			
Edad de aplicación	18 años en adelante			
Duración de la aplicación	10 a 15 minutos			
Material	Manual y hoja de respuestas y perfil			
Medios	Moreno-Rosset, C., Antequera, R. y Jenaro, C. (s. f.). <i>DERA. Cuestionario de desajuste emocional y recursos adaptativos en infertilidad</i> . Madrid: Tea.			
Referencia	Moreno-Rosset, C., Antequera, R. y Jenaro, C. (2009). Validación del Cuestionario de desajuste emocional y recursos adaptativos en infertilidad (DERA). <i>Psicothema</i> , 21(1), 118-123.			

Catálogo de instrumentos

Escala de estilo atribucional Petterson ASQ				
Nombre técnico	ASQ			
Autores	Peterson, Semmel, Baeyer, Abramson, Metalsky y Seligman			
Año de publicación	1982			
Finalidad de evaluación	Identificar el tipo de estilo atribucional			
Base teórica	Externa-interna, inestable-estable y específica-global			
Descripción general	Consta de doce situaciones referidas a acontecimientos de éxito y de fracaso, divididas en tres dimensiones: externa-interna, inestable-estable y específica-global.			
Posibles usos	Depresión, adicciones a SPA			
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores	Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva	X	Individual	X
Presentación de resultados	Puntuación directa			
Población de estandarización	Española			
Edad de aplicación	Adolescentes y adultos			
Duración de la aplicación	10 minutos			
Material	Cuestionario autorreporte			
Medios	Información no disponible			
Referencia	López, F., Martín, I., De la Fuente, I. y Godoy, J. (2000). Estilo atribucional, autocontrol y asertividad como predictores de la severidad del consumo de drogas. <i>Psicothema</i> , 12(2), 331-334.			

Cuestionario sobre ingesta alimentaria			
Nombre técnico	OQ		
Autores	O'Donnell, William y Warren		
Año de publicación	2008		
Finalidad de evaluación	Hábitos, pensamientos y actitudes referentes al sobrepeso		
Base teórica	Hábitos de salud, imagen corporal, aislamiento social y alteración afectiva.		
Descripción general	Evalúa hábitos, pensamientos y actitudes vinculados con el sobrepeso y la obesidad, con el fin de planear programas de reducción de peso personalizados y eficaces.		
Posibles usos	Trastornos de la imagen corporal		
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva	X	Individual X
Presentación de resultados	Puntuaciones directas		
Población de estandarización	Mexicana		
Edad de aplicación	9 años en adelante		
Duración de la aplicación	15 a 20 minutos		
Material	Manual y hoja de respuestas		
Medios	O'Donnell, W. E. y Warren W. L. (2007). <i>Cuestionario de sobreingesta alimentaria</i> (OQ) (trad. Olivare y Mancilla). Ciudad de México: Manual Moderno.		
Referencia	O'Donnell, W. E. y Warren W. L. (2007). <i>Cuestionario de sobreingesta alimentaria</i> (OQ) (trad. Olivare y Mancilla). Ciudad de México: Manual Moderno.		

Catálogo de instrumentos

Body self-relations questionnaire. Validación española	
Nombre técnico	MBSRQ
Autores	Brown, Cash y Mikulka (1990)
Año de publicación	2009
Finalidad de evaluación	Evaluar los aspectos actitudinales respecto al constructo “imagen corporal”, que incluye componentes evaluativos, cognitivos y conductuales.
Base teórica	Importancia subjetiva de la corporalidad, conductas orientadas a mantener la forma física, el atractivo físico autoevaluado y el cuidado del aspecto físico.
Descripción general	Evalúa la actitud personal frente a la construcción de la imagen corporal. La actitud involucra el componente cognitivo-conductual, la apariencia, la vida sana y la relación salud-enfermedad.
Posibles usos	Trastorno de la imagen corporal
Evaluados	Pacientes X Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva Individual X
Presentación de resultados	Puntuación directa
Población de estandarización	Española
Edad de aplicación	Adolescencia
Duración de la aplicación	15 minutos aproximadamente
Material	Cuestionario de autorreporte
Medios	lluisbg@blanquema.url.edu
Referencia	Botella, L., Ribas, E. y Benito-Ruiz, J. (2009). Evaluación psicométrica de la imagen corporal: validación de la versión española del Multidimensional Body Selfrelations Questionnaire (MBSRQ). <i>Revista Argentina de Clínica Psicológica</i> , XVIII(3), 253-264.

Evaluación de la insatisfacción de la imagen corporal			
Nombre técnico	Imagen		
Autores	Solano y Cano		
Año de publicación	2000		
Finalidad de evaluación	Imagen corporal		
Base teórica	Insatisfacción con la imagen corporal		
Descripción general	Consta de 38 ítems divididos en 3 factores: cognitivo-emocional, perceptivo y comportamental.		
Posibles usos	Trastorno de la imagen corporal		
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva	X	Individual X
Presentación de resultados	Baremos		
Población de estandarización	Española		
Edad de aplicación	11 años en adelante		
Duración de la aplicación	10 minutos		
Material	Manual y hoja de respuestas		
Medios	Solano, N. y Cano, A. (2010). <i>Imagen. Evaluación de la imagen corporal</i> . Madrid: Tea.		
Referencia	Solano, N. y Cano, A. (2010). <i>Imagen. Evaluación de la Imagen corporal</i> . Madrid: Tea.		

Catálogo de instrumentos

Cuestionario sobre forma corporal	
Nombre técnico	BSQ
Autores	Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (adaptación: Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos y Zapater)
Año de publicación	1987 (adaptación: 1996)
Finalidad de evaluación	Evaluación de la insatisfacción corporal
Base teórica	Insatisfacción corporal, miedo a engordar, sentimientos de baja autoestima, deseo de perder peso.
Descripción general	Evalúa la insatisfacción corporal. Brinda una medida objetiva de la preocupación sobre el peso y la imagen corporal.
Posibles usos	Trastorno de la imagen corporal y la conducta alimentaria
Evaluados	Pacientes X Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de resultados	Puntuación directa
Población de estandarización	Española
Edad de aplicación	9 a 19 años
Duración de la aplicación	15 minutos
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	Baile, J., Guillén, F. y Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. <i>Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud</i> , 2(3), 439-450.
Referencia	Baile, J., Guillén, F. y Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. <i>Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud</i> , 2(3), 439-450.

Cuestionario de influencias sobre el modelo estético corporal			
Nombre técnico	Cimec		
Autores	Toro, Salamero y Martínez		
Año de publicación	1994		
Finalidad de evaluación	Influencias culturales relevantes		
Base teórica	Ansiedad por la imagen corporal, influencia de los modelos sociales e influencia de las situaciones sociales.		
Descripción general	Busca identificar las influencias culturales que contribuyen en gran medida a provocar, facilitar o justificar la pérdida de peso, en especial por razones estéticas y sociales.		
Posibles usos	Trastorno de alimentación		
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva	X	Individual X
Presentación de resultados	Puntuación directa		
Población de estandarización	Mexicana, española		
Edad de aplicación	14 años en adelante		
Duración de la aplicación	20 a 30 minutos		
Material	Hoja de respuesta		
Medios	Estado de México Fax: 53 90 59 00 Rosalía Vásquez, Georgina Alvarez, Juan Manuel Mancilla.		
Referencia	Vázquez, R., López, X., Álvarez, G., Mancilla, J. M. y Oliva, A. (2006). Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mexicanos. <i>Enseñanza e Investigación en Psicología</i> , 11(1), 185-197.		

Catálogo de instrumentos

Inventario de trastornos de la conducta alimentaria	
Nombre técnico	EDI-2
Autores	Garner
Año de publicación	1998
Finalidad de evaluación	Detección de trastornos de la conducta alimentaria o riesgo de desarrollarlos.
Base teórica	Obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia intorceptiva y miedo a la madurez.
Descripción general	Evalúa el conjunto de síntomas que suelen aparecer en los trastornos de alimentación como la anorexia y la bulimia nerviosa.
Posibles usos	Trastorno de alimentación
Evaluados	Pacientes X Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de resultados	Puntuación directa y perfil
Población de estandarización	Mexicana
Edad de aplicación	11 años en adelante
Duración de la aplicación	15 a 25 minutos
Material	Cuadernillo, hoja de respuestas y perfil y manual de interpretación
Medios	Universidad Complutense de Madrid. (s. f.). EDI-2. Recuperado de http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DE%20ALIMENTACION/INVENTARIO%20DE%20LOS%20TRASTORNOS%20DE%20LA%20CONDUCTA%20ALIMENTARIA%20(EDI-2)/EDI-2_P.pdf
Referencia	Ochoa, S. (2008). Validación y confiabilidad del inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) aplicado a una muestra de adolescentes mexicanos. <i>Revista Científica Electrónica de Psicología</i> , (6), 30-40.

Evaluación de la imagen corporal			
Nombre técnico	BIA		
Autores	Collins (adaptación y validación al castellano: Sánchez)		
Año de publicación	1991 (adaptación y validación al castellano: 2005)		
Finalidad de evaluación	Evaluación de la imagen corporal		
Base teórica	Percepción de la imagen corporal, la imagen social y la imagen futura		
Descripción general	Es una escala visual con siete figuras de niños y siete figuras de adolescentes jóvenes de ambos sexos. Representan una figura muy delgada hasta una figura con sobrepeso. Permite obtener un índice indicativo de las discrepancias entre el yo percibido y el yo real.		
Posibles usos	Obesidad y trastornos de la conducta alimentaria		
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva	X	Individual X
Presentación de resultados	Puntuación directa		
Población de estandarización	Española		
Edad de aplicación	9 a 19 años		
Duración de la aplicación	15 minutos aproximadamente		
Material	Cuadernillo de figuras		
Medios	Información no disponible		
Referencia	Trujano, P., Nava, C., De Gracia, M., Limón, G., Alatrste, A. y Merino, M. (2010). Trastorno de la imagen corporal: un estudio con preadolescentes y reflexiones desde la perspectiva de género. <i>Anales de Psicología</i> , 26(2), 279-287.		

Catálogo de instrumentos

Actitud frente al cambio en los TCA			
Nombre técnico	ACTA		
Autores	Beato y Rodríguez		
Año de publicación	2003		
Finalidad de evaluación	Evaluar la actitud frente al cambio		
Base teórica	Precontemplación, contemplación, decisión, acción, mantenimiento y recaída.		
Descripción general	Aporta información relacionada con la utilidad del conocimiento del proceso terapéutico y la actitud frente al cambio en los TCA.		
Posibles usos	Trastornos de alimentación		
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva		Individual X
Presentación de resultados	Puntuación directa		
Población de estandarización	Española		
Edad de aplicación	Adolescentes y adultos		
Duración de la aplicación	15 a 18 minutos		
Material	Cuestionario de autorreporte		
Medios	Beato, L. y Rodríguez, T. (2003). El Cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria. Desarrollo y propiedades psicométricas. <i>Actas Españolas de Psiquiatría</i> , 31(3), 111-119.		
Referencia	Beato, L. y Rodríguez, T. (2003). El Cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria. Desarrollo y propiedades psicométricas. <i>Actas Españolas de Psiquiatría</i> , 31(3), 111-119.		

Escala de autoestima corporal			
Nombre técnico	BES		
Autores	Franzoi y Shields		
Año de publicación	1984		
Finalidad de evaluación	Autoestima corporal infantil		
Base teórica	Valoración de su apariencia y cómo creen que son valorados por los demás		
Descripción general	Busca información sobre sentimientos o valoraciones acerca de la propia apariencia y sus creencias acerca de la valoración que recibe de los demás.		
Posibles usos	Depresión		
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva		Individual X
Presentación de resultados	Puntuación directa		
Población de estandarización	Española		
Edad de aplicación	7 años a 12 años		
Duración de la aplicación	15 a 20 minutos		
Material	Cuestionario autorreporte		
Medios	Información no disponible		
Referencia	Jorquera, M., Baños, R., Perpiña, C. y Botella, C. (2005). La Escala de estima corporal (BES): validación de una muestra española. <i>Revista de Psicopatología y Psicología Clínica</i> , 10(3), 173-192.		

Catálogo de instrumentos

Inventario clínico para adolescentes de Millon						
Nombre técnico	MACI					
Autores	Millon					
Año de publicación	1993					
Finalidad de evaluación	Contrastación de hipótesis					
Base teórica	Características de personalidad, preocupaciones expresadas y síndromes clínicos.					
Descripción general	Consta de 160 ítems con opción de respuesta falso/verdadero, discriminados en 31 escalas (27 de ellas, clínicas). 12 escalas evalúan patrones de personalidad; 8 analizan preocupaciones expresadas y 7, síndromes clínicos. Las escalas no clínicas son 3 de control y 1 de validez.					
Posibles usos	Depresión					
	<table border="0"> <tr> <td>Evaluados</td> <td>Pacientes</td> <td>X</td> <td>Cuidadores</td> <td>Personal de salud</td> </tr> </table>	Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores	Personal de salud
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores	Personal de salud		
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X					
Presentación de resultados	Puntuación directa a puntuación típica y perfil					
Población de estandarización	Mexicana					
Edad de aplicación	13 a 19 años					
Duración de la aplicación	30 minutos					
Material	Cuadernillo, hoja de respuestas, <i>software</i> y manual de interpretación					
Medios	Millon, T. (s. f.). <i>MACI Inventario clínico para adolescentes Millon</i> Madrid: Tea.					
Referencia	Vinet, E. y Forns i Santacana, M. (2006). El Inventario clínico para adolescentes de Millon (MACI) y su capacidad para discriminar entre población general y clínica. <i>Psyche</i> , 15(2), 69-80.					

Inventario de la personalidad de Minnessota			
Nombre técnico	MMPI		
Autores	Hathaway y McKinley		
Año de publicación	1943		
Finalidad de evaluación	Áreas de la personalidad		
Base teórica	Hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, masculinidad/feminidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, hipomanía.		
Descripción general	Consta de 550 afirmaciones con opción de respuesta falso/verdadero. Cuenta con 4 escalas de validez y 10 escalas clínicas.		
Posibles usos	Todos		
Evaluados	Pacientes X	Cuidadores X	Personal de salud X
Forma de aplicación	Colectiva X	Individual X	
Presentación de resultados	Puntuación T, perfil		
Población de estandarización	Argentina		
Edad de aplicación	Adultos y adolescentes desde los 16 años		
Duración de la aplicación	45 a 60 minutos		
Material	Hoja de respuestas, cuadernillo de preguntas, plantillas de calificación, manual de corrección y aplicación		
Medios	Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G. y Kaemmer, B. (s. f.). <i>MMPI®-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota®-2 (c)</i> . Madrid: Tea.		
Referencia	Moral de la Rubia, J. (2006). Ubicación de la alexitimia en relación a los rasgos psicopatológicos de personalidad del MMPI. <i>Salud Mental</i> , 29 (3), 41-50		

Catálogo de instrumentos

Cuestionario de personalidad	
Nombre técnico	EPI
Autores	Eysenck y Eysenck
Año de publicación	1994
Finalidad de evaluación	Dimensiones de personalidad
Base teórica	Neuroticismo y extraversión
Descripción general	Este instrumento consta de dos factores, cada uno de ellos con su punto extremo: extraversión frente a introversión, y neuroticismo frente a control. Además, incluye un tercer factor, el de sinceridad, para contrarrestar las respuestas indeseables.
Posibles usos	Enfermedades coronarias, trastornos de personalidad
Evaluados	Pacientes X Cuidadores X Personal de salud X
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de resultados	Puntuación centil
Población de estandarización	Española
Edad de aplicación	17 años en adelante
Duración de la aplicación	14 minutos
Material	Manual y hoja de respuestas
Medios	“Cuestionario de personalidad EPI. Forma B”. (s. f.). Recuperado de _p_b/apendiceA.pdf
Referencia	Jiménez, L., Aguirre, D., Burgos, J., Castillo, D., Deaquis, L., Luna, M., Serrato, J. y Triana, D. (2012). <i>Validación y normalización del Cuestionario EPI con una muestra piloto de adolescentes escolarizados de la ciudad de Bogotá</i> (Tesis de pregrado inédita), Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia.

Cuestionario 5 factores	
Nombre técnico	BFQ
Autores	Bermúdez
Año de publicación	1995
Finalidad de evaluación	Personalidad y distorsión
Base teórica	Personalidad
Descripción general	Consta de treinta ítems con respuesta tipo Likert de 5 puntos. El cuestionario mide los cinco grados factores de personalidad: energía, tesón, estabilidad emocional, afabilidad y apertura mental.
Posibles usos	Estrés
Evaluados	Pacientes X Cuidadores X Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de resultados	Perfil con puntuaciones T para cada sexo
Población de estandarización	Española
Edad de aplicación	16 años en adelante
Duración de la aplicación	30 minutos
Material	Manual, cuadernillo, hoja de respuesta, hoja de perfil
Medios	Caprara, G. V., Barbaranelli, C. y Borgogni, L. (s. f.). <i>BFQ. Cuestionario "Big Five"</i> . Madrid: Tea.
Referencia	Gascón, S., Olmedo, M. y Bermúdez, J. (2003). Estrés por desempleo y salud. <i>Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace</i> , (66), 9-18.

Catálogo de instrumentos

Cuestionario de personalidad				
Nombre técnico	EPQ- J (junior), EPQ-A (adulto)			
Autores	Eysenck y Eysenck			
Año de publicación	1995			
Finalidad de evaluación	Rasgos de personalidad			
Base teórica	Personalidad (neuroticismo, extraversión, psicoticismo o dureza) y sinceridad.			
Descripción general	Indaga aspectos de la personalidad como la estabilidad emocional, la extraversión social y la dureza o paranoidismo. Incluye dos escalas auxiliares: una de sinceridad y otra de conducta antisocial.			
Posibles usos	Enfermedades dermatológicas			
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores	Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva	X	Individual	X
Presentación de resultados	Puntuación centil			
Población de estandarización	Española			
Edad de aplicación	EPQ-J: 8 a 15 años. EPQ-A: 16 años en adelante			
Duración de la aplicación	20 a 30 minutos			
Material	Hoja de sistema de respuesta, plantilla de corrección y manual de interpretación			
Medios	Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (s. f.). <i>EPQ. Cuestionario de Personalidad (Formas A y J)</i> . Madrid: Tea.			
Referencia	Antuña-Bernardo, S., García-Vega, E., González, A., Secades, R., Errasti, J. y Curto, J. (2000). Perfil psicológico y calidad de vida pacientes con enfermedades dermatológicas. <i>Psicothema</i> , 12(supl. 2), 30-34.			

Inventario clínico multiaxial de Millon				
Nombre técnico	MCMI III			
Autores	Millon			
Año de publicación	1977			
Finalidad de evaluación	Trastornos de la personalidad			
Base teórica	Síndromes clínicos: ansiedad histeriforme, hipomanía, distimia, abuso de alcohol, abuso de droga, pensamiento psicótico, depresión mayor, trastorno delirante. Trastornos de la personalidad: esquizoide, evitativo dependiente, histriónico, narcisista, antisocial.			
Descripción general	Consta de 175 ítems con respuestas falso/verdadero. Tiene tres grupos de escala: estilos de personalidad, patrones patológicos y síndromes clínicos.			
Posibles usos	Cáncer de mama			
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores	Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva	X	Individual	
Presentación de resultados	Puntuación directa a típica			
Población de estandarización	Española			
Edad de aplicación	18 años en adelante			
Duración de la aplicación	20 y 30 minutos			
Material	Manual, cuadernillo, hoja de respuestas, plantillas, corrección por Internet que arroja el perfil			
Medios	Millon, T. (s. f.). <i>MCMI-III, Inventario clínico multiaxial de Millon</i> . Madrid: Tea.			
Referencia	Cerezo, M. V., Ortiz-Tallo, M. y Cardenal, V. (2009). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. <i>Revista Latinoamericana de Psicología</i> , 41(1), 131-140.			

Inventario de la personalidad de Minnessota para adolescentes			
Nombre técnico	MMPI-A		
Autores	Gómez y Maqueo		
Año de publicación	1998		
Finalidad de evaluación	Psicopatología del adolescente		
Base teórica	Tipos de personalidad y desórdenes emocionales		
Descripción general	Consta de 468 ítems que incorporan elementos para evaluar contexto familiar, escolar y social. Cuenta con tres escalas de validez, diez básicas y quince de contenido.		
Posibles usos	Trastornos psicopatológicos		
Evaluados	Pacientes X	Cuidadores	Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva X		Individual X
Presentación de resultados	Puntuación T, perfil		
Población de estandarización	Mexicana		
Edad de aplicación	14 a 18 años		
Duración de la aplicación	50 a 70 minutos		
Material	Manual, cuadernillo, hoja de respuestas, plantillas de escalas clínicas básicas, suplementarias, adicionales y de contenido, hoja de perfil.		
Medios	Butcher, J. N., Williams, C. L., Graham, J. R., Archer, R. P., Tellegen, A., Ben-Porath, Y. S. y Kaemmer, B. (s. f.). <i>MMPI®-A. Inventario multifásico de personalidad de Minnesota® para adolescentes</i> . Madrid: Tea.		
Referencia	Vinet, E. y Fornis i Santacana, M. (2009). Validación de los puntajes de corte del MACI a través de las Escalas clínicas del MMPI-A. <i>Psyche</i> , 18(1), 11-25.		

Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota				
Nombre técnico	MMPI-II			
Autores	Hathaway y Mckinley			
Año de publicación	1989			
Finalidad de evaluación	Identificar patrones de personalidad y trastornos emocionales asociados.			
Base teórica	Tipos de personalidad y desórdenes emocionales			
Descripción general	Consta de 57 reactivos con opción de respuesta falso/verdadero. Contiene siete escalas de validez y diez básicas.			
Posibles usos	Burnout			
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores	Personal de salud X
Forma de aplicación	Colectiva	X	Individual	X
Presentación de resultados	Puntuación T y perfil			
Población de estandarización	Mexicana			
Edad de aplicación	16 en adelante			
Duración de la aplicación	1 hora y media aproximadamente			
Material	Cuadernillo, hoja de respuestas, plantillas de escalas clínicas básicas, suplementarias, adicionales y de contenido, hoja de perfil.			
Medios	Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G. y Kaemmer, B. (s. f.). <i>MMPI-2. Inventario multifásico de personalidad de Minnesota</i> -2. Recuperado de http://web.teaediciones.com/MMPI-2--INVENTARIO-MULTIFASICO-DE-PERSONALIDAD-DE-MINNESOTA-2.aspx			
Referencia	Bencomo, J., Paz, C. y Liebster, E. (2004). Rasgos de personalidad, ajuste psicológico y síndrome de agotamiento en personal de Enfermería. <i>Investigación Clínica</i> , 45(2). Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332004000200002			

Catálogo de instrumentos

Cuestionario de patrón de conducta tipo C			
Nombre técnico	Cuestionario de patrón de conducta tipo C		
Autores	López Martínez		
Año de publicación	2002		
Finalidad de evaluación	Personalidad tipo C		
Base teórica	Control emocional, racionalidad, represión emocional, necesidad de armonía y comprensión.		
Descripción general	Compuesto por 26 ítems, con un formato de respuestas dicotómico (sí/no) y 5 subescalas: control emocional, racionalidad, represión emocional, necesidad de armonía y comprensión.		
Posibles usos	Cáncer		
Evaluados	Pacientes X	Cuidadores	Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva	Individual	X
Presentación de resultados	Puntuaciones directas		
Población de estandarización	Colombiana		
Edad de aplicación	Adultos		
Duración de la aplicación	Libre		
Material	Cuestionario autorreporte		
Medios	Información no disponible		
Referencia	Vinaccia, S., Arango, C., Cano, É., Tobón, S., Moreno, E. y López, A. (2006). Evaluación del patrón de conducta tipo C y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnóstico de cáncer colorrectal. <i>Universitas Psychologica</i> , 5(3), 575-583.		

Grupo 3. Instrumentos para evaluar creencias y esquemas

Inventario de respuestas de afrontamiento de Moos para adultos				
Nombre técnico	CRIA-A			
Autores	Mikulic y Crespi			
Año de publicación	2008			
Finalidad de evaluación	Respuestas de afrontamiento			
Base teórica	Afrontamiento cognitivo y afrontamiento conductual			
Descripción general	Busca identificar la forma en la que el evaluado se focaliza en un problema y los esfuerzos cognitivos y conductuales de los cuales hace uso para manejar los estresores vitales.			
Posibles usos	Enfermedades crónicas			
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores	X Personal de salud X
Forma de aplicación	Colectiva	X	Individual	X
Presentación de resultados	Puntuación directa			
Población de estandarización	Argentina			
Edad de aplicación	20 a 50 años			
Duración de la aplicación	20 minutos			
Material	Cuadernillo y hojas de sistema de respuesta			
Medios	Ongarato, P., De la Iglesia, G., Stover, J. y Fernández, M. (2009). Adaptación de un inventario de estrategias de afrontamiento para adolescentes y adultos. <i>Anuario de Investigaciones</i> , XVI, 383-391. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v16/v16a37.pdf			
Referencia	Mikulic, I. y Crespi, M. (2008). Adaptación y validación del Inventario de respuestas de afrontamiento de Moos (CRI-A) para adultos. <i>Anuario de Investigaciones</i> , XV, 305-312.			

Catálogo de instrumentos

Inventario infantil de estresores cotidianos			
Nombre técnico	IIEC		
Autores	Trianes, Blanca, Fernández, Escobar, Maldonado y Muñoz		
Año de publicación	2006		
Finalidad de evaluación	Estrés en niños		
Base teórica	Área de salud, área social, área educativa y área familiar		
Descripción general	Evalúa los fastidios, los problemas y las dificultades que pueden presentarse en diversas áreas relevantes del desarrollo infantil como la salud, la escuela, los pares y la familia.		
Posibles usos	Estrés, ansiedad y depresión		
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva	X	Individual X
Presentación de resultados	Puntuación directa		
Población de estandarización	Española		
Edad de aplicación	8 a 12 años		
Duración de la aplicación	15 minutos		
Material	Cuestionario autorreporte		
Medios	Fernández, F. J. (2007). <i>Estrés, riesgo familiar e inadaptación socioemocional y escolar en la infancia</i> . (Tesis doctoral inédita). Universidad de Málaga, Málaga, España.		
Referencia	Trianes, M., Mena, B., Fernández, F., Escobar, M., Maldonado, E. y Muñoz, Á. (2009). Evaluación del estrés infantil: Inventario infantil de estresores cotidianos (IIEC). <i>Psicothema</i> , 21(4), 598- 603.		

La versión en español de la escala cognitivo-conductual de evitación

Nombre técnico	CBAS		
Autores	Ottenbreit y Dobson		
Año de publicación	2004		
Finalidad de evaluación	Estrategias de evitación		
Base teórica	Conductual/social, conductual/ no social, cognitiva/social y cognitiva/no social.		
Descripción general	Consta de 31 ítems que reflejan diferentes estrategias de evitación para lidiar con problemas, agrupadas en cuatro factores con opciones de respuesta tipo Likert de cinco opciones.		
Posibles usos	Ansiedad		
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva	X	Individual X
Presentación de resultados	Puntuaciones directas		
Población de estandarización	Española		
Edad de aplicación	17 a 30 años		
Duración de la aplicación	20 minutos aproximadamente		
Material	Cuestionario autorreporte		
Medios	Hernández-Guzmán, L., Dobson, K., Caso-Niebla, J., González-Montesinos, M., Epp, A., Arratibel-Siles, M. L. y Wierzbicka-Szymczak, E. (2009). La versión en español de la Escala cognitivo-conductual de evitación (CBAS). <i>Revista Latinoamericana de Psicología</i> , 41(1), 99-108.		
Referencia	Hernández-Guzmán, L., Dobson, K., Caso-Niebla, J., González-Montesinos, M., Epp, A., Arratibel-Siles, M. L. y Wierzbicka-Szymczak, E. (2009). La versión en español de la Escala cognitivo-conductual de evitación (CBAS). <i>Revista Latinoamericana de Psicología</i> , 41(1), 99-108.		

Catálogo de instrumentos

Escala del locus de control de la salud multidimensional	
Nombre técnico	LCSM
Autores	Wallston
Año de publicación	1978
Finalidad de evaluación	Creencias de control sobre el estado de salud
Base teórica	Control externo y control interno
Descripción general	Identifica tres tipos de creencias: dos externas –locus de control de la salud “por azar”, locus de control de la salud de los “otros con poder”– y una interna –los individuos creen que su bienestar depende de su comportamiento–
Posibles usos	Predictor del estado de salud médica y psiquiátrica
Evaluados	Pacientes X Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de resultados	Puntuación centil
Población de estandarización	Europea
Edad de aplicación	13 años en adelante
Duración de la aplicación	Información no disponible
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	Información no disponible
Referencia	Zdanowicz, N., Pascal, J. y Reynaert, C. (2004). ¿Juega el locus de control de la salud un papel clave en la salud durante la adolescencia? <i>The European Journal of Psychiatry (edición en español)</i> , 18(2). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1579-699X2004000400003

Escala de ajuste mental al cáncer	
Nombre técnico	Mini-MAC
Autores	Watson y otros autores
Año de publicación	1994
Finalidad de evaluación	Las cinco estrategias de afrontamiento ante el cáncer
Base teórica	Desesperanza, preocupación ansiosa, espíritu de lucha, evitación cognitiva y fatalismo.
Descripción general	Consta de 29 ítems (escala tipo Likert de 4 puntos), desarrollados para evaluar 5 posibles estrategias de afrontamiento ante el cáncer: desesperanza, preocupación ansiosa, espíritu de lucha, evitación cognitiva y fatalismo.
Posibles usos	Cáncer
Evaluados	Pacientes X Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de resultados	Puntuaciones directas
Población de estandarización	Estadounidense
Edad de aplicación	16 años en adelante
Duración de la aplicación	10 minutos
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	Pérez-Rodríguez, S. (2008). <i>Sintomatología de estrés postraumático en pacientes con cáncer de mama e identificación de posibles factores de riesgo</i> (Tesis doctoral inédita). Universidad de Valencia, Valencia, España.
Referencia	Pérez-Rodríguez, S. (2008). <i>Sintomatología de estrés postraumático en pacientes con cáncer de mama e identificación de posibles factores de riesgo</i> (Tesis doctoral inédita). Universidad de Valencia, Valencia, España.

Catálogo de instrumentos

Test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil			
Nombre técnico	Tamai		
Autores	Hernández		
Año de publicación	1983		
Finalidad de evaluación	Adaptación infantil		
Base teórica	Inadaptación personal, inadaptación escolar, inadaptación social, insatisfacción con el ambiente familiar, insatisfacción con los hermanos, educación adecuada del padre, educación adecuada de la madre.		
Descripción general	Evaluación de la inadaptación personal, social, escolar y familiar y de las actitudes educadoras de los padres.		
Posibles usos	Ansiedad		
Evaluados	Pacientes	Cuidadores	X Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva	X	Individual
Presentación de resultados	Puntuaciones directas		
Población de estandarización	Española		
Edad de aplicación	De 8 años en adelante. Se exceptúa la población adulta mayor		
Duración de la aplicación	30 a 40 minutos		
Material	Cuadernillo, hoja de respuestas, manual y corrección por Internet o <i>software</i>		
Medios	Hernández, P. (s. f.). <i>Tamai. Test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil</i> . Madrid: Tea.		
Referencia	Aciego, R., Domínguez, R. y Hernández, P. (2003). Evaluación de la mejora en valores de realización personal y social en adolescentes que han participado en un programa de intervención. <i>Psicothema</i> , 15(4), 589-594.		

Inventario de la expresión de la ira	
Nombre técnico	Imuli
Autores	Moscoso
Año de publicación	2000
Finalidad de evaluación	Forma, estilo y frecuencia de expresión de la ira
Base teórica	Ira manifiesta, ira contenida y control de la ira
Descripción general	Evalúa la disposición a experimentar sentimientos de cólera o rabia como un rasgo de personalidad.
Posibles usos	Estrés, enfermedades coronarias y cáncer
Evaluados	Pacientes X Cuidadores X Personal de salud X
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de resultados	Puntuación directa
Población de estandarización	Latinoamericana
Edad de aplicación	17 años en adelante
Duración de la aplicación	15 minutos aproximadamente
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	Moscoso, M. (s. f.). <i>Medición de la ira y hostilidad</i> . Recuperado de http://estrescancer.wordpress.com/medicion-de-la-hostilidad-en-latinoamerica/
Referencia	Moscoso, M. (2007). La expresión y supresión de la cólera/ira: sus efectos en la salud y su medición psicométrica en América Latina. <i>Revista Psicológica Herediana</i> , 2(2), 104-114.

Catálogo de instrumentos

Cuestionario de preocupaciones sobre cirugía infantil	
Nombre técnico	CPCI
Autores	Quiles, Ortigosa y Méndez
Año de publicación	1998
Finalidad de evaluación	Identificar las preocupaciones de los niños frente a una situación de cirugía
Base teórica	Preocupaciones sobre hospitalización, procedimientos médicos, enfermedad y sus repercusiones.
Descripción general	Consta de diecisiete ítems que reflejan las principales preocupaciones infantiles acerca de la intervención quirúrgica, entre ellas, las referidas a la enfermedad y sus consecuencias negativas, el dolor, la anestesia, el quirófano, la separación de los padres, la estancia hospitalaria y las relaciones interpersonales.
Posibles usos	Ansiedad
Evaluados	Pacientes X Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de resultados	Puntuaciones directas
Población de estandarización	Española
Edad de aplicación	11 a 14 años
Duración de la aplicación	15 a 20 minutos
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	Quiles, M., Ortigosa, J., Méndez, F. y Pedroche, S. (1999). Cuestionario de preocupaciones sobre cirugía infantil. <i>Psicothema</i> , 11(3), 601-609.
Referencia	Quiles, M., Ortigosa, J., Méndez, F. y Pedroche, S. (1999). Cuestionario de preocupaciones sobre cirugía infantil. <i>Psicothema</i> , 11(3), 601-609.

Escala de estrategias de Coping modificada	
Nombre técnico	EEC-M
Autores	Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango y Aguirre
Año de publicación	2006
Finalidad de evaluación	Estrategias de afrontamiento
Base teórica	Solución de problemas, apoyo social, espera, religión, evitación emocional, apoyo profesional, reacción agresiva, evitación cognitiva, reevaluación positiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, negación y autonomía.
Descripción general	Consta de 98 ítems de respuesta tipo Likert que evalúan las doce escalas.
Posibles usos	Estrés
Evaluados	Pacientes X Cuidadores X Personal de salud X
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de resultados	Puntuación directa
Población de estandarización	Colombiana, bogotana
Edad de aplicación	17 años en adelante
Duración de la aplicación	25 minutos
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D. y Aguirre, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de Coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. <i>Universitas Psychologica</i> , 5(2), 327-349.
Referencia	Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D. y Aguirre, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de Coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. <i>Universitas Psychologica</i> , 5(2), 327-349.

Catálogo de instrumentos

Sucesos de vida	
Nombre técnico	Sucesos de vida
Autores	Gómez, Maqueo y Durán
Año de publicación	2002
Finalidad de evaluación	Detección de problemas emocionales
Base teórica	Sucesos positivos y negativos en las áreas de desarrollo
Descripción general	<p>La escala de Sucesos de vida, versión para adolescentes, es un autoinforme compuesto por 129 reactivos y una pregunta abierta que permiten evaluar de manera confiable siete áreas: familiar, social, personal, de problemas de conducta, de logros y fracasos, de salud y escolar. Los reactivos se puntúan mediante cuatro respuestas: a) Cuando me sucedió y fue bueno; b) Cuando me sucedió y fue malo; c) Cuando me sucedió y fue indiferente, y d) Cuando no me sucedió. Las respuestas corresponderían a eventos experimentados por los adolescentes en un período no mayor a un año.</p>
Posibles usos	Estrés
Evaluados	Pacientes X Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva Individual X
Presentación de resultados	Puntuación directa y perfil
Población de estandarización	Mexicana
Edad de aplicación	13 a 18 años
Duración de la aplicación	40 minutos
Material	Plantillas de calificación, perfil y portafolio
Medios	Lopez-Mena, L. y Campos-Álvarez, J. (s. f.). Evaluación de factores presentes en el estrés laboral. <i>Revista de Psicología de la Universidad de Chile</i> , XI(1). Recuperado de http://www.persist.cl/links/descargas/Evaluacion_de_Factores_Presentes_en_el_Estres_Laboral.pdf
Referencia	Lopez-Mena, L. y Campos-Alvarez, J. (s. f.). Evaluación de factores presentes en el estrés laboral. <i>Revista de Psicología de la Universidad de Chile</i> , XI(1). Recuperado de http://www.persist.cl/links/descargas/Evaluacion_de_Factores_Presentes_en_el_Estres_Laboral.pdf

Inventario multicultural latinoamericano de la hostilidad				
Nombre técnico	Imulho			
Autores	Moscoso			
Año de publicación	2008			
Finalidad de evaluación	Temperamento y reacción de la hostilidad			
Base teórica	Temperamento y carácter			
Descripción general	Evalúa los indicadores de características hostiles			
Posibles usos	Estrés y cáncer			
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores	X Personal de salud X
Forma de aplicación	Colectiva	X	Individual	X
Presentación de resultados	Puntuación directa			
Población de estandarización	Latinoamericana			
Edad de aplicación	18 años en adelante			
Duración de la aplicación	10 minutos aproximadamente			
Material	Cuestionario autorreporte			
Medios	Moscoso, M. (s. f.). <i>Medición de la ira y hostilidad</i> . Recuperado de http://estrescancer.wordpress.com/medicion-de-la-hostilidad-en-latinoamerica/			
Referencia	Moscoso, M. (2008). La hostilidad: sus efectos en la salud y medición psicométrica en Latinoamérica. <i>Persona</i> , 11, 75-90.			

Catálogo de instrumentos

Cuestionario breve de reacción al estrés	
Nombre técnico	SIRI
Autores	Grossarth y Eysenck (versión en castellano: Sandín Chorot, Navas y Santed)
Año de publicación	1990 (versión en castellano: 1992)
Finalidad de evaluación	Predisposición psicológica al cáncer y a enfermedad coronaria
Base teórica	Reacción al estrés (predisposición al cáncer, a enfermedad coronaria, tipo histérico, tipo saludable, tipo racional antiemocional).
Descripción general	Consta de setenta ítems de respuesta dicotómica (sí/no) correspondientes a seis escalas referidas a los tipos de personalidad.
Posibles usos	Predisposición al cáncer, predisposición coronaria, histérico, tipo saludable, predisposición a la depresión.
Evaluados	Pacientes X Cuidadores X Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de resultados	Puntuación directa
Población de estandarización	Española
Edad de aplicación	Adultos
Duración de la aplicación	20 a 30 minutos
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	Orejudo, S., Froján, M. y Malo, C. (2004). La tipología de personalidad de Grossarth-Maticek y Eysenck. Relación con otros constructos psicológicos. <i>Psiquis</i> , 25(4), 152-166.
Referencia	Orejudo, S., Froján, M. y Malo, C. (2004). La tipología de personalidad de Grossarth-Maticek y Eysenck. Relación con otros constructos psicológicos. <i>Psiquis</i> , 25(4), 152-166.

Factores de riesgo o variables externas

Cuestionario de calidad de vida en cáncer de mama EORTC			
Nombre técnico	QLQ-BR23		
Autores	Spranger, Groenvold y Arrarás		
Año de publicación	1996		
Finalidad de evaluación	Calidad de vida con cáncer de mama		
Base teórica	Área de nivel de funcionamiento. Escalas de imagen corporal y funcionamiento sexual. Ítems individuales del disfrute del sexo y preocupación por el futuro. Escalas de síntomas del brazo, del pecho, efectos secundarios de la quimioterapia.		
Descripción general	Consta de veintitrés ítems dirigidos a evaluar enfermedad y síntomas relacionados con neoplasias.		
Posibles usos	Cáncer de mama		
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva		Individual X
Presentación de resultados	Puntuación centil		
Población de estandarización	Europea, estadounidense, canadiense, asiática		
Edad de aplicación	18 años en adelante		
Duración de la aplicación	20 minutos aproximadamente		
Material	Cuestionario autorreporte		
Medios	Servicio de Oncología, Hosp Navarra, Irunlarrea, 3, 31008 Pamplona. jiarraras@correo.cop.es		
Referencia	Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M. y Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. <i>Psicología desde el Caribe</i> (20), 50-75.		

Catálogo de instrumentos

Escala de discapacidad de la OMS JOH/DAS	
Nombre técnico	DAS II
Autores	OMS
Año de publicación	1998
Finalidad de evaluación	Grado de discapacidad de pacientes psiquiátricos
Base teórica	Comportamiento general, desempeño de roles sociales, el paciente en el hospital, factores modificantes, evaluación global.
Descripción general	Diseñado para evaluar la conducta y el funcionamiento social de los pacientes con discapacidad psiquiátrica, en particular, esquizofrenia.
Posibles usos	Esquizofrenia
Evaluados	Pacientes X Cuidadores X Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de resultados	Puntuación directa
Población de estandarización	Mundial
Edad de aplicación	Todas
Duración de la aplicación	45 minutos
Material	Protocolo de observación y entrevista
Medios	Montero, I. y Gómez, M. (1993). Funcionamiento social medido por medio del DAS II en una muestra de pacientes esquizofrénicos seguidos a lo largo de dos años. <i>Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología Médica y Psicosomática</i> , 14(10), 27-34.
Referencia	Montero, I. y Gómez, M. (1993). Funcionamiento social medido por medio del DAS II en una muestra de pacientes esquizofrénicos seguidos a lo largo de dos años. <i>Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología Médica y Psicosomática</i> , 14(10), 27-34.

Perfil de salud de Nottingham	
Nombre técnico	NHP
Autores	McEwen J.
Año de publicación	1986
Finalidad de evaluación	Forma en que se ven afectadas las actividades diarias
Base teórica	Seis dimensiones de salud: energía, dolor, movilidad física, reacciones emocionales, sueño y aislamiento social.
Descripción general	Consta de 45 ítems, 38 de ellos dirigidos a la evaluación de las dimensiones del instrumento; la segunda parte son siete preguntas sobre la presencia de limitaciones en las actividades diarias consecuencia de un problema de salud. Las respuestas del test son de tipo dicotómico (sí/no).
Posibles usos	Diabetes
Evaluados	Pacientes X Cuidadores X Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva Individual X
Presentación de resultados	Puntuaciones directas
Población de estandarización	Sueca, francesa y española
Edad de aplicación	Adultos
Duración de la aplicación	10 a 15 minutos
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	Árcega, A., Lara, C. y Ponce de León, S. (2005). Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes. <i>Revista de Investigación Clínica</i> , 57(5), 676-684.
Referencia	Árcega, A., Lara, C. y Ponce de León, S. (2005). Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes. <i>Revista de Investigación Clínica</i> , 57(5), 676-684.

Catálogo de instrumentos

Cuestionario Sevilla de calidad de vida	
Nombre técnico	CSCV
Autores	Giner, Ibáñez, Baca, Bobes, Leal y Cervera
Año de publicación	2006
Finalidad de evaluación	Evalúa calidad de vida, en particular para personas que sufren de esquizofrenia
Base teórica	Aspectos satisfactorios o positivos y aspectos insatisfactorios o negativos de la calidad de vida.
Descripción general	Consta de 59 ítems con respuestas tipo Likert desde 1 (completo desacuerdo) a 5 (completo acuerdo), referentes a aspectos favorables y desfavorables de la vivencia cotidiana de los pacientes.
Posibles usos	Esquizofrenia, trastorno bipolar y psicosis
Evaluados	Pacientes X Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de resultados	Puntuación centil
Población de estandarización	Chilena
Edad de aplicación	16 a 74 años
Duración de la aplicación	20 a 30 minutos
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	Alvarado, R. y Muñoz, K. (2006). Estudio psicométrico del Cuestionario Sevilla para valorar la calidad de vida en personas con trastornos mentales severos, en una muestra chilena. <i>Revista Chilena de Neuropsiquiatría</i> , 44(4), 249-257.
Referencia	Caqueo, A. y Lemos, S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. <i>Psicothema</i> , 20(4), 577-582.

Inventario de factores de riesgo de hipertensión			
Nombre técnico	IFRH		
Autores	Grijalva		
Año de publicación	1992		
Finalidad de evaluación	Riesgos de hipertensión		
Base teórica	Edad, antecedentes personales de hipertensión, antecedentes familiares de diabetes <i>mellitus</i> , plecampsia, antecedentes familiares de hipertensión, antecedentes familiares de arteroesclerosis, antecedentes personales de enfermedad renal o urinarias, consumo de sal, tabaquismo, alcohol, sedentarismo, obesidad, uso de anticonceptivos orales, consumo de grasas, ocupación estresante, personalidad estresante y ambiente estresante.		
Descripción general	Consta de diecisiete reactivos que se contestan en una escala nominal (sí-no) para describir la presencia o ausencia de las variables.		
Posibles usos	Hipertensión		
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva		Individual X
Presentación de resultados	Puntuación directa		
Población de estandarización	Información no disponible		
Edad de aplicación	25 años en adelante		
Duración de la aplicación	Información no disponible		
Material	Cuestionario autoaplicable		
Medios	Información no disponible		
Referencia	Figueroa, C. y Ramos, B. (2006). Factores de riesgo de la hipertensión arterial y la salud cardiovascular en estudiantes universitarios. <i>Anales de Psicología</i> , 22(2), 169-174.		

Cuestionario de calidad de vida EORTC	
Nombre técnico	QLQ-C30
Autores	Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer
Año de publicación	1995
Finalidad de evaluación	Calidad de vida
Base teórica	Escalas funcionales: funcionamiento físico, rol, emocional, social y cognitivo. Tres escalas de síntomas: fatiga, dolor y náusea/vómitos. Una escala global de salud/calidad de vida. Ítems individuales que evalúan síntomas adicionales
Descripción general	Consta de treinta ítems que evalúan cinco escalas funcionales (funcionamiento físico, rol, emocional, social y cognitivo), tres escalas de síntomas (fatiga, dolor y náusea/vómitos), una escala global de salud/calidad de vida y un número de ítems individuales que evalúan síntomas adicionales (disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento y diarrea) y el impacto financiero.
Posibles usos	Cáncer
Evaluados	Pacientes X Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva Individual X
Presentación de resultados	Puntuación centil
Población de estandarización	Europea, estadounidense, canadiense, asiática
Edad de aplicación	Adultos
Duración de la aplicación	30 minutos aproximadamente
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M. y Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterápico. <i>Psicología desde el Caribe</i> (20), 50-75.
Referencia	Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M. y Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterápico. <i>Psicología desde el Caribe</i> (20), 50-75.

Escala de calidad de vida para el ictus	
Nombre técnico	ECVI-38
Autores	Fernández, Román, Álvarez, Verdecia, Ramírez, Martínez y Buergo
Año de publicación	2004
Finalidad de evaluación	Calidad de vida en el paciente con ictus
Base teórica	Estado físico, estado emocional, actividades de la vida diaria y funciones sociofamiliares.
Descripción general	Comprende 38 ítems agrupados en ocho dominios: estado físico (EF), comunicación (CO), cognición (CG), emociones (EM), sentimientos (SE), actividades básicas de la vida diaria (ABVD), actividades comunes de la vida diaria (ACVD) y funcionamiento sociofamiliar (FSF).
Posibles usos	Ictus
Evaluados	Pacientes X Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de resultados	Puntuación directa
Población de estandarización	Cubana
Edad de aplicación	Adultos mayores
Duración de la aplicación	12-15 minutos
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	Mesa, Y., Fernández, O., Hernández, T. y Parada, Y. (2016). Calidad de vida en pacientes post-ictus: factores determinantes desde la fase aguda. <i>Revista Habanera de Ciencias Médicas</i> , 15(4). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000400004
Referencia	Fernández, C., Román, P., Álvarez, M., Verdecia, R., Ramírez, E., Martínez, A. y Buergo, M. (2004). Desarrollo de una escala para evaluar la calidad de vida los supervivientes a un ictus. <i>Revista de Neurología</i> , 39(10), 915-923.

Catálogo de instrumentos

Adaptación colombiana del cuestionario de estilos de vida	
Nombre técnico	Cuestionario de estilos de vida
Autores	Flórez
Año de publicación	1998
Finalidad de evaluación	Aumentar el conocimiento y conciencia de los estilos de vida
Base teórica	Estilo de vida
Descripción general	Consta de seis escalas correspondientes al tipo de personalidad del modelo y de una escala adicional correspondiente a una forma b del tipo 4.
Posibles usos	Todos
Evaluados	Pacientes X Cuidadores X Personal de salud X
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de resultados	Puntuación directa
Población de estandarización	Colombiana
Edad de aplicación	18 años en adelante
Duración de la aplicación	15 minutos aproximadamente
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	lefloreza@unal.edu.co. Tel: 702 2463 Ext. 3165000 ext. 16328. Bogotá.
Referencia	Flórez-Alarcón, L. y Hernández, L. (1998). Adaptación de un instrumento de evaluación del estilo de vida y aplicación a la población de la localidad de chapinero de Bogotá. <i>Boletín Latinoamericano de Psicología de la Salud</i> , 1, 1-47.

Cuestionario de salud				
Nombre técnico	SF-36			
Autores	Ayuso-Mateus			
Año de publicación	2004 (validación colombiana: 2006)			
Finalidad de evaluación	Calidad de vida relacionada con la salud			
Base teórica	Función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.			
Descripción general	Ofrece una perspectiva general del estado de salud de la persona mediante el abordaje de aspectos relacionados con la vida cotidiana.			
Posibles usos	Enfermedades coronarias, crónicas, degenerativas (diabetes <i>mellitus</i> , dolor musculoesquelético).			
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores	X Personal de salud X
Forma de aplicación	Colectiva	X	Individual	X
Presentación de resultados	Puntuación directa			
Población de estandarización	Colombiana			
Edad de aplicación	14 años en adelante			
Duración de la aplicación	5-10 minutos			
Material	Manual y hoja de respuestas			
Medios	Lugo, L., García, H. y Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. <i>Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública</i> , 24(2), 37-50.			
Referencia	Lugo, L., García, H. y Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. <i>Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública</i> , 24(2), 37-50.			

Catálogo de instrumentos

Escala de salud del niño				
Nombre técnico	ESN			
Autores	Berganza, Cazali, Gaitán y Mezzich			
Año de publicación	1996			
Finalidad de evaluación	Inadaptación psicosocial			
Base teórica	Funcionamiento conductual, emocional, social y académico del niño			
Descripción general	Consta de doce ítems que miden los grados de desadaptación psicosocial. Es una escala de exploración de diversos aspectos del funcionamiento conductual, emocional, social y académico del niño, según la percepción del adulto.			
Posibles usos	Ansiedad, depresión			
Evaluados	Pacientes	Cuidadores	X	Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva	X	Individual	X
Presentación de resultados	Puntuaciones directas			
Población de estandarización	Guatemala			
Edad de aplicación	Adultos			
Duración de la aplicación	10 minutos aproximadamente			
Material	Cuestionario autorreporte			
Medios	Berganza, C., Cazali, L., Gaitán, I. y Mezzich, J. (1996). Validez de criterio de la escala de salud del niño. <i>Revista Latinoamericana de Psicología</i> , 28(2), 317-339.			
Referencia	Berganza, C., Cazali, L., Gaitán, I. y Mezzich, J. (1996). Validez de criterio de la escala de salud del niño. <i>Revista Latinoamericana de Psicología</i> , 28(2), 317-339.			

Índice de independencia de las actividades de la vida diaria				
Nombre técnico	KATZ			
Autores	Katz			
Año de publicación	1963			
Finalidad de evaluación	Delimitar y definir el concepto de dependencia en una función			
Base teórica	Funciones (baño, vestido, uso de sanitarios, movilidad, continencia de esfínteres y alimentación).			
Descripción general	Consta de seis ítems en los que se evalúan las actividades de la vida diaria. Proporcionan un índice de autonomía-dependencia. La corrección de la escala se realiza sobre una base dicotómica "independencia-dependencia"			
Posibles usos	Geriatría, recuperación posterior a una cirugía			
Evaluados	Pacientes	Cuidadores	X	Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva	X		Individual X
Presentación de resultados	Puntuaciones directas			
Población de estandarización	Española			
Edad de aplicación	Todas			
Duración de la aplicación	10 minutos aproximadamente			
Material	Hoja de evaluación, definición de los elementos y protocolo de clasificación final según ocho categorías posibles.			
Medios	Lázaro, A., Rubio, E., Sánchez, A. y García, J. (2007). Capacidad funcional para las actividades de la vida diaria en las personas mayores que acudieron a centros de convivencia en Zaragoza capital en 2005. <i>Revista Española de Salud Pública</i> , 81(6), 625-636.			
Referencia	Lázaro, A., Rubio, E., Sánchez, A. y García, J. (2007). Capacidad funcional para las actividades de la vida diaria en las personas mayores que acudieron a centros de convivencia en Zaragoza capital en 2005. <i>Revista Española de Salud Pública</i> , 81(6), 625-636.			

Catálogo de instrumentos

Cuestionario de conducta de enfermedad	
Nombre técnico	IBQ
Autores	Pilowsky
Año de publicación	1977
Finalidad de evaluación	Actitudes y sentimientos sobre la enfermedad, conducta anormal de enfermedad.
Base teórica	Hipocondría general, convicción de enfermedad, percepción psicológica frente a somática de la enfermedad, inhibición afectiva, perturbación afectiva, negación, irritabilidad.
Descripción general	Consta de 62 preguntas con opción de respuesta dicotómica, dividida en siete subescalas cuyo propósito es hacer más objetiva la conducta de enfermedad y explorar las áreas conductuales, afectivas y cognitivas sobresalientes que resultan en el marco de la conducta anormal.
Posibles usos	Enfermedades gastrointestinales
Evaluados	Pacientes X Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva Individual X
Presentación de resultados	Puntuación centil
Población de estandarización	Española
Edad de aplicación	Adultos
Duración de la aplicación	45 minutos aproximadamente
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	Buela-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, J. (dirs.). (1996). <i>Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud</i> . Madrid: Siglo Veintiuno.
Referencia	Vinaccia, S., Fernández, H., Escobar, O., Calle, É., Andrade, I., Contreras, F. y Tobón, S. (2006). Calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con diabetes mellitus Tipo II. <i>Suma Psicológica</i> , 13(1), 15-31.

Inventario de calidad de vida y salud	
Nombre técnico	InCaViSa
Autores	Riberos, Sánchez y Graves
Año de publicación	2004
Finalidad de evaluación	Calidad de vida
Base teórica	Preocupaciones, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana, familia, redes sociales, dependencia médica y relación con el médico.
Descripción general	Evalúa calidad de vida en pacientes con padecimientos crónicos, recoge información sobre áreas como creencias sobre su salud, satisfacción en sus relaciones interpersonales, percepción del funcionamiento de sus funciones cognitivas, síntomas y calidad de vida en general.
Posibles usos	Cáncer, VIH, enfermedades crónicas
Evaluados	Pacientes X Cuidadores X Personal de salud X
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de resultados	Puntuaciones directas
Población de estandarización	Mexicana
Edad de aplicación	16 años en adelante
Duración de la aplicación	15-20 minutos
Material	Manual y formato de calidad de vida y salud
Medios	info.colombia>manualmoderno.com
Referencia	Riveros, A., Ceballos, G., Laguna, R. y Sánchez-Sosa, J. (2005). El manejo psicológico de la hipertensión esencial: efectos de una intervención cognitivo-conductual. <i>Revista Latinoamericana de Psicología</i> , 37(3), 493-507.

Catálogo de instrumentos

Cuestionario resistencia de la presión de grupo en el consumo de alcohol				
Nombre técnico	RPGCA (CRPG)			
Autores	Londoño, Valencia, Sánchez y León			
Año de publicación	2005			
Finalidad de evaluación	Manejo de la presión de grupo			
Base teórica	Presión de grupo directa, presión de grupo indirecta, grado de presión percibido.			
Descripción general	Consta de 45 ítems que presentan situaciones de presión para el joven. Las respuestas se presentan en una escala tipo Likert.			
Posibles usos	Alcoholismo			
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores	Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva	X	Individual	X
Presentación de resultados	Puntuaciones directas			
Población de estandarización	Colombiana			
Edad de aplicación	16-25 años			
Duración de la aplicación	25 minutos aproximadamente			
Material	Cuestionario autorreporte			
Medios	Londoño, C., Valencia, S., Sánchez, L. y León, V. (2007). Diseño del cuestionario resistencia a la presión de grupo en el consumo de Alcohol (CRPG). <i>Suma Psicológica</i> , 14(2), 271-288.			
Referencia	Londoño, C., Valencia, S., Sánchez, L. y León, V. (2007). Diseño del cuestionario resistencia a la presión de grupo en el consumo de Alcohol (CRPG). <i>Suma Psicológica</i> , 14(2), 271-288.			

Cuestionario Mc-Gill de dolor (validación colombiana)				
Nombre técnico	MPQ			
Autores	Bejarano, Berrío, Osorio y Rodríguez			
Año de publicación	1985			
Finalidad de evaluación	Evaluar percepción del dolor			
Base teórica	Sensorial, afectiva y evaluativa del dolor			
Descripción general	Consiste en una serie de adjetivos descriptores de dolor distribuidos en veinte grupos, que permiten determinar la dimensión sensorial, motivacional, afectiva y cognoscitiva evaluativa.			
Posibles usos	Dolor pélvico			
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores	Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva	X	Individual	X
Presentación de resultados	Puntuaciones directas			
Población de estandarización	Colombiana			
Edad de aplicación	17 años en adelante			
Duración de la aplicación	10-15 minutos			
Material	Cuestionario autorreporte			
Medios	Bejarano, P., Osorio, R., Rodríguez, M. y Berrío, G. (1985). Evaluación del dolor: adaptación del cuestionario de McGill. <i>Revista Colombiana de Anestesiología</i> , 13(4), 321-351.			
Referencia	Bejarano, P., Osorio, R., Rodríguez, M. y Berrío, G. (1985). Evaluación del dolor: adaptación del cuestionario de McGill. <i>Revista Colombiana de Anestesiología</i> , 13(4), 321-351.			

Catálogo de instrumentos

Cuestionario de calidad de vida en cáncer de pulmón EORTC			
Nombre técnico	QLQ-LC13		
Autores	Arrarás y Bergman		
Año de publicación	1994		
Finalidad de evaluación	Calidad de vida		
Base teórica	Síntomas de la enfermedad y toxicidad, funcionamiento físico y de rol psicológico y social.		
Descripción general	Consta de trece ítems que miden dos dimensiones (áreas funcionales y sintomatología) relacionadas con la enfermedad y síntomas relacionados con neoplasias.		
Posibles usos	Cáncer de pulmón		
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva		Individual X
Presentación de resultados	Puntuación centil		
Población de estandarización	Europea, estadounidense, canadiense, asiática		
Edad de aplicación	Adultos		
Duración de la aplicación	10 minutos		
Material	Cuestionario autorreporte		
Medios	Servicio de Oncología, Hosp Navarra, Irunlarrea, 3, 31008 Pamplona. jiarraras@correo.cop.es Etxeberria, Y., Pérez-Izquierdo, J., Badiola, C., Quintana, J. M., Padierna, A., Aróstegui, I. y Capelastegui, A. (2001). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer de pulmón. <i>Gaceta Sanitaria</i> , 15(1), 25-31.		
Referencia	Bedoya, M., Contreras, M., Hamilton, F. y Zapata, M. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. <i>Psicología y Salud</i> , 15(2), 207-221.		

Cuestionario de calidad de vida para tumor de cabeza y cuello EORTC	
Nombre técnico	QLQ-H&N37
Autores	Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer
Año de publicación	Información no disponible
Finalidad de evaluación	Calidad de vida
Base teórica	Síntomas de la enfermedad y toxicidad, funcionamiento físico y de rol, psicológico y social.
Descripción general	Incluye las áreas de síntomas de la enfermedad de cabeza y cuello que aparecen en todos los estadios, síntomas relacionados con el tratamiento de radioterapia o de cirugía, tanto agudos como crónicos, aspectos nutricionales e imagen social y otras áreas.
Posibles usos	Tumores de cabeza y cuello, cáncer
Evaluados	Pacientes X Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva Individual X
Presentación de resultados	Puntuación centil
Población de estandarización	Europea, estadounidense, canadiense, asiática
Edad de aplicación	Adultos
Duración de la aplicación	30 minutos aproximadamente
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	Servicio de Oncología, Hosp. Navarra, Irunlarrea, 3, 31008 Pamplona. jiarraras@correo.cop.es
Referencia	Da Costa Neto, S. y Ferreira de Araujo, T. (2005). Calidad de vida de los portadores de neoplasia de cabeza y de cuello en fase diagnóstica. <i>Revista Colombiana de Psicología</i> (14), 53-63.

Catálogo de instrumentos

General health questionnaire	
Nombre técnico	GHQ-28
Autores	Goldberg y Hiller
Año de publicación	1979
Finalidad de evaluación	Estado de ajuste psicológico
Base teórica	Síntomas psicósomáticos, ansiedad, disfunción social y depresión.
Descripción general	Consta de veintiocho ítems divididos en cuatro subescalas con cuatro respuestas tipo Likert. Se utiliza como cribado para estudios epidemiológicos psiquiátricos.
Posibles usos	Disturbios psiquiátricos menores (drogodependencia)
Evaluados	Pacientes X Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva Individual X
Presentación de resultados	Puntuaciones directas
Población de estandarización	Española
Edad de aplicación	18-65 años
Duración de la aplicación	20 minutos aproximadamente
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	Retolaza, A., Mostajo, A., De la Rica, J., Díaz de Garramiola, A., Pérez, J., Aramberri, I. y Markez, I. (1993). Validación del Cuestionario de salud general de Goldberg (versión 28 ítems) en consultas de atención primaria. <i>Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría</i> , XIII(46). Recuperado de http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15340
Referencia	Lozano, Ó., Rojas, A., Pérez, C., González-Sáiz, F., Ballesta, R. e Izaskun, B. (2008). Evidencias de validez del test para la evaluación de la calidad de vida en adictos a sustancias psicoactivas a partir del modelo biaxial de la adicción. <i>Psicothema</i> , 20(2), 317-323.

Inventario de discapacidad de Sheehan	
Nombre técnico	SDI
Autores	Sheehan, Harnet-Sheehan y Raj
Año de publicación	1996
Finalidad de evaluación	Subescalas: discapacidad, estrés percibido, apoyo social percibido
Base teórica	Síntomas psicósomáticos, ansiedad, disfunción social y depresión
Descripción general	Evalúa el grado de discapacidad en el momento de la evaluación en tres aspectos puntuables de 0 a 10, cuya suma proporciona un índice de discapacidad global.
Posibles usos	Ansiedad, depresión
Evaluados	Pacientes X Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de resultados	Puntuaciones directas
Población de estandarización	Española
Edad de aplicación	Adultos
Duración de la aplicación	7 minutos aproximadamente
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	Fernández, J., Luengo, M., García, J., Cabero, A., González, M., Braña, B., Cuesta, M. y Caunedo, P. (2010). Efectividad de la psicoterapia breve en los centros de salud mental I: diseño, tratamientos y procedimiento. <i>Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría</i> , 30(108), 563-580.
Referencia	Fernández, J., Luengo, M., García, J., Cabero, A., González, M., Braña, B., Cuesta, M. y Caunedo, P. (2010). Efectividad de la psicoterapia breve en los centros de salud mental I: diseño, tratamientos y procedimiento. <i>Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría</i> , 30(108), 563-580.

Catálogo de instrumentos

Escala de calidad de vida para la depresión	
Nombre técnico	QLDS
Autores	Hunt y McKenna
Año de publicación	1992
Finalidad de evaluación	Evaluar el impacto de la depresión en la calidad de vida del paciente
Base teórica	Seis dimensiones: actividades domésticas, relaciones interpersonales, vida social, conocimiento, higiene personal, actividades de ocio y relajación.
Descripción general	Consta de 34 ítems de respuesta dicotómica (sí/no). Evalúa la calidad de vida en los pacientes con depresión. Cuanta mayor puntuación en esta escala, peor es la calidad de vida.
Posibles usos	Depresión
Evaluados	Pacientes X Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva Individual X
Presentación de resultados	Puntuaciones directas
Población de estandarización	Española
Edad de aplicación	Adultos
Duración de la aplicación	30 minutos aproximadamente
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	Información no disponible
Referencia	Ruiz, F., Colín, P., Corlay, N., Lara, M. y Dueñas, T. (2007). Trastorno depresivo mayor en México: La relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida. <i>Salud Mental</i> , 30(2), 25-32.

Escala de impulsividad de Barratt	
Nombre técnico	BIS-11
Autores	Folino
Año de publicación	Validación latinoamericana: 2006
Finalidad de evaluación	Valorar la impulsividad
Base teórica	Impulsividad cognitiva, motora y no planeada
Descripción general	Evalúa el grado de impulsividad según los componentes cognitivos y conductuales, además de la impulsividad como respuesta automática y el grado de impulsividad total.
Posibles usos	Enfermedades coronarias, trastornos de ansiedad
Evaluados	Pacientes X Cuidadores X Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de resultados	Puntuaciones directas
Población de estandarización	Argentina
Edad de aplicación	16 años en adelante
Duración de la aplicación	5-10 minutos
Material	Hoja de sistema de respuesta y hoja de corrección
Medios	Folino, J., Escobar, F. y Castillo, J. (2006). Exploración de la validez de la escala de impulsividad de Barrat (BIS 11) en la población carcelaria argentina. <i>Revista Colombiana de Psiquiatría</i> , 35(2), 132-148.
Referencia	Folino, J., Escobar, F. y Castillo, J. (2006). Exploración de la validez de la escala de impulsividad de Barrat (BIS 11) en la población carcelaria argentina. <i>Revista Colombiana de Psiquiatría</i> , 35(2), 132-148.

Catálogo de instrumentos

Inventario de temperamento y carácter (revisado)	
Nombre técnico	TCI-R
Autores	Gutierrez, Bayón, Monserrat, Valero, Labad, Cloninger y Fernández
Año de publicación	1994
Finalidad de evaluación	Dimensiones y rasgos de la personalidad en población normal
Base teórica	Temperamento (búsqueda de novedad, evitación del daño, dependencia del refuerzo o de la recompensa y persistencia) y carácter (autodirección o autodirectividad, cooperatividad y autotranscendencia).
Descripción general	Evalúa las siete dimensiones de la personalidad. Las cuatro primeras hacen referencia al temperamento y las tres restantes, al carácter.
Posibles usos	Enfermedades coronarias
Evaluados	Pacientes X Cuidadores X Personal de salud X
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de resultados	Puntuación T
Población de estandarización	Española
Edad de aplicación	18-65 años
Duración de la aplicación	60 minutos
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	jazotes@yahoo.es gutierrez@peremata.com
Referencia	Gutiérrez, J., Bayón, C., Montserrat, C., Valero, J., Labad, A., Cloninger, C. y Fernández, F. (2004). Inventario del temperamento y el carácter-revisado (TCI-R). Baremación y datos normativos en una muestra de población general. <i>Actas Españolas de Psiquiatría</i> , 32(1), 8-15.

Grupo 4. Evaluación del soporte social y familiar

Cuestionario de apoyo social funcional			
Nombre técnico	Duke UNC		
Autores	Revilla, Baylon y De Dios		
Año de publicación	1991		
Finalidad de evaluación	Evaluación cuantitativa del apoyo social percibido		
Base teórica	Apoyo total percibido, apoyo afectivo, apoyo confidencial		
Descripción general	Evalúa el apoyo social percibido en relación con dos aspectos: la comunicación de sentimientos y pensamientos íntimos y la expresión de sentimientos de empatía.		
Posibles usos	Todas (enfermedades crónicas, degenerativas, cuadros psiquiátricos)		
Evaluados	Pacientes X	Cuidadores X	Personal de salud X
Forma de aplicación	Colectiva X	Individual X	
Presentación de resultados	Puntuación directa		
Población de estandarización	Española		
Edad de aplicación	16 años en adelante		
Duración de la aplicación	Entre 10 y 25 minutos		
Material	Cuestionario autorreporte		
Medios	Servicio Andaluz de Salud. (s. f.). <i>Cuestionario Duke-UNC</i> . Recuperado de http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario_ duke_unc.pdf		
Referencia	Vinaccia, S., Quiceno, J., Fernández, H., Pérez, B., Sánchez, M. y Londoño, A. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. <i>Anales de Psicología</i> , 23(2), 245-252.		

Catálogo de instrumentos

Escala de apoyo social	
Nombre técnico	AS
Autor	Matud
Año de publicación	1998
Finalidad de evaluación	Evaluación funcional y global del apoyo social percibido
Base teórica	Estima, información, compañía y ayuda tangible del apoyo social.
Descripción general	Evalúa la percepción de disponibilidad de apoyo en las áreas afectiva, económica y laboral.
Posibles usos	Enfermedades crónicas y degenerativas
Evalutados	Pacientes X Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva X Individual X
Presentación de resultados	Puntuación directa
Población de estandarización	Mexicana
Edad de aplicación	Mayores de 18 años
Duración de la aplicación	3 minutos aproximadamente
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	<i>Anexo 5. Escala de apoyo social.</i> Recuperado de http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lad/kishigami_m_e/apendiceE.pdf
Referencia	Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Zapata, C., Obesso, S. y Quintero, D. C. (2006). Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). <i>Psicología desde el Caribe</i> (18), 89-108.

Cartes, modèles internes de relation	
Nombre técnico	Camir
Autores	Pierrehumbert, Karmanaiola, Sieye, Meisler y Halfon
Año de publicación	1996
Finalidad de evaluación	Patrones de apego
Base teórica	Interferencia parental (IP), preocupación familiar (PF), sentimiento de infantilización (RI), apoyo parental (AP), apoyo familiar (AF), reconocimiento de apoyo (RA), indisponibilidad parental (IP2), distancia familiar (DF), resentimiento de rechazo (RR)
Descripción general	Consta de 72 ítems. Asigna puntajes a trece factores de variables relacionadas con los patrones de apego y a cada uno de los prototipos de apego (seguro, rechazante y preocupado) y describe el caso predominante.
Posibles usos	Insuficiencia renal crónica terminal
Evaluados	Pacientes X Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva Individual X
Presentación de resultados	Puntuaciones directas
Población de estandarización	Chilena
Edad de aplicación	Adultos
Duración de la aplicación	40 minutos aproximadamente
Material	Cuestionario autorreporte
Medios	Garrido, L., Santelices, M. P., Pierrehumbert, B. y Armijo, I. (2009). Validación chilena del cuestionario de evaluación de apego en el adulto Camir. <i>Revista Latinoamericana de Psicología</i> , 41(1), 81-98.
Referencia	Santelices, M. P. <i>et al.</i> (2009). Estudio de los estilos de apego adulto en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. <i>Universitas Psychologica</i> , 8(2). Recuperado de http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/296

Catálogo de instrumentos

Instrumento de valoración gerontológica			
Nombre técnico	Instrumento de valoración gerontológica		
Autores	Universidad de San Buenaventura		
Año de publicación	2001		
Finalidad de evaluación	Evaluar el estado general del adulto mayor		
Base teórica	Ambiente y servicios sociosanitarios, servicios de salud, estado de salud, hábitos, funcionalidad, estado psicológico y estado social.		
Descripción general	Consta de 56 ítems que valoran la percepción de las personas de la tercera edad frente al proceso de envejecimiento.		
Posibles usos	Todos		
Evaluados	Pacientes	X	Cuidadores Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva	X	Individual X
Presentación de resultados	Puntuación directa		
Población de estandarización	Colombiana		
Edad de aplicación	65 años en adelante		
Duración de la aplicación	20 minutos aproximadamente		
Material	Cuestionario autorreporte		
Medios	Universidad de san Buenaventura sede Bogotá. Facultad de Psicología.		
Referencia	De Valle, D., Hernández, A., Rexach, L. y Cruz, A. (2001). Validación de una versión de cinco ítems de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en población española. <i>Revista Española de Geriatria y Gerontología</i> , 36(5), 76-280.		

Escala de sobrecarga del cuidador			
Nombre técnico	Zarit		
Autores	Zarit y Cols		
Año de publicación	1980		
Finalidad de evaluación	Carga del cuidador		
Base teórica	Salud física y psicológica, área económica y laboral, relaciones sociales y relación con la persona mayor y receptora del cuidado.		
Descripción general	Escala que consta de veintidós ítems, los cuales se pueden calificar en una escala de Likert de 0 (nunca) a 4 (casi siempre). Se aplica a personas que están al cuidado de una persona enferma.		
Posibles usos	Estrés		
Evaluados	Pacientes	Cuidadores	Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva		Individual
Presentación de resultados	Puntuación directa		
Población de estandarización	Española, chilena		
Edad de aplicación	Adultos		
Duración de la aplicación	10 minutos aproximadamente		
Material	Cuestionario autoaplicable		
Medios	hipocampo.org. (s. f.). <i>Escla de Zarit</i> . Recuperado de http://www.hipocampo.org/zarit.asp		
Referencia	Muela, J. A., Torres, C. J. y Peláez, E. M. (2002). Nuevo instrumento de evaluación de situaciones estresantes en cuidadores de enfermos de Alzheimer. <i>Anales de Psicología</i> , 18(2), 319-331.		

Catálogo de instrumentos

Cuestionario breve de burnout				
Nombre técnico	CBB			
Autores	Moreno-Jiménez, Bustos, Matallana y Miralles			
Año de publicación	1997			
Finalidad de evaluación	Síndrome de burnout			
Base teórica	Factores de burnout, síndrome de burnout, consecuencias del burnout			
Descripción general	Busca obtener una evaluación global del síndrome de burnout, así como de sus antecedentes y consecuencias.			
Posibles usos	Estrés, cuadros ansiosos o depresivos.			
Evaluados	Pacientes	Cuidadores	X	Personal de salud X
Forma de aplicación	Colectiva	X		Individual X
Presentación de resultados	Puntuación directa			
Población de estandarización	Española			
Edad de aplicación	Adultos			
Duración de la aplicación	15 minutos			
Material	Cuestionario autorreporte			
Medios	Mansilla, F. (s. f.). <i>Cuestionario breve de burnout (CBB)</i> . Recuperado de http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/anexo15.shtml			
Referencia	Psicothema 2006. Vol. 18, nº 3, pp. 419-424. La Escala de Irritación como instrumento de evaluación del estrés laboral. Merino, E., Carbonero, M. Á., Moreno-Jiménez, B. y Morante, M. E. (2006). La Escala de irritación como instrumento de evaluación del estrés laboral. <i>Psicothema</i> , 18(3), 419-424.			

Referencias

- Alarcón, A. y Muñoz, S. (2008). Medición en salud: algunas consideraciones metodológicas. *Revista Médica de Chile*, 136(1), 125-130.
- Alarcón, R. (2006). Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(1), 99-106.
- Alfaro, N., Carothers, M. y González, Y. (2006). Autopercepción de calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. *Investigación en Salud*, 8(3), 152-157.
- Álvarez, N. y Londoño, C. (2012). Diseño y validación del Cuestionario de depresión en hombres (Tesis de Maestría inédita). Universidad Católica de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Alloy, L., Nelly, K., Mineka, S. y Clements C. (1990). Comorbidity of Anxiety and Depressive Disorders: A Help-Lessness-Hpolessness Perspective. En J. D. Maser y C. R. Cloninger (eds.), *Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders* (pp. 499-543). Washington: American Psychiatric Press.
- Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). *Test psicológicos*. México D. F.: Prentice Hall.
- Bainbridge, L., Nasmith, L., Orchard, C. y Wood, V. (2010). Competencies for Interprofessional Collaboration. *Journal of Physical Therapy Education*, 24(1). Recuperado de <http://ipe.uwo.ca/Administration/teachings/Competencies%20for%20Interprofessional%20Collaboration.pdf>
- Barra, E. (2005). Relación entre salud y emoción. En L. Flórez-Alarcón, M. Botero y B. Moreno-Jiménez (eds.), *Psicología de la Salud: temas actuales de investigación en Latinoamérica* (pp. 181-182). Bogotá: UniNorte y Alapsa.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive Therapy of Depression: New Perspectives. En P. J. Clayton y J. E. Barrett (eds.), *Treatment of Depression: Old Controversies and New Approaches* (pp. 265-290). Nueva York: Raven Press.
- Boeris, C. (2011). *Las fuentes de datos en los estudios bibliométricos. Actas de las 2ª Jornadas de Intercambios y Reflexiones acerca de la Investigación en Bibliotecología*. Recuperado de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.908/ev.908.pdf
- Buela-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, C. (dirs.). (1996). *Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Buela-Casal, G., Carroble, J. y Sierra, C. (1995). Psicología Clínica y de la Salud en España: su estado actual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27(1), 25-40.
- Camargo, A. y Gutiérrez, D. P. (2010). Situación mundial y nacional de las enfermedades crónicas no transmisibles: un desafío para Enfermería. *Actualizaciones en Enfermería*, 13(1), 15-17.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative [CIHC]. (2008). *Competencies: Interprofessional Literature Review*. Recuperado de http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf
- Carrasco, M., Herrera, S., Fernández, B. y Barros, C. (2013). Impacto del apoyo familiar en la presencia de quejas depresivas en personas mayores de Santiago de Chile. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 48(1), 9-14. doi: 10.1016/j.regg.2012.04.006

- Carrobles, J. A. y Benavides-Pereira, A. M. (2009). El estrés y la Psicología Positiva. En E. G. Fernández-Abascal (ed.), *Emociones positivas* (pp. 363-373). Madrid: Pirámide.
- Carvajal, A., Centeno, C. Watson, R. Martínez, M. y Sanz, A. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales Sistema San Navarra*, 34(1), 63-72. doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272011000100007>
- Carver, C. y Scheier, M. (1994). Situational Coping and Coping Dispositions in a Stressful Transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 184-195.
- Castrillón, D., Cháves, L., Ferrer, A., Londoño, N., Maestre, K., Marín, C. y Schnitter, M. (2005). Validación del Young Schema Questionnaire Long Form-Second Edition (YSQ-12) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(03), 541-560.
- Center for Disease Control and Prevention. (2016). *Chronic Disease Prevention and Health Promotion*. Recuperado de <https://www.cdc.gov/chronicdisease/>
- Compas, B., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H. y Wadsworth, M. E. (2001). Coping with Stress during Childhood and Adolescence: Progress, Problems, and Potential in Theory and Research. *Psychological Bulletin*, 1(127), 87-127.
- Cosco, T., Doyle, F., Ward, M. y McGee, H. (2012). Latent Structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale: A 10-Year Systematic Review. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(3), 180-184. doi: 10.1016/j.jpsychores.2011.06.008
- Daza, C. H. (2002). La obesidad: un desorden metabólico de alto riesgo para la salud. *Colombia Médica*, 33(2), 72-80.
- De la Fuente, J. R. y Tapia, R. (coords.). (2001). *La medición en salud a través de indicadores*. México D. F: Siglo XXI.
- De los Ríos, J., Ávila, T. y Montes, G. (2005). Depresión en pacientes con nefropatía diabética y su importancia en el diagnóstico enfermero. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 13(1-2), 9-14.
- Díaz, G. (2007). Evaluación de características específicas de la personalidad en diferentes trastornos físicos. *Revista IIPSI*, 10(1), 173-176.
- Dobbie, M. y Mellor, D. (2008). Chronic Illness and its Impact: Considerations for Psychologists. *Psychology, Health & Medicine*, 13(5), 583-590. doi: 10.1080/13548500801983041
- Durand, V. M. y Barlow, D. H. (2007). *Psicopatología. Un enfoque integral de la psicología anormal*. Ciudad de México: Thomson.
- Endler, N. y Magnusson, D. (1974). *Interactionism, Trait Psychology, Psychodynamics and Situationism*. Estocolmo: Universidad de Estocolmo.
- Endler, N. y Magnusson, D. (1976). Personality and Person by Situation Interaction. En N. S. Endler y O. Magnusson (eds.), *Interactional Psychology and Personality*. Washington: Hemisphere Publishing Corporation.
- Fernández-Ballesteros, R., De Bruyn, E., Godoy, A., Hornke, L., Ter Laak, J., Vizcarro, C. et al. (2003). Guías para el proceso de evaluación (GAP) una propuesta a discusión. *Papeles del Psicólogo*, 84, 58-70.

Referencias

- Fiorentino, M. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 95-113.
- Gantiva, C., Bello, J., Vanegas, E. y Sastoque, R. (2010). Relación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 362-374.
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., Van den Kommer, T. y Teerds, J. (2002). Cognitive Coping Strategies and Symptoms of Depression and Anxiety: A Comparison between Adolescents and Adults. *Journal of Adolescence*, 25, 603-611.
- Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Riveros, M. F. y Quiceno, J. M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe* (20), 50-75.
- Guimón, J. (1999). *Los lugares del cuerpo*. Barcelona: Paidós.
- Ignjatović-Ristić, D. y Hinić Jović, J. (2012). Evaluation of the Beck Depression Inventory in a Non Clinical Student Sample. *West Indian Medical*, 61(5), 489-493.
- Jaser, S., Champion, J., Reeslund, K., Keller, G., Merchant, M., Benso, M. y Compas, B. (2007). Coping with the Stress of Parental Depression II: Adolescent and Parent Reports of Coping and Adjustment. *Journal of Clinical Child and Adolescence Psychology*, 34(1), 193-205.
- Kaplan, R. y Saccuzzo, D. (2006). *Pruebas psicológicas. Principios, aplicaciones y temas*. México D. F.: Thompson.
- Kaslow, N., Grus, C., Campbell, L., Fouad, N., Hatcher, R. y Rodolfa, E. (2009). Competency Assessment Toolkit for Professional Psychology. *Training and Education in Professional Psychology*, 3(4). doi: 10.1037/a0015833
- La Rosa, Y., Martín, L. y Bayarre, H. (2007). Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23(1). Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_01_07/mgi06107.htm
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- León, A. y Herrera, N. (2011). *Estándares de evaluación en Psicología en Colombia*. (Tesis de Maestría inédita). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Londoño, C., Peñate, W. y González, M. (2014). Características de la depresión en hombres y factores asociados (Tesis de Doctorado inédita). Universidad de La Laguna, San Cristóbal de La Laguna, España.
- López, S. y Morales, J. (2005). ¿Para qué se administran las escalas, cuestionarios, tests e índices? *Index de Enfermería*, 14(48-49). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100001
- Ministerio de la Protección Social. (2009). *Plan nacional para el control del cáncer en Colombia (2010-2019)*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-nacional-control-cancer-2012-2020.pdf>
- Mirales, T., Bustos, R., Matallana, A. y Moreno, B. (1997). La evaluación del *burnout*. Problemas y alternativa. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 13(2), 185-207.

- Moreno, E., Arenas, M., Porta, E., Escalant, L., Cantó, M., Castell, G. *et al.* (2004). Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 7(4) 17-25.
- Norton, S., Cosco, T., Doyle, F., Done, J. y Sacker, A. (2012). The Hospital Anxiety and Depression Scale: A Meta Confirmatory Factor Analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(1), 74-81.
- Omar, A., París, L., Aguiar, M., Almeida, S. y Pino, R. (2009). Validación del inventario de bienestar subjetivo con muestras de jóvenes y adolescentes argentinos, brasileros y mexicanos. *Suma Psicológica*, 16(2), 69-84.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s. f.). *Enfermedades crónicas y promoción de la salud*. Recuperado de http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/
- Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). Psicología de la Salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 135(5), 647-652.
- Páez, A., Jofré, M., Azpiroz, C. y De Bortoli, M. (2008). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal. *Universitas Psychologica*, 8(1), 117-124.
- Peñacoba, C., Fernández, A., Morato, V., González, J., López, A. y Moreno, P. (2004). Una aproximación a la calidad de vida de los enfermos ingresados en unidades de cuidados paliativos. *Psicología y Salud*, 14(1), 13-23.
- Peñate, M. (2003). Patrones de conducta y sistema cardiovascular. *Hojas informativas de los Psicólogos de las Palmas*, 2(52).
- Piña, J. y Sánchez, J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Universitas Psychologica*, 6(2), 399-407.
- Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R., García, J. y Oblitas, L. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 43-73.
- Quiceno, J. y Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud infantil: una aproximación conceptual. *Psicología y Salud*, 18(1), 37-44.
- Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Reynolds, C. R. y Richmond, B. O. (1997). *Escala de ansiedad manifiesta en niños. Ed. revisada. CMAS-R. Manual*. Ciudad de México: Manual Moderno.
- Rijkeboer, M. y Boo, D. (2010). Early Maladaptive Schemas in Children: Development and Validation of the Schema Inventory for Children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(2), 102-109.
- Robledo, R. y Escobar, F. (2010). Las enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia. *Boletín del Observatorio en Salud*, 3(4), 1-9.
- Roca, M. (1992). *Trastornos del humor*. Madrid: Meditor.
- Sandín, B. (2002). Papel de las emociones negativas en el trastorno cardiovascular: un análisis crítico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(1), 1-18.
- Santelices, M. P., Garrido, L., Fuentes, M., Guzmán, M. y Lizano, M. (2009). Estudio de los estilos de apego adulto en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal.

Referencias

- Universitas Psychologica*, 8(2). Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/296>
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M. y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16, 121-42.
- Schlaepfer, L. e Infante, C. (1990). La medición de salud: perspectivas teóricas y metodológicas. *Salud Pública en México*, 32(2), 141-155.
- Seligman, M. (1991). *Learned Optimism*. Nueva York: Knopf.
- Sharpley, C. y Bitsika, V. (2014). Validity, Reliability and Prevalence of Our Clinical Content Subtypes of Depression. *Behavioral Brain Research*, 1(259), 9-15. doi: 10.1016/j.bbr.2013.10.032
- Solís, C. y Vidal, A. (2006). Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 7(1), 33-39.
- Spielberger, C. D. (1972). Anxiety as an Emotional State. En C. D. Spielberger (ed.), *Anxiety Behavior* (pp. 23-49). Nueva York: Academic Press.
- Stanton, A., Reversion, T. y Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565-592.
- Storch, E., Roberti, J. y Roth, D. (2004). Factor Structure, Concurrent Validity, and Internal Consistency of the Beck Depression Inventory—Second Edition in a Sample of College Students. *Depression and Anxiety*, 19(3), 187-189. doi: 10.1002/da.20002
- Straat, J. H., Van der Ark, L. A. y Sijtsma, K. (2013). Methodological Artifacts in Dimensionality Assessment of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Journal of Psychosomatic Research*, 74(2), 116-21. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.11.012
- Thimm, J. C. (2010). Personality and Early Maladaptive Schemas: A Five-Factor Model Perspective. *Behavioral Therapy Experimental Psychiatry*, 41(4), 373-80. doi: 10.1016/j.jbtep.2010.03.009
- Torres, G. (2011). *Las competencias de los psicólogos en Colombia y en el mundo: revisión crítica de algunos modelos de formación por competencias*. (Tesis de Maestría inédita). Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia.
- Velarde, E. y Ávila, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud pública en México*, 44(4), 349-361.
- Vinaccia, S. (2003). El patrón de conducta tipo C en pacientes con enfermedades crónicas La medición de salud: perspectivas teóricas y metodológicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32(2), 161-168.
- Vinaccia, S. y Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(2), 125-137.
- Vinaccia, S. y Quiceno, J. M. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia. Avances en la disciplina*, 6(1), 123-136.
- Vinaccia, S., Arango, C., Cano, E., Tobón, S., Moreno, E. y López, A. (2006). Evaluación del patrón de conducta tipo C y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pa-

- cientes colostomizados con diagnóstico de cáncer colorrectal. *Universitas Psychologica*, 5(3), 575-583.
- Wells, A. y Matthews, G. (1996). Modelling Cognition in Emotional Disorder: The S-REF Model. *Behaviour Research and Therapy*, 34(11-12), 881-888.
- Yi, J., Vitaliano, P., Smith, R., Yi, J. C. y Weinger, K. (2008). The Role of Resilience on Psychological Adjustment and Physical Health in Patients with Diabetes. *British Journal of Health Psychology*, 13(2), 311-25.
- Young, J. (1999). *The Exclusive Society: Social Exclusion, Crime and Difference in Late Modernity*. Londres: Sage Publications.
- Young, J. E. y Klosko, J. S. (2001). *Reinventando tu vida*. Barcelona: Paidós.
- Zúñiga, M., Carrillo, G., Fos, P., Gandek, B. y Medina, M. (1999). Evaluación del estado de la salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública en México*, 41(2), 110-118.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
de Colombia

Vigilada Mineducación

Editado por la Universidad Católica de Colombia en
marzo de 2017, en papel propalibros de 75 g.,
en tipografía Minion Pro, tamaño 11 pts.

Publicación digital
Hipertexto Ltda.

Impreso por:
Xpress Estudio Gráfico y Digital S.A.

Sapientia aedificavit sibi domun

Bogotá, D. C., Colombia

LOGOS VESTIGIUM

Instrumentos usados en
Colombia para evaluar
la dimensión psicológica del
proceso salud-enfermedad

4

La evaluación con calidad psicométrica permite determinar las condiciones psicológicas de las personas que atraviesan procesos de detección temprana, diagnóstico, tratamiento, recuperación o deterioro asociados a enfermedad crónica y su tratamiento. Esto porque los aspectos psicológicos cumplen un papel determinante sobre la aparición, curso y desenlace de las enfermedades crónicas en general, pues precisamente este tipo de patologías ha aumentado hasta llegar a ser la segunda causa de mortalidad actualmente en el mundo.

Se ha demostrado ampliamente que las condiciones psicológicas de las personas median el curso, ajuste y desenlace de las enfermedades crónicas que afrontan. Por ello, se han diseñado múltiples instrumentos de evaluación, entre los que se cuentan inventarios, cuestionarios, test, listas de chequeo y escalas, entre otros. En Colombia se ha extendido el uso de instrumentos de evaluación psicológica en ambientes sanitarios, pero existen serias limitaciones en la validación y estandarización debido a diversas dificultades metodológicas que han sido motivo de discusión en el Colegio Colombiano de Psicólogos.

De este modo, este libro tiene como objetivo ofrecer una aproximación inicial al panorama de validación de los instrumentos utilizados en la evaluación de aspectos psicológicos en ambientes sanitarios con una descripción breve de la identificación de cada instrumento. Se incluye el reporte global de la investigación que dio lugar al texto y una ficha técnica por instrumento ubicado, además de la reflexión acerca de los retos que les quedan a los psicólogos usuarios de esta tecnología de evaluación para garantizar la calidad evaluativa y la acción ética profesional.

