



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD Y
MEDIDAS RELACIONADAS EN ADOLESCENTES ESCOLARES DE LA UGEL 02,
LIMA-2023

Línea de investigación:

Evaluación psicológica y psicométrica

Tesis para optar el grado académico de Maestro en Psicología Clínica y de la Salud

Autor:

Hualparuca Olivera, Luis Miguel

Asesora:

Vigo Ayasta, Elsa Regina
(ORCID: 0000-0002-4090-8887)

Jurado:

Capa Luque, Walter
Córdova Gónzales, Luis Alberto
Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Lima - Perú

2023



VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD Y MEDIDAS RELACIONADAS EN ADOLESCENTES ESCOLARES DE LA UGEL 02, LIMA-2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

15%

INDICE DE SIMILITUD

13%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	revistaliberabit.com Fuente de Internet	1%
2	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	vsip.info Fuente de Internet	1%
4	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Aliat Universidades Trabajo del estudiante	<1%
7	Carmen Inés Rodríguez Cuellar, Silvestre García de la Puente, Javier Hernández Moraria, Aurora Bojórquez Ochoa et al. "High depression rates among pediatric renal replacement therapy patients: A cross -	<1%



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE TRASTORNO DE
PERSONALIDAD Y MEDIDAS RELACIONADAS EN
ADOLESCENTES ESCOLARES DE LA UGEL 02, LIMA-2023

Línea de Investigación:
Evaluación psicológica y psicométrica

Tesis para optar el grado académico de maestro en psicología
clínica y de la salud

Autor

Hualparuca Olivera, Luis Miguel

Asesora

Vigo Ayasta, Elsa Regina

(ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4090-8887>)

Jurado

Capa Luque, Walter

Córdova Gónzales, Luis Alberto

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Lima – Perú

2023

Dedicatoria

La presente tesis se la dedico a mi abuela y a mi madre, quienes hicieron mucho por mi educación. También se la dedico a Dios por permitirme avanzar en mi camino hacia la mejora académica.

Agradecimientos

Agradezco a Dios, a mi madre, abuela, familia y personas cercanas quienes me apoyaron constantemente

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT.....	ix
I. Introducción	10
1.1. Planteamiento del Problema.....	11
1.2. Descripción del Problema	12
1.3. Formulación del Problema	14
1.3.1. Problema general	14
1.3.2. Problemas específicos.....	14
1.4. Antecedentes	15
1.4.1. Internacionales	15
1.4.2. Nacionales.....	18
1.5. Justificación de la Investigación	21
1.6. Limitaciones de la Investigación.....	22
1.7. Objetivos de la Investigación	23
1.7.1. Objetivo general.....	23
1.7.2. Objetivos específicos	23
1.8. Hipótesis.....	24
1.8.1. Hipótesis general.....	24
1.8.2. Hipótesis específicas.....	24
II. Marco Teórico.....	25
2.1. Marco Conceptual	25
2.1.1. Disfunción y trastorno de la personalidad	25
2.1.2. Modelo teórico de la disfunción de la personalidad según la CIE-11	34
2.1.3. Instrumentos para la evaluación de la disfunción de la personalidad.....	36
2.1.4. La angustia psicológica: Un problema internalizante.....	39
2.1.5. La psicopatía: Un problema externalizante.....	43
2.2. Marco Legal	47
2.3. Definición de Términos.....	48
III. Método	50

3.1.	Tipo de Investigación	50
3.2.	Población y Muestra.....	50
3.3.	Operacionalización de las Variables	52
3.4.	Instrumentos	59
3.4.1.	Ficha sociodemográfica	59
3.4.2.	Funcionamiento (PF)	59
3.4.3.	Escala de gravedad del trastorno de la personalidad de la CIE-11 (PDS-ICD-11) 60	
3.4.4.	Evaluación estandarizada de la gravedad del trastorno de la personalidad (SASPD).....	61
3.4.5.	Inventario breve de síntomas-18 (BSI-18).....	62
3.4.6.	Inventario de rasgos psicopáticos juveniles-versión corta (YPI-S).....	63
3.5.	Procedimientos	63
3.6.	Análisis de Datos.....	66
3.7.	Consideraciones Éticas.....	66
IV.	Resultados	68
4.1.	Resultados Preliminares y Datos Descriptivos de la Composición de la Muestra....	68
4.2.	Confiabilidad, Validez Estructural y Puntos de Corte de la Escala PF.....	69
4.3.	Confiabilidad, Validez Estructural y Puntos de Corte de la Escala PDS-ICD-11	72
4.4.	Confiabilidad, Validez Estructural y Puntos de Corte del SASPD	75
4.5.	Confiabilidad, Validez Estructural y Punto de Corte del BSI-18	77
4.6.	Confiabilidad, Validez Estructural y Punto de Corte del YPI-S.....	80
4.7.	Validez Convergente y de Criterio de las Medidas de TP de la CIE-11	83
V.	Discusión de Resultados	86
VI.	Conclusiones	91
VII.	Recomendaciones	92
VIII.	Referencias.....	93
IX.	Anexos	114
9.1.	Matriz de Consistencia	114
9.2.	Validación y Confiabilidad de los Instrumentos	116
9.3.	Consentimiento Informado.....	119
9.4.	Instrumentos	120
9.5.	Validez por Juicio de Expertos de los Instrumentos	129
9.6.	Permisos Institucionales.....	134
9.7.	Perfil del Colaborador	136

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Características Esenciales de los Niveles de Severidad de TP de la CIE-11.....	27
Tabla 2 Operacionalización de la Variable Según los Instrumentos Utilizados.....	53
Tabla 3 Características Psico-Sociodemográficas de la Muestra.....	68
Tabla 4 Cargas Factoriales y Parámetros de Discriminación y Dificultad de los Ítems del PF	69
Tabla 5 Cargas Factoriales y Parámetros de Discriminación y Dificultad de los Ítems del PDS-ICD-11.....	72
Tabla 6 Cargas Factoriales y Parámetros de Discriminación y Dificultad de los Ítems del SASPD	75
Tabla 7 Cargas Factoriales y Parámetros de Discriminación y Dificultad de los Ítems del BSI-18.....	77
Tabla 8 Cargas Factoriales y Parámetros de Discriminación y Dificultad de los Ítems del YPI-S.....	80
Tabla 9 Análisis de Regresión que Comparan las Puntuaciones del PF, PDS- ICD-11 y SASPD Para Predecir Medidas de Criterio.....	83
Tabla 10 Asociaciones rho Entre las Medidas de TP y las Variables de Riesgo Psicosocial.	84

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Modelo de Disfunción de la Personalidad.....	35
Figura 2 Gráficos de la TRI Para la Escala PF	71
Figura 3 Gráficos de la TRI Para la Escala PDS-ICD-11	74
Figura 4 Gráficos de la TRI Para el SASPD.....	76
Figura 5 Gráficos de la TRI Para el BSI-18.....	79
Figura 6 Gráficos de la TRI Para el YPI-S	82

RESUMEN

El Trastorno de Personalidad (TP) es una enfermedad común del adolescente y el adulto cuyo diagnóstico en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) se basa principalmente en la severidad de su disfunción. Muchos investigadores han diseñado y evaluado las propiedades psicométricas de las medidas de severidad de TP en varias culturas, aunque todavía no en adolescentes de la cultura peruana. Descrito esa problemática, la presente investigación tuvo como objetivo adaptar y validar instrumentos de TP según la CIE-11 en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023. Para cumplir ello, también se tuvieron que adaptar medidas relacionadas que ofrezcan evidencias de validez de criterio externo de estos instrumentos —con problemas internalizantes como la angustia psicológica; y problemas externalizantes como la psicopatía—. Con un diseño no experimental transversal se evaluaron a 1073 estudiantes de distintos colegios pertenecientes a la UGEL 02 de Lima con las escalas PF, PDS-ICD-11, SASPD, BSI-18 y YPI-S. Los hallazgos demostraron que estos instrumentos contaban con adecuados niveles de confiabilidad, validez convergente y validez de criterio externo; sin embargo, los niveles de validez estructural fueron inadecuados. En general, los instrumentos mencionados fueron válidos y confiables; los cuales pueden usarse para fines de detección de la disfunción de la personalidad, la angustia psicológica (distrés) y la psicopatía. Se discuten las implicancias de los resultados y se ofrecen sugerencias para la investigación y la práctica clínica.

Palabras clave: trastornos de personalidad, CIE-11, distrés psicológico, personalidad psicopática, adolescente, Perú

ABSTRACT

Personality Disorder (PD) is a common disease of adolescents and adults whose diagnosis in the International Classification of Diseases (ICD-11) is based mainly on the severity of their dysfunction. Many researchers have designed and evaluated the psychometric properties of PD severity measures in various cultures, although not yet in adolescents from the Peruvian culture. Having described this problem, the present investigation had the objective of adapting and validating PD instruments according to the ICD-11 in school adolescents of the UGEL 02 of Lima, 2023. To comply with this, related measures that offer evidence of criterion validity of these instruments —with internalizing problems such as psychological distress; and externalizing problems such as psychopathy. With a cross-sectional non-experimental design, 1073 students from different schools belonging to the UGEL 02 of Lima were evaluated with the PF, PDS-ICD-11, SASPD, BSI-18 and YPI-S scales. The findings demonstrated that these instruments had adequate levels of reliability, convergent validity, and external criterion validity; however, the levels of structural validity were inadequate. In general, the mentioned instruments were valid and reliable; which may be used for the purposes of screening for personality dysfunction, psychological distress, and psychopathy. The implications of the results are discussed and suggestions for research and clinical practice are offered.

Keywords: personality disorders, ICD-11, psychological distress, psychopathic personality, adolescent, Peru

I. Introducción

La personalidad ha sido uno de los constructos más estudiados de la psicometría a lo largo de la historia; ya que es un constructo que predispone la manera de pensar, sentir y actuar de las personas, además de que su disfunción es un factor constante de comorbilidad. Su estudio desde la psicología clínica y de la salud radica en un diagnóstico oportuno y preciso de su disfunción que pueda ocasionar un trastorno de la personalidad (TP); ello para tomar decisiones políticas y administrativas de prevención e intervención focalizada. Recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS; 2022a) ha desarrollado un nuevo modelo dimensional (cuantitativo) para el diagnóstico del TP basado principalmente en la severidad de su disfunción y de calificadores complementarios. Este modelo ha sido incluido dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), la cual intenta corregir los problemas que la clasificación taxonómica (categorial) anterior generaba.

Con dicho nuevo modelo publicado ya desde el 2018, varios investigadores han desarrollado instrumentos de medición de la severidad del TP, los cuales han demostrado moderados y en otros casos debatibles niveles de validez. Estos niveles de validez incluso se ven alterados cuando dichos instrumentos se adaptan y validan en otras poblaciones, situación que algunas asociaciones mediante estudios y pautas han tratado de mitigar sin tanto éxito. En dicha línea, la población analizada en la presente investigación estuvo conformada por adolescentes en edad escolar de la UGEL 02 de Lima, en quienes muchas veces los investigadores, psicólogos y otros profesionales de la salud mental, con la merecida justificación, flaquearon en dar un diagnóstico e intervención adecuados.

Para lograr una adecuada evaluación psicométrica de medidas de severidad de TP según la CIE-11 en la población de este estudio, se hizo uso de guías éticas y protocolos internacionales de adaptación transcultural; además, se utilizaron análisis estadísticos avanzados y de última generación. Asimismo, dado que no existen hasta la fecha instrumentos

validados de angustia psicológica y psicopatía que servirían para la validación de criterio externo de las medidas de severidad de TP, se adaptaron y validaron dos instrumentos adicionales¹ para así lograr dicho objetivo. Finalmente, debido a que se ha observado la escasez de este tipo de estudios en el ámbito internacional y nacional durante la revisión de la literatura, se anima a que se realicen investigaciones similares que incluyan poblaciones con variadas características; ya que así, se podrá lograr una mejora en la capacidad investigativa y el desarrollo de la práctica clínica en nuestro país.

1.1. Planteamiento del Problema

Las pruebas psicológicas se utilizan para tomar decisiones de diagnóstico, contratar o promover a personas y evaluar el nivel de competencia de los estudiantes, etc. Las pruebas también son esenciales para fines de investigación. En consecuencia, el uso de pruebas tiene consecuencias importantes, no solo para las personas evaluadas sino también para la generación de conocimiento. Cuando existe la necesidad de medir un rasgo específico, los investigadores a menudo traducen y adaptan pruebas que han sido desarrolladas y validadas en otras culturas, en lugar de desarrollar una nueva prueba desde cero. Este proceso se puede hacer de distintas formas y en distintas intensidades. La forma empieza con la traducción, la cual puede ser mediante traducción directa o traducción inversa, y la intensidad depende de si realizará una *adopción* (énfasis en lenguaje), una *adaptación pura* (énfasis la cultura y la teoría), o un *ensamblaje* (énfasis en la familiaridad y en la construcción) para lograr que la prueba sea aplicable en la población objetivo.

Estos procedimientos alteran de alguna manera las propiedades psicométricas (confiabilidad, y validez de contenido, de constructo y de criterio externo) cuando se usan con fines prácticos y de investigación en la población objetivo. Incluso, se ha evidenciado que las

¹ Estos instrumentos serán el Inventario Breve de Síntomas (BSI-18; Derogatis, 2013) y el Inventario de Rasgos Psicopáticos Juveniles, Versión Corta (YPI-S; van Baardewijk et al., 2010).

pruebas adaptadas en una ciudad presentan propiedades distintas al utilizarse en otra ciudad con poblaciones similares —i.e., las propiedades psicométricas del test dependen de la muestra usada (Hobart & Cano, 2009; citados en Andersson et al., 2020)—. Ante ello, la International Test Commission (ITC) desde 1994 intentó uniformizar los procesos de traducción y adaptación; a través de pautas consistentes con los Standards for Educational and Psychological Testing (AERA); sin mucho éxito. Ello se debe a múltiples factores, desde la falta de competencia de los investigadores en el proceso de adaptación, hasta el hecho de que las poblaciones son muy heterogéneas incluso a pesar de tener las mismas características sociodemográficas más usuales como sexo, edad y grado de instrucción. Ante ello, resulta crucial emprender la difícil tarea de adaptar y evaluar las propiedades psicométricas de los instrumentos en los grupos poblacionales para que puedan así ser usadas de manera adecuada y tomar decisiones acertadas.

1.2. Descripción del Problema

En el campo de la psicología clínica y de la salud, resulta muy importante la adaptación y el análisis de las propiedades psicométricas de los instrumentos para fines de evaluación y diagnóstico; y de esta manera brindar una promoción de la salud mental o una prevención e intervención adecuada de la psicopatología y del trastorno. Uno de los constructos más evaluados en la salud mental es la personalidad y su disfunción; ya que su alteración a menudo se asocia con la predisposición, la agudización y la cronificación de las otras enfermedades mentales. También la disfunción de la personalidad por sí misma puede generar daños perjudiciales a la vida de la persona y a los que la rodean. Es así que el trastorno personalidad tiene un rol relevante en los sistemas de clasificación diagnóstica CIE y DSM que propone la OMS y la Asociación Americana de Psiquiatría.

En los tres años recientes, la OMS ha estado desarrollando un nuevo modelo para el diagnóstico de TP y lo ha incluido dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades -

11.^a ed (OMS; 2022a). Este modelo se basa principalmente en la severidad de la disfunción de la personalidad, acompañada de pautas y calificadores complementarios. Ante ello, algunos investigadores han empezado a construir y validar nuevos instrumentos; y otros autores, a adaptar y validar dichos instrumentos para las características de su población. Sin embargo, se ha evidenciado que dichos instrumentos adaptados solo llegan a tener bajos y moderados niveles de validez y confiabilidad.

Por ejemplo, la validación realizada en muestra mixta adulta *española* reflejó un bajo nivel de consistencia interna de una de las medidas de severidad, el SASPD² (Gutiérrez et al., 2021). Mientras que otra de las medidas de severidad, el PDS-ICD-11³, demostró gran superposición con los calificadores afectividad negativa y patrón límite en esta población (véase Gutiérrez et al., 2023); lo cual vulnera el principio psicométrico de parsimonia. Asimismo, en el contexto *alemán* el SASPD demostró niveles adecuados de confiabilidad, pero niveles bajos de validez factorial y de constructo (Rek et al., 2020). Resultados más satisfactorios de validez convergente, aunque inconclusos, se hallaron en esta población con el PDS-ICD-11 (J. Zimmermann et al., 2022). En el Perú se evaluó una de las escalas, la escala PF⁴, que mide la severidad del TP en población penitenciaria adulta de varones; obteniendo niveles moderados de validez y confiabilidad (Hualparuca-Olivera et al., 2022).

Hasta la fecha, ninguno de los instrumentos de medición de severidad de disfunción de la personalidad desde el modelo de la CIE-11 ha analizado dichas propiedades en población adolescente; ello, a pesar de que la validez es una de las métricas que sustentan comúnmente la práctica del psicólogo clínico y de la salud mental para medir la psicopatología. Más aún, tratándose de un menor de edad en quién se requiere un diagnóstico preciso para intervenir oportunamente; ello, por lo crucial y prioritario que representa evitar que dicha disfunción

² SASPD = Evaluación Estandarizada de la Gravedad del Trastorno de la Personalidad.

³ PDS-ICD-11 = Escala de Gravedad del Trastorno de la Personalidad de la CIE-11

⁴ PF = Funcionamiento

pueda generarle discapacidad a lo largo de su vida (Allison et al., 2022). Se ha reportado que los escolares pertenecientes a la UGEL 02 de Lima, presentan problemas de conducta y tendencias autolesivas; lo cual puede constituir características de TP (Ps. H. Huere, comunicación personal, 5 de julio del 2022).

En ese sentido, se pretende analizar, en población adolescente escolar perteneciente a la UGEL 02 de Lima, si los instrumentos ya desarrollados para evaluar la severidad del funcionamiento de la personalidad según la CIE-11 son válidos y confiables para medir e identificar adecuadamente a las personas que tienen dicho trastorno. Ello, brindará pautas adecuadas de práctica clínica basadas en la evidencia para la atención oportuna de los adolescentes con TP de dicha población; además de que los instrumentos adaptados y validados servirán de herramienta metodológica para las investigaciones posteriores.

1.3. Formulación del Problema

1.3.1. Problema general

¿Es factible adaptar y validar instrumentos de trastornos de personalidad según la CIE-11 y medidas relacionadas en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023?

1.3.2. Problemas específicos

- a. ¿Es factible adaptar y validar la escala PF en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023?
- b. ¿Es factible adaptar y validar la escala PDS-ICD-11 en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023?
- c. ¿Es factible adaptar y validar la escala SASPD en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023?
- d. ¿Es factible adaptar y validar el BSI-18 en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023?

- e. ¿Es factible adaptar y validar el YPI-S en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023?

1.4. Antecedentes

1.4.1. Internacionales

Kerr et al. (2022) realizaron la investigación titulada “Levels of Personality Functioning Questionnaire 12-18 (LoPF-Q 12-18): Factor Structure, Validity, and Clinical Cut-Offs”. El objetivo de dicha investigación en un primer estudio fue evaluar la validez estructural del LoPF-Q 12-18. Con un diseño no experimental-transversal se aplicó este instrumento a una muestra comunitaria (étnicamente diversa) de 258 adolescentes escolares estadounidenses (edad 10-18; 57% mujeres). En un segundo estudio con el objetivo de hallar evidencias de validez de criterio externo y designar puntos de corte clínicos, se aplicó el LoPF-Q 12-18 y otras medidas a una muestra de control comunitaria ($n = 298$; de 10 a 18 años; 54,4 % mujeres) y a una muestra clínica ($n = 94$; de 11 a 18 años; 58,5 % mujeres) de dicho país.

Los resultados del estudio 1 apoyaron el modelo bifactorial, con un factor general robusto y poca multidimensionalidad provocada por los factores del grupo, sugiriendo una estructura esencialmente unidimensional. El estudio 2 reveló una buena consistencia interna ($\alpha = 0.95$ y $\alpha = 0.96$) y validez de constructo. Además, proporcionó un punto de corte moderadamente preciso. para diferenciar a grupo clínico y comunitario (punto de corte 177.5, $Se = 0.745$, $Sp = 0.748$, $AUC = 0.83$), y otro punto de corte también de precisión moderada para distinguir entre personas con TLP y sin TLP según un estándar de referencia auto-informada (punto de corte 176.5, $Se = 0.760$, $Sp = .757$). Se concluyó que existe evidencia para el uso de la puntuación total LoPF-Q 12-18 en aplicaciones clínicas y de investigación.

R. Zimmermann et al. (2022) realizaron la investigación titulada “A DSM-5 AMPD and ICD-11 compatible measure for an early identification of personality disorders in adolescence—LoPF-Q 12-18 latent structure and short form”. El objetivo de dicha investigación

fue evaluar la validez factorial del LoPF-Q 12–18 y crear una versión breve. Con un diseño no experimental-transversal; se aplicó dicho instrumento a una muestra comunitaria de 337 adolescentes escolares y una muestra clínica de 351 pacientes adolescentes de hospitales de Suiza, Austria y Alemania. Se mejoró el ajuste nominal mediante un modelo bifactorial con un factor general fuerte y cuatro factores específicos (CFI = .91, RMSEA = .04, SRMR = .07).

La versión corta se derivó utilizando el algoritmo de optimización de colonias de hormigas. Este procedimiento resultó en una versión de 20 ítems con excelente ajuste para un modelo jerárquico con cuatro factores de primer orden para representar los dominios y un factor secundario de mayor orden para representar el funcionamiento de la personalidad (CFI = .98, RMSEA = .05, SRMR = .04). La validez clínica (tamaño del efecto $d = 3,1$ entre pacientes con TP y controles) y la utilidad clínica —el punto de corte ≥ 36 proporciona una especificidad del 87,5 % y una sensibilidad del 80,2 % para detectar pacientes con TP— fueron altas para la versión corta. Se concluyó que tanto la versión LoPF-Q 12–18 larga como la corta están listas para usarse con fines de investigación y diagnóstico.

Gutiérrez et al. (2021) realizaron la investigación titulada “Personality Disorders in the ICD-11: Spanish Validation of the PiCD and the SASPD in a Mixed Community and Clinical Sample”. El objetivo de dicha investigación fue validar el Inventario de Personalidad para la CIE-11 (PiCD) y la Evaluación Estandarizada de la Severidad del Trastorno de la Personalidad (SASPD) en una muestra clínica y comunitaria de dos ciudades españolas. Con un diseño no experimental-transversal; se aplicaron las versiones en español de dichos instrumentos a una muestra comunitaria ($n = 2522$) y a una muestra clínica ($n = 797$). La consistencia interna fue baja en el SASPD ($\alpha = 0.64$ en la muestra comunitaria; y 0.73, en la muestra clínica). Los AFC evidenciaron una estructura unidimensional o bidimensional para la gravedad, muy relacionada con los rasgos de personalidad. Asimismo, para la validez diagnóstica se propuso un punto de corte ≥ 7 para el diagnóstico del TP, el cual le otorgaba una buena capacidad discriminativa

entre personas con y sin dicha afección ($AUC = 0.72$, $Se = 0.66$, $Sp = 0.68$). Se concluyó que el PiCD y el SASPD son instrumentos válidos para evaluar el TP según el modelo de la CIE-11. Esta investigación resulta muy importante para el presente estudio, ya que muestra evidencia comparable de validación psicométrica.

Gamache et al. (2021) realizaron la investigación titulada “A Proposed Classification of ICD-11 Severity Degrees of Personality Pathology Using the Self and Interpersonal Functioning Scale”. El objetivo de dicha investigación fue identificar los puntos de corte para los distintos niveles de severidad de TP que propone la CIE-11 en los puntajes de la Escala de Funcionamiento Propio e Interpersonal (SIFS). Con un diseño no experimental-transversal; se aplicó dicho instrumento, además de otros similares, a cinco muestras clínicas y comunitarias de la ciudad de Quebec, Canadá; quienes representaban los niveles de TP de la CIE-11 ($n_1=287$, $n_2 = 249$, $n_3 = 242$, $n_4 = 1200$, $n_5 = 263$). Se halló un punto de corte con nivel de clasificación con y sin TP excelente; ello, mediante un AUC de 0.90 (IC [0.88–0.92], $E = 0.01$, $d = 1.84$) de la curva ROC y de otros estadísticos de precisión diagnóstica ($Se = 0.79$, $Sp = 0.86$, $DOR = 23.23$). Asimismo, se hallaron los otros puntos de corte para los demás niveles de severidad utilizando modelos de clases latentes bayesianas y desviaciones estándar. En general, los puntos de corte (Sin TP = 0–1.04; Dificultad de la personalidad = 1.05–1.29; TP leve = 1.30–1.89; TP moderado = 1.90–2.49; y TP severo = 2.50 a más) demostraron ser significativos para el propósito establecido. Esta investigación resulta muy importante para el presente estudio, ya que muestra evidencia comparable para los estadísticos de validación.

Christensen et al (2020) realizaron la investigación titulada “Evaluation of Diagnostic Thresholds for Criterion A in the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders”. El objetivo de dicha investigación fue identificar el punto de corte para el tamizaje de la persona con y sin TP según los niveles que propone el DSM-5 en los puntajes del módulo 1 de la Entrevista Clínica Estructurada para el Modelo Alternativo del DSM-5 de los Trastornos de la

Personalidad (SCID-5-AMPD). Con un diseño no experimental-transversal; se aplicó dicho instrumento, además de otras medidas autoinformadas, a 282 pacientes de diferentes niveles de atención psiquiátrica en seis hospitales de Noruega. Se halló un punto de corte de 1.5 con nivel de clasificación con y sin TP muy bueno; ello, mediante un AUC de = 0.839 (IC 95% [0.781, 0.895], $p < 0.005$) y con otros estadísticos de precisión diagnóstica significativos ($Se = 0.792$, $Sp = 0.699$. $IY = 0.491$) para el diagnóstico de cualquier TP específico, y sensibilidades de 0.943, 0.765, 0.767 y 0.952 para los trastornos comórbidos de trastorno límite de la personalidad (TLP), trastorno antisocial de la personalidad (TAP), trastorno de la personalidad por evitación (TPE); y trastorno de personalidad obsesivo compulsivo (TPOC), respectivamente. Esta investigación resulta muy importante para el presente estudio, ya que muestra evidencia comparable para los estadísticos de evaluación psicométrica.

1.4.2. Nacionales

Hualparuca-Olivera et al. (2022) realizaron la investigación titulada “Integrative Dimensional Personality Inventory for ICD-11: Development and Evaluation in the Peruvian Correctional Setting”. El objetivo de dicha investigación fue desarrollar un instrumento de medición integral de la personalidad confiable y válido, según los estándares de la CIE-11 en una muestra penitenciaria de varones de la ciudad de Huancayo, Perú. Con un diseño no experimental-transversal; se aplicó el IDPI-11 a 60 internos para el estudio 1 (prueba piloto) y a 1095 para el estudio 2 (prueba final). Una de las 49 escalas del IDPI-11, la escala funcionamiento (PF), la cual evalúa la disfunción de la personalidad según la severidad que propone la CIE-11, obtuvo confiabilidad alta (ω de McDonald $\geq .73$).

La escala PF también obtuvo validez de contenido adecuado (IVC-S = 0,96), y validez de constructo, convergente y discriminante también adecuados ($VME = 0.82$; y $\sqrt{VME} > r$ con las otras escalas del grupo Personalidad del IDPI-11). Asimismo, para la validez de criterio externo, la escala PF fue capaz de predecir la presencia del delito c. salud pública ($R^2_N = 0.56$,

OR = 1.15, $p < .001$), delito c. el patrimonio ($R^2_N = 0.68$, OR = 1.26, $p < .001$), delito c. la libertad ($R^2_N = 0.52$, OR = 1.02, $p < .007$), delito c. la vida, el cuerpo y la salud ($R^2_N = 0.57$, OR = 1.38, $p < .001$), y que el grado de seguridad penitenciaria aumente ($R^2 = 0.61$, $\beta = 1.46$, $p < .001$).

Castro-Mendivil e Hidalgo-Boza (2022) realizaron la investigación titulada “Propiedades psicométricas de la Escala Breve de Personalidad Neuroafectiva en universitarios de Lima Metropolitana”. El objetivo de dicha investigación fue evaluar las propiedades psicométricas de la Brief Form of the Affective Neuroscience Personality Scales (BANPS). Con un diseño no experimental-transversal; se aplicó el BANPS a 403 universitarios de Lima Metropolitana. Se compararon dos modelos de AFCs; el primero de 6 factores no contaba con valores de ajuste adecuados (CFI = .985; TLI = .977, y RMSEA = 0.028); mientras que el segundo modelo de 4 factores si obtuvo adecuados niveles (CFI = .968; TLI = .955, y RMSEA = .045).

Para la validez de criterio externo entre las dimensiones del BANPS y la Escala de afectos positivos y negativos (PANAS X); se hallaron asociaciones moderadas entre el Factor 1: Búsqueda y Juego (F1) del BANPS con Afectividad Positiva del PANAS X ($r = 0.36$), entre el Factor 2: Juego y Cariño (F2) del BANPS con Afectividad Positiva del PANAS X ($r = 0.43$), y entre el Factor 3: Ira (F3) del BANPS con Afectividad Negativa del PANAS X ($r = 0.40$), correlación grande; además de una asociación alta entre el Factor 4: Miedo y Tristeza (F4) del BANPS con Afectividad Negativa del PANAS X ($r = 0.57$). La fiabilidad por consistencia interna, hallada con el coeficiente omega fue: $\omega_{F1} = 0.70$, $\omega_{F2} = 0.73$, $\omega_{F3} = 0.70$ y $\omega_{F4} = 0.82$. Se concluyó que un modelo de cuatro factores de la medida resulta valida y confiable para la población de estudio.

Santivañez-Casara (2021) realizó la investigación titulada “Propiedades psicométricas del Inventario de Personalidad NEOFFI en estudiantes de técnico superior del primer ciclo de

una institución privada de Lima Norte”. El objetivo de dicha investigación fue analizar las propiedades psicométricas del NEOFFI; y mediante diseño no experimental-transversal, se aplicó dicho instrumento a 308 estudiantes del primer semestre de un instituto privado. Los resultados evidenciaron una estructura factorial confirmatoria de 5 factores con adecuados niveles de ajuste mediante el método DWLS ($\chi^2/gl = 1.77$; CFI = 0.833 a 0.841; RMSEA = 0.050 a 0.080, y GFI = 0.854) reflejando así una adecuada validez estructural del modelo teórico. Asimismo, se halló una consistencia interna alta para el instrumento (α de Cronbach = 0.809; ω de McDonald = 0.832). El autor también realizó baremos en puntuaciones T. Se concluyó que el NEOFFI es una medida válida y confiable para su uso en la población objetivo.

Arellano-Alarcón (2020) realizó la investigación titulada “Propiedades psicométricas del Inventario de Personalidad Narcisista NPI en estudiantes universitarios, 2020”. El objetivo de dicha investigación fue validar dicho instrumento; y por ello, con un diseño no experimental-transversal; se aplicó el NPI a 320 universitarios de entidades privadas. Con un análisis factorial exploratorio (AFE) (método de ponderación RULS y rotación Varimax normalizada, se hallaron 23 ítems en 3 factores con $\lambda = 0.40$ a 0.66. El AFC demostró niveles bajos de ajuste para el modelo original de 7 factores Autoridad, Exhibicionismo, Explotación, Pretensión Autosuficiencia, Vanidad y Superioridad ($\chi^2/gl = 1.58$, SRMR = 0.06, GFI = 0.83, TLI = 0.94, CFI = 0.95, RMSEA = 0.04); sin embargo, el ajuste fue adecuado para el modelo de 3 factores ($\chi^2/gl = 2.59$, SRMR = 0.08, GFI = 0.94, TLI = 0.66, CFI = 0.69, RMSEA = 0.06). Los índices Orion de la TRI demostraron altos niveles de fiabilidad mediante el método EAP para los 3 factores (Orion = 0.90, 0.88 y 0.90, respectivamente). El autor concluyó que el NPI en su modelo de 3 factores es una medida válida y confiable para la evaluación de la personalidad narcisista en la población estudiada.

Irupailla-Quispe y Portocarrero-Ramos (2020) realizaron la investigación titulada “Propiedades psicométricas del cuestionario de evaluación de la personalidad (PAQ) para

estudiantes de secundaria de Lima - 2020". El objetivo de dicha investigación fue estudiar las propiedades psicométricas de esa medida. Con un diseño no experimental-transversal; se aplicó el PAQ a 407 estudiantes entre edades de 11 a 17 años de instituciones educativas de Lima. La validez del contenido de los ítems, mediante el juicio de 5 expertos, fue adecuada (V de Aiken = 0.9 a 1). Los AFCs demostraron niveles bajos de ajuste para el modelo original (de 42 ítems en 7 factores: Hostilidad y agresión, Dependencia, Autoestima negativa, Autoeficacia negativa, Baja respuesta, Inestabilidad emocional, y Visión negativa del mundo); y para los modelos 2 (29 ítems en 7 factores) y 3 (18 ítems en 6 factores).

Sin embargo, se hallaron índices de ajuste para el modelo 4 (de 15 ítems en 5 factores): $\chi^2 = 0.4248$, TLI = 0.525, CFI = 0.559, SRMR = 0.968, y RMSEA = 0.096. La asimetría y la curtosis evidenciaron que las puntuaciones de las dimensiones del PAQ siguen distribuciones no normales. Finalmente, se hallaron niveles de confiabilidad por consistencia interna adecuadas de la puntuación total del instrumento en su modelo original (α de Cronbach = 0.6979; ω de McDonald = 0.7409). Los autores concluyeron que el PAQ en su modelo original de 7 factores es una medida no tan válida, pero si confiable para la evaluación de la personalidad en la población estudiada, además de que el modelo 4 brinda mejores propiedades psicométricas.

1.5. Justificación de la Investigación

El presente estudio se enfocó en el análisis psicométrico de los instrumentos desarrollados para la medición de la severidad del funcionamiento de la personalidad, según el modelo que propone la CIE-11. Para ello, se tuvieron que adaptar dichos instrumentos en la población adolescente objetivo. Esta investigación resulta única, puesto que hasta la fecha no se ha analizado y comparado dicha propiedad psicométrica de los instrumentos mencionados en población menor de edad. Además, en el Perú son extremadamente escasas, las

investigaciones de este tipo, a pesar de los beneficios prácticos y metodológicos que se ofrecería a la comunidad.

Desde la justificación teórica la presente investigación describe y expone al lector sobre las principales teorías paradigmas y antecedentes que subyacen en la instauración del nuevo modelo de TP de la CIE-11. Desde la justificación metodológica este estudio brinda a la comunidad científica instrumentos adaptados y válidos para ser utilizados en investigaciones futuras. Desde la justificación práctica, el presente estudio facilita la toma de decisiones del profesional de la salud mental; como es: la promoción del funcionamiento positivo de la personalidad, la prevención y el tratamiento pertinente de la psicopatología y trastorno de la personalidad; en base a una medición precisa de los instrumentos, y a una evaluación adecuada por parte de los examinadores. Y finalmente, desde la justificación legal, el presente estudio se ajusta y aporta al cumplimiento de las normas del Colegio de Ética del Psicólogo Peruano, en cuanto a utilizar instrumentos válidos y confiables en la práctica profesional.

Esta investigación es relevante porque se enfoca en la detección temprana del trastorno de personalidad en la población adolescentes escolares. Asimismo, es trascendental ya que servirá como fuente metodológica y teórica para futuras investigaciones y para la práctica clínica a nivel macro. De la misma manera, es viable puesto que se establecen procedimientos desde el proyecto para afrontar posibles limitaciones teóricas y metodológicas. Finalmente, es original ya que hasta la fecha no se ha estudiado el TP en adolescentes peruanos con el modelo de la CIE-11.

1.6. Limitaciones de la Investigación

El estudio se realizó mediante instrumentos auto informados, lo cual conlleva a generar un sesgo de medición. Sobre todo, el TP es un constructo que suele reportarse de manera distorsionada; ya que involucra expresar aspectos más íntimos del ser humano. De alguna manera, se intenta controlar dichas distorsiones utilizando algoritmos de puntuación de la

escala PF para calcular las respuestas al azar. Sin embargo, en la interpretación de los resultados se requiere aún algo de prudencia.

Otra limitación involucra la falta de instrumentos breves de angustia psicológica y psicopatía para adolescentes adaptados al contexto nacional. Dichos constructos son los más usados por la comunidad científica para demostrar validez de criterio externo con la psicopatología inter y externalizante de medidas de TP. Es por ello, que esta falencia se pudo abordar adaptando el BSI-18 y el YPI-S en la población de estudio. Finalmente, una limitación adicional es la laboriosidad que implica la recolección de datos en una muestra grande y representativa de escolares adolescentes de la UDEL 02 de Lima. Para ello, al autor recibió el apoyo del psicólogo de dicha UGEL, quien pudo administrar los instrumentos y solicitar el consentimiento informado con mayor facilidad tras una debida capacitación. Esta capacitación fue brindada por el autor de la tesis y fue dirigida al psicólogo de la UGEL 02 de Lima, H. Huere, una semana antes de la aplicación de la prueba piloto.

1.7. Objetivos de la Investigación

1.7.1. Objetivo general

Adaptar y validar instrumentos de trastornos de personalidad según la CIE-11 y medidas relacionadas en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023.

1.7.2. Objetivos específicos

- a. Adaptar y validar la escala PF en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023.
- b. Adaptar y validar la escala PDS-ICD-11 en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023.
- c. Adaptar y validar la escala SASPD en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023.
- d. Adaptar y validar el BSI-18 en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023.
- e. Adaptar y validar el YPI-S en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023.

1.8. Hipótesis

1.8.1. Hipótesis general

Es factible adaptar y validar instrumentos de trastornos de personalidad según la CIE-11 y medidas relacionadas en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023.

1.8.2. Hipótesis específicas

- a. Es factible adaptar y validar la escala PF en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023.
- b. Es factible adaptar y validar la escala PDS-ICD-11 en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023.
- c. Es factible adaptar y validar la escala SASPD en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023.
- d. Es factible adaptar y validar el BSI-18 en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023
- e. Es factible adaptar y validar el YPI-S en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023.

II. Marco Teórico

2.1. Marco Conceptual

2.1.1. *Disfunción y trastorno de la personalidad*

2.1.1.1. **Definición de TP y antecedentes para su formulación en la CIE-11**

La personalidad se refiere a la forma de comportarse de un individuo, a la manera de experimentar la vida, y a como se percibe e interpreta a sí mismo. La personalidad también involucra la interpretación de otras personas, de eventos y situaciones. Mientras que el TP, según el nuevo modelo de la CIE-11, implementado desde año 2022 (Mulder, 2021), es una marcada alteración en el funcionamiento personal y social considerable (World Health Organization, 2022a). En la CIE-11, el diagnóstico del TP ha dado un giro radical con respecto al modelo nosológico anterior, ya que representaba una conceptualización difusa provocando problemas en los aspectos teóricos, prácticos y metodológicos (Mulder, 2021; Tyrer et al., 2019; Widiger & Oltmanns, 2021). Estos se presentan en cinco importantes déficits.

- (a) Los diagnósticos más frecuentes correspondieron a dos de las 10 categorías diagnósticas específicas, el trastorno límite de la personalidad (TLP) y el trastorno de personalidad antisocial (TAP), y los trastornos de la personalidad no especificados de otra manera (TP NEO)
- (b) La complejidad de la nosología de la TP hizo que cualquier interés se limitara a unos pocos especialistas, y el médico de cabecera o psicólogo sin experiencia evitaba involucrarse (Tyrer et al., 2019; Watts, 2019).
- (c) Un modelo categórico estricto de la TP no podría explicar que la personalidad normal y anormal estén relacionadas.
- (d) Existe evidencia consistente de que la gravedad, más que el tipo de patología de la personalidad, es el principal predictor del sufrimiento y la disfunción individual (Tyrer et al., 2019).

(e) La superposición constante (comorbilidad) de tipos de personalidad específicos añadidos al criterio de diagnóstico categórico provocó déficits en la validez de constructo y en la validez de diagnóstico de los criterios del modelo taxonómico del sistema de clasificación anterior.

2.1.1.2. Directrices para el diagnóstico de TP según la CIE-11

El diagnóstico de TP en la CIE-11⁵ se define principalmente según su gravedad (disfunción) en las categorías "leve", "moderada" o "grave" (Mulder, 2021; World Health Organization, 2022a), que se encuentran en el Capítulo 06: Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo y una categoría de "dificultad" (incluida en el Capítulo 24: Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud). Opcionalmente, la personalidad se puede clasificar según cinco dominios de rasgos: (a) afectividad negativa, (b) desapego (c) disocialidad, (d) desinhibición, (e) anancastia y el patrón límite como calificador adicional (anteriormente llamado TLP).

El diagnóstico principal, basado en la gravedad, permite la detección e intervención precoz de la dificultad de personalidad o la derivación correspondiente si la anomalía supera el umbral clínico por parte del psicólogo de atención primaria (Bach, 2019; Bach, Somma, et al., 2021). Mientras que el diagnóstico basado en calificativos opcionales permite al especialista en salud mental centrarse en el tipo de intervención a realizar (Bach, 2019; Bach & Simonsen, 2021). En dicho sentido, Bach y First (2018) realizaron una operacionalización de las características centrales de los niveles de severidad de TP que establece la CIE-11, basándose en las pautas de una versión anterior de las ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for Personality Disorder (World Health Organization, 2022b). Dicha operacionalización se muestra en la Tabla 1.

⁵ De manera adicional se menciona (no se incluye) al diagnóstico *6E68 Cambio secundario de la personalidad* como una consecuencia fisiopatológica directa de una condición de salud no clasificada bajo los trastornos mentales y del comportamiento.

Tabla 1*Características Esenciales de los Niveles de Severidad de TP de la CIE-11*

Nivel	Características esenciales
Ninguno	<ul style="list-style-type: none"> • Estabilidad y coherencia del sentido de identidad de uno. Capacidad para mantener un sentido general positivo y estable de autoestima; precisión de la visión que uno tiene de sus características, fortalezas y limitaciones. Capacidad de autodirección (capacidad para planificar, elegir e implementar metas apropiadas). • Interés en entablar relaciones con los demás. Capacidad para comprender y apreciar las perspectivas de los demás; capacidad para desarrollar y mantener relaciones cercanas y mutuamente satisfactorias. Capacidad para manejar conflictos en las relaciones.
Dificultad	<ul style="list-style-type: none"> • Características de personalidad pronunciadas que pueden afectar el tratamiento o los servicios de salud, pero que no alcanzan el nivel de gravedad para merecer un diagnóstico de trastorno leve de la personalidad. La dificultad de personalidad se caracteriza por dificultades de larga data (por ejemplo, al menos 2 años). • Se manifiesta en experiencias y expresiones cognitivas y emocionales solo de forma intermitente (por ejemplo, durante momentos de estrés) o con baja intensidad. • Las dificultades están asociadas con algunos problemas de funcionamiento, pero no son lo suficientemente graves como para causar una alteración notable en las relaciones sociales, ocupacionales e interpersonales y pueden limitarse a relaciones o situaciones específicas.
Leve	<ul style="list-style-type: none"> • Las alteraciones afectan algunas áreas del funcionamiento de la personalidad, pero no otras (por ejemplo, problemas con la autodirección en ausencia de problemas con la estabilidad y coherencia de la identidad o la autoestima) y pueden no ser evidentes en algunos contextos. • Hay problemas en muchas relaciones interpersonales y / o en el desempeño de roles ocupacionales y sociales esperados, pero algunas relaciones se mantienen y / o algunos roles se llevan a cabo. • No se asocia con un daño sustancial a sí mismo ni a los demás. • Puede estar asociado con una angustia sustancial o con un impedimento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento que se limitan a áreas circunscritas (por ejemplo, relaciones románticas, empleo; o que están presentes en más áreas, pero en niveles más leves).

Nivel	Características esenciales
Moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Las alteraciones afectan múltiples áreas del funcionamiento de la personalidad (por ejemplo, identidad o sentido de sí mismo, capacidad para formar relaciones íntimas, capacidad para controlar impulsos y modular la conducta). Sin embargo, algunas áreas del funcionamiento de la personalidad pueden verse relativamente menos afectadas. • Hay problemas marcados en la mayoría de las relaciones interpersonales y el desempeño de la mayoría de los roles sociales y ocupacionales esperados se ve comprometido hasta cierto punto. Es probable que las relaciones se caractericen por el conflicto, la evitación, el retraimiento o la dependencia extrema (por ejemplo, pocas amistades mantenidas, conflicto persistente en las relaciones laborales y los consiguientes problemas ocupacionales, relaciones románticas caracterizadas por trastornos graves o sumisión inapropiada). • A veces se asocia con un daño sustancial a sí mismo o a otros. • Se asocia con un marcado deterioro en las áreas de funcionamiento personal, familiar, social, educacional, ocupacional u otras áreas importantes, aunque el funcionamiento en áreas circunscritas puede mantenerse.
Severo	<ul style="list-style-type: none"> • Las alteraciones afectan a la mayoría o a todas las áreas del funcionamiento de la personalidad. • Hay graves alteraciones en el funcionamiento del yo (p. ej., El sentido del Yo puede ser tan inestable que los individuos informan que no tienen un sentido de quiénes son o tan rígidos que se niegan a participar en cualquier situación que no sea muy limitada; la autoestima puede caracterizarse por el autodesprecio o ser grandioso o muy excéntrico). • Los problemas en el funcionamiento interpersonal afectan seriamente a prácticamente todas las relaciones y la capacidad y voluntad para desempeñar los roles sociales y ocupacionales esperados está ausente o severamente comprometida. • A menudo se asocia con daño a sí mismo o a otros. • Está asociado con un deterioro severo en todas o casi todas las áreas de la vida, incluidas las áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales y otras áreas importantes de funcionamiento.

Nota: Adaptado de “Application of the ICD-11 classification of personality disorders” por Bach & First, 2018. *BMC Psychiatry*, 18 (1), pp. 1–14 (<https://doi.org/10.1186/s12888-018-1908-3>). Copyright, 2018 por Springer Nature.

2.1.1.3. Diferencias entre disfunción y trastorno de la personalidad

DeYoung y Krueger (2018) establecen una diferencia clara entre disfunción y trastorno mental. La *disfunción* o *psicopatología* es una falla persistente para avanzar hacia las metas psicológicas propias debido a la incapacidad de generar nuevas metas, interpretaciones o estrategias efectivas cuando las existentes no tienen éxito (DeYoung & Krueger, 2018). Mientras que el *trastorno mental*, según DeYoung y Krueger (2018), es una psicopatología considerada lo suficientemente grave para el diagnóstico clínico dentro de los sistemas de clasificación nosológica; hecho que se negocia de manera sociopolítica entre el grupo de expertos del grupo de trabajo; p. ej., del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) o de la CIE-11 (World Health Organization, 2022a).

En el criterio A para el diagnóstico de TP del DSM5 AMPD se empieza por considerar el enfoque cuantitativo (modelo dimensional) donde el TP es el único constructo en un continuo (basado en niveles y no en tipos específicos). Según Waugh (2019), dicho modelo, para el criterio A (disfunción intra e interpersonal), se basa principalmente en la teoría del *apego*, y la teoría de *agencia* y *comuni3n* (del paradigma interpersonal), la teoría de relaciones objetales (del paradigma psicodinámico), y la teoría de la identidad narrativa (del paradigma personol3gico). Para la CIE-11 se toma como base el modelo dimensional de disfunci3n (1) propia e (2) interpersonal, y se le agrega características requeridas de (3) daño a uno mismo o a otros y de (4) deterioro en áreas de funcionamiento (World Health Organization, 2022b).

2.1.1.4. Trastorno de la personalidad durante la adolescencia

Durante muchos aros el diagnóstico de TP en adolescentes ha sido una decisi3n compleja para los clínicos puesto que implica una etapa de cambios importantes en el desarrollo, ya que la personalidad aún no está completamente formada (Kumperscak, 2020). Sin embargo, las clasificaciones y pautas relevantes, basadas en una serie de estudios, han permitido diagnosticar un TP antes de los 18 años. Según la CIE-10, un TP puede

diagnosticarse independientemente de la edad de la persona si se cumplen los criterios de diagnóstico; sin embargo, esto es excepcionalmente raro antes de los 16 o 17 años (Organización Mundial de la Salud, 1992).

El diagnóstico se define de manera más clara en la CIE-11 ya que, aunque se menciona que un TP puede manifestarse desde la niñez, lo cierto es que en un niño y en un preadolescente no debe diagnosticarse porque su personalidad aún está en desarrollo. Sin embargo, a partir de la adolescencia este parece ser más estable y puede recibir tal diagnóstico como en un adulto⁶ (World Health Organization [WHO], 2022b). La Organización Mundial de la Salud (2022b) menciona que, al evaluar a los adolescentes, es importante tomar en cuenta la forma como se desarrollan patrones de comportamiento específicos; y para ello, puede asignarse un umbral más alto para las características de comportamiento arriesgado, las autolesiones y los cambios de humor.

El DSM-5 permite el diagnóstico del TP en niños y adolescentes, cuando los rasgos de personalidad son particularmente inadaptados, permanentes y no están relacionados con un período de desarrollo específico, trastorno mental o trasfondo cultural. Lo mencionado tiene una excepción, el trastorno antisocial de la personalidad (TAP) no se puede diagnosticar antes de los 18 años. Para que se haga un diagnóstico, las características del TP deberían haber estado presentes de manera persistente durante al menos 1 año (American Psychiatric Association, 2013). Se debe tener en cuenta que las características de TP identificadas en la infancia cambiarán, y que algunos tipos de TP se volverán menos evidentes o incluso desaparecerán en períodos posteriores del desarrollo (p. ej., TLP, TAP).

Las recomendaciones del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) no definen una edad cronológica en la que se puede diagnosticar un TP; ya que solo se enfatiza

⁶ La Organización Mundial de la Salud (2022b) reconoce que las manifestaciones de un TP tienden a aparecer primero en la niñez, aumentan durante la adolescencia y continúan manifestándose en la edad adulta; sin embargo aún cree que el diagnóstico debe usarse con precaución.

en el nivel individual de madurez del desarrollo en un plan terapéutico comprensible que debe proporcionarse a la persona diagnosticada con TP (National Collaborating Centre for Mental Health UK, 2009). Sin embargo, el TP no debe diagnosticarse en personas menores de 13 años y no es aplicable hasta que una persona termina la pubertad.

Debido a que durante mucho tiempo se ha considerado que las personas diagnosticadas con TP son resistentes a la terapia, este diagnóstico se utiliza incorrectamente incluso hoy en día como una excusa para rechazar a un paciente. Al diagnosticar a una persona con TP, especialmente si es un adolescente, se debe brindar un tratamiento adecuado junto con el diagnóstico; ya que, la prevención, la detección precoz y el tratamiento oportuno son fundamentales (National Collaborating Centre for Mental Health UK, 2009).

2.1.1.5. Prevalencia del trastorno de la personalidad en adolescentes de colegios

En la comunidad general de adolescentes existe una prevalencia del 10 al 15% de algún TP (Feenstra, 2012; Feenstra et al., 2011; Johnson et al., 2005); sin embargo, es importante destacar que dicha cifra cambia según las diferencias geográficas y socioculturales. Por ejemplo, en una muestra de alto riesgo de 115 adolescentes suizos la prevalencia de TP fue 20 % al inicio y 30.4 % tras finalizar el seguimiento luego de 10 años (D'Huart et al., 2022). En muestras de estudiantes adolescentes de colegio la prevalencia varía desde 2.81% hasta el 90%. Específicamente, en China se halló que la prevalencia de TP era de 5.6 %; y manifestado con mayor frecuencia en varones que en mujeres (Huang et al., 2002). Siete años más tarde se redujo a 2.81% (Qi et al., 2009); y luego de años se incrementó a 5.8% (Huang et al., 2017).

Otro ejemplo se muestra en Irán; donde en una investigación se halló que la prevalencia media de TP era de 26.6%; 34.2% en mujeres y 17.4% en varones (Sajadi et al., 2015). Un año más tarde, en otro estudio se halló que la prevalencia era de 3.85% (Ghaderi et al., 2016). Asimismo, en Francia la prevalencia de TLP fue de 26.7% en adolescentes estudiantes de colegios (y un 68% de ellos tenía comorbilidades con otros TP). De la misma manera en la

India la prevalencia de TP fluctuaban de 40% a 90%, según un estudio nacional. Respecto al contexto peruano, solo se halló un estudio realizado en un distrito de la ciudad de Chiclayo, donde los estudiantes de colegio presentaban una prevalencia del 44.23% de tener un TP paranoide (Oyola, 2018); el cual también se presentaba de manera comórbida con otros TP.

La gran fluctuación que sufre la prevalencia de TP en adolescentes escolares se debe a múltiples factores que incluyen tanto a los examinados como a los propios investigadores. Aunque es importante el estudio de TP por ser uno de los diagnósticos que genera mayor comorbilidad de las otras enfermedades mentales y problemas psicosociales (como la violencia, el suicidio, el consumo de sustancias, y el bajo rendimiento escolar), desafortunadamente, en el Perú, su estudio no ha sido una de las prioridades.

2.1.1.6. Co-morbilidad del TP en adolescentes con otras condiciones internalizantes y externalizantes

Los estudios de comorbilidad del TP en adolescentes se han centrado principalmente en el TLP. Como el TLP de los adultos, el TLP de los adolescentes demuestra una alta comorbilidad con los trastornos tanto de internalización como de externalización, que van desde el 50% en el estudio Children in the Community (Cohen, 2008) hasta el 86% en una muestra clínica (Speranza et al., 2011). De manera similar, Chanen et al. (2007) encontraron tasas significativamente más altas de comorbilidad en adolescentes con TLP, en comparación con adolescentes sin TP o sin trastorno, y Ha et al. (2014) informaron tasas elevadas de trastornos del estado de ánimo (70.6 %), ansiedad (67.3 %) y externalización (60.2%) en pacientes adolescentes hospitalizados con TLP en relación con controles psiquiátricos sin TLP (39.2%, 45.5% y 34.4 %, respectivamente).

Los adolescentes con TLP también mostraron puntuaciones significativamente más altas en medidas dimensionales de psicopatología internalizante y externalizante que los controles psiquiátricos, así como una probabilidad significativamente mayor de cumplir los

criterios de comorbilidad compleja —según lo definido por Zanarini et al. (2003) como cualquier trastorno del estado de ánimo o ansiedad más un trastorno de impulsividad—. Otros estudios también han demostrado tanto en adultos (Eaton et al., 2011; James & Taylor, 2008) como en adolescentes (Sharp et al., 2014) que el TLP parece ser una confluencia tanto de problemas de internalización como de patología externalizante —es decir, cargada en factores latentes tanto internalizantes como externalizantes (Røysamb et al., 2011)—. Sin embargo, estos factores latentes no capturan suficiente variación como para sugerir que estas patologías puedan explicar completamente el TLP.

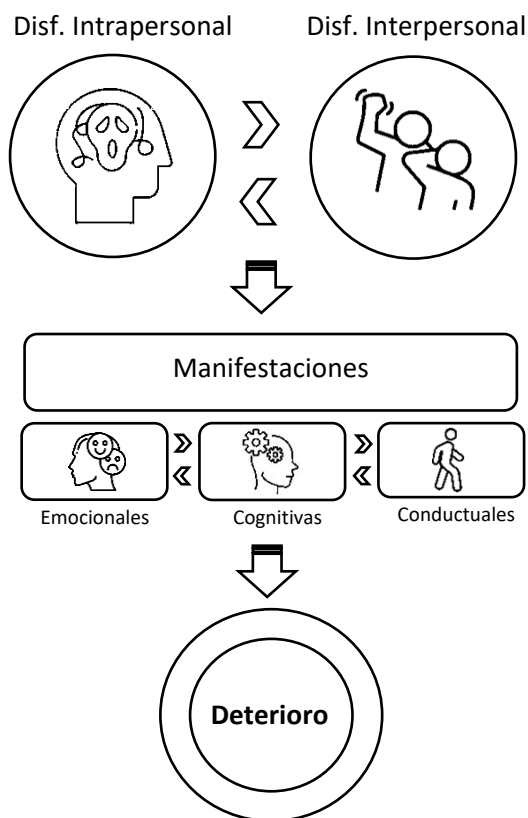
En conjunto, esta evidencia sugiere que, aunque el TLP no es un trastorno de internalización (Akiskal et al., 1985) ni una expresión femenina de TP antisocial (Paris, 1997), probablemente representa una confluencia de trastornos de internalización y externalización. Es decir, la construcción del TLP contiene características tanto de trastornos de internalización como de externalización, al mismo tiempo que conserva su independencia como un trastorno separado. En otro lugar, se ha argumentado que la patología de la personalidad constituye un tipo de patología cualitativamente diferente en el continuo de gravedad entre la patología de internalización/externalización por un lado y los trastornos psicóticos por el otro (Sharp et al., 2018; Sharp & Wall, 2018).

El trastorno de conducta en niños, el trastorno de personalidad antisocial y la psicopatía están interrelacionados, pero son conceptos clínicos externalizantes distintos. Ha habido un interés considerable en la relación de los problemas conductuales de la primera infancia y la antisocialidad posterior. Los primeros estudios de Robins (1966), en un pequeño subgrupo de niños con trastornos de la conducta, evidenciaron un comportamiento antisocial persistente en la edad adulta. Por ello, no es de dudar que el TP en el adolescente, de características antisociales predominantes influya en comportamientos delincuenciales, aunque la delincuencia en las mujeres jóvenes a menudo se pasa por alto.

En una revisión metaanalítica, Fontaine et al. (2009) examinaron 46 estudios empíricos de las trayectorias del desarrollo del comportamiento antisocial en mujeres. Encontraron trayectorias similares a las de la investigación de varones adolescentes, con la adición de una categoría adicional, adolescente de inicio tardío, donde las mujeres aparentemente no habían mostrado un comportamiento antisocial hasta más tarde en la adolescencia. Se consideró que la aparición de comportamientos antisociales en este momento estaba asociada con una disminución del control familiar y escolar sobre las jóvenes; ello sumado a la amistad con pares delincuentes y a los cambios hormonales debido a la pubertad. Caspi et al. (1993) sugieren que puede haber factores de riesgo biológicos específicos para la delincuencia en las mujeres (p. ej., menarquia temprana).

2.1.2. Modelo teórico de la disfunción de la personalidad según la CIE-11

Como se manifestó anteriormente, la CIE-11 (World Health Organization, 2022a), tomó como base el criterio A del DSM-5 AMPD, para explicar el diagnóstico principal de TP en base a la disfunción (severidad) intra e interpersonal, observada a través de manifestaciones emocionales, cognitivas y conductuales; conllevando a un deterioro significativo en áreas importantes de funcionamiento. Este modelo se muestra en la *Figura 1*.

Figura 1*Modelo de Disfunción de la Personalidad*

Nota: Esta figura fue elaborada en base a las pautas de diagnóstico de las ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements para el TP (CDDR; World Health Organization, 2022b)

De manera metafórica se podría decir que la disfunción de la personalidad explica la “forma” (severidad) de la personalidad⁷. Este modelo, según explica Waugh (2019), se ha formado principalmente con los aportes de la teoría de *agencia y comunión* de Harry Stack Sullivan (paradigma interpersonal), de la teoría de *apego* de John Bowlby (paradigma evolutivo), de la teoría de *organización de la personalidad y relaciones objetales* de Otto Kernberg (paradigma psicodinámico) y de la teoría de la *identidad narrativa* de Henry A. Murray (paradigma personológico).

⁷ Mientras que los calificadores de rasgos, explican el “color” (contenido) de la personalidad.

Dicho modelo explica que el funcionamiento de la personalidad conlleva un proceso de maduración cognitiva desde los primeros años de vida, que inicia con la identificación de sí mismo a través de conceptos, y los significados de esos conceptos forman esquemas. Estos esquemas, en interacción social con el mundo externo, logran moldearse; generando a su vez esquemas de sí mismo en relación con el mundo y de la interpretación que tiene el mundo hacia sí mismo. Los cuidadores primarios en la niñez ejercen un papel importante en el funcionamiento de la personalidad, dicha influencia también se manifiesta en un plano inconsciente que perdura a lo largo de la vida.

Asimismo, es en la adolescencia que los pares y otros elementos de su entorno influyen en el funcionamiento de la personalidad para modularlo, dados los cambios intensos biopsicosociales que surgen en dicha etapa. Y finalmente, en la adultez es que se logra una estabilidad de la intensidad del funcionamiento de la etapa anterior, logrando obtener una identidad completa, narrando elementos significativos de su vida pasada y encontrando un “para que” en su sentido de existencia. La alteración del funcionamiento de la personalidad sigue toda la secuencia de desarrollo antes mencionado, encontrando puntos de acción en los procesos específicos, y resultando en la actual dificultad de personalidad o en un TP (especificado según el grado de severidad de su disfunción).

2.1.3. Instrumentos para la evaluación de la disfunción de la personalidad

2.1.3.1. Entrevistas semi-estructuradas

Es conocido que en psicología clínica las entrevistas semiestructuradas o estructuradas son consideradas el “gold estándar” (es decir, la prueba de referencia) para validar la precisión diagnóstica de los instrumentos psicométricos (pruebas índice) para el diagnóstico del TP (Chacón, 2013; Claes et al., 2021; First & Williams, 2021); sin embargo, como manifiestan Darjee y Davidson (2010), estas presentan solo niveles moderados de validez convergente; asimismo, muchos de ellos presentan discrepancias entre evaluadores y al igual que el

propuesto método empírico Longitudinal, Expert, All Data⁸ (LEAD; Pilkonis et al., 1991), resultan imprácticos por el tiempo que implican (Banerjee et al., 2009; Reardon et al., 2018). Es por ello, que no existe un “gold estándar” acordado contra el cual probar la validez diagnóstica de las medidas de los TP (Banerjee et al., 2009; Darjee & Davidson, 2010).

Actualmente también existen dos entrevistas semiestructuradas para el diagnóstico del TP del DSM-5 AMPD como: (a) la Entrevista Clínica Estructurada para el Modelo Alternativo del DSM-5 de los Trastornos de la Personalidad *SCID-5-AMPD* (SCID-5-AMPD; First et al., 2018), cuyo módulo I, la Escala de Nivel de Funcionamiento de la Personalidad (LPFS) aborda el modelo dimensional del TP basado en su dis (funcionamiento); y el *STiP 5.1*, el cual es relativamente más breve y se centra sólo en la disfunción de la personalidad.

Aunque Hutsebaut et al. (2021), sugiere que se puede utilizar el STiP 5.1 para evaluar el TP según el modelo de la CIE-11, lo cierto es que ello resultaría en una evaluación incompleta puesto que se omitirían los dominios de daño intra e interpersonal y el deterioro psicosocial. Hasta el momento no existen entrevistas semi-estructuradas o estructuradas para el diagnóstico del TP para la CIE-11, aunque si existe un proyecto que recientemente se está iniciando para lograrlo; ello según refiere uno de los investigadores más desatacados en el estudio del TP (B. Bach, comunicación personal, 3 de enero del 2022).

2.1.3.2. Medidas auto-informadas

La evaluación de la “disfunción de la personalidad” es una área de investigación muy joven y poco desarrollada (Ro & Clark, 2009). Sin embargo, ha habido un mayor enfoque en conceptualizar y medir la disfunción de la personalidad en los últimos años a raíz de la publicación del DSM-5 AMPD, y más reciente de la CIE-11. Entre las fortalezas de las medidas de auto informe de la disfunción / severidad del TP se incluyen: (a) el apoyo empírico para su

⁸ LEAD implica un juicio por consenso entre un equipo de médicos expertos que, durante una conferencia de caso, utilizan información de autoinformes, informes de informantes, la historia clínica y las notas del cliente, y las calificaciones proporcionadas por los terapeutas o el personal que ha interactuado con el cliente. Sin embargo, este método requiere mucho tiempo y se utiliza con poca frecuencia en la práctica clínica real.

validez convergente con respecto a medidas similares del funcionamiento de la personalidad y (b) la evidencia de que diferencia empíricamente entre aquellos con y sin TP en una muestra clínica.

Para la disfunción del TP del DSM-5 AMPD, se ha desarrollado la Escala de Nivel de Funcionamiento de la Personalidad – Autoinforme (LPFS-SR; Morey, 2017) es una medida de 80 ítems de los constructos LPFS. Esta medida es relativamente nueva, pero la evidencia preliminar ha proporcionado una buena evidencia de confiabilidad y validez (p. ej., Hopwood et al., 2018; Morey, 2017). Otra medida es el Cuestionario de Niveles de Funcionamiento de la Personalidad del DSM-5 (DLOPFQ; Huprich et al., 2018) se desarrolló a partir de un grupo más grande de ítems escritos de forma independiente por expertos para evaluar los constructos subyacentes al LPFS; los 66 ítems finales fueron los acordados en equipo por los expertos (Huprich et al., 2018).

En años más recientes se han desarrollado medidas más breves como la Escala de Funcionamiento Propio e Interpersonal (SIFS; Gamache et al., 2019) de 24 ítems y la Escala de Nivel de Funcionamiento de la Personalidad–Forma breve (LFFS-BF 2.0; Weekers et al., 2019) de 12 ítems; los cuales también han demostrado niveles psicométricos bajos y moderados (véase Schetsche, 2021). En general, todas estas medidas LPFS carecen de escalas de validez y datos normativos sólidos, características que probablemente limitan su utilidad en entornos clínicos aplicados.

Para el modelo de disfunción del TP que propone la CIE-11 (severidad), se han desarrollado la Evaluación Estandarizada de la Gravedad del Trastorno de la Personalidad (SASPD; Olajide et al., 2018), una medida de nueve ítems validada en población española (Gutiérrez et al., 2021). Asimismo, se han desarrollado la Escala de Gravedad del Trastorno de la Personalidad de la CIE-11 (PDS-ICD-11; Bach, Brown, et al., 2021), una medida de 14 ítems; las escalas la escala Funcionamiento (PF; Hualparuca-Olivera et al., 2022), una medida

de 21 ítems dicotómicos validada en una población penitenciaria de Huancayo única en medir, además, el funcionamiento de la personalidad desde su rango positivo.

De la misma manera, Gamache et al (2021) identificaron puntos de corte apropiados para la SIFS ajustándolos a los niveles de severidad del TP de la CIE-11. Además, Clark et al. (2021) desarrollaron dos escalas Disfunción del Yo y Disfunción interpersonal para incluirlas dentro de su instrumento, Escalas del Modelo de TP de la CIE-11. Estas escalas cuentan con 30 y 35 ítems respectivamente; con respuestas en formato Likert de 4 puntos que se puntúan desde “Muy / A menudo falso” a “Muy / A menudo, verdadero”. En general, aunque existen varias medidas para evaluar la disfunción de la personalidad, la mayoría ha enfocado su desarrollo desde el modelo del DSM-5 AMPD; el cual; aunque es similar en varios aspectos, no es precisamente equivalente al TP de la CIE-11.

Solo el PF, el SASPD, el PDS-ICD-11 y las dos escalas de Funcionamiento Intra e Interpersonal (Clark et al., 2021) han sido desarrollados con la base de la CIE-11. En este estudio solo se adaptarán y validaran los instrumentos PF, SASPD, y PDS-ICD-11 para medir la severidad de TP; ya que la autora principal de las escalas de Funcionamiento Intra e Interpersonal refiere que ella y sus colegas no están satisfechos con varios aspectos de los resultados preliminares (L. A. Clark, comunicación personal, 9 de noviembre del 2022).

2.1.4. La angustia psicológica: Un problema internalizante

La comprensión de la angustia psicológica ha sido controvertida durante muchos años. La mayor disputa entre los estudiosos de la angustia psicológica ha sido sobre el significado de esta palabra y sobre lo que realmente significa que una persona esté psicológicamente angustiada (Torkington, 1991). Hay tres preguntas básicas que se hacen con frecuencia en el contexto de la psicología y la psiquiatría cuando se trata de dar sentido a la conducta: ¿Qué tipo de conducta se considera anormal, ya sea por parte de profesionales o científicos? ¿Cuáles son los diversos patrones o formas de comportamiento perturbado? ¿Cómo se puede dar sentido

al comportamiento aparentemente irracional de las personas perturbadas? (Halling & Nill, 1989).

Quizás las preguntas de este tipo promuevan debatir definiciones en lugar de ayudar a las personas con esta condición. Pero estas son preguntas importantes que afectan a quién se considera psicológicamente angustiado, así como también cómo se interpreta el sufrimiento y cómo se lleva a cabo el tratamiento (Phares, 1992). De acuerdo con la perspectiva del control social, el concepto de la angustia psicológica se refiere a una categoría que los observadores utilizan para clasificar a los individuos en particular, por lo que este concepto no se ubica en los síntomas de las personas (Torkington, 1991).

En la antigüedad, la iglesia medieval definía la enfermedad mental como la posesión por parte de demonios o espíritus, que necesitaban ser exorcizados para que el poseído lograra la curación (Phares, 1992). Sin embargo, en los siglos XVIII, XIX y XX surgieron las creencias del modelo médico dominante, las teorías psicológicas y los tratamientos psicoterapéuticos como las teorías cognitivas, las teorías de sistemas y las teorías psicodinámicas. Todavía no se ha ofrecido una explicación completamente satisfactoria para dar cuenta de las diversas variaciones en la causa y descripción de la angustia psicológica (Phares, 1992; Sadock et al., 2015). Por lo tanto, se encuentran diferentes puntos de vista en competencia, lo que muestra claramente el conocimiento incompleto de la descripción y los factores contribuyentes. Como resultado, se necesitan más puntos de vista en los trastornos psicológicos.

2.1.4.1. Definiciones de la angustia psicológica

En otros casos, se utilizan los conceptos de perturbación de los libros de texto, como la angustia subjetiva y la enfermedad psicológica, mientras que en otros se hace referencia a la violación de las normas (Price & Lynn, 1986). Decker (1998), Burnette y Mui (1997) conceptualizaron la angustia psicológica como falta de entusiasmo, problemas para dormir (dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido), sentirse desanimado o triste, sentirse

desesperado por el futuro, sentirse emocional (por ejemplo, llorar fácilmente o ganas de llorar) y aburrimiento o interés pasajero por las cosas y pensamientos suicidas (Weaver, 1995).

Lerutla (2000) definió la angustia psicológica como el estado emocional que se siente cuando es necesario hacer frente a situaciones inquietantes, frustrantes o dañinas. Mirowsky y Ross (2003) añaden que el malestar psicológico es el estado subjetivo desagradable de depresión y ansiedad (estar tenso, inquieto, preocupado, irritable y asustado), que tiene manifestaciones tanto emocionales como fisiológicas. Estos autores mencionaron además que existe una amplia gama de angustia psicológica, que va de leve a extrema, y que los niveles extremos se consideran enfermedades mentales como el trastorno esquizoafectivo.

2.1.4.2. La angustia psicológica en la adolescencia

La adolescencia es el período crítico en el que se produce un importante desarrollo físico, neurológico, cognitivo, emocional y conductual (Griffin, 2017), y este desarrollo se ve fuertemente afectado por factores sociales a nivel personal, familiar, comunitario y nacional (Viner et al., 2012). Aunque la transición en la adolescencia se inicia con los marcados cambios biológicos de la pubertad, la transición de la adolescencia a la edad adulta se define más sociológicamente en términos de formación del matrimonio y la familia, finalización de la educación y entrada en la fuerza laboral (Smetana et al., 2006).

Por lo tanto, se imponen varias tareas de desarrollo, que incluyen un sentido de dominio, asociación íntima, exploración de nuevos roles, planificación del propio futuro y adquisición de las habilidades y valores necesarios para hacer una transición exitosa a la edad adulta (Zarrett & Eccles, 2006). Estas complejas tareas de desarrollo hacen que los adolescentes sean vulnerables a la angustia psicológica; la cual se configura como un conjunto de síntomas físicos y mentales dolorosos que se asocian con las fluctuaciones normales del estado de ánimo (Pengpid & Peltzer, 2020).

2.1.4.3. Perspectivas teóricas de la angustia psicológica

El *modelo médico* es una visión predominante o dominante de la patología en el mundo (Barlow et al., 2017; Sadock et al., 2015). La angustia psicológica se considera una enfermedad en la misma categoría que cualquier otra enfermedad física. En otras palabras, la angustia psicológica es una forma de defecto neurológico responsable del pensamiento y el comportamiento desordenados que requiere tratamiento y atención médica (Carson et al., 1998). Como parte de la clasificación de los trastornos mentales, la angustia psicológica forma parte esencial de los criterios diagnósticos y forma la parte central de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en sus umbrales clínicos y subclínicos.

Por otra parte, las *teorías interpersonales* atribuyen las dificultades psicológicas a patrones disfuncionales de interacción social (Carson et al., 1998). Estas teorías destacan que somos seres sociales, y mucho de lo que somos es producto de nuestras relaciones con los demás. La angustia psicológica se describe como el comportamiento desadaptativo observado en las relaciones, causado por relaciones insatisfactorias del pasado o del presente. La angustia psicológica se identifica al examinar los diferentes patrones de relaciones interpersonales de la persona angustiada. De acuerdo con esta perspectiva, la angustia se alivia a través de la terapia interpersonal, que se enfoca en aliviar los problemas existentes dentro de las relaciones y en ayudar a las personas a lograr relaciones más satisfactorias a través del aprendizaje de nuevas habilidades interpersonales.

Los modelos *psicoanalíticos* tradicionales analizan la patología (malestar psicológico) desde una perspectiva intrapsíquica. Destacan el rol de los procesos inconscientes y los mecanismos de defensa en la determinación del comportamiento normal y anormal. Las experiencias de la primera infancia son imprescindibles para el ajuste posterior de la personalidad; es decir, entienden la expresión de un síntoma en el presente como una extensión de conflictos pasados (Box, 1998; St. Clair & Wigren, 2003). Por lo tanto, la angustia

psicológica en la vida de una persona puede describirse como su intento de hacer frente a las dificultades actuales utilizando los mecanismos de defensa de la infancia pasada, que pueden parecer desadaptativos y socialmente inapropiados para la situación actual.

De acuerdo con el *modelo cognitivo*, la cognición sesgada negativamente es un proceso central en la angustia psicológica (Barlow et al., 2017). Este proceso se refleja cuando los pacientes angustiados suelen tener una visión negativa de sí mismos, de su entorno y del futuro (Weinrach, 1988). Se ven a sí mismos como inútiles, inadecuados, desagradables y deficientes. Según los teóricos cognitivos, el afecto excesivo y el comportamiento disfuncional de las personas se deben a formas excesivas o inapropiadas de interpretar sus experiencias. La esencia del modelo es que las dificultades emocionales comienzan cuando la forma en que vemos los eventos se exagera más allá de la evidencia disponible. Estas distorsiones cognitivas tienen una influencia negativa sobre los sentimientos y el comportamiento en un círculo vicioso. Podría decirse que la mayoría de los modelos explicativos como los mencionados anteriormente brindan una perspectiva única que puede contribuir a una comprensión más completa del fenómeno de la angustia psicológica.

2.1.5. *La psicopatía: Un problema externalizante*

La expresión más obvia de la psicopatía es la violación criminal de las reglas de la sociedad (Hare, 1999). El autor citado menciona que los individuos psicópatas son proclives a la comisión de delitos graves y violentos; además, sus características comportamentales implican obstáculos para su tratamiento. Los investigadores que teorizan sobre la psicopatía han intentado proporcionar una definición general completa e integrada del concepto; sin embargo, hay poco acuerdo sobre qué es exactamente. El único aspecto en el que se ha acordado es que la psicopatía es una integración de disposiciones motivacionales, factores de desarrollo, diferencias individuales y de salud mental (Sloan, 1997).

Aunque la evolución de la psicopatía como trastorno clínico formal comenzó hace más de un siglo, es solo recientemente que se han puesto a disposición procedimientos psicométricos científicamente sólidos para su evaluación, lo que hace posible medir la psicopatía como un constructo (Hare, 1996). El constructo psicopatía está demostrando ser particularmente útil en el sistema de justicia penal, donde tiene implicaciones importantes para la sentencia, la derivación, la ubicación, las opciones de tratamiento y la evaluación del riesgo y reincidencia (Edens et al., 2004; Hervé et al., 2004; Hildebrand et al., 2004; Simourd & Hoge, 2000).

Cleckley en *The Mask of Sanity* (1941) fue el primero en analizar extensamente los rasgos de personalidad del psicópata. Cleckley consideraba la psicopatía como una psicosis oculta y solo se revela principalmente a través de los efectos desintegradores de las emociones fuertes, así como la desarticulación inherente de la relación entre la palabra y la acción, a la que él denomina "demencia semántica". El libro de Cleckley ahora se ha convertido en la columna vertebral de lo que vemos como rasgos de personalidad psicópata y, a su vez, ha dado lugar a numerosos estudios de investigación sobre la personalidad psicópata.

2.1.5.1. La psicopatía en la adolescencia

Ya en los años 40 Cleckley (1941) reconocía que la psicopatía era un trastorno con raíces en la infancia y la adolescencia. Una década más tarde, Karpman (1950, 1951) organizó y presidió dos rondas de consultas y debate sobre la aplicabilidad del constructo a la infancia. Unos 10 años más tarde, McCord y McCord (1964) en el libro "Psychopath an Essay on the Criminal Mind", destacaron la importancia de identificar y tratar la psicopatía en las poblaciones más jóvenes. Estos autores enfatizaron la importancia de la intervención temprana, señalando que los jóvenes que presentaban signos de trastorno psicopático de la personalidad mostraban sus problemas de conducta de forma diferente, en comparación con los que no presentaban ese mismo trastorno. Al mismo tiempo, Quay (1964, 1965) trató de definir subtipos

para la delincuencia juvenil, considerando una categoría psicopática que denominó “bajo-socializado agresivo”.

La extensión del constructo de la psicopatía a la niñez y la adolescencia es un tema controvertido. La sobrerrepresentación en la infancia y adolescencia de algunas características del trastorno; la maleabilidad de la personalidad durante el desarrollo; la heterogeneidad de menores con comportamiento antisocial; la validez y estabilidad de la psicopatía; la connotación despectiva del término y sus implicaciones en contextos legales; la posible estigmatización de los jóvenes; y el desencadenamiento de efectos iatrogénicos son algunos de los problemas que se debaten intensamente (Chanen & McCutcheon, 2008; Edens & Vincent, 2008; Hutsebaut et al., 2023). Salekin y Lynam (2010) subrayan que el término psicopatía “no debe usarse de manera dañina, sino que el concepto debe usarse de manera constructiva para comprender mejor los diversos tipos de jóvenes, así como para trazar formas de ayudar a los jóvenes a liderar vidas más prosociales, productivas y significativas”. (p. 8)

2.1.5.2. Perspectivas teóricas de la psicopatía

La teoría de baja excitación (Hare, 1970) sugiere que los psicópatas tienen un nivel patológicamente bajo de excitación autonómica y cortical, e hiperactividad en comparación con los individuos no psicópatas. En consecuencia, el psicópata estará en un estado crónico de estimulación y búsqueda de sensaciones y, por lo tanto, explica por qué los psicópatas no se excitan de manera autónoma ante estímulos que de otro modo serían estresantes, emocionantes o aterradores para los no psicópatas. Esto da como resultado que el psicópata necesite una mayor variedad e intensidad de información sensorial para aumentar su nivel de excitación al máximo.

La *teoría neurobiológica* incluye uno de los principios básicos de la neuropsicología, la noción de que ciertas funciones están, hasta cierto punto, localizadas dentro de ciertas áreas del hemisferio cerebral, mientras que otras están lateralizadas a un hemisferio del cerebro. Este

principio de la localización de funciones ha surgido de los estudios clásicos de pacientes con lesiones cerebrales localizadas que se desempeñan mal en tareas y/o pruebas seleccionadas (Raine, 1993). Ha habido fuertes asociaciones y la creencia de que los individuos psicópatas son biológicamente diferentes de la norma, en el sentido de que sus cerebros son estructuralmente diferentes. Por ejemplo, se ha evidenciado que las disfunciones en la amígdala y otras disfunciones corticales pueden asociarse con el comportamiento psicópata, asimismo existe una pobre integración interhemisférica y déficits de lateralización.

La teoría de *aprendizaje social* propone que cierto elemento de aprendizaje está involucrado en el desarrollo de la personalidad y las tendencias psicopáticas. Lykken (1957) utilizó tareas de aprendizaje de evitación pasiva para demostrar el pobre aprendizaje de evitación de los psicópatas. Eysenck (1996) sugiere que la conciencia es una respuesta condicionada (RC), que se desarrolla a través de la socialización para controlar el comportamiento de un individuo. Eysenck dio dos posibles explicaciones de por qué algunos individuos no desarrollan una conciencia. Primero, una sociedad permisiva da como resultado que las experiencias condicionadas para la conciencia falten o sean inadecuadas y, por lo tanto, conducen a un comportamiento antisocial. En segundo lugar, Eysenck sugirió que en estas sociedades se refuerzan también experiencias inadecuadas (p.ej., el machismo); por lo tanto, la RC a este refuerzo también es inadecuada.

La teoría de la personalidad (rasgos) supone que el psicópata es interpersonalmente antagónico (es decir, desconfiado, manipulador, egoísta, opositor, arrogante, insensible e interpersonalmente frío), impulsivo (es decir, fácilmente reactivo, atrevido, negligente y precipitado; carece de varias emociones negativas autodirigidas (es decir, despreocupado y desvergonzado), alto en ira, bajo en emociones positivas, y desconfiado (Lynam, 2010). Otras teorías plantean déficits en el razonamiento moral, el miedo y ansiedad, y en la atención selectiva (Vien & Beech, 2006).

2.2. Marco Legal

En el Código de ética y deontología del psicólogo peruano, se muestran tres artículos que destacan la importancia de contar con un instrumento válido dentro de éste contexto, para la evaluación en campo y para la investigación (Colegio de Psicólogos del Perú, 2018). Precisamente, en el artículo 6 del Capítulo I del Código de Ética del Psicólogo Peruano, se describe que, el psicólogo debe ejercer la profesión sobre bases científicas, y para ello es necesario que se guie por procedimientos validados. Asimismo, En el artículo 27 del Capítulo III del Código de Ética del Psicólogo Peruano, se manifiesta que el psicólogo no debe aplicar en su práctica profesional, tanto pública como privada, procedimientos rechazados por los centros universitarios o instituciones científicas reconocidas legalmente; así como, instrumentos psicológicos y/u otras técnicas, que no tengan validez científica.

Además, en el artículo 45 del Capítulo VIII del Código de Ética del Psicólogo Peruano, se menciona que el psicólogo está obligado a seguir los procedimientos científicos y técnicos para el desarrollo, validez y estandarización de los instrumentos de investigación psicológica. Tras analizar estas disposiciones éticas legales, la presente investigación se muestra oportuna, pertinente y necesaria. Asimismo, de acuerdo a la directiva sanitaria D.S. No. 127-MINSA-2020-DGIESP (Ministerio de Salud, 2020), se insta al personal sanitario de atención primaria a detectar oportunamente los trastornos mentales y del comportamiento en adolescentes. De la misma manera, según el artículo 20 de la Ley de Salud Mental N° 30947 (Congreso de la República, 2019), se insta al personal de salud y de otras entidades que ejecute un abordaje comunitario, y diagnostique los problemas de salud mental. Los instrumentos validados en este estudio facilitarán el cumplimiento de esta tarea; ya que el profesional de la salud mental podrá usarlas en escolares de instituciones educativas de su jurisdicción.

2.3. Definición de Términos

- ***Adaptación pura:*** Tipo de adaptación en el cual los ítems se modifican (adaptan) para ajustarse al contexto cultural de destino (Hedrih, 2020; Iliescu, 2017).
- ***Adopción:*** Tipo de adaptación en el cual los ítems simplemente se traducen y la prueba original se adopta tal como está en el idioma de destino (Hedrih, 2020; Iliescu, 2017).
- ***Angustia psicológica:*** La angustia o distrés psicológico es un conjunto de síntomas físicos y mentales dolorosos que se asocian con las fluctuaciones normales del estado de ánimo en la mayoría de las personas (VandenBos, 2015).
- ***Disfunción de la personalidad:*** Es un error constante para lograr los objetivos psicológicos propios; ello a causa de la dificultad para generarlas, y/o la incapacidad para producir interpretaciones o estrategias eficaces cuando las existentes no tienen éxito (DeYoung & Krueger, 2018).
- ***Disfunción interpersonal:*** También denominado funcionamiento del Otro, constituye las deficiencias en el funcionamiento de aspectos sociales; p. ej., desarrollo y mantenimiento de relaciones estrechas y mutuamente satisfactorias, comprensión perspectivas de los demás, manejo de conflictos en las relaciones (World Health Organization, 2022b).
- ***Disfunción intrapersonal:*** También denominado funcionamiento del Self, constituye las deficiencias en el funcionamiento de aspectos del yo; p. ej., identidad, autoestima, capacidad de autodirección (World Health Organization, 2022b).
- ***Ensamblaje:*** Tipo de adaptación en el cual los ítems se reemplazan con ítems completamente reescritos (nuevos), porque ni siquiera la adaptación puede hacerlos apropiados (Hedrih, 2020; Iliescu, 2017).

- **Personalidad:** Es la forma característica de un individuo de comportarse, experimentar la vida y de percibirse e interpretarse a sí mismo, a otras personas, eventos y situaciones (World Health Organization, 2022b).
- **Psicopatía:** La psicopatía o personalidad psicopática es un conjunto de rasgos de personalidad y conductas socialmente desviadas (Hemphill et al., 1998).
- **Problemas externalizantes:** Están dirigidos hacia el exterior y generan malestar y conflicto en otras personas e implican el desprecio de las normas sociales. Estas condiciones agrupan síndromes como la agresividad y la delincuencia o el comportamiento transgresor que pertenecen al dominio conductual (Forns et al., 2018).
- **Problemas internalizantes:** Están dirigidos hacia el interior y se refieren a problemas que generan malestar, tensión y sufrimiento en el individuo. Estas condiciones causan problemas dentro del yo y agrupan síndromes como la depresión, la ansiedad, el aislamiento social o las quejas somáticas. Estos trastornos, que pertenecen a un dominio emocional, a menudo son más difíciles de detectar que los problemas de comportamiento manifiestos (Forns et al., 2018).
- **Trastorno de la personalidad:** Es una marcada alteración en el funcionamiento de la personalidad, que casi siempre se asocia con una considerable perturbación personal y social, que suele especificarse a través de dominios de rasgos y/o del patrón límite (World Health Organization, 2022b).

III. Método

3.1. Tipo de Investigación

La presente investigación es un *estudio psicométrico* ya que se pretende validar una medida mediante procesos estadísticos (VandenBos, 2015). Asimismo, según su objetivo extrínseco es de tipo *aplicada* (Sánchez-Carlessi et al., 2018), ya que pretende solucionar el problema de la falta de instrumentos para la evaluación del TP en adolescentes escolares peruanos. Asimismo, se usa una metodología *cuantitativa y transversal* para cuantificar propiedades psicológicas que son medidas en un solo momento (Hernández & Mendoza, 2018). Esta investigación no cuenta con una clasificación según su direccionalidad —es decir prospectivo o retrospectivo— por ser un estudio principalmente transversal; en consecuencia, el estado de las variables medidas no corresponden al pasado ni al futuro, si no al mismo momento de la recolección de datos (Cvetković-Vega et al., 2021). El nivel del estudio es correlacional (Hernández & Mendoza, 2018); ya que por ejemplo, se busca asociar las medidas de TP con otras variables para establecer la validez de criterio externo (concurrente) de estos instrumentos.

3.2. Población y Muestra

La *población* es un grupo que está formado por todos los objetos, eventos o personas de un cierto tipo sobre los cuales los investigadores buscan conocimiento o información (Chadwick, 2017). Mientras que la *muestra* es el conjunto de unidades seleccionadas para representar la población de interés (Gravetter & Wallnau, 2017; como se cita en Casteel & Bridier, 2021). En esta investigación, la población estuvo conformada por estudiantes de secundaria de los colegios de la UGEL 02 de Lima —incluyendo los distritos de: Independencia ($N_1 = 13\ 613$), Los Olivos ($N_2 = 34\ 256$), Rímac ($N_3 = 14\ 388$) y San Martín de Porres ($N_4 = 45\ 685$)—; la cual se registró en 107 942 estudiantes durante el año 2022 (Ministerio de Educación, n.d.).

Es así que con un muestreo probabilístico por conglomerados (proporcional al tamaño poblacional de cada distrito) se calculó un tamaño de muestra de 1057 participantes (IC 95%, $E = 3\%$, $p = 0.5$, $q = 0.5$), a través de la fórmula: $n = \frac{Z^2pqN}{NE+Z^2pq}$. Donde n simboliza al tamaño de la muestra; Z , al nivel de confianza; p , a la variabilidad positiva; q , a la variabilidad negativa; N , al tamaño de la población; y E , al error de muestreo. Dicho tamaño de muestra sumada a una posible tasa de exclusiones del 10% y a una muestra adicional de 25 participantes para una prueba piloto resultaría en 1188 participantes. Este tamaño de muestra es más que suficiente para evaluar las propiedades psicométricas de cada una de las 5 escalas adaptadas; ya que se necesita un mínimo de 300 casos (Boateng et al., 2018).

El muestreo probabilístico se realizó mediante las siguientes pautas: Primero se identificó el tamaño de muestra de manera proporcional de acuerdo al tamaño poblacional de cada distrito. Es decir, se planeó elegir a 148 estudiantes de Independencia, 374 de Los Olivos, 157 de Rímac, y 499 de San Martín de Porres. Luego, al azar se eligieron los conglomerados (colegios), lo cuales comprenden a: “Independencia”, del distrito de Independencia; “IEE 2025 Inmaculada Concepción”, del distrito de Los Olivos; “2001 Tnte. Crnl. Alfredo Bonifaz”, del distrito de Rímac; y “San Fernando”, del distrito de San Martín de Porres. Luego, se eligieron (equitativamente por grado y sección), los estudiantes que participaron en el estudio.

Los *criterios de inclusión* fueron: (a) rango de edad de 12 a 18 años, y (b) que uno de los apoderados y el (la) propio(a) estudiante den su consentimiento para su participación. Mientras que los *criterios de exclusión* fueron: (i) que el estudiante haya respondido en blanco y viciado a 10% o más del total de ítems de cada instrumento aplicado; (ii) que el estudiante haya marcado de manera similar a ocho pares de ítems de contenido opuesto de la escala PF (es decir, que marque [V y V] o [F y F]); y (iii) que el estudiante presente al momento de la evaluación alguna discapacidad física, intelectual o mental severa que le impida participar plenamente en el estudio.

3.3. Operacionalización de las Variables

En la Tabla 2 se muestra la manera como se operacionaliza la variable funcionamiento de la personalidad, la angustia psicológica y la psicopatía según cada uno de los instrumentos utilizados.

Tabla 2*Operacionalización de la Variable Según los Instrumentos Utilizados*

Variab les	Instru mento s	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensi ones	Indicadores	N° Ít em	Ítems	Criterio de evaluación	Escala	Valor final
Trastorn o de personal idad	PF	El TP es un deterioro significativo en el funcionamiento de la personalidad acompañado de una expresión de rasgos y facetas prominentes (APA, 2022)	Puntaje obtenido de la escala PF a través de sus indicadores Identidad, Autodirección, Empatía e Intimidad.	Funcionamiento	Identidad	2	Se me dificulta hacer las cosas por mí mismo.	Dicotómico (F[0]-V[1])	Nominal	PD= 0-21
						4	La verdad ya no sé quién soy realmente.	Dicotómico (F[0]-V[1])	Nominal	
						8	Mis emociones pueden cambiar rápidamente sin que me dé cuenta.	Dicotómico (F[0]-V[1])	Nominal	
						9	Mis relaciones tienden a ser muy intensas y problemáticas por mis cambios de humor.	Dicotómico (F[0]-V[1])	Nominal	
						*12	Controlo mis emociones cuando estoy con otras personas.	Dicotómico (F[0]-V[1])	Nominal	
						*14	Me siento orgulloso de haber logrado muchas cosas por mí mismo.	Dicotómico (F[0]-V[1])	Nominal	
					*21	Mi estado de ánimo es estable.	Dicotómico (F[0]-V[1])	Nominal		
					Autodirección	*5	Suelo tomar los problemas sin tanta preocupación.	Dicotómico (F[0]-V[1])	Nominal	
						6	Muchas veces paro tan preocupado en mis problemas que he descuidado otras actividades.	Dicotómico (F[0]-V[1])	Nominal	
						13	Siempre me frustro cuando algo no sale como yo quiero.	Dicotómico (F[0]-V[1])	Nominal	
						*20	Estoy tranquilo aunque algo salga mal.	Dicotómico (F[0]-V[1])	Nominal	
					Empatía	3	Me molesta que las personas no entiendan bien como se tienen que hacer las cosas.	Dicotómico (F[0]-V[1])	Nominal	
						7	A menudo tomo en cuenta las opiniones de los demás.	Dicotómico (F[0]-V[1])	Nominal	
10	La gente dice que soy frío e insensible.	Dicotómico (F[0]-V[1])	Nominal							
*11	Dicen que soy una persona muy comprensiva con los demás.	Dicotómico (F[0]-V[1])	Nominal							

Variab les	Instru mentos	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensi ones	Indicadores	N° Ít e m	Ítems	Criterio de evaluación	Escala	Valor final
					Intimidad	1	Me gusta estar sin tener amigos.	Dicotómico (F[0]-V[1])	Nominal	
						*15	Me gusta formar relaciones estables y duraderas con mis amigos.	Dicotómico (F[0]-V[1])	Nominal	
						*16	Disfruto mucho cuando converso y comparto con grupos de personas.	Dicotómico (F[0]-V[1])	Nominal	
						*17	Me gusta mucho estar con mis amigos.	Dicotómico (F[0]-V[1])	Nominal	
						18	Evito formar relaciones muy cercanas con las personas.	Dicotómico (F[0]-V[1])	Nominal	
						19	Me siento muy incómodo al estar con otras personas y hago lo posible por evitarlas.	Dicotómico (F[0]-V[1])	Nominal	
	PDS- ICD- 11	El TP es una marcada alteración en el funcionamiento de la personalidad, que casi siempre se asocia con una considerable perturbación personal y social (OMS, 2022)	Puntaje obtenido de la escala PDS-ICD-11 a través de sus indicadores Identidad, Autovaloración, Autovaloración, Autovaloración, Metas, Interés por las relaciones, Comprensión hacia otros, Cooperación en las relaciones, Manejo de desacuerdos, Control y expresión emocional, Control conductual, Experiencia de la realidad durante el estrés, Daño a uno mismo, Daño a	Severidad	Identidad	1	Identidad	Opción múltiple bipolar (2-1-0-1-2)	Ordinal	
					Autovaloración	2	Autovaloración	Opción múltiple bipolar (2-1-0-1-2)	Ordinal	
					Autovaloración	3	Autovaloración	Opción múltiple bipolar (2-1-0-1-2)	Ordinal	
					Metas	4	Metas	Opción múltiple bipolar (2-1-0-1-2)	Ordinal	PD=32
					Interés por las relaciones	5	Interés por las relaciones	Opción múltiple bipolar (2-1-0-1-2)	Ordinal	
					Comprensión hacia otros	6	Comprensión hacia otros	Opción múltiple bipolar (2-1-0-1-2)	Ordinal	
					Cooperación en las relaciones	7	Cooperación en las relaciones	Opción múltiple bipolar (2-1-0-1-2)	Ordinal	
					Manejo de desacuerdos	8	Manejo de desacuerdos	Opción múltiple bipolar (2-1-0-1-2)	Ordinal	

Variab les	Instru mento s	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensi ones	Indicadores	N° Ít e m	Ítems	Criterio de evaluación	Escala	Valor final
			otros, y Deterioro psicosocial.		Control y expresión emocional	9	Control y expresión emocional	Opción múltiple bipolar (2-1-0- 1-2)	Ordinal	
					Control conductual	10	Control conductual	Opción múltiple bipolar (2-1-0- 1-2)	Ordinal	
					Experiencia de la realidad durante el estrés	11	Experiencia de la realidad durante el estrés	Opción múltiple (0-3)	Ordinal	
					Daño a uno mismo	12	Daño a uno mismo	Opción múltiple (0-3)	Ordinal	
					Daño a otros	13	Daño a otros (intencionado o inintencionado)	Opción múltiple (0-3)	Ordinal	
					Deterioro psicosocial	14	Pensando en sus respuestas anteriores, ¿en qué medida causan problemas en áreas importantes de su vida (p.e. personal, familiar, social, educación, trabajo)?	Opción múltiple (0-3)	Ordinal	
					Estar con gente	1	Estar con gente	Opción múltiple (0-3)	Ordinal	
					Confiar en los demás	2	Confiar en los demás	Opción múltiple (0-3)	Ordinal	
					Amistades	3	Amistades	Opción múltiple (0-3)	Ordinal	
	SASP D	El TP es una marcada alteración en el funcionamie nto de la personalida d, que casi siempre se asocia con una considerable perturbación personal y social (OMS, 2022)	Puntaje obtenido de la escala SASPD a través de sus indicadores Estar con gente, Confiar en los demás, Amistades, Mal carácter, Actuar por impulso, Preocuparse, Ser organizado/a, Preocuparse por los demás, y Autosuficiencia.	Gravedad	Mal carácter	4	Mal carácter	Opción múltiple (0-3)	Ordinal	PD = 0-27
					Actuar por impulso	5	Actuar por impulso	Opción múltiple (0-3)	Ordinal	
					Preocuparse	6	Preocuparse	Opción múltiple (0-3)	Ordinal	
					Ser organizado/a	7	Ser organizado/a	Opción múltiple (0-3)	Ordinal	

Variab les	Instru mento s	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensi ones	Indicadores	N° Ít e m	Ítems	Criterio de evaluación	Escala	Valor final
					Preocuparse por los demás	8	Preocuparse por los demás	Opción múltiple (0-3)	Ordinal	
					Autosuficiencia	9	Autosuficiencia	Opción múltiple (0-3)	Ordinal	
					Desmayo	1	Sensación de desmayo o mareos	Likert (0-3)	Ordinal	
					Dolor de pecho	4	Dolores en el corazón o en el pecho	Likert (0-3)	Ordinal	
				Somatización	Nauseas	7	Nauseas o malestar en el estómago	Likert (0-3)	Ordinal	
					Ahogo	10	Falta de aire	Likert (0-3)	Ordinal	
					Adormecimiento	13	Adormecimiento u hormigueo en ciertas partes del cuerpo	Likert (0-3)	Ordinal	PD_Somatización = 0-18
					Debilidad	16	Sentirse débil en partes del cuerpo	Likert (0-3)	Ordinal	PD_Depresión = 0-18
Angustia psicológica	BSI-18	La angustia psicológica es un conjunto de síntomas físicos y mentales dolorosos que se asocian con las fluctuaciones normales del estado de ánimo en la mayoría de las personas (Vandenbos, 2015)	Puntaje obtenido de la escala BSI-18 a través de sus dimensiones Somatización, Depresión, y Ansiedad.		Desinterés	2	No sentir interés por las cosas	Likert (0-3)	Ordinal	PD_Ansiedad = 0-18
				Depresión	Soledad	5	Sentirse solo	Likert (0-3)	Ordinal	Índice de Gravedad Global (GSI). = 0-54
					Tristeza	8	Sentimientos de tristeza	Likert (0-3)	Ordinal	
					Devaluación	11	Sentir que usted no vale nada	Likert (0-3)	Ordinal	
					Desesperanza	14	Sentirse sin esperanza en el futuro	Likert (0-3)	Ordinal	
					Pensamientos suicidas	17	Pensamientos de poner fin a su vida	Likert (0-3)	Ordinal	

Variab les	Instru mento s	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensi ones	Indicadores	Nº Ít e m	Ítems	Criterio de evaluación	Escala	Valor final
					Temblores	3	Nerviosismo o temblor	Likert (0-3)	Ordinal	
					Ira	6	Sentirse tenso o alterado	Likert (0-3)	Ordinal	
				Ansieda d	Susto	9	Sustos repentinos y sin razón	Likert (0-3)	Ordinal	
					Terror	12	Ataques de terror o pánico	Likert (0-3)	Ordinal	
					Inquietud	15	Sentirse tan inquieto que no puede permanecer sentado	Likert (0-3)	Ordinal	
					Miedo	18	Sentirse con miedo	Likert (0-3)	Ordinal	
					Estafa	4	Tengo la habilidad de estafar a la gente usando mi encanto y mi sonrisa.	Likert (1-4)	Ordinal	
					Mentira	5	Soy bueno haciendo que la gente crea en mí cuando invento algo.	Likert (1-4)	Ordinal	
				Interper sonal	Egocentrismo	8	Tengo talentos que van mucho más allá de los de otras personas.	Likert (1-4)	Ordinal	PD_Psycopatí aGeneral = 18-72
					Manipulación	9	Me resulta fácil manipular a la gente.	Likert (1-4)	Ordinal	PD_GM = 6- 24
					Explotación	14	Cuando lo necesito, uso mi sonrisa y mi encanto para usar a los demás.	Likert (1-4)	Ordinal	PD_CU = 6- 24
					Enaltecimient o	16	Estoy destinado a convertirme en una persona conocida, importante e influyente.	Likert (1-4)	Ordinal	PD_II = 6-24
Psicopat ía	YPI-S	La psicopatía es un conjunto de rasgos de personalidad y conductas socialmente desviadas (Hemphill et al., 1998)	Puntaje obtenido de la escala YPI-S a través de sus dimensiones Interpersonal, Afectivo, y Conductual.		Desprecio por el llanto	3	Creo que llorar es un signo de debilidad, aunque nadie te vea.	Likert (1-4)	Ordinal	
				Afectivo	Inmutabilidad	6	Cuando otras personas tienen problemas, a menudo es culpa de ellos, por lo tanto, uno no debe ayudarlos.	Likert (1-4)	Ordinal	

Variab les	Instru mento s	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensi ones	Indicadores	N° Ít e m	Ítems	Criterio de evaluación	Escala	Valor final
					Desprecio por la ansiedad	10	Estar nervioso y preocupado es un signo de debilidad.	Likert (1-4)	Ordinal	
					Falta de empatía	15	No entiendo cómo las personas pueden emocionarse lo suficiente como para llorar al mirar cosas en la televisión o en una película.	Likert (1-4)	Ordinal	
					Frialdad	17	Sentirse culpable y arrepentido por las cosas que ha hecho y que han lastimado a otras personas es un signo de debilidad.	Likert (1-4)	Ordinal	
					impasibilidad	18	No dejo que mis sentimientos me afecten tanto como los sentimientos de otras personas parecen afectarlos.	Likert (1-4)	Ordinal	
					Falta de compromiso	1	Probablemente falté a la escuela o al trabajo más que la mayoría de las personas.	Likert (1-4)	Ordinal	
					Vehemencia	2	Me considero una persona bastante impulsiva.	Likert (1-4)	Ordinal	
				Conduct ual	Tempestivida d	7	A menudo sucede que hablo primero y pienso después.	Likert (1-4)	Ordinal	
					Aburrimiento	11	Me aburro rápidamente haciendo lo mismo una y otra vez.	Likert (1-4)	Ordinal	
					Falta de planificación	12	A menudo sucede que hago las cosas sin pensar en el futuro.	Likert (1-4)	Ordinal	
					Distracción	13	Me ha pasado varias veces que he pedido prestado algo y luego lo he perdido.	Likert (1-4)	Ordinal	

Nota: PF = Funcionamiento; PDS-ICD-11 = Escala de Gravedad del Trastorno de la Personalidad de la CIE-11; SASPD = Evaluación Estandarizada de la Gravedad del Trastorno de la Personalidad; BSI-18 = Inventario Breve de Síntomas (BSI-18); YPI-S = Inventario de Rasgos Psicopáticos Juveniles (versión corta).

3.4. Instrumentos

En la presente investigación se utilizaron como instrumentos, *pruebas estandarizadas e inventarios*. Según Hernández y Mendoza (2018), estas miden variables específicas, como la inteligencia, la personalidad, entre otros. Estas pruebas incluyeron cuatro medidas auto-informadas. Asimismo, la técnica utilizada fue la *encuesta*, en el que los participantes del estudio contestan a preguntas específicas sobre sus emociones, creencias, conductas, o actitudes (VandenBos, 2015). En seguida se detallan cada uno de los instrumentos utilizados.

3.4.1. *Ficha sociodemográfica*

Esta ficha fue elaborada específicamente para recabar datos generales de filiación y datos de riesgo psicosocial. Los datos generales incluyen el sexo, la edad, el centro educativo y el grado de estudios. Los datos específicos de riesgo psicosocial incluyen tres secciones con sus respectivos indicadores: (a) disfuncionalidad familiar (psicopatología parental, distanciamiento parental y problemas en el cuidado parental), (b) experiencias traumáticas (abuso sexual y abuso físico) y (c) estresores sociales (bullying de compañeros y maltrato de docentes).

3.4.2. *Funcionamiento (PF)*

Funcionamiento (PF), medida auto-informada, es una de las 49 escalas del Inventario Dimensional Integrativo de la Personalidad (IDPI-11; Hualparuca-Olivera et al., 2022), desarrollada en población penitenciaria de Huancayo para evaluar la severidad del trastorno de personalidad según la CIE-11, “TP Leve”, “TP Moderado” y “TP severo”. Ello, tomando como base el SASPD (Gutiérrez et al., 2021; Olajide et al., 2018) y el LPFS-BF 2.0 (Weekers et al., 2019); agregándole dos niveles (umbrales) de interpretación adicionales: “Funcionamiento normal” y “Funcionamiento positivo”. Aunque la escala PF no cuenta con puntos de corte probados empíricamente, teóricamente se puede usar 1.5 desviaciones estándar de la media (PT 65, Ben-Porath & Tellegen, 2020), para diagnosticar un umbral clínico donde empieza el TP

leve. PF es una escala unidimensional que cuenta con 21 ítems dicotómicos (0 = "Falso" y V = "Verdadero") distribuidos en 4 indicadores: (1) Identidad, (2) Autodirección, (3) Empatía e (4) Intimidad.

La escala PF cuenta con alta fiabilidad (α de Cronbach = 0.79) y validez de contenido adecuado (IVC-S = 0,96), validez de constructo convergente y discriminante también adecuados ($VME = 0.82$; y $\sqrt{VME} > r$ con las otras escalas del grupo Personalidad del IDPI-11; asimismo, para la validez de criterio externo, la escala PF fue capaz de predecir la presencia del delito c. salud pública, delito c. el patrimonio, delito c. la libertad, delito c. la vida, el cuerpo y la salud, y que el grado de seguridad penitenciaria aumente.

3.4.3. Escala de gravedad del trastorno de la personalidad de la CIE-11 (PDS-ICD-11)

Es una medida auto-informada, desarrollada por Bach, Brown, et al. (2021) para evaluar la severidad de la disfunción de la personalidad según la CIE-11 (World Health Organization, 2022a) y la CDDR (World Health Organization, 2022b). La PDS-ICD-11 es una escala unidimensional que consta de 14 ítems (indicadores): (1) Identidad, (2) Autovaloración, (3) Autopercepción, (4) Metas, (5) Interés por las relaciones, (6) Comprensión hacia otros, (7) Cooperación en las relaciones, (8) Manejo de desacuerdos, (9) Control y expresión emocional, (10) Control conductual, (11) Experiencia de la realidad durante el estrés, (12) Daño a uno mismo, (13) Daño a otros y (14) Problemas en áreas de vida.

Este instrumento utiliza un formato de respuestas de opción múltiple (0 = *funcionamiento adaptativo*, 1 = *gravedad leve*, 2 = *gravedad más alta*). Los ítems 1 a 10 se puntúan 2-1-0-1-2; y los ítems 11-14 se puntúan 0-1-2-3. El PDS-ICD-11 se califica sumando los puntajes de los 14 ítems (el puntaje total varía de 0 a 32); y en los casos en los que el encuestado selecciona más de una respuesta a un ítem, cuenta la respuesta con la puntuación más alta. Aunque no cuenta con puntos de corte probados empíricamente, teóricamente se

puede usar dos desviaciones estándar de la media (PT tradicional = 70) para diagnosticar un umbral clínico (Morey, 2007; como se cita en Bach, Brown, et al., 2021).

Cuenta con una confiabilidad alta (ω de Mc Donald = 0.86) y validez de constructo adecuada para el modelo de un factor, $\chi^2 (77) = 310.42, gl =, p < 0.001, CFI = 0.92, TLI = 0.90,$ y $RMSEA = 0.084$. Asimismo, Bach, Brown, et al. (2021) reportan que para la validez de criterio externo del PDS-ICD-11 se hallaron correlaciones moderadas y altas entre el puntaje total de dicho instrumento con el LPFS-BF, el SFQ-2, el PDQ-4, MDPF, y el SASPD. Además, se hallaron regresiones lineales adecuadas entre los modelos con predictores SASPD y PDS-ICD-11 para las variables de resultado MDPF, PDQ-4, SFQ-2 y LPFS-BF (Bach, Brown, et al., 2021). Y para la validez diagnóstica, Bach, Brown, et al. (2021) hallaron correlaciones significativas en su mayoría entre los indicadores del PDS-ICD-11 con los niveles de severidad del STIP 5.1 y de la operacionalización del CDDG calificados por los clínicos.

En otro estudio de validación, Zimmermann et al. (2022) hallaron que la puntuación total del PDS-ICD-11 fue lo suficientemente confiable y se correlacionó significativamente con otras medidas de autoinforme de la gravedad de TP. Con respecto a la asociación del PDS-ICD-11 con los dominios de rasgos de mala adaptación del DSM-5 y el ICD-11, se encontró que la puntuación total estaba más fuertemente asociada con la afectividad negativa, mientras que las asociaciones con el antagonismo y la anankastia eran pequeñas o no significativas. Asimismo, se evidenció una confiabilidad marginal aceptable en NRM restringido (0.770) y NRM no restringido (0.792); además de una consistencia interna alta (ω de McDonald = 0.86) y confiabilidad marginal aceptable en GRM (0.794).

3.4.4. Evaluación estandarizada de la gravedad del trastorno de la personalidad (SASPD)

Es un instrumento auto-informado, desarrollado por Olajide et al. (2018) para medir el índice de gravedad del TP según las pautas de la CIE-11. El SASPD es una escala unidimensional que consta de nueve ítems (indicadores): (1) Estar con gente, (2) Confiar en

los demás, (3) Amistades, (4) Mal carácter, (5) Actuar por impulso, (6) Preocuparse, (7) Ser organizado/a, (8) Preocuparse por los demás, y (9) Autosuficiencia. Estos indicadores se califican utilizando un formato de respuestas de opción múltiple (0–3): 0 = “Ausente”, 1 = “Leve”, 2 = “Moderado” y 3 = “Grave”; por tanto, la puntuación total (suma) oscila entre 0 y 27.

En el estudio original se hallaron altos niveles de confiabilidad, α de Cronbach = 0.76, e índice de correlación intraclase (ICC) = 0.93 (95% IC [0.88, 0.96]) para el test retest. Para la validez diagnóstica se halló que el SASPD puede predecir el trastorno de personalidad leve con punto de corte de 8 ($Se = 0.72$, $Sp = 0.90$) y TP moderada con punto de corte de 10 ($Se = 0.75$, $Sp = 0.79$) según los criterios de la CIE-11. Fue adaptado al español por Gutiérrez et al. (2021) quienes hallaron que el punto de corte para diagnosticar el TP leve fue 7 ($Se = 0.66$, $Sp = 0.68$).

3.4.5. *Inventario breve de síntomas-18 (BSI-18)*

El BSI-18, en su adaptación al español (Derogatis, 2013), es una medida de lista de verificación de síntomas de autoinforme que consta de 18 ítems tomados del Inventario breve de síntomas de 53 ítems (BSI; Derogatis, 1993), la cual ya era una forma abreviada de la Lista de verificación de síntomas de 90 ítems Revisada (SCL-90-R; Derogatis, 1994). Todos los ítems del BSI-18 describen un síntoma que aplica a las dos semanas anteriores y deben calificarse utilizando "0 = nada", "1 = varios días", "2 = más de la mitad de los días" y "3 = casi todos los días".

Las puntuaciones de los 18 ítems se resumen en el Índice de gravedad global (GSI). El BSI-18 también incluye tres escalas de síntomas: Somatización, Depresión y Ansiedad, cada una compuesta por seis ítems. En un estudio reciente el BSI-18 analizado en una población general alemana (véase Franke et al., 2017), incluyendo participantes de 14 años a más hallaron consistencias internas altas (α de Cronbach = 0.93) para GSI y sus tres dimensiones (α de Cronbach = 0.82 para Somatización, α de Cronbach = 0.87 para Depresión y α de Cronbach =

.84 para Ansiedad). En la presente investigación las dimensiones servirán como desenlaces de síntomas internalizantes para evaluar la validez convergente de las medidas de personalidad.

3.4.6. *Inventario de rasgos psicopáticos juveniles-versión corta (YPI-S)*

El YPI-S (van Baardewijk et al., 2010) es una versión abreviada del YPI original (Andershed et al., 2002). Consta de 18 ítems de la versión completa (seis de cada dimensión). Cada ítem del YPI-S se califica en una escala tipo Likert de 4 puntos que van desde 1 (no se aplica en absoluto) a 4 (se aplica muy bien). Varios estudios respaldan la consistencia interna, la estructura de tres factores (Interpersonal, Afectivo y Conductual) y la validez externa del YPI-S (Colins et al., 2012; Orue & Andershed, 2015; van Baardewijk et al., 2010). Vahl et al. (2014), quienes recopilaban datos para el YPI-S como parte de un protocolo clínico más amplio, respaldan su confiabilidad y validez en la práctica aplicada.

Orue y Andershed (2015), en una muestra de adolescentes escolares españoles, hallaron índices altos de consistencia interna para sus tres dimensiones ($I\alpha = 0.83$, $A\alpha = 0.72$, y $C\alpha = 0.72$). Además, en ese mismo estudio, los AFCs evidenciaron la estructura de tres factores que fue invariable para jóvenes y señoritas. A nivel correlacional, los tres factores se relacionaron con todas las medidas agresivas, sin embargo, surgieron diferentes patrones en los análisis de regresión. Finalmente, una triple interacción entre los tres factores fue el mejor predictor de agresión proactiva. En la presente investigación las dimensiones servirán como desenlaces de síntomas externalizantes para evaluar la validez convergente de las medidas de personalidad.

3.5. Procedimientos

La investigación inició con una solicitud hacia la directora de la UGEL 02 de Lima Norte, la Lic. Violeta Huatuco Soto para la realización de la investigación en colegios de su jurisdicción. Se eligió dicha jurisdicción ya que el psicólogo de la UGEL 02 reportó problemas conductuales de los estudiantes que pueden estar asociadas al TP; por ello se ofreció a colaborar con la administración de los instrumentos para la investigación. Luego de obtenida la

autorización, se procedió con las traducciones y adaptaciones de los instrumentos para la población del presente estudio. Para ello, se siguieron las recomendaciones de A. Hernández et al. (2020).

La traducción al castellano del YPI-S, —instrumento que junto al BSI-18⁹ sirvió posteriormente para la validez de criterio externo de los instrumentos de personalidad—, fue realizada ciegamente por tres psicólogos peruanos con dominio en el inglés, siguiendo el procedimiento de Schetsche (2021), dándose prioridad a la equivalencia conceptual; luego se realizó la traducción inversa. Con ello se pudo debatir la idoneidad de las traducciones realizadas, seleccionando las que mejor se adaptan a los ítems correspondientes de la versión original.

Asimismo, la PDS-ICD-11 fue traducida por cuatro psicólogos hablantes nativos del castellano (2 de España y 2 de Perú), quienes estaban familiarizados con los constructos que se estaban midiendo, traduciéndolos de manera independiente. Se dio prioridad a la equivalencia semántica y conceptual a lo largo del proceso de adaptación. Luego, los traductores acordaron una versión común, que fue traducida ciegamente —es decir sin que supiere sobre la versión original— por un hablante nativo de inglés y comparada con el original; además las discrepancias fueron resueltas por consenso entre los traductores y los autores originales del instrumento. Además, se reformularon algunos de los ítems de la escala PF para adecuarse a la edad de los examinados. Es importante remarcar que la escala SASPD no necesitó traducirse puesto que ya existe una versión en español de dicho instrumento.

Finalmente, todos los instrumentos fueron sometidos a la revisión por expertos profesionales de la salud mental para examinar la validez de contenido de sus ítems, o reformularlos de darse el caso. Luego, siguiendo las normas éticas, se llevó a cabo un estudio piloto en 25 participantes del colegio “3024 José Antonio Encinas” del distrito de San Martín

⁹ Se utilizará la versión española del BSI-18 (Derogatis, 2013), por lo cual no necesitará traducirse.

de Porres para garantizar la comprensibilidad y la viabilidad de cada uno de los instrumentos. Un día antes se hizo una introducción de la investigación de forma verbal y se entregaron las hojas de consentimiento para que los estudiantes lo rellenen junto con sus apoderados en casa; y luego lo devuelvan al día siguiente para participar en la investigación.

En el día de la aplicación se presentó el propósito del estudio, y se indicaron las pautas claras para su desarrollo. Para ello, se leyeron las instrucciones de cada uno de los instrumentos. Por ejemplo, se mencionó que la investigación se iba a realizar a través de preguntas de tres cuestionarios que evalúan el trastorno de personalidad, complementados con dos cuestionarios que evalúan problemas internalizantes (angustia) y externalizantes (psicopatía) y una ficha sociodemográfica; para así lograr una mejor comprensión del funcionamiento psíquico. Además, se recalcó que no existen respuestas correctas e incorrectas ya que solo se intentaba conocer su estado psicológico. En todo momento se prestó atención a las dudas las cuales se resolvieron en voz alta para todos los escolares del aula.

En la prueba final, se realizaron los mismos procedimientos éticos y administrativos. Para la etapa del análisis todos los instrumentos fueron sometidos a los procesos de evaluación estadística para lograr apropiados niveles de propiedades psicométricas. En la evaluación psicométrica se analizó la fiabilidad, validez estructural y los puntos de corte de los instrumentos de funcionamiento de personalidad del modelo de TP de la CIE-11 (objetivos 1-3 de esta investigación). Luego, se analizó la fiabilidad, validez estructural y los puntos de corte de las dos medidas relacionadas (BSI-18 y YPI-S) como paso complementario del proceso de validación (objetivos 4 y 5). Finalmente, se analizó la validez convergente, y de criterio externo de los instrumentos de TP de la CIE-11 con una medida de problemas internalizantes (i.e., escala BSI-18) y otra medida de problemas externalizantes (i.e., escala YPI-S) que usualmente son comórbidas con el TP según la teoría (objetivos 1, 2, y 3).

3.6. Análisis de Datos

Se utilizó el software IBM Spss v. 28 para registrar los datos, imputar los datos perdidos, analizar los estadísticos descriptivos y para la evaluación de fiabilidad (ω de McDonald) de cada uno de los instrumentos. La validez factorial de estas medidas se analizó con el software Stata v. 17 mediante estadísticos de teoría clásica de los test (índices de ajuste χ^2 , CFI, TLI, RSMR y RMSEA; y cargas factoriales [γ]) y la teoría de respuesta al ítem (parámetros de discriminación [a], dificultad [b] y los gráficos TIF y CCT). Finalmente, la validez de criterio externo de las medidas se evaluó mediante regresiones lineales y correlaciones rho con el software IBM Spss v. 28.

3.7. Consideraciones Éticas

En lo concerniente al principio de *autonomía*, se respetaron los procedimientos de consentimiento informado de los participantes y de sus apoderados para la ejecución del estudio. Desde el principio de *beneficencia*, antes de realizar el estudio se capacitó al psicólogo quien realizó las administraciones de los demás instrumentos; con ello se buscó generar un ambiente adecuado de evaluación para un desarrollo óptimo de la misma. Además, el propósito principal del estudio pudo generar beneficios en la evaluación y por ende en la atención en salud adecuada para los participantes y la población estudiada.

Desde el principio de la *no maleficencia*, este estudio no involucró experimentación humana o animal. Además, todos los procedimientos antes, durante y después de la investigación, se realizarán en línea estricta de las pautas del Código de Ética del Psicólogo Peruano (Colegio de Psicólogos del Perú, 2018); asimismo, fueron sometidos a la evaluación por parte del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Humanidades (CEI-DD-HH) de la Universidad Continental —institución donde labora el autor como investigador—. Para cuidar la confidencialidad de los datos, los consentimientos se administraron por separado de los protocolos, eliminando toda forma de identificación. Asimismo, el estudio no detalló

ningún dato individual sobre las respuestas de los participantes, ni ningún dato que permita su identificación.

IV. Resultados

4.1. Resultados Preliminares y Datos Descriptivos de la Composición de la Muestra

Tras la validación por tres expertos, el promedio del porcentaje de aprobación de la escala PF fue alta (89.67%), similar a la validez de contenido (V de Aiken = 1); asimismo, la confiabilidad en la prueba piloto de esta medida fue aceptable (ω de McDonald = 0.75). Similares resultados se hallaron para la escala PDS-ICD-11 (aprobación = 88.67%, $V = 1$, ω de McDonald = 0.85), el SASPD (aprobación = 88.17%, $V = 1$, ω de McDonald = 0.70), el BSI-18 (aprobación = 87.5%, $V = 1$, ω de McDonald = 0.91) y el YPI-S (aprobación = 91%, $V = 1$, $\omega I = 0.82$, $\omega A = 0.73$, $\omega C = 0.75$). Aunque la prueba piloto sirvió principalmente para probar los recursos logísticos y metodológicos, los hallazgos descritos son importantes para compararlos con los de la prueba final de validación. Si se obtienen niveles adecuados de validez y confiabilidad en esta fase es más probable que ocurra lo mismo en la prueba final.

Tabla 3

Características Psico-Sociodemográficas de la Muestra

	n / M (%)
Datos Generales	
<i>Sexo (Mujer)</i>	676 (63%)
<i>Edad</i>	13.9
<i>Institución Educativa</i>	
I.E. Independencia (dtto. Independencia)	120 (11,2%)
IEE 2025 Inmaculada Concepción (dtto. Los Olivos)	356 (33,2%)
2001 Tnte. Crnl. Alfredo Bonifaz (dtto. Rimac)	159 (14,8%)
San Fernando (dtto. San Martín de Porres)	438 (40,8%)
<i>Grado</i>	
1ro	239 (22,3%)
2do	239 (22,3%)
3ro	161 (15,0%)
4to	238 (22,2%)
5to	196 (18,3%)
Datos de riesgo psicosocial	
Psicopatología Parental (Si)	273 (25,4%)
Distanciamiento parental (Si)	195 (18,2%)
Problemas en el cuidado parental (Si)	60 (5,6%)
Abuso sexual (Si)	196 (18,3%)
Abuso físico (Si)	274 (25,5%)
Bullying de compañeros (Si)	198 (18,5%)
Maltrato de docentes (Si)	120 (11,2%)

Nota: Para la edad se utilizó la Media (M) como descriptor de los datos; y para las demás variables, la cantidad (n). La muestra recabada incluyó a un total de 1073 estudiantes.

La muestra de la prueba final se describe en la Tabla 3. Los datos sociodemográficos de la muestra revelan una cantidad aproximada a lo planeado según la estratificación por distritos luego de aplicarse los criterios de elegibilidad. Hubo una mayor proporción de estudiantes mujeres (63%) y la edad media era 13.6 años. Los estudiantes de los primeros años de educación secundaria participaron en mayor cantidad. Asimismo, una cuarta parte de los participantes reportaron tener padres con algún problema mental (25.4%); de la misma manera, el abuso sexual parece haber estado presente en las vidas de un porcentaje considerable de estos estudiantes (18.5%).

4.2. Confiabilidad, Validez Estructural y Puntos de Corte de la Escala PF

La consistencia interna (confiabilidad) de la escala PF fue buena (ω de McDonald = 0.86). Se realizó un AFC de un factor de los ítems de esta escala y los índices de ajuste fueron generalmente inadecuados ($\chi^2 = 24414.94$, $gl = 189$, $p < 0.01$, $RMSEA = 0.35$, $CFI = 0.17$, $TLI = 0.08$, $SRMR = 0.20$). Las cargas factoriales de los ítems 6, 13, 15 y 18 fueron particularmente bajas lo cual posiblemente este afectando los parámetros de ajuste del modelo (Tabla 4). Asimismo, los análisis con la TRI desde el modelo 2PL revelaron una mayoría de parámetros de dificultad apropiados al carácter comunitario de la muestra ($b > 0$). Los parámetros de discriminación también fueron adecuados ($a > 0$).

Tabla 4

Cargas Factoriales y Parámetros de Discriminación y Dificultad de los Ítems del PF

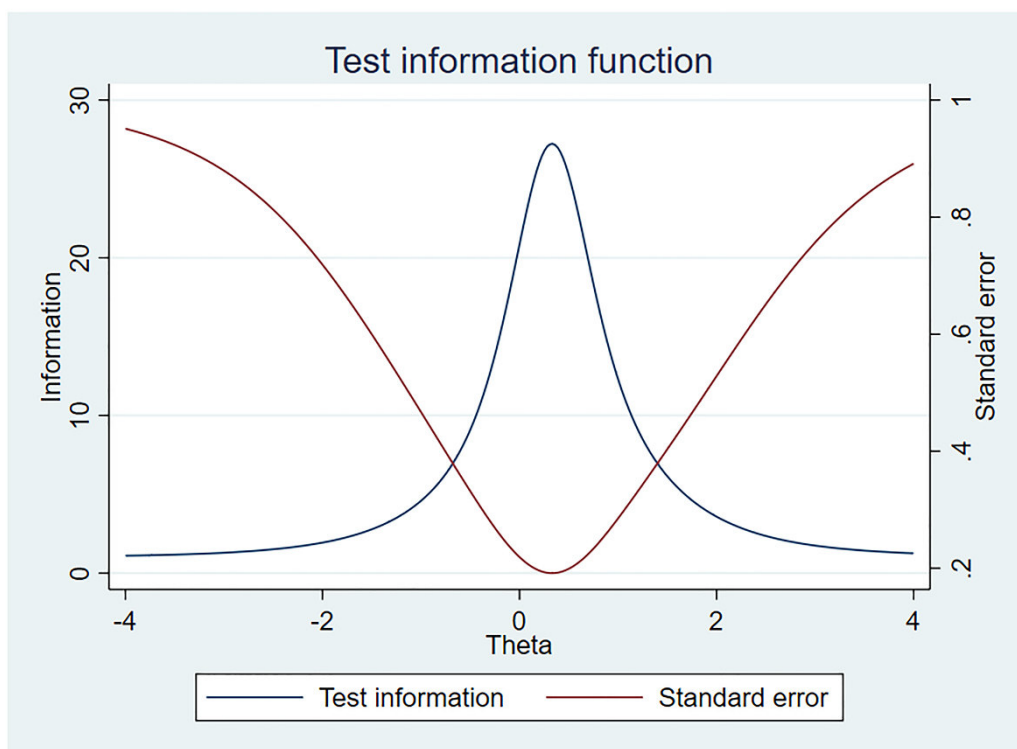
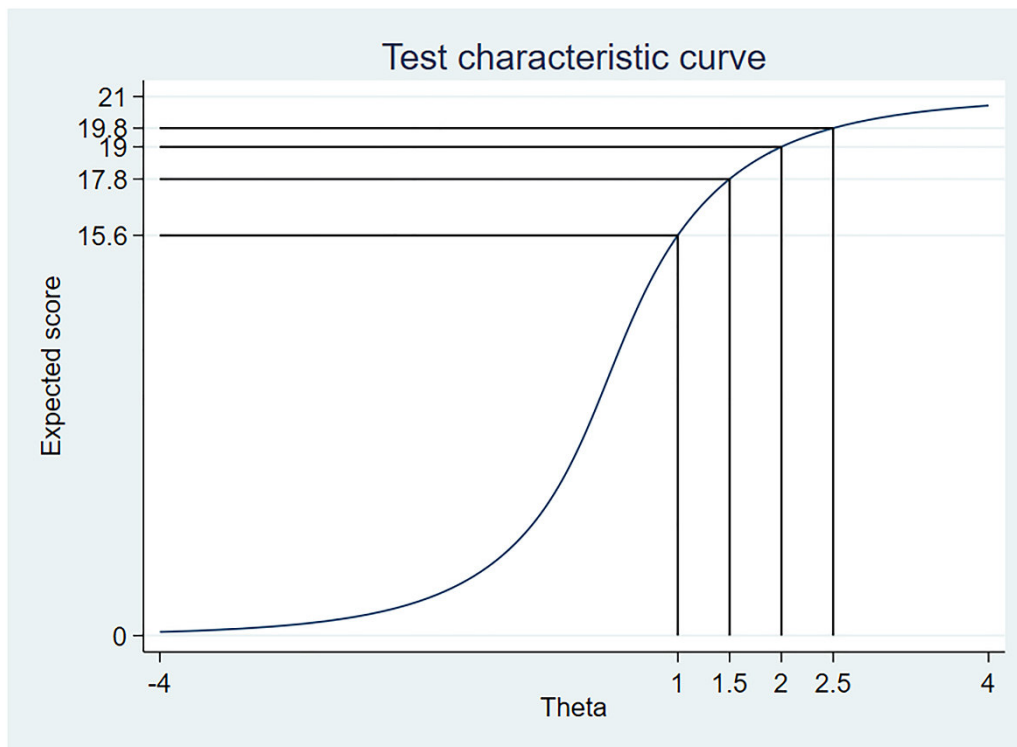
Item	Carga factorial	Parámetros de la TRI	
		<i>a</i>	<i>b</i>
1. Se me dificulta hacer las cosas por mí mismo.	0.40	1.48	0.56
2. La verdad ya no sé quién soy realmente.	0.56	1.74	0.41
3. Mis emociones pueden cambiar rápidamente sin que me dé cuenta.	0.53	1.91	0.63
4. Mis relaciones tienden a ser muy intensas y problemáticas por mis cambios de humor.	0.68	3.59	0.37
5. Controlo mis emociones cuando estoy con otras personas.	0.51	1.84	0.52

Item	Carga factorial	Parámetros de la TRI	
		<i>a</i>	<i>b</i>
6. Me siento orgulloso de haber logrado muchas cosas por mí mismo.	0.14	0.74	1.09
7. Mi estado de ánimo es estable.	0.72	4.13	0.29
8. Suelo tomar los problemas sin tanta preocupación.	0.45	1.62	0.42
9. Muchas veces paro tan preocupado en mis problemas que he descuidado otras actividades.	0.70	3.90	0.29
10. Siempre me frustró cuando algo no sale como yo quiero.	0.50	1.81	0.52
11. Estoy tranquilo, aunque algo salga mal.	0.51	1.63	0.29
12. Me molesta que las personas no entiendan bien como se tienen que hacer las cosas.	0.31	1.08	0.49
13. A menudo tomo en cuenta las opiniones de los demás.	0.14	0.70	0.63
14. La gente dice que soy frío e insensible.	0.63	1.94	0.16
15. Dicen que soy una persona muy comprensiva con los demás.	0.19	0.71	0.39
16. Me gusta estar sin tener amigos.	0.77	4.46	0.36
17. Me gusta formar relaciones estables y duraderas con mis amigos.	0.39	1.25	0.15
18. Disfruto mucho cuando converso y comparto con grupos de personas.	0.26	0.99	0.33
19. Me gusta mucho estar con mis amigos.	0.44	1.68	0.29
20. Evito formar relaciones muy cercanas con las personas.	0.42	1.18	0.15
21. Me siento muy incómodo al estar con otras personas y hago lo posible por evitarlas	0.69	2.64	0.28

Nota: n = 1073; las cargas factoriales provienen del análisis factorial confirmatorio (AFC) de un factor.
Abreviatura: TRI, teoría de respuesta al ítem.

Figura 2

Gráficos de la TRI Para la Escala PF

A**B**

Nota: El **panel A** muestra la Función de Información del Test y el **panel B** evidencia la Curva Característica del Test.

La Figura 2a muestra la curva de información del test, con el error estándar asociado de las estimaciones de medición, lo que indica que prácticamente todas las puntuaciones confiables se encuentran en el rango theta de 0 a 1. Asimismo, la Figura 2b revela las puntuaciones observadas esperadas en el rango de theta e indica que una puntuación observada de 15.6 estaría asociada con un nivel theta de 1.0 correspondiente al percentil 86 y típico de disfunción subclínica (dificultad de la personalidad), una puntuación de 17.8 estaría asociado con un nivel theta de 1.5 y 19 con un nivel theta de 2.0; estos corresponden a los percentiles 95 y 97, respectivamente, y son típicos para indicar disfunción clínica (TP leve y moderado). Una puntuación de 19.8 estaría asociada con un nivel theta de 2.5, lo que reflejaría un rango muy severo de TP (> percentil 99).

4.3. Confiabilidad, Validez Estructural y Puntos de Corte de la Escala PDS-ICD-11

La consistencia interna (confiabilidad) de la escala PDS-ICD-11 fue excelente (ω de McDonald = 0.91). Se realizó un AFC de un factor de los ítems de esta escala y los índices de ajuste fueron generalmente inadecuados ($\chi^2 = 6226.24$, $gl = 77$, $p < 0.01$, RMSEA = 0.27, CFI = 0.52, TLI = 0.43, SRMR = 0.15). Estos índices mejoraron un poco al eliminar del análisis a los ítems con cargas menores a 0.5 (Tabla 5). Asimismo, los análisis con la TRI desde el modelo GRM revelaron una mayoría de parámetros de dificultad apropiados al carácter comunitario de la muestra ya que respaldaban a puntuaciones de “2” o “3” con parámetros de dificultad mayores a 1. Los parámetros de discriminación de los ítems también fueron apropiados y se asociaban a sus cargas factoriales.

Tabla 5

Cargas Factoriales y Parámetros de Discriminación y Dificultad de los Ítems del PDS-ICD-11

Item	Carga factorial	Parámetros de la TRI			
		a	b_1	b_2	b_3
1. Identidad	0.93	5.24	0.03	1.22	—
2. Autovaloración	0.49	1.05	-0.53	1.66	—
3. Autopercepción	0.77	2.23	-0.19	1.71	—
4. Metas	0.79	2.85	-0.41	1.09	—

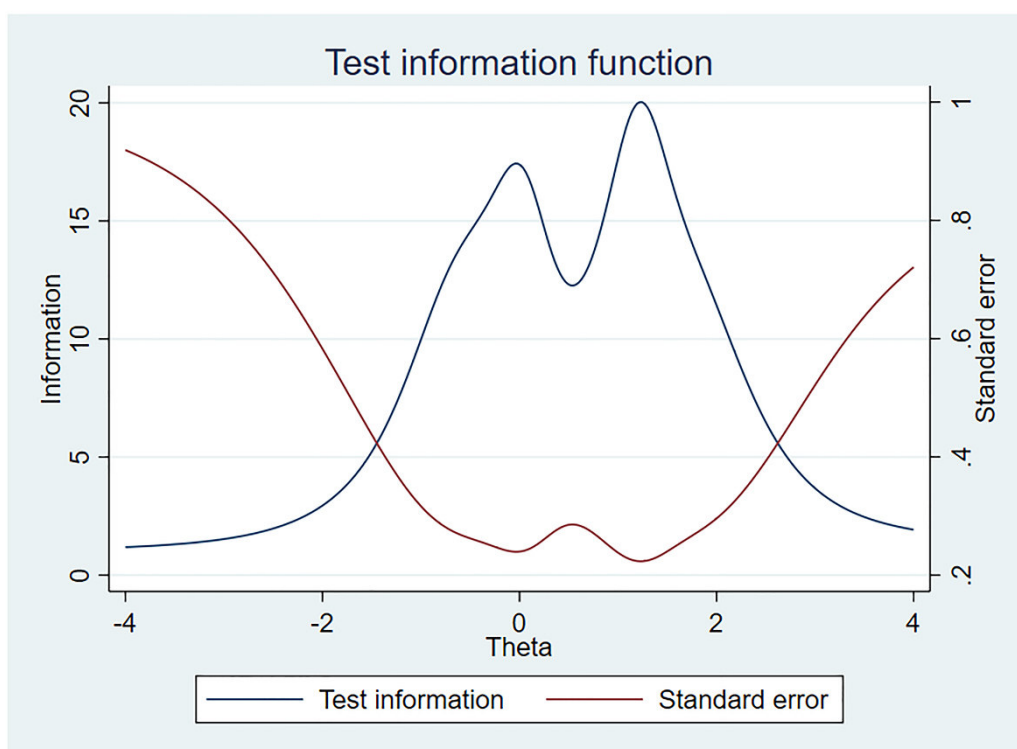
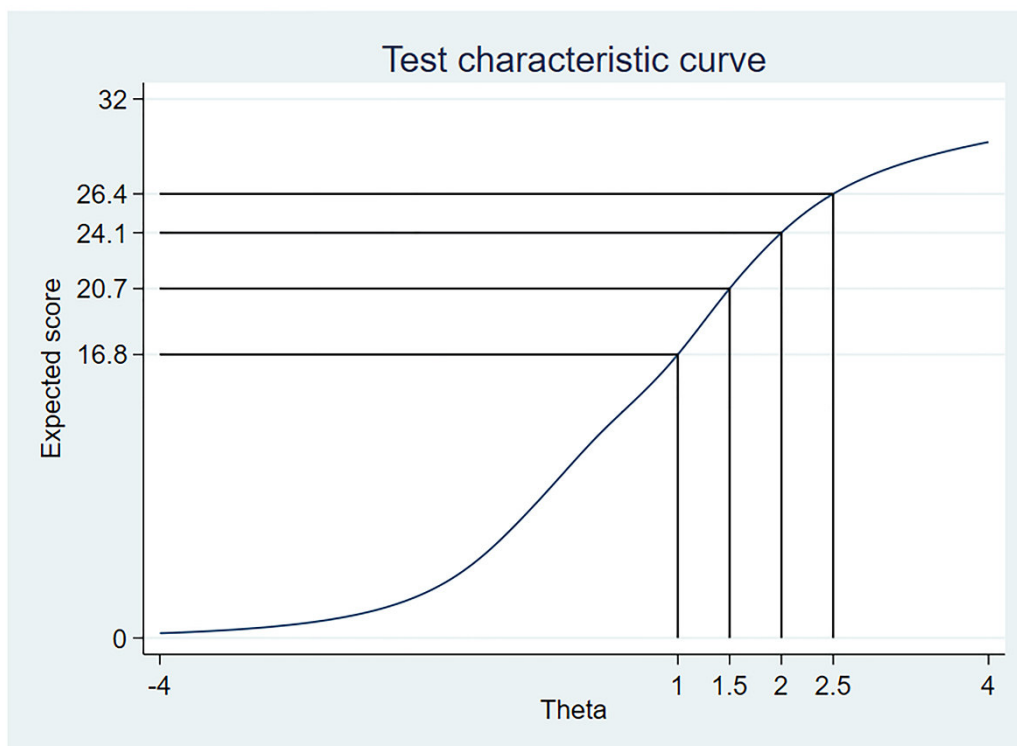
Item	Carga factorial	Parámetros de la TRI			
		<i>a</i>	<i>b</i> ₁	<i>b</i> ₂	<i>b</i> ₃
5. Interés por las relaciones	0.56	1.42	-0.59	1.66	—
6. Comprensión hacia otros	0.62	1.52	-0.45	1.64	—
7. Cooperación en las relaciones	0.55	1.28	-0.60	1.76	—
8. Manejo de desacuerdos	0.74	2.64	-0.40	1.63	—
9. Control y expresión emocional	0.63	1.90	-0.74	1.26	—
10. Control conductual	0.35	0.71	-1.10	3.25	—
11. Experiencia de la realidad durante el estrés	0.75	2.25	-0.64	1.05	2.06
12. Daño a uno mismo	0.47	0.98	-0.33	2.43	3.87
13. Daño a otros	0.38	0.61	0.35	3.59	5.61
14. Deterioro psicosocial	0.79	3.44	-0.68	1.02	1.82

Nota: n = 1073; las cargas factoriales provienen del análisis factorial confirmatorio (AFC) de un factor.

Abreviatura: TRI, teoría de respuesta al ítem

Figura 3

Gráficos de la TRI Para la Escala PDS-ICD-11

A**B**

Nota: El **panel A** muestra la Función de Información del Test y el **panel B** evidencia la Curva Característica del Test.

La Figura 3a muestra la curva de información del test, con el error estándar asociado de las estimaciones de medición, lo que indica que prácticamente todas las puntuaciones confiables se encuentran en el rango theta de 0 a 3. Asimismo, la Figura 3b revela las puntuaciones observadas esperadas en el rango de theta e indica que una puntuación observada de 16.8 estaría asociada con un nivel theta de 1.0 correspondiente al percentil 85 y típico de disfunción subclínica (dificultad de la personalidad), una puntuación de 20.7 estaría asociado con un nivel theta de 1.5 y 24.1 con un nivel theta de 2.0; estos corresponden a los percentiles 89 y 92, respectivamente, y son típicos para indicar disfunción clínica (TP leve y moderado). Una puntuación de 26.4 estaría asociada con un nivel theta de 2.5, lo que reflejaría un rango muy severo de TP (> percentil 99).

4.4. Confiabilidad, Validez Estructural y Puntos de Corte del SASPD

La consistencia interna (confiabilidad) del SASPD fue aceptable (ω de McDonald = 0.77). Se realizó un AFC de un factor de los ítems de esta escala y los índices de ajuste fueron generalmente inadecuados ($\chi^2 = 1463.44$, $gl = 27$, $p < 0.01$, RMSEA = 0.22, CFI = 0.58, TLI = 0.44, SRMR = 0.12). Asimismo, los análisis con la TRI desde el modelo GRM revelaron una mayoría de parámetros de dificultad inapropiados (Tabla 6). Solo el ítem 1 tuvo un parámetro de dificultad apropiado ($b > 1$) en los niveles de puntuación “2” y “3”. Por el contrario, los parámetros de discriminación fueron adecuados ($a > 0$).

Tabla 6

Cargas Factoriales y Parámetros de Discriminación y Dificultad de los Ítems del SASPD

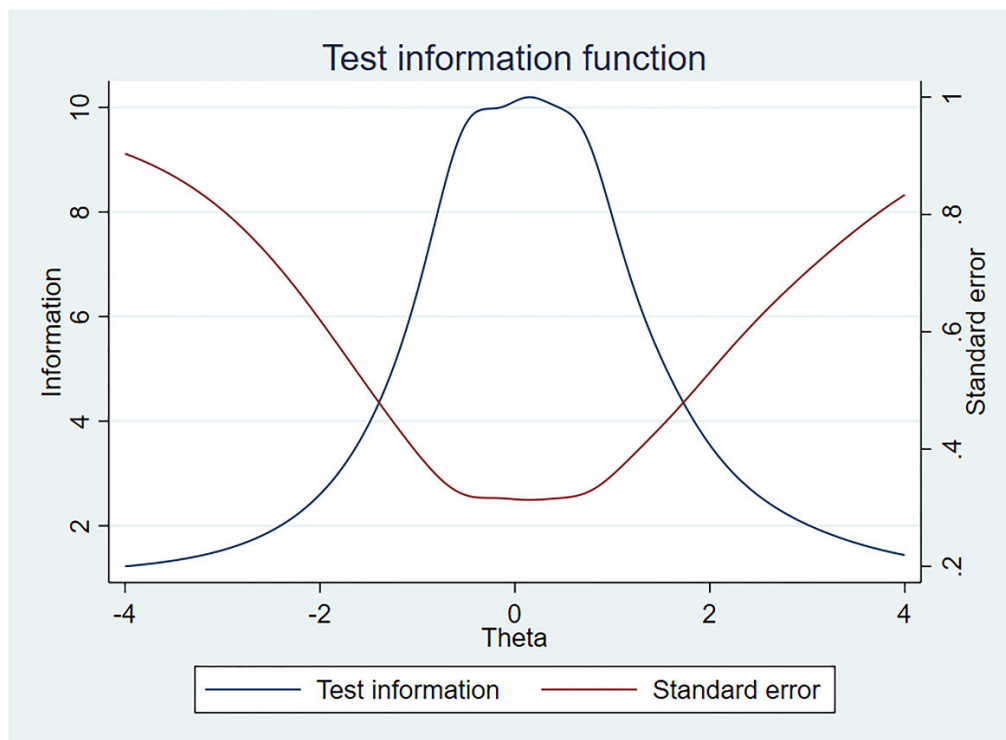
Item	Carga factorial	Parámetros de la TRI			
		a	b_1	b_2	b_3
1. Estar con gente	0.21	0.27	-3.97	1.96	5.59
2. Confiar en los demás	0.73	2.50	-0.76	0.11	1.23
3. Amistades	0.25	0.47	-2.28	0.16	2.75
4. Mal carácter	0.46	1.21	-0.89	0.33	1.02
5. Actuar por impulso	0.84	3.99	-0.46	0.14	0.66
6. Preocuparse	0.71	1.95	-0.86	0.12	1.00
7. Ser organizado/a	0.49	1.34	-0.84	-0.04	1.63
8. Preocuparse por los demás	0.30	0.64	-1.43	0.91	2.11
9. Autosuficiencia	0.54	1.29	-0.96	0.39	2.40

Nota: $n = 1073$; las cargas factoriales provienen del análisis factorial confirmatorio (AFC) de un factor.
Abreviatura: TRI, teoría de respuesta al ítem

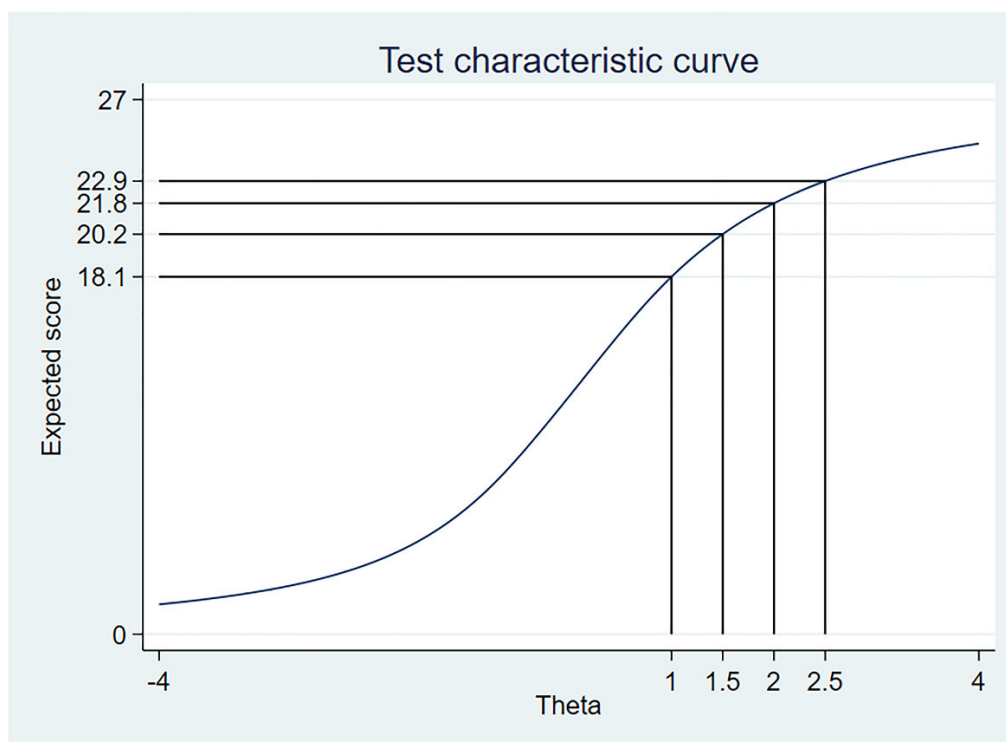
Figura 4

Gráficos de la TRI Para el SASPD

A



B



Nota: El **panel A** muestra la Función de Información del Test y el **panel B** evidencia la Curva Característica del Test.

La Figura 4a muestra la curva de información del test, con el error estándar asociado de las estimaciones de medición, lo que indica que prácticamente todas las puntuaciones confiables se encuentran en el rango theta de 0 a 2. Asimismo, la Figura 4b revela las puntuaciones observadas esperadas en el rango de theta e indica que una puntuación observada de 18.1 estaría asociada con un nivel theta de 1.0 correspondiente al percentil 81 y típico de disfunción subclínica (dificultad de la personalidad), una puntuación de 20.2 estaría asociado con un nivel theta de 1.5 y 21.8 con un nivel theta de 2.0; estos corresponden a los percentiles 86 y 92, respectivamente, y son típicos para indicar disfunción clínica (TP leve y moderado). Una puntuación de 22.9 estaría asociada con un nivel theta de 2.5, lo que reflejaría un rango muy severo de TP (> percentil 93).

4.5. Confiabilidad, Validez Estructural y Punto de Corte del BSI-18

La consistencia interna (confiabilidad) del BSI-18 fue excelente (ω de McDonald = 0.94). La confiabilidad de las dimensiones de esta medida osciló entre niveles aceptables y buenos (ω Somatización = 0.85, ω Depresión = 0.78, ω Ansiedad = 0.85). Se realizó un AFC de tres factores de los ítems de esta escala y los índices de ajuste fueron generalmente inadecuados ($\chi^2 = 13944.15$, $gl = 132$, $p < 0.01$, RMSEA = 0.31, CFI = 0.41, TLI = 0.32, SRMR = 0.13). Asimismo, los análisis con la TRI desde el modelo GRM revelaron que los parámetros de dificultad de los ítems del BSI-18 fueron inadecuados ($b < 1$) en los niveles de puntuación “2” y “3” (Tabla 7). Sin embargo, estos ítems contaron con niveles de discriminación adecuados ($a > 0$).

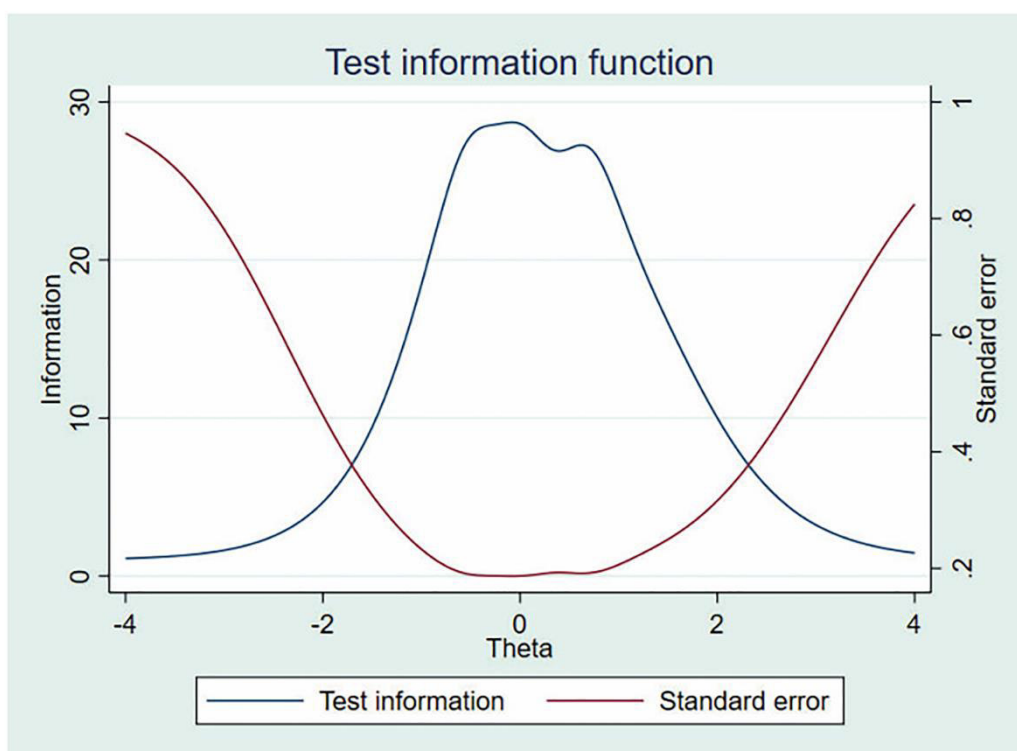
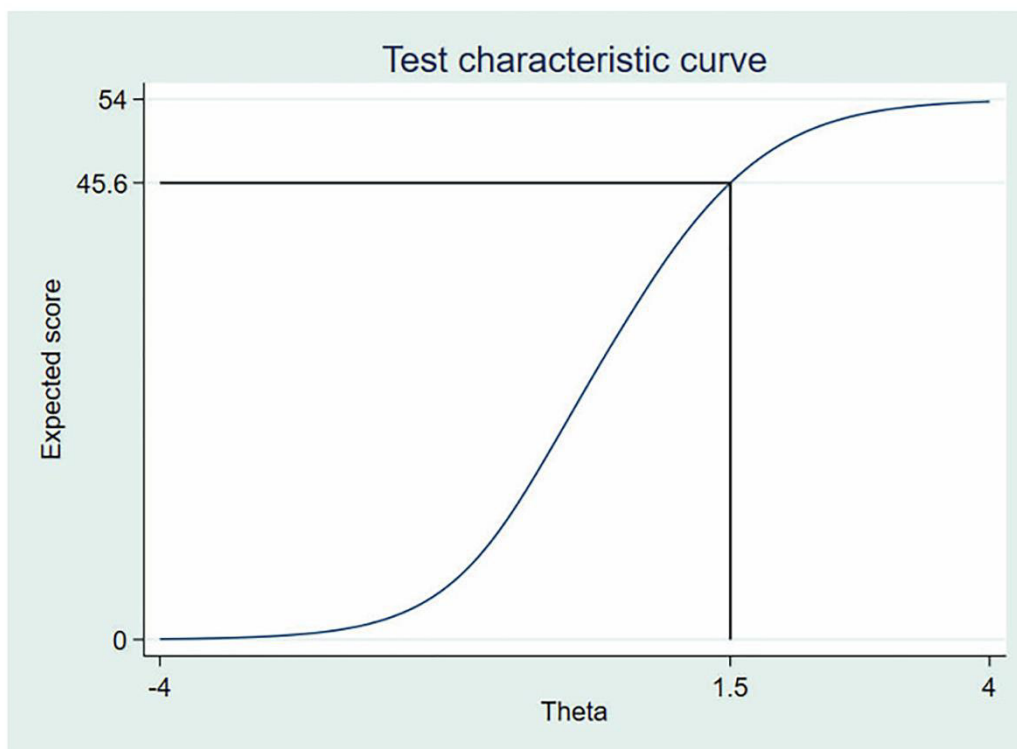
Tabla 7

Cargas Factoriales y Parámetros de Discriminación y Dificultad de los Ítems del BSI-18

Item	Carga factorial	Parámetros de la TRI			
		a	b_1	b_2	b_3
1. Sensación de desmayo o mareos	0.64	1.54	-0.47	0.31	1.86
4. Dolores en el corazón o en el pecho	0.66	1.79	-0.42	0.34	1.51
7. Nauseas o malestar en el estómago	0.58	1.72	-0.37	0.39	1.56
10. Falta de aire	0.78	2.62	-0.41	0.11	1.05

Item	Carga factorial	Parámetros de la TRI			
		<i>a</i>	<i>b</i> ₁	<i>b</i> ₂	<i>b</i> ₃
13. Adormecimiento u hormigueo en ciertas partes del cuerpo	0.63	2.07	-0.60	0.10	1.20
16. Sentirse débil en partes del cuerpo	0.85	4.78	-0.50	0.03	0.68
2. No sentir interés por las cosas	0.54	2.11	-0.61	-0.09	1.29
5. Sentirse solo	0.71	1.81	-0.71	0.04	1.30
8. Sentimientos de tristeza	0.49	1.32	-0.42	0.28	1.19
11. Sentir que usted no vale nada	0.63	2.25	-0.86	-0.04	0.61
14. Sentirse sin esperanza en el futuro	0.41	1.40	-0.49	0.53	1.99
17. Pensamientos de poner fin a su vida	0.73	2.30	-0.66	0.31	1.05
3. Nerviosismo o temblor	0.71	2.24	-0.64	0.28	1.37
6. Sentirse tenso o alterado	0.51	1.39	-0.84	0.29	1.13
9. Sustos repentinos y sin razón	0.69	2.05	-0.76	-0.09	1.19
12. Ataques de terror o pánico	0.66	2.12	-0.73	0.19	1.37
15. Sentirse tan inquieto que no puede permanecer sentado	0.72	1.85	-0.70	0.17	1.28
18. Sentirse con miedo	0.84	3.53	-0.70	-0.14	0.76

Nota: n = 1073; las cargas factoriales provienen del análisis factorial confirmatorio (AFC) de tres factores. Abreviatura: TRI, teoría de respuesta al ítem. Los seis primeros ítems corresponden a la dimensión Somatización; los seis siguientes, a la dimensión Depresión; y los últimos seis ítems, a la dimensión Ansiedad

Figura 5*Gráficos de la TRI Para el BSI-18***A****B**

Nota: El **panel A** muestra la Función de Información del Test y el **panel B** evidencia la Curva Característica del Test.

La Figura 5a muestra la curva de información del test, con el error estándar asociado de las estimaciones de medición, lo que indica que prácticamente todas las puntuaciones confiables se encuentran en el rango theta de 0 a 3. Asimismo, la Figura 5b revela las puntuaciones observadas esperadas en el rango de theta e indica que una puntuación observada de 45.6 se asociaría con una theta de 2.0 o justo por encima del percentil 89, en una muestra comunitaria. Este puntaje de corte se asociaría con nivel moderado de angustia psicológica.

4.6. Confiabilidad, Validez Estructural y Punto de Corte del YPI-S

La consistencia interna (confiabilidad) del YPI-S fue excelente (ω de McDonald = 0.94). La confiabilidad de las dimensiones de esta medida osciló entre niveles aceptables y buenos (ω Interpersonal = 0.86, ω Afectivo = 0.77, ω Conductual = 0.83). Se realizó un AFC de tres factores de los ítems de esta escala y los índices de ajuste fueron generalmente inadecuados ($\chi^2 = 10224.84$, $gl = 132$, $p < 0.01$, RMSEA = 0.27, CFI = 0.51, TLI = 0.43, SRMR = 0.12). Asimismo, los análisis con la TRI desde el modelo GRM que los parámetros dificultad de los ítems del YPI-S eran inapropiados ($b < 1$) en los niveles de puntuación “3” y “4” (Tabla 8). Sin embargo, los parámetros de discriminación de estos ítems fueron adecuados ($a > 0$).

Tabla 8

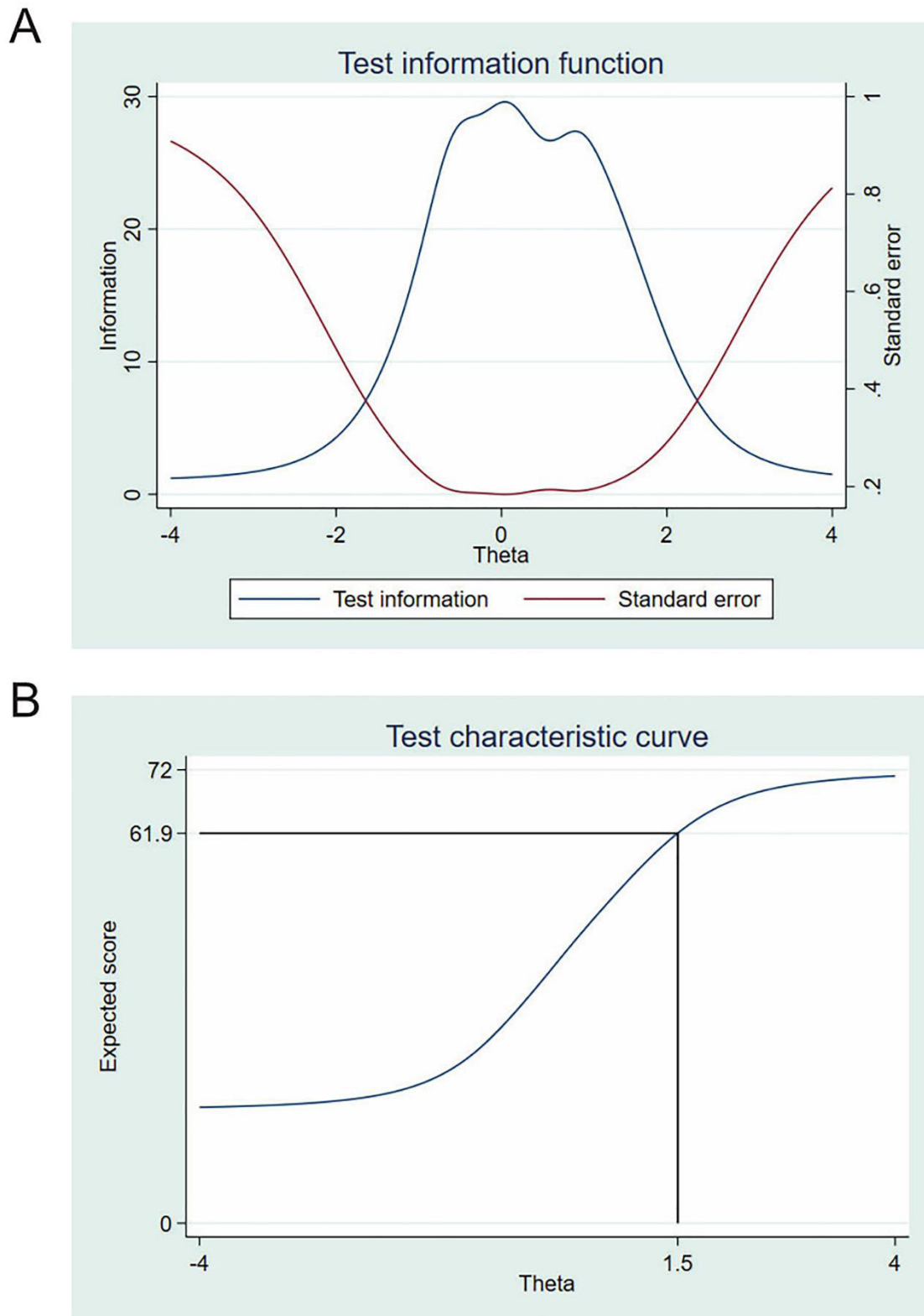
Cargas Factoriales y Parámetros de Discriminación y Dificultad de los Ítems del YPI-S

Item	Carga factorial	Parámetros de la TRI			
		a	b_1	b_2	b_3
4. Tengo la habilidad de estafar a la gente usando mi encanto y mi sonrisa.	0.84	3.29	-0.42	0.27	1.28
5. Soy bueno haciendo que la gente crea en mí cuando invento algo.	0.68	1.98	-0.47	0.48	1.36
8. Tengo talentos que van mucho más allá de los de otras personas.	0.64	2.56	-0.38	0.43	1.42
9. Me resulta fácil manipular a la gente.	0.75	2.75	-0.31	0.35	1.32
14. Cuando lo necesito, uso mi sonrisa y mi encanto para usar a los demás.	0.88	4.76	-0.58	0.06	0.92
16. Estoy destinado a convertirme en una persona conocida, importante e influyente.	0.28	0.58	-1.60	0.89	3.79
3. Creo que llorar es un signo de debilidad, aunque nadie te vea.	0.65	2.06	-0.77	-0.09	1.00

Item	Carga factorial	Parámetros de la TRI			
		<i>a</i>	<i>b</i> ₁	<i>b</i> ₂	<i>b</i> ₃
6. Cuando otras personas tienen problemas, a menudo es culpa de ellos, por lo tanto, uno no debe ayudarlos.	0.72	2.69	-0.97	0.04	0.77
10. Estar nervioso y preocupado es un signo de debilidad.	0.53	1.41	-0.93	0.36	1.66
15. No entiendo cómo las personas pueden emocionarse lo suficiente como para llorar al mirar cosas en la televisión o en una película	0.52	1.56	-0.89	0.19	1.06
17. Sentirse culpable y arrepentido por las cosas que ha hecho y que han lastimado a otras personas es un signo de debilidad.	0.69	2.46	-0.50	0.16	1.33
18. No dejo que mis sentimientos me afecten tanto como los sentimientos de otras personas parecen afectarlos.	0.42	0.97	-1.49	0.89	2.11
1. Probablemente falté a la escuela o al trabajo más que la mayoría de las personas.	0.74	2.56	-0.62	0.18	1.31
2. Me considero una persona bastante impulsiva.	0.65	1.88	-0.55	0.40	1.41
7. A menudo sucede que hablo primero y pienso después.	0.44	1.35	-0.27	0.55	1.59
11. Me aburro rápidamente haciendo lo mismo una y otra vez.	0.82	2.56	-0.57	0.37	1.65
12. A menudo sucede que hago las cosas sin pensar en el futuro.	0.72	2.07	-0.51	0.36	1.25
13. Me ha pasado varias veces que he pedido prestado algo y luego lo he perdido.	0.65	1.79	-0.61	0.52	1.46

Nota: $n = 1073$; las cargas factoriales provienen del análisis factorial confirmatorio (AFC) de tres factores.

Abreviatura: TRI, teoría de respuesta al ítem. Los seis primeros ítems corresponden a la dimensión Interpersonal; los seis siguientes, a la dimensión Afectivo; y los últimos seis ítems, a la dimensión Conductual.

Figura 6*Gráficos de la TRI Para el YPI-S*

Nota: El **panel A** muestra la Función de Información del Test y el **panel B** evidencia la Curva Característica del Test.

La Figura 6a muestra la curva de información del test, con el error estándar asociado de las estimaciones de medición, lo que indica que prácticamente todas las puntuaciones confiables se encuentran en el rango theta de 0 a 3. Asimismo, la Figura 6b revela las puntuaciones observadas esperadas en el rango de theta e indica que una puntuación observada de 61.9 se asociaría con una theta de 2.0 o justo por encima del percentil 89, en una muestra comunitaria. Este puntaje de corte se asociaría con nivel moderado de psicopatía.

4.7. Validez Convergente y de Criterio de las Medidas de TP de la CIE-11

Antes de realizar las respectivas correlaciones y regresiones se realizaron pruebas de normalidad para identificar los adecuados estadísticos de asociación. Debido a que todas las variables (1ra columna de la Tabla 9) mostraron índices Kolmogorov-Smirnov (KS) inferiores a 0.05, lo cual confirmaba la normalidad de las distribuciones, se utilizaron estadísticos paramétricos para tales fines. Se hallaron correlaciones altas entre la escala PF con el PDS-ICD-11 ($r = 0.72$, $p < 0.01$), y entre la escala PDS-ICD-11 y el SASPD ($r = 0.81$, $p < 0.01$). Asimismo, la correlación entre la escala PF y el SASPD fue moderada ($r = 0.55$, $p < 0.01$).

Tabla 9

Análisis de Regresión que Comparan las Puntuaciones del PF, PDS- ICD-11 y SASPD Para Predecir Medidas de Criterio

	R²	F	p	β	p
Puntaje total del BSI-18	0.85	2038.74	0.00		
PF				0.16	0.00
PDS- ICD-11				0.58	0.00
SASPD				0.26	0.00
BSI-18 Somatización	0.78	1264.7	0.00		
PF				0.16	0.00
PDS- ICD-11				0.33	0.00
SASPD				0.48	0.00
BSI-18 Depresión	0.78	1266.1	0.00		
PF				0.26	0.00
PDS- ICD-11				0.50	0.00
SASPD				0.21	0.00
BSI-18 Ansiedad	0.82	1647.2	0.00		
PF				0.05	0.01
PDS- ICD-11				0.82	0.00

	R²	F	p	β	p
SASPD				0.06	0.01
Puntaje total del YPI-S	0.74	1031.6	0.00		
PF				0.35	0.00
PDS- ICD-11				0.13	0.00
SASPD				0.49	0.00
YPI-S Interpersonal	0.72	923.0	0.00		
PF				0.40	0.00
PDS- ICD-11				0.05	0.12
SASPD				0.51	0.00
YPI-S Afectivo	0.57	467.0	0.00		
PF				0.35	0.00
PDS- ICD-11				0.09	0.03
SASPD				0.41	0.00
YPI-S Conductual	0.73	974.4	0.00		
PF				0.26	0.00
PDS- ICD-11				0.23	0.00
SASPD				0.47	0.00

En la Tabla 9 se observa que las tres medidas de personalidad PF, PDS- ICD-11 y SASPD pudieron predecir las medidas de criterio externo (variables de la primera columna en negrita); destacándose para la mayoría de estas predicciones, el SASPD. La puntuación del PDS-ICD-11 fue adecuada para predecir todas las medidas de criterio, a excepción del dominio interpersonal de la escala YPI-S. Asimismo, PDS- ICD-11 fue la mejor entre las demás medidas de TP para predecir el puntaje total del BSI-18, y los dominios Depresión y Ansiedad de esta medida de criterio externo. El SASPD fue la mejor entre las demás medidas de TP para predecir el dominio Somatización del BSI-18, así como los dominios Afectivo, Conductual y el puntaje total del YPI-S. Aunque la escala PF no fue mejor que otras medidas de TP para predecir las medidas de criterio externo, su contribución predictiva para estas si fue significativa.

Tabla 10

Asociaciones rho Entre las Medidas de TP y las Variables de Riesgo Psicosocial

	PF	PDS- ICD-11	SASPD
Psicopatología Parental	0.57**	0.59**	0.58**
Distanciamiento parental	0.52**	0.68**	0.49**
Problemas en el cuidado parental	0.22**	0.37**	0.41**

	PF	PDS- ICD-11	SASPD
Abuso sexual	0.44**	0.29**	0.44**
Abuso físico	0.64**	0.70**	0.53**
Bullying de compañeros	0.19**	0.31**	0.18**
Maltrato de docentes	0.07*	0.10**	0.07*

** p < 0.01, * p < 0.05

La Tabla 10 revela que todas las variables de riesgo psicosocial se asociaron con las puntuaciones del PF, PDS-ICD-11 y SASPD. Resulta importante resaltar que hubo correlaciones moderadas ($\rho > 0.40$) entre estas medidas de TP con la psicopatología parental, el distanciamiento parental, al abuso sexual y el abuso físico sufrido.

V. Discusión de Resultados

La CIE-11 es el actual estándar diagnóstico que guía la práctica clínica a nivel global. Uno de los capítulos de este sistema de clasificación es el referido a los trastornos de personalidad y rasgos relacionados. Con un enfoque dimensional, el diagnóstico de TP se basa principalmente en el requisito de severidad que va desde la normalidad, la dificultad de personalidad (como subumbral clínico) y los niveles leve, moderado y severo de disfunción (como umbrales clínicos). Recientemente, varios investigadores han diseñado, adaptado y validado medidas de severidad de TP en sus respectivas naciones y culturas.

Aunque queda al menos algunos años para que la implementación de la CIE-11 se haga realidad en nuestro país, es importante liderar su adopción evaluando las propiedades psicométricas de las medidas creadas para la severidad del TP. En esta investigación se han adaptado y validado tres instrumentos de severidad del TP en población escolar adolescente limeña; los cuales, corresponden a los tres primeros objetivos, respectivamente. Sin embargo, dado que no existían medidas adaptadas de problemas internalizantes y externalizantes —útiles para la validez de criterio externo de los instrumentos de TP—, se establecieron dos objetivos adicionales para dicho fin.

Para el primer objetivo —adaptar y validar la escala PF en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023— se halló un nivel bueno de confiabilidad de esta medida; sin embargo, la estructura interna (validez estructural) en general no se ajustaba a la naturaleza unifactorial descrita teóricamente (Tabla 4). La validez convergente de la escala PF con el PDS-ICD-11 y el SASPD fue alta y moderada, respectivamente. Por otra parte, la validez de criterio externo se demostró ya que la escala PF era capaz de predecir medidas de resultado como las puntuaciones totales y dominios del BSI-18 y el YPI-S (Tabla 9).

Asimismo, se pudo observar que existía relación entre el puntaje de la escala PF y las variables de riesgo psicosocial como la psicopatología parental, el distanciamiento parental, al

abuso sexual y el abuso físico sufrido. Estos hallazgos son similares a los obtenidos por Hualparuca-Olivera et al. (2022) para la creación y validación de la escala PF en población penitenciaria. Es posible que los bajos niveles de ajuste en la validez estructural se deba a una naturaleza bifactorial como bien se ha hallado en estudios similares (Stover et al., 2020; Weekers et al., 2019). Tal vez, la *teoría del paradigma interpersonal* (Waugh, 2019) basado en dos dimensiones, agencia y comunión, podría estar influenciando este pobre ajuste de la medida al modelo unifactorial. Por otra parte, el psicólogo del colegio puede usar los puntos de corte descritos en la Figura 2b para asignar el nivel de disfunción de la personalidad del escolar evaluado y realizar la derivación correspondiente a las instancias sanitarias de atención primaria (si es una disfunción subclínica) o especializada (si es una disfunción clínica).

Para el segundo objetivo —adaptar y validar la escala PDS-ICD-11 en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023— se halló un nivel excelente de confiabilidad de esta medida; sin embargo, la estructura interna (validez estructural) en general no se ajustaba a la naturaleza unifactorial descrita teóricamente (Tabla 5). La validez convergente de la escala PDS-ICD-11 con el PF y el SASPD fue alta. Por otra parte, la validez de criterio externo se demostró ya que la escala PF era capaz de predecir medidas de resultado como las puntuaciones totales y dominios del BSI-18 y el YPI-S (Tabla 9). Asimismo, se pudo observar que existía relación entre el puntaje de la escala PDS-ICD-11 y las variables de riesgo psicosocial como la psicopatología parental, el distanciamiento parental, al abuso sexual y el abuso físico sufrido.

Estos hallazgos son similares a los obtenidos por Bach, Brown, et al. (2021) para la creación y validación de la escala PDS-ICD-11 en población clínica y comunitaria de E.E. U.U. y Nueva Zelanda. Asimismo, es similar a lo encontrado por J. Zimmermann et al. (2022) y Gutiérrez et al. (2023) en la validación alemana y española del PDS-ICD-11, respectivamente. Es posible que los bajos niveles de ajuste en la validez se deba a una naturaleza bifactorial como bien se ha hallado en estudios similares (Stover et al., 2020; Weekers et al., 2019).

Talvez, la *teoría del paradigma interpersonal* (Waugh, 2019) basado en dos dimensiones, agencia y comunión, podría estar influenciando este pobre ajuste de la medida al modelo unifactorial. Por otra parte, el psicólogo del colegio puede usar los puntos de corte descritos en la Figura 3b para asignar el nivel de disfunción de la personalidad del escolar evaluado y realizar la derivación correspondiente a las instancias sanitarias de atención primaria (si es una disfunción subclínica) o especializada (si es una disfunción clínica).

Para el tercer objetivo —adaptar y validar la escala SASPD en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023— se halló un nivel aceptable de confiabilidad de esta medida; sin embargo, la estructura interna (validez estructural) en general no se ajustaba a la naturaleza unifactorial descrita teóricamente (Tabla 6). La validez convergente de la escala SASPD con el PF y el PDS-ICD-11 fue moderada y alta, respectivamente. Por otra parte, la validez de criterio externo se demostró ya que el SASPD era capaz de predecir medidas de resultado como las puntuaciones totales y dominios del BSI-18 y el YPI-S (Tabla 9). Asimismo, se pudo observar que existía relación entre el puntaje del SASPD y las variables de riesgo psicosocial como la psicopatología parental, el distanciamiento parental, al abuso sexual y el abuso físico sufrido.

Estos hallazgos son similares a los obtenidos por Olajide et al. (2018) para la creación y validación del SASPD en población clínica y comunitaria de Reino Unido y Nueva Zelanda. Asimismo es similar a lo encontrado por Bach y Anderson (2018), Rek et al. (2020) y Gutiérrez et al. (2021) en la validación danesa, alemana y española del SASPD, respectivamente. Es posible que los bajos niveles de ajuste en la validez se deba a que esta medida captura principalmente problemas externalizantes (Bach & Anderson, 2018; J. Zimmermann et al., 2020) o a que es una medida que no captura la definición más reciente de la severidad del TP (Bach & Mulder, 2022).

Esta baja validez estructural también se ha evidenciado en un estudio similar (Rek et al., 2020). Tal vez, la *teoría del paradigma interpersonal* (Waugh, 2019) basado en dos dimensiones, agencia y comunión, podría estar influenciando este pobre ajuste de la medida al modelo unifactorial. Por otra parte, el psicólogo del colegio puede usar los puntos de corte descritos en la Figura 4b para asignar el nivel de disfunción de la personalidad del escolar evaluado y realizar la derivación correspondiente a las instancias sanitarias de atención primaria (si es una disfunción subclínica) o especializada (si es una disfunción clínica).

Para el cuarto objetivo — adaptar y validar el BSI-18 en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023— se halló un nivel excelente de confiabilidad de esta medida; sin embargo, la estructura interna (validez estructural) en general no se ajustaba a la naturaleza trifactorial descrita teóricamente (Tabla 7). Estos resultados de alta confiabilidad y validez estructural baja son similares a los hallados por Franke et al., (2017) en una muestra alemana; a excepción del estimador RMSEA en dicho estudio. Tal vez los bajos niveles de validez estructural se deban a que la medida no se ajusta al *modelo médico* de ansiedad, depresión y somatización (Carson et al., 1998); puesto que se ha observado que esta clasificación a menudo esta superpuesta (Browne, 2022). Por otra parte, el psicólogo del colegio puede usar el punto de corte descrito en la Figura 5b para asignar la presencia de angustia psicológica en el escolar evaluado y realizar la derivación correspondiente a las instancias sanitarias de atención primaria.

Para el quinto objetivo —adaptar y validar el YPI-S en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023— se halló un nivel excelente de confiabilidad de esta medida; sin embargo, la estructura interna (validez estructural) en general no se ajustaba a la naturaleza trifactorial descrita teóricamente (Tabla 8). Estos resultados de alta confiabilidad y validez estructural baja son similares a los hallados por Orue y Andershed (2015) en una muestra alemana. Tal vez los bajos niveles de validez estructural se deban a que la medida no se ajusta

a las *teorías de baja excitación* (Hare, 1970) y *aprendizaje social* (Eysenck, 1996; Lykken, 1957); ya que el constructo psicopatía aún está en constante debate teórico (Vien & Beech, 2006). Por otra parte, el psicólogo del colegio puede usar el punto de corte descrito en la Figura 6b para asignar la presencia de psicopatía en el escolar evaluado y realizar la derivación correspondiente a las instancias sanitarias de atención primaria. Asimismo, una implicación práctica recaería en el uso de una versión informante de esta medida para comprender de manera mas precisa si hay evidencia de rasgos psicopáticos en el menor.

VI. Conclusiones

1. Se pudo adaptar y validar la escala PF en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023; hallándose niveles buenos de confiabilidad, de validez convergente y de criterio externo, aunque inadecuados de validez estructural.
2. Se pudo adaptar y validar la escala PDS-ICD-11 en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023; hallándose niveles excelentes de confiabilidad, de validez convergente y de criterio externo, aunque inadecuados de validez estructural.
3. Se pudo adaptar y validar la escala SASPD en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023; hallándose niveles aceptables de confiabilidad, de validez convergente y de criterio externo, aunque inadecuados de validez estructural.
4. Se pudo adaptar y validar el BSI-18 en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023; hallándose niveles excelentes de confiabilidad, aunque inadecuados de validez estructural.
5. Se pudo adaptar y validar el YPI-S en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023; hallándose niveles excelentes de confiabilidad, aunque inadecuados de validez estructural.

VII. Recomendaciones

1. Como direcciones futuras en *investigación*, se recomienda evaluar las propiedades psicométricas de las medidas usadas en poblaciones clínicas y forenses; asimismo es importante una adaptación a los idiomas oriundos como el quechua y aymara para la atención oportuna de los adolescentes de los pueblos profundos del país. Debido a los bajos niveles de validez estructural se recomienda analizar las medidas mediante otros análisis estadísticos como la psicometría de redes.
2. Para la *práctica* del *psicólogo* de *atención primaria*, se recomienda usar los instrumentos adoptados dentro de una batería de pruebas adicionales para confirmar el diagnóstico; asimismo, se debe usar un rango de error para la interpretación de los umbrales de severidad del TP o del tamizaje de la angustia psicológica y la psicopatía.
3. Para la *práctica* del *psicólogo* de las instituciones educativas, se recomienda usar los instrumentos con fines de detección; y la posterior derivación a los centros sanitarios de evidenciarse una positividad en el TP, la angustia psicológica o la psicopatía.
4. A los *directores de las instituciones educativas de la UGEL 02*, que organicen, junto con las autoridades sanitarias, campañas de sensibilización con los estudiantes para brindar más información sobre estas condiciones, aprovechando espacios y horarios para tamizajes masivos.
5. Al *Colegio de Psicólogos*, que organicen una comisión para ofrecer programas al gobierno sobre la detección temprana del TP y su tratamiento; ya que hasta la fecha la atención de esta condición se dejó relegada por las autoridades sanitarias, a pesar del incremento de su prevalencia.

VIII. Referencias

- Akiskal, H. S., Chen, S. E., Davis, G. C., Puzantian, V. R., Kashgarian, M., & Bolinger, J. M. (1985). Borderline: an adjective in search of a noun. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *46*(2), 41–48.
- Allison, S., Bastiampillai, T., Looi, J. C. L., & Mulder, R. (2022). Adolescent borderline personality disorder: Does early intervention ‘bend the curve’? *Australasian Psychiatry*, *30*(6), 698–700. <https://doi.org/10.1177/10398562221092311>
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5a. ed.).
- Andershed, H., Kerr, M., Stattin, H., & Levander, S. (2002). Psychopathic traits in non-referred youths: A new assessment tool. In *Psychopaths: Current international perspectives* (pp. 131–158). Elsevier.
- Andersson, N., Nilsson, M. H., Slaug, B., Oswald, F., & Iwarsson, S. (2020). Psychometric properties of the external Housing-Related Control Belief Questionnaire among people with Parkinson’s disease. *Aging Clinical and Experimental Research*, *32*(12), 2639–2647. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01477-4>
- Arellano-Alarcón, R. F. (2020). *Propiedades psicométricas del Inventario de Personalidad Narcisista NPI en estudiantes universitarios, 2020* [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Digital Institucional de la UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/48332>
- Bach, B. (2019). *Personality Disorders: Clinical rationale and application (ICD-11)*. [Video file]. Nasjonal kompetansetjeneste ROP. <https://www.youtube.com/watch?v=NjxrNXyPF3w>

- Bach, B., & Anderson, J. L. (2018). Patient-reported icd-11 personality disorder severity and dsm-5 level of personality functioning. *Journal of Personality Disorders, 34*(2), 231–249. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_393
- Bach, B., Brown, T. A., Mulder, R. T., Newton-Howes, G., Simonsen, E., & Sellbom, M. (2021). Development and initial evaluation of the ICD-11 personality disorder severity scale: PDS-ICD-11. *Personality and Mental Health, 15*(3), 223–236. <https://doi.org/10.1002/PMH.1510>
- Bach, B., & First, M. B. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry, 18*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1908-3>
- Bach, B., & Mulder, R. (2022). Clinical Implications of ICD-11 for Diagnosing and Treating Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports*. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01364-x>
- Bach, B., & Simonsen, S. (2021). How does level of personality functioning inform clinical management and treatment? Implications for ICD-11 classification of personality disorder severity. *Current Opinion in Psychiatry, 34*(1), 54–63. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000658>
- Bach, B., Somma, A., & Keeley, J. W. (2021). Editorial: Entering the Brave New World of ICD-11 Personality Disorder Diagnosis. *Frontiers in Psychiatry, 0*, 2030. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2021.793133>
- Banerjee, P. J. M., Gibbon, S., & Huband, N. (2009). Assessment of personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment, 15*(5), 389–397. <https://doi.org/10.1192/APT.BP.107.005389>
- Barlow, D. H., Durand, V. M., & Hofmann, S. G. (2017). *Abnormal Psychology: An*

Integrative Approach (8th ed.). Cengage Learning.

Ben-Porath, Y. S., & Tellegen, A. (2020). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-3 (MMPI-3): Technical manual*. University of Minnesota Press.

Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quinonez, H. R., & Young, S. L. (2018). Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: A Primer. *Frontiers in Public Health*, 6(149).
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>

Box, S. (1998). Group Processes in Family Therapy: a Psychoanalytic Approach. *Journal of Family Therapy*, 20(2), 123–132. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00073>

Browne, C. (2022). *Dueling Diagnoses: Concerns about overlapping symptoms, complex disorders lend momentum to diagnostic models that could supplement—or even supplant—the DSM*. Association for Psychological Science – APS.
<https://www.psychologicalscience.org/observer/dueling-diagnoses>

Burnette, D., & Mui, A. C. (1997). Correlates of psychological distress among old-old Hispanics. *Journal of Clinical Geropsychology*, 3(3), 227–244.
http://www.columbia.edu/~acm5/muipapers/p_19_97_correlates_psychological_distresses.pdf

Carson, R. C., Butcher, J. N., & Mineka, S. (1998). *Abnormal Psychology and Modern Life* (10th ed.). Addison Wesley Longman.

Caspi, A., Lynam, D., Moffitt, T. E., & Silva, P. A. (1993). Unraveling Girls' Delinquency: Biological, Dispositional, and Contextual Contributions to Adolescent Misbehavior. *Developmental Psychology*, 29(1), 19–30. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.29.1.19>

Casteel, A., & Bridier, N. (2021). Describing Populations and Samples in Doctoral Student

Research. *International Journal of Doctoral Studies*, 16, 339–362.

<https://doi.org/10.28945/4766>

Castro-Mendivil, J. L., & Hidalgo-Boza, V. A. (2022). *Propiedades psicométricas de la escala breve de personalidad neuroafectiva en universitarios de Lima Metropolitana* [Tesis de pregrado, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. Repositorio Académico UPC. <http://hdl.handle.net/10757/661402>

Chacón, E. (2013). *Validez diagnóstica de las escalas de los trastornos depresivos del Inventario Clínico Multiaxial de Millón* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Docta Complutense. <http://hdl.handle.net/20.500.14352/37929>

Chadwick, A. E. (2017). The SAGE Encyclopedia of Communication Research Methods. In M. Allen (Ed.), *The SAGE Encyclopedia of Communication Research Methods* (1.a ed., pp. 1283–1286). SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781483381411.N444>

Chanen, A. M., Jovev, M., & Jackson, H. J. (2007). Adaptive Functioning and Psychiatric Symptoms in Adolescents With Borderline Personality Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(2), 393. <https://www.psychiatrist.com/jcp/mental/child/adaptive-functioning-psychiatric-symptoms-adolescents>

Chanen, A. M., & McCutcheon, L. K. (2008). Personality disorder in adolescence: The diagnosis that dare not speak its name. *Personality and Mental Health*, 2(1), 35–41. <https://doi.org/10.1002/pmh.28>

Christensen, T. B., Hummelen, B., Paap, M. C. S., Eikenaes, I., Selvik, S. G., Kvarstein, E., Pedersen, G., Bender, D. S., Skodol, A. E., & Nysæter, T. E. (2020). Evaluation of Diagnostic Thresholds for Criterion A in the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 34, 40–61. https://doi.org/10.1521/PEDI_2019_33_455

- Claes, L., Jeannin, R., & Braet, C. (2021). Obesity: Etiology, Assessment and Treatment. In *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*. Elsevier.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818697-8.00124-2>
- Clark, L. A., Corona-Espinosa, A., Khoo, S., Kotelnikova, Y., Levin-Aspenson, H. F., Serapio-García, G., & Watson, D. (2021). Preliminary Scales for ICD-11 Personality Disorder: Self and Interpersonal Dysfunction Plus Five Personality Disorder Trait Domains. *Frontiers in Psychology*, 12, 2827. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.668724>
- Cleckley, H. (1941). *The mask of sanity: An attempt to reinterpret the so-called psychopathic personality*. Mosby.
- Cohen, P. (2008). Child Development and Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(3), 477–493. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.03.005>
- Colegio de Psicólogos del Perú. (2018). *Código de ética y deontología* (No. 190-2018-CDN-C.PsP). Consejo Directivo Nacional.
http://api.cpsp.io/public/documents/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf
- Colins, O. F., Noom, M., & Vanderplasschen, W. (2012). Youth Psychopathic Traits Inventory-Short Version: A Further Test of the Internal Consistency and Criterion Validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(4), 476–486.
<https://doi.org/10.1007/s10862-012-9299-0>
- Congreso de la República. (2019). *Ley de salud mental*. El Peruano.
- Cvetković-Vega, A., Maguiña, J. L., Soto, A., Lama-Valdivia, J., & Correa-López, L. E. (2021). Cross-sectional studies. *Revista de La Facultad de Medicina Humana*, 21(1), 164–170. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3069>
- D'Huart, D., Steppan, M., Seker, S., Bürgin, D., Boonmann, C., Birkhölzer, M., Jenkel, N.,

- Fegert, J. M., Schmid, M., & Schmeck, K. (2022). Prevalence and 10-Year Stability of Personality Disorders From Adolescence to Young Adulthood in a High-Risk Sample. *Frontiers in Psychiatry, 13*(840678), 1–11. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2022.840678>
- Darjee, R., & Davidson, K. M. (2010). Personality disorders. In E. C. Johnstone, D. Cunningham Owens, S. M. Lawrie, A. M. McIntosh, & M. Sharpe (Eds.), *Companion to Psychiatric Studies* (8a., pp. 507–539). Churchill Livingstone.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-7020-3137-3.00019-X>
- Decker, F. H. (1998). Occupational and nonoccupational factors in job satisfaction and psychological distress among nurses. *Research in Nursing & Health, 20*(5), 453–464.
[https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-240x\(199710\)20:5<453::aid-nur9>3.0.co;2-n](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-240x(199710)20:5<453::aid-nur9>3.0.co;2-n)
- Derogatis, L. R. (1993). *Brief Symptoms Inventory (BSI): Administration, scoring and procedures manual* (3rd ed.). NCS Pearson.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual*. National Computer System.
- Derogatis, L. R. (2013). *BSI-18, Inventario Breve de 18 Síntomas (Adaptación española)*. Pearson Educación.
- DeYoung, C. G., & Krueger, R. F. (2018). A Cybernetic Theory of Psychopathology. *Psychological Inquiry, 29*(3), 117–138.
<https://doi.org/10.1080/1047840X.2018.1513680>
- Eaton, N. R., Krueger, R. F., Keyes, K. M., Skodol, A. E., Markon, K. E., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2011). Borderline personality disorder co-morbidity: relationship to the internalizing–externalizing structure of common mental disorders. *Psychological Medicine, 41*(5), 1041–1050. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001662>

- Edens, J. F., Desforages, D. M., Fernandez, K., & Palac, C. A. (2004). Effects of psychopathy and violence risk testimony on mock juror perceptions of dangerousness in a capital murder trial. *Psychology, Crime & Law*, *10*(4), 393–412.
<https://doi.org/10.1080/10683160310001629274>
- Edens, J. F., & Vincent, G. M. (2008). Juvenile Psychopathy: A Clinical Construct in Need of Restraint? *Journal of Forensic Psychology Practice*, *8*(2), 186–197.
<https://doi.org/10.1080/15228930801964042>
- Eysenck, H. I. (1996). Personality and crime: Where do we stand. *Psychology, Crime and Law*, *2*(3), 143–152. <https://doi.org/10.1080/10683169608409773>
- Feenstra, D. J. (2012). *Personality disorders in adolescents: prevalence, burden, assessment, and treatment* [Ridderprint]. [https://repub.eur.nl/pub/37415/121017_Feenstra, Dine Jerta.pdf](https://repub.eur.nl/pub/37415/121017_Feenstra,_Dine_Jerta.pdf)
- Feenstra, D. J., Busschbach, J. J. V., Verheul, R., & Hutsebaut, J. (2011). Prevalence and comorbidity of axis I and axis II disorders among treatment refractory adolescents admitted for specialized psychotherapy. *Journal of Personality Disorders*, *25*(6), 842–850. <https://doi.org/10.1521/PEDI.2011.25.6.842>
- First, M. B., Skodol, A. E., Bender, D. S., & Oldham, J. M. (2018). *User's Guide for the Structured Clinical Interview for the DSM-5® Alternative Model for Personality Disorders (SCID-5-AMPD)*. American Psychiatric Association Publishing.
- First, M. B., & Williams, J. B. W. (2021). *QuickSCID-5 : quick structured clinical interview for DSM-5 disorders*. <https://www.appi.org/Products/Interviewing/Quick-Structured-Clinical-Interview-for-DSM-5-Diso>
- Fontaine, N., Carbonneau, R., Vitaro, F., Barker, E. D., & Tremblay, R. E. (2009). Research

review: A critical review of studies on the developmental trajectories of antisocial behavior in females. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *50*(4), 363–385.
<https://doi.org/10.1111/J.1469-7610.2008.01949.X>

Forns, M., Abad, J., & Kirchner, T. (2018). Internalizing and Externalizing Problems. In R. J. R. Levesque (Ed.), *Encyclopedia of Adolescence* (2nd ed., pp. 1965–1970). Springer International Publishing.

Franke, G. H., Jaeger, S., Glaesmer, H., Barkmann, C., Petrowski, K., & Braehler, E. (2017). Psychometric analysis of the brief symptom inventory 18 (BSI-18) in a representative German sample. *BMC Medical Research Methodology*, *17*(1), 14.
<https://doi.org/10.1186/s12874-016-0283-3>

Gamache, D., Savard, C., Leclerc, P., & Côté, A. (2019). Introducing a short self-report for the assessment of DSM-5 level of personality functioning for personality disorders: The self and interpersonal functioning scale. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *10*(5), 438–447. <https://doi.org/10.1037/per0000335>

Gamache, D., Savard, C., Leclerc, P., Payant, M., Berthelot, N., Côté, A., Faucher, J., Lampron, M., Lemieux, R., Mayrand, K., Nolin, M. C., & Tremblay, M. (2021). A Proposed Classification of ICD-11 Severity Degrees of Personality Pathology Using the Self and Interpersonal Functioning Scale. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 292.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.628057>

Ghaderi, D., Mostafaei, A., Bayazidi, S., & Shahnazari, M. (2016). Investigating the prevalence of personality disorders and its relationship with personality traits among students. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, *5*(4), 119–126.
<https://www.ijmrhs.com/abstract/investigating-the-prevalence-of-personality-disorders-and-its-relationship-with-personality-traits-among-students-2823.html>

- Griffin, A. (2017). Adolescent Neurological Development and Implications for Health and Well-Being. *Healthcare*, 5(4), 62. <https://doi.org/10.3390/healthcare5040062>
- Gutiérrez, F., Aluja, A., Rodríguez, C., Gárriz, M., Peri, J. M., Gallart, S., Calvo, N., Ferrer, M., Gutiérrez-Zotes, A., Soler, J., & Pascual, J. C. (2023). Severity in the ICD-11 personality disorder model: Evaluation in a Spanish mixed sample. In *Frontiers in Psychiatry* (Vol. 13). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1015489>
- Gutiérrez, F., Aluja, A., Ruiz, J., García, L. F., Gárriz, M., Gutiérrez-Zotes, A., Gallardo-Pujol, D., Navarro-Haro, M. V., Alabèrnia-Segura, M., Mestre-Pintó, J. I., Torrens, M., Peri, J. M., Sureda, B., Soler, J., Pascual, J. C., Vall, G., Calvo, N., Ferrer, M., Oltmanns, J. R., & Widiger, T. A. (2021). Personality Disorders in the ICD-11: Spanish Validation of the PiCD and the SASPD in a Mixed Community and Clinical Sample. *Assessment*, 28(3), 759–772. <https://doi.org/10.1177/1073191120936357>
- Ha, C., Balderas, J. C., Zanarini, M. C., Oldham, J., & Sharp, C. (2014). Psychiatric Comorbidity in Hospitalized Adolescents With Borderline Personality Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(5), 15864. <https://doi.org/10.4088/JCP.13M08696>
- Halling, S., & Nill, J. D. (1989). Demystifying Psychopathology: Understanding Disturbed Persons. In R. S. Valle & S. Halling (Eds.), *Existential-Phenomenological Perspectives in Psychology: Exploring the Breadth of Human Experience* (pp. 179–192). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-6989-3_11
- Hare, R. D. (1970). *Psychopathy: Theory and research*. John Wiley & Sons.
- Hare, R. D. (1996). Psychopathy: A Clinical Construct Whose Time Has Come. *Criminal Justice and Behavior*, 23(1), 25–54. <https://doi.org/10.1177/0093854896023001004>
- Hare, R. D. (1999). *Without conscience: The disturbing world of the psychopaths among us*.

The Guilford Press.

Hedrih, V. (2020). *Adapting Psychological Tests and Measurement Instruments for Cross-Cultural Research*. Routledge.

Hemphill, J. F., Hare, R. D., & Wong, S. (1998). Psychopathy and recidivism: A review. *Legal and Criminological Psychology*, 3(1), 139–170. <https://doi.org/10.1111/J.2044-8333.1998.TB00355.X>

Hernández, A., Hidalgo, M. D., Hambleton, R. K., & Gómez-Benito, J. (2020). International test commission guidelines for test adaptation: A criterion checklist. *Psicothema*, 32(3), 390–398. <https://doi.org/10.7334/PSICOTHEMA2019.306>

Hernández, R., & Mendoza, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Interamericana.

Hervé, H. F., Mitchell, D., Cooper, B. S., Spidel, A., & Hare, R. D. (2004). Psychopathy and unlawful confinement: An examination of perpetrator and event characteristics. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 36(2), 137–145. <https://doi.org/10.1037/h0087224>

Hildebrand, M., Ruiters, C. De, & Nijman, H. (2004). PCL-R Psychopathy Predicts Disruptive Behavior Among Male Offenders in a Dutch Forensic Psychiatric Hospital. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(1), 13–29. <https://doi.org/10.1177/0886260503259047>

Hopwood, C. J., Good, E. W., & Morey, L. C. (2018). Validity of the DSM–5 Levels of Personality Functioning Scale–Self Report. *Journal of Personality Assessment*, 100(6), 650–659. <https://doi.org/10.1080/00223891.2017.1420660>

Hualparuca-Olivera, L., Ramos, D. N., Arauco, P. A., & Coz, R. M. (2022). Integrative Dimensional Personality Inventory for ICD-11: Development and Evaluation in the

- Peruvian Correctional Setting. *Liberabit*, 28(1), 1–40.
<https://doi.org/10.24265/liberabit.2022.v28n1.05>
- Huang, Y., Liu, B., Liu, Z., Zhang, G., & Zhang, H. (2002). A cross-sectional study of personality dysfunction among students of first-grade senior high schools in Beijing. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*, 23(5), 338–340.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12482361/>
- Huang, Y., Liu, Z., Liu, B., Guo, Q., Cheng, H., Wang, X., & Wang, Y. (2017). A cross-sectional study of personality disorder in senior high school students in Beijing. *Chinese Mental Health Journal*, 12, 8–16. [https://doi.org/10.3969/j.issn.1000-6729.2017.11\(Suppl.1\).002](https://doi.org/10.3969/j.issn.1000-6729.2017.11(Suppl.1).002)
- Huprich, S. K., Nelson, S. M., Meehan, K. B., Siefert, C. J., Haggerty, G., Sexton, J., Barry Dauphin, V., Macaluso, M., Jackson, J., Zackula, R., & Baade, L. (2018). Introduction of the DSM-5 levels of personality functioning questionnaire. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9(6), 553–563. <https://doi.org/10.1037/per0000264>
- Hutsebaut, J., Clarke, S. L., & Chanen, A. M. (2023). The diagnosis that should speak its name: why it is ethically right to diagnose and treat personality disorder during adolescence. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1130417>
- Hutsebaut, J., Weekers, L. C., Tuin, N., Apeldoorn, J. S. P., & Bulten, E. (2021). Assessment of ICD-11 Personality Disorder Severity in Forensic Patients Using the Semi-structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP-5.1): Preliminary Findings. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 505. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.617702>
- Iliescu, D. (2017). What Is Test Adaptation? *Adapting Tests in Linguistic and Cultural Situations*, 17–18. <https://doi.org/10.1017/9781316273203.003>

- Irupailla-Quispe, V. E., & Portocarrero-Ramos, C. A. (2020). *Propiedades psicométricas del cuestionario de evaluación de la personalidad (PAQ) para estudiantes de secundaria de Lima - 2020* [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Digital Institucional de la UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/56548>
- James, L. M., & Taylor, J. (2008). Revisiting the structure of mental disorders: Borderline personality disorder and the internalizing/externalizing spectra. *British Journal of Clinical Psychology, 47*(4), 361–380. <https://doi.org/10.1348/014466508X299691>
- Johnson, J. G., First, M. B., Cohen, P., Skodol, A. E., Kasen, S., & Brook, J. S. (2005). Adverse outcomes associated with personality disorder not otherwise specified in a community sample. *American Journal of Psychiatry, 162*(10), 1926–1932. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.162.10.1926/ASSET/IMAGES/LARGE/P618F1.JPG>
- G
- Karpman, B. (1950). The psychopathic delinquent child: Round Table, 1949. *The American Journal of Orthopsychiatry, 20*(2), 223–265. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1950.tb06037.x>
- Karpman, B. (1951). Psychopathic behavior in infants and children: A critical survey of the existing concepts: Round Table, 1950. *The American Journal of Orthopsychiatry, 21*(2), 223–224. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1951.tb06100.x>
- Kerr, S., McLaren, V., Cano, K., Vanwoerden, S., Goth, K., & Sharp, C. (2022). Levels of Personality Functioning Questionnaire 12-18 (LoPF-Q 12-18): Factor Structure, Validity, and Clinical Cut-Offs. *Assessment, 10731911221124340*. <https://doi.org/10.1177/10731911221124340>
- Kumperscak, H. G. (2020). Personality Disorders in Adolescents and Different Therapeutic Approaches. *Neurological and Mental Disorders*.

<https://doi.org/10.5772/INTECHOPEN.93110>

- Lerutla, D. M. (2000). *Psychological stress experienced by black adolescent girls prior to induced abortion*. Medical University of Southern Africa.
- Lykken, D. T. (1957). A study of anxiety in the sociopathic personality. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 55(1), 6–10. <https://doi.org/10.1037/H0047232>
- Lynam, D. R. (2010). Child and Adolescent Psychopathy and Personality. In R. T. Salekin & D. R. Lynam (Eds.), *Handbook of Child and Adolescent Psychopathy* (pp. 179–201). The Guilford Press.
- McCord, W., & McCord, J. (1964). *The psychopath: An essay on the criminal mind*. D. Van Nostrand.
- Ministerio de Educación. (n.d.). *ESCALE - Unidad de Estadística Educativa*. Retrieved January 6, 2022, from <http://escale.minedu.gob.pe/padron-de-iiie>
- Ministerio de Salud. (2020). *D.S. N° 127-MINSA-2020-DGIESP: Directiva sanitaria que establece el paquete básico para el cuidado integral de la salud de adolescentes en el contexto del COVID-19*.
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2003). *Social Causes of Psychological Distress* (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315129464>
- Morey, L. C. (2017). Development and initial evaluation of a self-report form of the DSM-5 level of personality functioning scale. *Psychological Assessment*, 29(10), 1302–1308. <https://doi.org/10.1037/pas0000450>
- Mulder, R. (2021). ICD-11 Personality Disorders: Utility and Implications of the New Model. *Frontiers in Psychiatry*, 0, 709. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.655548>

- National Collaborating Centre for Mental Health UK. (2009). Borderline Disorder: treatment and management. In *British Psychological Society* (Issue January). British Psychological Society. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55403/>
- Olajide, K., Munjiza, J., Moran, P., O'Connell, L., Newton-Howes, G., Bassett, P., Akintomide, G., Ng, N., Tyrer, P., Mulder, R., & Crawford, M. J. (2018). Development and psychometric properties of the standardized assessment of severity of personality disorder (SASPD). *Journal of Personality Disorders*, 32(1), 44–56. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_285
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Meditor.
- Orue, I., & Andershed, H. (2015). The Youth Psychopathic Traits Inventory-Short Version in Spanish Adolescents—Factor Structure, Reliability, and Relation with Aggression, Bullying, and Cyber Bullying. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37(4), 563–575. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9489-7>
- Oyola, C. J. N. (2018). *Trastorno de personalidad y riesgos psicosociales en adolescentes en etapa escolar de nivel secundario de instituciones educativas de un distrito de Chiclayo 2016* [Tesis de pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Institucional de la USMP. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/3223>
- Paris, J. (1997). Antisocial and borderline personality disorders: Two separate diagnoses or two aspects of the same psychopathology? *Comprehensive Psychiatry*, 38(4), 237–242. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(97\)90032-8](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0010-440X(97)90032-8)
- Pengpid, S., & Peltzer, K. (2020). Prevalence and associated factors of psychological distress among a national sample of in-school adolescents in Morocco. *BMC Psychiatry*, 20(1),

475. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02888-3>

Phares, E. J. (1992). *Clinical psychology: Concepts, methods, & profession* (4th ed.).

Thomson Brooks/Cole Publishing Co.

Pilkonis, P. A., Heape, C. L., Ruddy, J., & Serrao, P. (1991). Validity in the Diagnosis of Personality Disorders: The Use of the LEAD Standard. *Psychological Assessment*, 3(1), 46–54. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.3.1.46>

Price, R. H., & Lynn, S. J. (1986). *Abnormal Psychology* (2nd ed.). Dorsey.

Qi, W. M., Xu, X. R., Liu, J., Yuan, M., & Feng, W. B. (2009). Distribution regarding tendency on personality disorder among college students in Shijiazhuang city. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*, 30(1), 26–29. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19565843/>

Quay, H. C. (1964). Dimensions of personality in delinquent boys as inferred from the factor analysis of case history data. *Child Development*, 35(2), 479–484.

Quay, H. C. (1965). Psychopathic personality as pathological stimulation seeking. *American Journal of Psychiatry*, 122(2), 180–183. <https://doi.org/10.1176/ajp.122.2.180>

Raine, A. (1993). *The psychopathology of crime: Criminal behavior as a clinical disorder*. Academic Press.

Reardon, K. W., Mercadante, E. J., & Tackett, J. L. (2018). The assessment of personality disorder: methodological, developmental, and contextual considerations. *Current Opinion in Psychology*, 21, 39–43. <https://doi.org/10.1016/J.COPSYC.2017.09.004>

Rek, K., Thielmann, I., Henkel, M., Crawford, M., Piccirilli, L., Graff, A., Mestel, R., & Zimmermann, J. (2020). A psychometric evaluation of the standardized assessment of severity of personality disorder (SASPD) in nonclinical and clinical German samples. *Psychological Assessment*, 32(10), 984–990. <https://doi.org/10.1037/pas0000926>

- Ro, E., & Clark, L. A. (2009). Psychosocial Functioning in the Context of Diagnosis: Assessment and Theoretical Issues. *Psychological Assessment, 21*(3), 313–324.
<https://doi.org/10.1037/A0016611>
- Robins, L. N. (1966). *Deviant Children Grown Up: A Sociological and Psychiatric Study of Sociopathic Personality*. The Williams and Wilkins Company.
- Røysamb, E., Kendler, K. S., Tambs, K., Ørstavik, R. E., Neale, M. C., Aggen, S. H., Torgersen, S., & Reichborn-Kjennerud, T. (2011). The joint structure of DSM-IV Axis I and Axis II disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 120*(1), 198–209.
<https://doi.org/10.1037/A0021660>
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (11th ed.). Williams & Wilkins Co.
- Sajadi, S. F., Riyahi, H., Sahraeeyan, Z., Sadeghi, R., Tajikzadeh, F., Mahmoudi, T., & Zargar, Y. (2015). A Comparative Study of the Prevalence and Intensity of Borderline Personality Features in Male and Female High School Students in Fars Province. *International Journal of School Health, 2*(2), 1–5. <https://doi.org/10.17795/INTJSH-25625>
- Salekin, R. T., & Lynam, D. R. (2010). Child and adolescent psychopathy: An introduction. In R. T. Salekin & D. R. Lynam (Eds.), *Handbook of child and adolescent psychopathy* (pp. 1–12). The Guilford Press.
- Sánchez-Carlessi, H. H., Reyes-Romero, C., & Mejía-Sáenz, K. (2018). *Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística* (©Universidad Ricardo Palma (Ed.); 1a. ed.). Bussiness Support Aneth S.R.L.
- Santivañez-Casara, M. I. (2021). *Propiedades psicométricas del inventario de personalidad*

NEO-FFI en estudiantes de técnico superior del primer ciclo de una institución privada de Lima Norte [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal].

Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5795>

Schetsche, C. (2021). Traducción y adaptación de la Level of Personal Functioning Scale - Brief Form 2.0. *Ciencias Psicológicas*, 15(2). <https://doi.org/10.22235/CP.V15I2.2387>

Sharp, C., Elhai, J. D., Kalpakci, A., Michonski, J., & Pavlidis, I. (2014). *Locating adolescent BPD within the internalizing-externalizing spectrum. Manuscript submitted for publication.*

Sharp, C., Vanwoerden, S., & Wall, K. (2018). Adolescence as a Sensitive Period for the Development of Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 669–683. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.004>

Sharp, C., & Wall, K. (2018). Personality pathology grows up: adolescence as a sensitive period. *Current Opinion in Psychology*, 21, 111–116. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.11.010>

Simourd, D. J., & Hoge, R. D. (2000). Criminal Psychopathy: A Risk-and-Need Perspective. *Criminal Justice and Behavior*, 27(2), 256–272. <https://doi.org/10.1177/0093854800027002007>

Sloan, T. (1997). Theories of personality: Ideology and beyond. In D. Fox & I. Prilleltensky (Eds.), *Critical psychology: An introduction* (pp. 87–103). SAGE Publications, Inc.

Smetana, J. G., Campione-Barr, N., & Metzger, A. (2006). Adolescent Development in Interpersonal and Societal Contexts. *Annual Review of Psychology*, 57(1), 255–284. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190124>

Speranza, M., Revah-Levy, A., Cortese, S., Falissard, B., Pham-Scottez, A., & Corcos, M.

- (2011). ADHD in adolescents with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, *11*(1), 158. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-158>
- St. Clair, M., & Wigren, J. (2003). *Object relations and self psychology: An introduction* (4th ed.). Cengage Learning.
- Stover, J. B., Liporace, M. F., & Solano, A. C. (2020). Personality functioning scale: A scale to assess DSM-5's criterion a personality disorders. *Interpersona*, *14*(1), 40–53. <https://doi.org/10.5964/ijpr.v14i1.3925>
- Torkington, N. P. K. (1991). *Black health a political issue: The health and race project*. Catholic Association for Racial Justice.
- Tyrer, P., Mulder, R., Kim, Y. R., & Crawford, M. J. (2019). The Development of the ICD-11 Classification of Personality Disorders: An Amalgam of Science, Pragmatism, and Politics. *Annual Review of Clinical Psychology*, *15*, 481–502. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095736>
- Vahl, P., Colins, O. F., Lodewijks, H. P. B., Markus, M. T., Doreleijers, T. A. H., & Vermeiren, R. R. J. M. (2014). Psychopathic-like traits in detained adolescents: clinical usefulness of self-report. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *23*(8), 691–699. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0497-4>
- van Baardewijk, Y., Andershed, H., Stegge, H., Nilsson, K. W., Scholte, E., & Vermeiren, R. (2010). Development and tests of short versions of the Youth Psychopathic Traits Inventory and the youth psychopathic traits inventory-child version. *European Journal of Psychological Assessment*, *26*(2), 122–128. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/A000017>
- VandenBos, G. R. (Ed.). (2015). *APA Dictionary of Psychology* (2nd ed.). American

Psychological Association (APA).

Vien, A., & Beech, A. R. (2006). Psychopathy: Theory, Measurement, and Treatment.

Trauma, Violence, & Abuse, 7(3), 155–174. <https://doi.org/10.1177/1524838006288929>

Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie, C.

(2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, 379(9826), 1641–1652. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60149-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60149-4)

Watts, J. (2019). Problems with the ICD-11 classification of personality disorder. *The Lancet*

Psychiatry, 6(6), 461–463. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30127-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30127-0)

Waugh, M. H. (2019). Construct and Paradigm in the AMPD. In *The DSM-5 Alternative*

Mode for Personality Disorders: Integrating Multiple Paradigms Of Personality Assessment. Routledge.

Weaver, A. J. (1995). Has there been a Failure to Prepare and Support Parish-Based Clergy in

their Role as Frontline Community Mental Health Workers: A Review. *Journal of Pastoral Care*, 49(2), 129–147. <https://doi.org/10.1177/002234099504900203>

Weekers, L. C., Hutsebaut, J., & Kamphuis, J. H. (2019). The Level of Personality

Functioning Scale-Brief Form 2.0: Update of a brief instrument for assessing level of personality functioning. *Personality and Mental Health*, 13(1), 3–14.

<https://doi.org/10.1002/pmh.1434>

Weinrach, S. G. (1988). Cognitive Therapist: A Dialogue with Aaron Beck. *Journal of*

Counseling & Development, 67(3), 159–164. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1988.tb02082.x>

Widiger, T. A., & Oltmanns, J. R. (2021). Personality and Personality Disorder. In O. P. John

& R. W. Robins (Eds.), *Handbook of Personality: Theory and Research* (4th ed., pp.

755–772). Guilford Press.

World Health Organization. (2022a). *ICD-11, the 11th Revision of the International Classification of Diseases*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F941859884>

World Health Organization. (2022b). Personality Disorders and Related Traits. In *ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements*. WHO Department of Mental Health and Substance Use. <https://gcp.network/groupings/personality-disorders-and-related-traits/>

Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2003). A Screening Measure for BPD: The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). <https://doi.org/10.1521/Pedi.17.6.568.25355>, 17(6), 568–573.

Zarrett, N., & Eccles, J. (2006). The passage to adulthood: Challenges of late adolescence. *New Directions for Youth Development*, 2006(111), 13–28. <https://doi.org/10.1002/yd.179>

Zimmermann, J., Falk, C., Wendt, L. P., Spitzer, C., Fischer, F., Bach, B., Sellbom, M., & Müller, S. (2022). Validating the German Version of the Personality Disorder Severity-ICD-11 Scale Using Nominal Response Models. *Psychological Assessment*, 35(3), 257–268. <https://doi.org/10.1037/pas0001199>

Zimmermann, J., Müller, S., Bach, B., Hutsebaut, J., Hummelen, B., & Fischer, F. (2020). A Common Metric for Self-Reported Severity of Personality Disorder. *Psychopathology*, 53(3), 168–178. <https://doi.org/10.1159/000507377>

Zimmermann, R., Steppan, M., Zimmermann, J., Oeltjen, L., Birkhölzer, M., Schmeck, K., & Goth, K. (2022). A DSM-5 AMPD and ICD-11 compatible measure for an early identification of personality disorders in adolescence – LoPF-Q 12-18 latent structure and short form. *PLoS ONE*, *17*(9), Article e0269327.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269327>

IX. Anexos

9.1. Matriz de Consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables y Dimensiones	Metodología
Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	<u>Variable 1:</u> Funcionamiento de la personalidad	Tipo de Inv.: <i>Psicométrica</i> (VandenBos, 2015) y <i>aplicada</i> (Sánchez-Carlessi et al., 2018)
¿Es factible adaptar y validar instrumentos de trastornos de personalidad según la CIE-11 y medidas relacionadas en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023?	Adaptar y validar instrumentos de trastornos de personalidad según la CIE-11 y medidas relacionadas en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023.	H1: Es factible adaptar y validar instrumentos de trastornos de personalidad según la CIE-11 y medidas relacionadas en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023.	<u>Dimensiones (según instrumentos)</u> <i>PF</i> • Funcionamiento	Diseño de Inv.: <i>Diseño transversal correlacional</i> (Hernández & Mendoza, 2018)
Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Hipótesis específicas	<i>PDS-ICD-11</i> • Severidad <i>SASPD</i> • Gravedad	Población: 107 942 Muestreo: Probabilístico por conglomerados Muestra: 1188 (1073 elegidos)
✓ ¿Es factible adaptar y validar la escala PF en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023?	✓ Adaptar y validar la escala PF en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023.	✓ Es factible adaptar y validar la escala PF en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023.	<u>Variable 2:</u> Angustia psicológica • Somatización • Depresión • Ansiedad	Instrumentos de recolección de datos: • Funcionamiento (PF) • Escala de Gravedad del Trastorno de la Personalidad de la
✓ ¿Es factible adaptar y validar la escala PDS-ICD-11 en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023?	✓ Adaptar y validar la escala PDS-ICD-11 en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023.	✓ Es factible adaptar y validar la escala PDS-ICD-11 en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023.		
✓ ¿Es factible adaptar y	✓ Adaptar y validar la escala SASPD en	✓ Es factible adaptar y		

<p>validar la escala SASPD en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023?</p>	<p>adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023.</p>	<p>validar la escala SASPD en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023.</p>	<p>CIE-11 (PDS-ICD-11)</p>
<p>✓ ¿Es factible adaptar y validar el BSI-18 en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023?</p>	<p>✓ Adaptar y validar el BSI-18 en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023.</p>	<p>✓ Es factible adaptar y validar el BSI-18 en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023.</p>	<p>• Evaluación Estandarizada de la Gravedad del Trastorno de la Personalidad (SASPD).</p>
<p>✓ ¿Es factible adaptar y validar el YPI-S en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023?</p>	<p>✓ Adaptar y validar el YPI-S en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023.</p>	<p>✓ Es factible adaptar y validar el YPI-S en adolescentes escolares de la UGEL 02 de Lima, 2023.</p>	<p>• Inventario breve de síntomas-18 (BSI-18)</p> <p>• Inventario de Rasgos Psicopáticos Juveniles -versión corta (YPI-S)</p>
			<p>Análisis de procesamiento de datos: IBM Spss v. 28.0.0.0 (190), y Stata v. 17</p>

9.2. Validación y Confiabilidad de los Instrumentos

Instrumento	En otras investigaciones		En esta investigación	
	Confiabilidad	Validez	Confiabilidad y validez preliminares	Confiabilidad y validez en la muestra final (n=1073)
PF	Consistencia interna alta (ω de McDonald \geq .73) (Hualparuca-Olivera et al., 2022)	Hualparuca-Olivera et al. (2022) hallaron índices de validez de contenido adecuados (IVC-S = 0,96), validez de constructo convergente y discriminante adecuados (VME = 0,82, y VME > correlaciones (r de Pearson) con las otras escalas del grupo Personalidad del IDPI-11, asimismo para la validez de criterio externo la escala PF fue capaz de predecir la presencia del delito c. salud pública, delito c. el patrimonio, delito c. la libertad, delito c. la vida, el cuerpo y la salud, y que el grado de seguridad penitenciaria aumente.	Promedio de aprobación de la validación general por juicio de 3 expertos ($M = 89.67\%$) Validez de contenido por juicio de 3 expertos (V de Aiken-I = 1; V de Aiken-S = 1) Confiabilidad de los instrumentos en la prueba piloto (ω de McDonald = 0.75)	Confiabilidad buena (ω de McDonald = 0.86). Validez estructural inadecuada ($\chi^2 = 24414.94$, $gl = 189$, $p < 0.01$, RMSEA = 0.35, CFI = 0.17, TLI = 0.08, SRMR = 0.20). Validez convergente y de criterio externo adecuados ($p < 0.01$ en las relaciones y regresiones)
PDS-ICD-11	Consistencia interna alta (ω de McDonald = 0.86) (Bach, Brown, et al., 2021) Confiabilidad marginal aceptable en NRM restringido (0.770) y NRM no restringido	Bach, Brown, et al. (2021) hallaron índices de validez de constructo adecuados; con índices de bondad de ajuste para el modelo de un factor de $\chi^2 = 310.42$, $gl = 77$, $p < 0.001$, CFA = 0.92, TLI = 0.90, and RMSEA = 0.084. Para la validez de criterio externo concurrente se hallaron correlaciones moderadas y altas entre el puntaje total del PDS-ICD-11 con el LPFS-BF, el SFQ-2, el PDQ-4, MDPF, y el SASPD; además de hallar regresiones lineales adecuadas entre los modelos con predictores SASPD y PDS-ICD-11 para las variables de resultado MDPF, PDQ-4, SFQ-2 y LPFS-BF. Para la validez diagnóstica se hallaron correlaciones	Promedio de aprobación de la validación general por juicio de 3 expertos ($M = 88.67\%$) Validez de contenido por juicio de 3 expertos (V de Aiken-I = 1; V de Aiken-S = 1) Confiabilidad de los instrumentos en la prueba piloto (ω de McDonald = 0.85)	Confiabilidad excelente (ω de McDonald = 0.91). Validez estructural inadecuada ($\chi^2 = 6226.24$, $gl = 77$, $p < 0.01$, RMSEA = 0.27, CFI = 0.52, TLI = 0.43, SRMR = 0.15). Validez convergente y de criterio externo adecuados ($p <$

	(0.792). Consistencia interna alta (ω de McDonald = 0.86) y confiabilidad marginal aceptable en GRM (0.794). (J. Zimmermann et al., 2022)	significativas en su mayoría entre los indicadores del PDS-ICD-11 con los niveles de severidad del STiP 5.1 y de la operacionalización del CDDG calificados por los clínicos. Zimmermann et al. (2022) hallaron que la puntuación total fue lo suficientemente confiable y se correlacionó significativamente con otras medidas de autoinforme de la gravedad de TP. Con respecto a los dominios de rasgos de mala adaptación del DSM-5 y el ICD-11, se encontró que la puntuación total estaba más fuertemente asociada con la afectividad negativa, mientras que las asociaciones con el antagonismo y la anankastia eran pequeñas o no significativas.	0.01 en las relaciones y regresiones)	
SASPD	Consistencia interna alta (α de Cronbach = 0.76) y Estabilidad temporal alta, ICC = 0.93 (95% IC [0.88, 0.96]), para el test retest (Olajide et al., 2018) Consistencia interna baja; α de Cronbach = 0.64 en la muestra comunitaria; y 0.73, en la muestra clínica; (Gutiérrez et al., 2021)	Olajide et al. (2018), evidenciaron, para la validez diagnóstica, que el SASPD puede predecir de buena manera la presencia o ausencia de TP con un punto de corte ≥ 8 (exactitud = 0.79, AUC = 0.87, $Se = 0.72$, $Sp = 0.90$) entre personas con y sin dicha afección; y también de buena manera, entre personas con TP leve y moderado con un punto de corte de ≥ 10 (exactitud = 0.78 [0.69, 0.85], AUC = 0.87, $Se = 0.75$, $Sp = 0.79$). Además, como validez convergente se halló que la puntuación del SASPD se asoció altamente con la de la SAPAS ($r = 0.83$). Gutiérrez et al. (2021), en la validación española, hallaron una validez de constructo adecuada, mediante AFC en una estructura unidimensional o bidimensional para la gravedad, muy relacionada con los rasgos de personalidad; además, para la validez diagnóstica, un punto de corte ≥ 7 con capacidad discriminativa buena para el diagnóstico del TP (AUC = 0.72, $Se = 0.66$, $Sp = 0.68$)	Promedio de aprobación de la validación general por juicio de 3 expertos (M = 88.17%) Validez de contenido por juicio de 3 expertos (V de Aiken-I = 1; V de Aiken-S = 1) Confiabilidad de los instrumentos en la prueba piloto (ω de McDonald = 0.70)	Confiabilidad aceptable (ω de McDonald = 0.94). Validez estructural inadecuada ($\chi^2 = 1463.44$, $gl = 27$, $p < 0.01$, RMSEA = 0.22, CFI = 0.58, TLI = 0.44, SRMR = 0.12). Validez convergente y de criterio externo adecuados ($p < 0.01$ en las relaciones y regresiones)

BSI-18	Índices altos de consistencia interna α de Cronbach = 0.93 y test retest ($r = 0.71$) (Franke et al., 2017)	Franke et al. (2017), en un estudio de validación donde se incluyeron adolescentes alemanes, hallaron índices de validez factorial adecuados ($\chi^2 = 355$, $gl = 132$, $p < 0.001$; RMSEA = .030 [.02 - .03]; TLI = .48; CFI = .55) mediante el estimador libre de distribución asintótica (ADF).	Promedio de aprobación de la validación general por juicio de 3 expertos ($M = 87.5\%$) Validez de contenido por juicio de 3 expertos (V de Aiken-I = 1; V de Aiken-S = 1) Confiabilidad de los instrumentos en la prueba piloto (ω de McDonald = 0.91)	Confiabilidad excelente (ω de McDonald = 0.94). Validez estructural inadecuada ($\chi^2 = 13944.15$, $gl = 132$, $p < 0.01$, RMSEA = 0.31, CFI = 0.41, TLI = 0.32, SRMR = 0.13). Validez convergente y de criterio externo adecuados ($p < 0.01$ en las relaciones y regresiones)
YPI-S	Consistencia interna alta para sus tres dimensiones ($\alpha_I = 0.83$, $\alpha_A = 0.72$, y $\alpha_C = 0.72$) (Orue & Andershed, 2015).	Orue y Andershed (2015), en una muestra de adolescentes escolares españoles, hallaron mediante AFCs, que la estructura de tres factores fue invariable para jóvenes y señoritas. A nivel correlacional, los tres factores se relacionaron con todas las medidas agresivas, sin embargo, surgieron diferentes patrones en los análisis de regresión. Finalmente, una triple interacción entre los tres factores fue el mejor predictor de agresión proactiva.	Promedio de aprobación de la validación general por juicio de 3 expertos ($M = 91\%$) Validez de contenido por juicio de 3 expertos (V de Aiken-I = 1; V de Aiken-S = 1) Confiabilidad de los instrumentos en la prueba piloto ($\omega_I = 0.82$; $\omega_A = 0.73$; $\omega_C = 0.747$)	Confiabilidad excelente (ω de McDonald = 0.94). Validez estructural inadecuada ($\chi^2 = 10224.84$, $gl = 132$, $p < 0.01$, RMSEA = 0.27, CFI = 0.51, TLI = 0.43, SRMR = 0.12). Validez convergente y de criterio externo adecuados ($p < 0.01$ en las relaciones y regresiones)

Nota: PF = Funcionamiento; PDS-ICD-11 = Escala de Gravedad del Trastorno de la Personalidad de la CIE-11; SASPD = Evaluación Estandarizada de la Gravedad del Trastorno de la Personalidad; BSI-18 = Inventario Breve de Síntomas (BSI-18); YPI-S = Inventario de rasgos psicopáticos juveniles (versión corta).

9.3. Consentimiento Informado



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Versión 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lo estamos invitando a participar en el estudio titulado “Validación de instrumentos de trastorno de personalidad y medidas relacionadas en adolescentes escolares de la UGEL 02, Lima-2023”.

Este es un estudio que será desarrollado por el maestrante de Psicología clínica y de la salud Luis Miguel Hualparuca Olivera, de la Universidad Nacional Federico Villarreal, con DNI n° 45225368, domiciliado en Av torre Tagle N° 622, Chilca, Huancayo, y con celular n° 923450993.

DESCRIPCIÓN GENERAL Y PROCEDIMIENTOS:

La evaluación de la personalidad, es aparentemente sencilla, se realizará a través de preguntas mediante 3 cuestionarios que Ud. responderá con la mayor honestidad, usted podrá tomar el tiempo que sea necesario para responder, también puede parar con la encuesta en el momento que lo necesite. Esta evaluación también se complementará con dos cuestionarios que evalúan problemas internalizantes (angustia) y externalizantes (psicopatía) y una ficha sociodemográfica; para así lograr una mejor comprensión de su estado psicológico.

Al aceptar Ud. participar en este estudio, se le administrarán los cinco cuestionarios breves y la ficha sociodemográfica que Ud. tendrá que rellenar.

RIESGOS: Los procedimientos a realizar en este estudio no demandarán ningún riesgo para su salud.

BENEFICIOS: Su participación en este estudio contribuirá al desarrollo y adaptación de nuevos instrumentos de personalidad, el cual ayudará a los profesionales de la salud mental a comprender mejor las características psicológicas de estudiantes como Ud.

COSTOS Y COMPENSACIÓN: No deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

CONFIDENCIALIDAD: Se guardará su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio.

DERECHOS DEL PARTICIPANTE: Si decide participar en el estudio, puede retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin que ello ocasiona ningún perjuicio para usted.

Yo, _____ con DNI N°: _____ ACEPTO voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Agradecemos cordialmente su buena disposición.

Firma del participante: _____

Nombre del apoderado: _____

DNI: _____ Fecha: _____

Firma del apoderado: _____

DNI: _____ Fecha: _____

Firma del investigador: _____ DNI: _____ Fecha: _____

9.4. Instrumentos



Código:

Ficha sociodemográfica

Objetivo: Recoger datos sociales y clínicos

Instrucciones: Por favor complete la siguiente información y responda honestamente a las preguntas realizadas.

Datos generales:

Sexo: Varón Mujer

Edad: _____

Centro educativo:

- Independencia (distrito de Independencia)
 IEE 2025 Inmaculada Concepción (distrito de los Olivos)
 2001 Tnte. Crnl. Alfredo Bonifaz (Rimac)
 San Fernando (distrito de San Martín de Porres)

Grado de estudios: 1ro 2do 3ro 4to 5to

Datos específicos

Coloca No o Si a las siguientes preguntas

Disfuncionalidad familiar

¿Alguno de tus padres tiene alguna enfermedad mental? (p. ej., “sufre de los nervios”, bebe demasiado, etc)

No Si

¿Actualmente no vives con ambos de tus padres? (ya sea por divorcio, separación o fallecimiento) _____

No Si

¿Tu apoderado (papá, mamá o la persona mayor con quien vives) no está pendiente de ti? (p. ej., no se preocupa de tu alimentación, o de tus estudios, o de cómo te sientes)

No Si

Experiencias traumáticas

¿Has sido víctima de abuso sexual?

No Si

¿Has sufrido de golpes, patadas o experimentado algún suceso que puso en peligro tu vida? _____

No Si

Estresores sociales

¿Tus compañeros (o algún compañero) del colegio te agreden?

No Si

¿Tus profesores (o algún profesor) te insultan o te agreden?

No Si

Funcionamiento (PF)

(Luis Hualparuca-Olivera et al., 2022)

Objetivo: Medir la severidad del trastorno de personalidad según la CIE-11

Instrucciones: Esta escala contiene una serie de frases. Lea cada una de ellas y decida si, aplicada a Ud. mismo, es verdadera o falsa. Anote sus contestaciones en la hoja de respuestas que se le ha proporcionado.

Si una frase aplicada a Ud. mismo es verdadera o casi siempre verdadera, deberá debe marcar la letra V. Del mismo modo; si la frase aplicada a Ud. mismo es falsa o casi siempre falsa, debe marcar la letra F. Observe los siguientes ejemplos y vea cómo se contestarían en la hoja de respuestas

Item	F	V
1. Se me dificulta hacer las cosas por mí mismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La verdad ya no sé quién soy realmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mis emociones pueden cambiar rápidamente sin que me dé cuenta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mis relaciones tienden a ser muy intensas y problemáticas por mis cambios de humor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Controlo mis emociones cuando estoy con otras personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me siento orgulloso de haber logrado muchas cosas por mí mismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mi estado de ánimo es estable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Suelo tomar los problemas sin tanta preocupación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Muchas veces paro tan preocupado en mis problemas que he descuidado otras actividades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Siempre me frustró cuando algo no sale como yo quiero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Estoy tranquilo, aunque algo salga mal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Me molesta que las personas no entiendan bien como se tienen que hacer las cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. A menudo tomo en cuenta las opiniones de los demás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. La gente dice que soy frío e insensible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dicen que soy una persona muy comprensiva con los demás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me gusta estar sin tener amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Me gusta formar relaciones estables y duraderas con mis amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Disfruto mucho cuando converso y comparto con grupos de personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Me gusta mucho estar con mis amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Evito formar relaciones muy cercanas con las personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Me siento muy incómodo al estar con otras personas y hago lo posible por evitarlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escala de Gravedad del Trastorno de la Personalidad de la CIE-11 (PDS- ICD-11)

(Bach, Brown, et al., 2021)

Objetivo: Medir la severidad del trastorno de personalidad según la CIE-11

Instrucciones: Por favor, seleccione para cada área la afirmación que mejor le describa en general

Ítems

1. Identidad

- A menudo no tengo idea de quién soy, especialmente cuando estoy con otras personas
- A veces tengo dudas sobre quién soy, especialmente cuando estoy con otras personas
- Tengo claro quién soy
- Mi idea de quién soy es generalmente muy fija y limitada (p.e. relacionada con el trabajo o con otra persona)
- Mi idea de quién soy es demasiado limitada e inmodificable, sin importar las circunstancias.

2. Autovaloración

- La mayor parte del tiempo me siento inútil, lo que afecta a mi forma de relacionarme con otras personas
- A menudo me cuesta sentirme bien conmigo mismo/a, lo que a veces afecta a mi forma de relacionarme con otras personas
- Normalmente me siento bien conmigo mismo/a
- A menudo pienso que soy mejor que los demás, lo que afecta a mi forma de relacionarme con otras personas
- Me siento superior a los demás, lo que afecta a mi forma de relacionarme con otras personas

3. Auto percepción

- No tengo cualidades
- Tengo pocas cualidades
- Conozco bien mis cualidades y defectos
- Tengo pocos defectos o limitaciones
- No tengo defectos ni limitaciones

4. Metas

- Rara vez soy capaz de proponerme metas y cumplirlas
- A veces tengo dificultad para proponerme metas y cumplirlas
- No tengo problema para proponerme y cumplir metas realistas
- A veces me resulta difícil cambiar mis metas, aunque sean demasiado difíciles de alcanzar
- A menudo me resulta difícil cambiar mis metas, aunque sean casi imposibles de alcanzar

5. Interés por las relaciones

- No tengo interés en estar con otras personas y hago cualquier cosa para evitarlas
- Tengo poco interés en estar con otras personas y por eso las evito
- Tengo un buen equilibrio entre estar solo/a y estar con otras personas
- A veces me siento mal cuando no estoy cerca de otras personas
- A menudo me siento mal cuando no estoy cerca de otras personas

6. Comprensión hacia otros

- Nunca pienso en los pensamientos y sentimientos de los demás
- A menudo no pienso en los pensamientos y sentimientos de los demás
- Puedo identificarme fácilmente con los pensamientos y sentimientos de los demás
- Con frecuencia pienso demasiado en cómo piensan y sienten los demás
- Siempre pienso demasiado en cómo piensan y sienten los demás

7. Cooperación en las relaciones

- La gente siempre se queja de que soy demasiado egoísta en las relaciones
- La gente a veces se ha quejado de que soy demasiado egoísta en las relaciones
- Soy capaz de establecer y mantener relaciones cercanas y mutuamente satisfactorias
- A veces soy incapaz de poner fin a las relaciones, incluso cuando son dañinas para mí.
- Rara vez soy capaz de poner fin a las relaciones, incluso cuando son dañinas para mí.

8. Manejo de desacuerdos

- A menudo tengo desacuerdos con otras personas que causan serios problemas de relación
- A veces tengo desacuerdos con otras personas que causan problemas de relación
- Soy capaz de manejar los desacuerdos en las relaciones de forma cooperativa
- A menudo evito los desacuerdos cediendo ante los demás, incluso si salgo peor parado
- Evito los desacuerdos y conflictos con los demás a toda costa

9. Control y expresión emocional

- A menudo no puedo controlar mis emociones, lo que me causa serios problemas con los demás
- A veces tengo problemas para controlar mis emociones, lo que me causa algunos problemas con los demás
- Generalmente soy capaz de controlar y expresar mis emociones de manera apropiada
- Le gente a veces se queja de que no expreso emociones
- La gente a menudo se queja de que nunca expreso emociones en absoluto

10. Control conductual

- A menudo actúo de manera tan precipitada o impulsiva que me causa serios problemas
- A veces actúo por impulso sin considerar las consecuencias, lo que me causa problemas
- Generalmente soy capaz de ser espontáneo/a a la vez que mantengo un control adecuado de mis acciones
- A veces soy tan controlado/a en mis acciones que no disfruto de la vida como los demás
- A menudo soy tan hipercontrolado/a en mis acciones que apenas disfruto de la vida

11. Experiencia de la realidad durante el estrés

- Mi percepción de las situaciones normalmente es precisa cuando me siento estresado/a
- Mi percepción de las situaciones está algo distorsionada cuando me siento estresado/a (p.e. espero que suceda lo peor, me siento rechazado/a cuando me critican).
- A veces pierdo el contacto con la realidad cuando me siento estresado/a (p.e., sospecho, me siento desconectado/a de la realidad, o las cosas a mi alrededor son como en un sueño)
- A menudo pierdo el contacto con la realidad cuando me siento estresado/a (p.e., desconfianza extrema, ver u oír cosas que otras personas no pueden, tener la sensación de salir de mi cuerpo)

12. Daño a uno mismo

- Nunca me hago daño a mí mismo/a
- Rara vez me hago daño a mí mismo/a.



-
- A veces me hago daño a mí mismo/a.
 - A menudo me hago daño a mí mismo/a.

13. Daño a otros (intencionado o inintencionado)

- Nunca hago daño a los demás
- Rara vez hago daño a los demás
- A veces hago daño a los demás
- A menudo hago daño a los demás

14. Pensando en sus respuestas anteriores, ¿en qué medida causan problemas en áreas importantes de su vida (p.e. personal, familiar, social, educación, trabajo)?

- Nada en absoluto
 - Un poco
 - Moderadamente
 - Mucho
-

Escala de Funcionamiento Propio e Interpersonal (SASPD)

(Olajide et al., 2018)

Objetivo: Medir la severidad del trastorno de personalidad según la CIE-11

Instrucciones: Este cuestionario contiene una serie de ítems relacionados con nueve aspectos de la vida de una persona. Para cada área, ¿podría indicar cuál de las cuatro afirmaciones describe mejor cómo son las cosas para usted en general? Estamos ansiosos por saber cómo son las cosas en general para usted, en lugar de como podrían haber sido las cosas en los últimos días o semanas.

Para cada aspecto de usted o de su vida, marque UNA casilla que mejor describa cómo es usted en general.

Ítems

1. Estar con gente

- Disfruto estando con otras personas
- A veces encuentro difícil estar con otras personas
- En general, no me gusta estar con gente
- No me gusta nada estar con otras personas y hago lo posible por evitarlas

2. Confiar en los demás

- No tengo dificultad para confiar en los demás
- A veces me cuesta confiar en los demás
- Hay muy poca gente en la que puedo confiar
- No confío en nadie y esto me impide hacer cosas que necesito hacer

3. Amistades

- No tengo dificultad para hacer amistades y mantenerlas
- Me resulta difícil hacer amistades y mantenerlas
- Tengo muy pocos amigos
- No tengo ningún amigo

4. Mal carácter

- No pierdo los estribos fácilmente
- Pierdo los estribos más fácilmente que otros
- Pierdo los estribos fácilmente y esto me pone en situaciones difíciles
- Pierdo los estribos fácilmente y esto me ha llevado a hacerme daño a mí mismo o a otros

5. Actuar por impulso

- Nunca o casi nunca actúo por impulso
- A veces actúo por impulso
- Actuar por impulso me causa problemas con los demás
- Actuar por impulso me ha llevado a hacerme daño a mí mismo o a otros

6. Preocuparse

- En general, no soy preocupadizo/a.
 - A veces me preocupo por cosas que no preocupan a otros
 - Generalmente soy preocupadizo/a.
 - Preocuparme constantemente me impide hacer cosas que necesito hacer
-



7. Ser organizado/a

- Me parece bien si las cosas no están bien organizadas
- Me desagrada que las cosas no estén bien organizadas
- Intentar tener todo organizado interfiere con la mayoría de cosas que necesito hacer
- Intentar tener todo organizado me impide hacer cualquier cosa

8. Preocuparse por los demás

- Me importa cómo se sienten los demás
- No presto mucha atención a si lo que hago afecta a los demás
- No me importa si lo que hago hiere los sentimientos de otras personas
- La gente dice que soy frío o insensible

9. Autosuficiencia

- Generalmente acabo por mí mismo las cosas que necesito hacer
 - Cuando abordo las cosas, me gusta tener ayuda de otras personas
 - Cuando abordo las cosas, generalmente necesito ayuda de otras personas
 - No puedo hacer nada por mí mismo
-

Inventario breve de síntomas-18 (BSI-18)

(Derogatis, 2013)

Objetivo: Medir la angustia psicológica

Instrucciones: Este cuestionario incluye 18 afirmaciones sobre su estado de angustia en las últimas 2 semanas. Te invitamos a evaluar en qué medida reconoces tus síntomas en cada una de estas afirmaciones, utilizando la siguiente escala:

Nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
0	1	2	3

Responda espontáneamente, de acuerdo con su propia impresión. No hay respuestas correctas o incorrectas. Es importante que responda a todas las preguntas y que solo dé una respuesta por pregunta

Item	0	1	2	3
1. Sensación de desmayo o mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. No sentir interés por las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nerviosismo o temblor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dolores en el corazón o en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sentirse solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sentirse tenso o alterado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nauseas o malestar en el estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sentimientos de tristeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sustos repentinos y sin razón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Falta de aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sentir que usted no vale nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ataques de terror o pánico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Adormecimiento u hormigueo en ciertas partes del cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentirse sin esperanza en el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sentirse tan inquieto que no puede permanecer sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentirse débil en partes del cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Pensamientos de poner fin a su vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sentirse con miedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inventario de rasgos psicopáticos juveniles-versión corta (YPI-S)

(van Baardewijk et al., 2010)

Objetivo: Medir la psicopatía

Instrucciones: Este cuestionario incluye 18 afirmaciones sobre su forma de ser. Te invitamos a evaluar en qué medida te reconoces en cada una de estas afirmaciones, utilizando la siguiente escala:


No se aplica en absoluto	Casi no se aplica	Se aplica en algo	Se aplica muy bien
1	2	3	4

Responda espontáneamente, de acuerdo con su propia impresión. No hay respuestas correctas o incorrectas. Es importante que responda a todas las preguntas y que solo dé una respuesta por pregunta

Item	1	2	3	4
1. Probablemente falté a la escuela o al trabajo más que la mayoría de las personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me considero una persona bastante impulsiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Creo que llorar es un signo de debilidad, aunque nadie te vea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tengo la habilidad de estafar a la gente usando mi encanto y mi sonrisa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Soy bueno haciendo que la gente crea en mí cuando invento algo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Cuando otras personas tienen problemas, a menudo es culpa de ellos, por lo tanto, uno no debe ayudarlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A menudo sucede que hablo primero y pienso después.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tengo talentos que van mucho más allá de los de otras personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Me resulta fácil manipular a la gente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Estar nervioso y preocupado es un signo de debilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me aburro rápidamente haciendo lo mismo una y otra vez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. A menudo sucede que hago las cosas sin pensar en el futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me ha pasado varias veces que he pedido prestado algo y luego lo he perdido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Cuando lo necesito, uso mi sonrisa y mi encanto para usar a los demás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. No entiendo cómo las personas pueden emocionarse lo suficiente como para llorar al mirar cosas en la televisión o en una película.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Estoy destinado a convertirme en una persona conocida, importante e influyente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentirse culpable y arrepentido por las cosas que ha hecho y que han lastimado a otras personas es un signo de debilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. No dejo que mis sentimientos me afecten tanto como los sentimientos de otras personas parecen afectarlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se le agradece por su importante participación...

Página | 3



Universidad Nacional
FEDERICO VILLARREAL
Escuela Universitaria de Posgrado

FICHA DE VALIDACIÓN
INFORME DE OPINION DEL JUICIO DE EXPERTOS

DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y Nombres del informante: Cos Apumayta Rocio
 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente Psicología - Universidad Continental
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Evaluación estandarizada de la gravedad del trastorno de la personalidad (SASPD)
 1.4 Título del Proyecto: Validación de instrumentos de trastorno de personalidad (según CIE-11) en adolescentes escolares de la UGEL 02, Lima, 2023
 1.5 Autor del instrumento: Claudio et al., 2018


ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	ASPECTOS DE VALIDACIÓN																						
		DEFICIENTE	BAJA		REGULAR		BUENA		MUY BUENO															
		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100		
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado																					X		
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables																						X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																							X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica																							X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																							X
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación																							X
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos técnicos científicos																							X
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores																							X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																							X
10. PERTINENCIA	Es útil y adecuado para la investigación																							X

PROMEDIO DE VALORACION: 87

OPINION DE APLICABILIDAD: a) Deficiente b) baja c) Regular Buena e) Muy buena

Página | 4



Universidad Nacional
FEDERICO VILLARREAL
Escuela Universitaria de Posgrado

FICHA DE VALIDACIÓN
INFORME DE OPINION DEL JUICIO DE EXPERTOS

DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y Nombres del informante: Cos Apumayta Rocio
 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente de Psicología Universidad Continental
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Inventario breve de síntomas-18 (BS-18)
 1.4 Título del Proyecto: Validación de instrumentos de trastorno de personalidad (según CIE-11) en adolescentes escolares de la UGEL 02, Lima, 2023
 1.5 Autor del instrumento: Derogatis, 2013


ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	ASPECTOS DE VALIDACIÓN																					
		DEFICIENTE	BAJA		REGULAR		BUENA		MUY BUENO														
		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado																						X
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables																						X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																						X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica																						X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																						X
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación																						X
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos técnicos científicos																						X
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores																						X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																						X
10. PERTINENCIA	Es útil y adecuado para la investigación																						X

PROMEDIO DE VALORACION: 94.5

OPINION DE APLICABILIDAD: a) Deficiente b) baja c) Regular Buena e) Muy buena

Página | 5



Universidad Nacional
FEDERICO VILLARREAL
Escuela Universitaria de Posgrado

FICHA DE VALIDACIÓN
INFORME DE OPINION DEL JUICIO DE EXPERTOS

DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y Nombres del informante: Cos Apumayta Rocio
 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente Psicología Universidad Continental
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Inventario de rasgos psicopáticos juveniles versión corta (PI-JS)
 1.4 Título del Proyecto: Validación de instrumentos de trastorno de personalidad (según CIE-11) en adolescentes escolares de la UGEL 02, Lima, 2023
 1.5 Autor del instrumento: van Baardewijk et al., 2010

ASPECTOS DE VALIDACIÓN


Indicadores	Criterios	ASPECTOS DE VALIDACIÓN																					
		DEFICIENTE	BAJA		REGULAR		BUENA		MUY BUENO														
		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado																						X
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables																						X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																						X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica																						X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																						X
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación																						X
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos técnicos científicos																						X
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores																						X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																						X
10. PERTINENCIA	Es útil y adecuado para la investigación																						X

PROMEDIO DE VALORACION: 92.5

OPINION DE APLICABILIDAD: a) Deficiente b) baja c) Regular Buena Muy buena

Página | 6

Nombres y Apellidos:	<u>Rocio Cos Apumayta</u>	DNI N°	<u>40932481</u>
Dirección domiciliar:	<u>Av. Suecelos 6071</u>	Teléfono / Celular	<u>973302176</u>
Título profesional:	<u>Psicóloga</u>		
Grado Académico:	<u>Doctora</u>		
Mención:	<u>Educativa</u>		



Dra. Rocio Cos Apumayta
PSICÓLOGA
C.Ps.P. 6266

Firma

Lugar y fecha: Huancayo, 29 de Enero de 2023

Página | 5

Universidad Nacional FEDERICO VILLARREAL
Escuela Universitaria de Posgrado

FICHA DE VALIDACIÓN
INFORME DE OPINIÓN DEL JUICIO DE EXPERTOS

DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y Nombres del informante: LUNA YUPANQUI ANGIE
 1.2 Cargo e institución donde labora: PSICOLOGA DE VIDA - HYD
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Inventario de rasgos psicopáticos juveniles-versión corta (YPI-S)
 1.4 Título del Proyecto: Validación de instrumentos de trastorno de personalidad (según CIE-11) en adolescentes escolares de la UGEL 02, Lima, 2023
 1.5 Autor del instrumento: van Baardewijk et al., 2010

ASPECTOS DE VALIDACIÓN


Indicadores	Criterios	DEFICIENTE BAJA REGULAR BUENA MUY BUENO																	
		0	6	12	18	24	30	36	42	48	54	60	66	72	78	84	90	96	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado																		X
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables																		X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																		X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica																		X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																		X
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación																		X
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos técnicos científicos																		X
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores																		X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																		X
10. PERTINENCIA	Es útil y adecuado para la investigación																		X

PROMEDIO DE VALORACION: 89.5

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: a) Deficiente b) baja c) Regular Buena d) Muy buena

Página | 6

Nombres y Apellidos:	ANGIE LUNA YUPANQUI	DNI N°:	70032428
Dirección domiciliar:	Av. Real 675 HYD	Teléfono / Celular:	923640772
Título profesional:	PSICOLOGIA		
Grado Académico:	MAGISTER		
Mención:	PSICOLOGIA CLINICA		



Firma
Lugar y fecha: Huancayo, 02 de Agosto del 2023

Experto N° : Página | 1

Universidad Nacional FEDERICO VILLARREAL
Escuela Universitaria de Posgrado

FICHA DE VALIDACIÓN
INFORME DE OPINIÓN DEL JUICIO DE EXPERTOS

DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y Nombres del informante: Luzmila Dorcas
 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente Psicopedagoga, Universidad Continental
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Funcionamiento (PF)
 1.4 Título del Proyecto: Validación de instrumentos de trastorno de personalidad (según CIE-11) en adolescentes escolares de la UGEL 02, Lima, 2023
 1.5 Autor del instrumento: Lura Hualpañuca Olivera, 2022

ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	DEFICIENTE BAJA REGULAR BUENA MUY BUENO																	
		0	6	12	18	24	30	36	42	48	54	60	66	72	78	84	90	96	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado																		X
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables																		X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																		X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica																		X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																		X
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación																		X
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos técnicos científicos																		X
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores																		X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																		X
10. PERTINENCIA	Es útil y adecuado para la investigación																		X

PROMEDIO DE VALORACION: 90.5

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: a) Deficiente b) baja c) Regular Buena d) Muy buena

Página | 2

Universidad Nacional FEDERICO VILLARREAL
Escuela Universitaria de Posgrado

FICHA DE VALIDACIÓN
INFORME DE OPINIÓN DEL JUICIO DE EXPERTOS

DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y Nombres del informante: Luzmila Dorcas
 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente Psicopedagoga, Universidad Continental
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Escala de gravedad del trastorno de la personalidad de la CIE-11 (PSI-ICD-11)
 1.4 Título del Proyecto: Validación de instrumentos de trastorno de personalidad (según CIE-11) en adolescentes escolares de la UGEL 02, Lima, 2023
 1.5 Autor del instrumento: Bach, Brown, et al., 2021

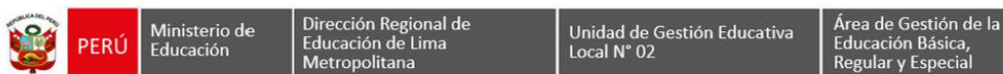
ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	DEFICIENTE BAJA REGULAR BUENA MUY BUENO																	
		0	6	12	18	24	30	36	42	48	54	60	66	72	78	84	90	96	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado																		X
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables																		X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																		X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica																		X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																		X
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación																		X
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos técnicos científicos																		X
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores																		X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																		X
10. PERTINENCIA	Es útil y adecuado para la investigación																		X

PROMEDIO DE VALORACION: 92.5

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: a) Deficiente b) baja c) Regular Buena d) Muy buena

9.6. Permisos Institucionales



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

San Martín de Porres, 25 de Enero de 2023

CARTA DE AUTORIZACIÓN N° 002 – 2023 - MINEDUNMGI-DRELM-UGEL.02-AGEBRE

Maestrando : Luis Miguel Hualparuca Olivera

Tesista

ASUNTO : **AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Reciban un cordial saludo a nombre de la UGEL 02 de Lima Metropolitana, y a través de la presente dar a conocer que visto su solicitud de autorización para Realizar el Trabajo de Investigación titulado **“Validación de instrumentos de trastorno de personalidad y medidas relacionadas en adolescentes escolares de la UGEL 02, Lima-2023”**, mi persona con el cargo que le compete, **AUTORIZA** el permiso para la realización de la misma; asimismo comprendo que se seguirá todos los procedimientos éticos deontológicos para dicha investigación.

Por lo tanto, se expide la presente **AUTORIZACIÓN**, para los fines convenientes

Sin otro en particular y reiterándoles mi aprecio, me suscribo de ustedes.

Atentamente.



Lic. Violeta Huatuco Soto

Directora de la Unidad de Gestión Educativa Local 02



Universidad
Continental

Huancayo, 22 de febrero de 2023

OFICIO N° 014-2023-CE-FH-UC

Señor(es):
Hualparuca Olivera Luis Miguel

Presente-

EXP. 014- 2023

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarle cordialmente y a la vez manifestarle que el estudio de investigación titulado: **“Validación de instrumentos de trastorno de personalidad (según CIE-11) en adolescentes escolares de la UGEL 02, Lima, 2023.”**, ha sido **APROBADO** por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Humanidades, bajo las siguientes observaciones:

- El Comité de Ética puede en cualquier momento de la ejecución del trabajo solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas (mantener la confidencialidad de datos personales de los individuos entrevistados).
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

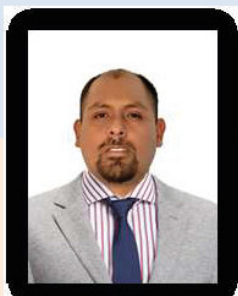
Atte,




Claudia Ríos Cataño
Comité de Ética en Investigación
Facultad de Humanidades
Presidenta
Universidad Continental

Nota: El título de la tesis en este documento figura con un nombre previo. Ello debido a que el trámite se hizo antes de que el título fuera corregida a sugerencia de la asesora.

9.7. Perfil del Colaborador



Henry Jeyson Huere Quispe

Licenciado en Psicología Social - Clínica

QUIEN SOY

Licenciado en Psicología. Especialistas en Psicoterapia Análisis Transaccional (ALAT), con estudios de maestría en enfoque cognitivo – conductual y maestría en psicología clínica y de la salud. Experiencia laboral en Hospitales y Clínicas particulares realizando intervenciones terapéuticas en Adultos, Jóvenes y Niños. Gestor y Facilitador de proyectos sociales en poblaciones de situaciones de riesgo social. Experiencia dictando cursos, ponencias y talleres en diversos temas. Profesional con distintas habilidades artísticas, culturales y deportivas.

ESTUDIOS

- | | |
|--------------------|--|
| 2021 – 2023 | Maestría en Psicología Clínica y de la Salud
En proceso de formación – I Ciclo
Universidad Nacional Federico Villarreal |
| 2018 – 2019 | Maestría en Terapia Cognitiva Conductual
Cursos concluidos – Proceso de Tesis
Universidad Inca Garcilaso de la Vega |
| 2018 – 2019 | Diseño Gráfico
Módulos desarrollados: Corel Draw, Photoshop, Illustrator.
Municipalidad de Lima Metropolitana |
| 2016 – 2018 | Actuación (*)
Laboratorio de Teatro Experimental
X Generación Laxión – Compañía de Investigación Teatral
CUATROTABLAS |
| 2004 – 2010 | Licenciado en Psicología
Mención en Psicología Social – Comunitaria
Tesis "Calidad de Vida en Adultos Mayores del Asentamiento Humano Cerro San Cosme"
Universidad Nacional Federico Villarreal |
| 2007 -2009 | Miembro Avanzado en Psicoterapia Análisis Transaccional
Módulo Básico 101; Módulo Avanzado 202 A, 202 B, 202 C, 202 D, 202 E, 202 F
Asociación Psicológica de Desarrollo Humano "APDEH" |

Concursos y Premiaación

- **Medalla de Plata** – 1er Campeonato de Pa va'a – Canoa V1, 16 Km.
- **Medalla de Bronces** – Campeonato OPEN Para Natación Categoría S9 – 100 Metros Libre y 50 Metros Espalda.
- **CONCURSO "PUNTOS DE CULTURA 2013-I"** – Organiza: Ministerio de Cultura, Programa Puntos de Cultura – Proyecto: De los cerros a las calles - **Obtención Equipo Ganador**
- **EDUCAR LO ES TODO 2012** - Concurso para el conocimiento y difusión de las buenas prácticas educativas de lucha contra el abandono escolar temprano y el fracaso escolar – Organiza: Fundación SM, España - Proyecto: Juego, Aprendo, Soy Libre - **Obtención Equipo Ganador**
- "Semillas Voluntarias" **Primer Concurso Nacional de Proyecto Social para Voluntarios Corporativos** – Organiza Asociación Trabajo Voluntario – Proyecto: Promotores de ambientes saludables – **Obtención Equipo Ganador**
- **Concurso de Dibujo de Tiras sobre Diversidad Sexual** – Organizado: INPPARES – Obtención de **Mención de Honor**
- **Bodas de Plata del Centro Cultural Federico Villarreal** – Diploma de Honor.

Nº DE DNI: 44011997

CONADIS Nº: 12299-2018

Dirección: Urb. Ceres, Mz. G,
Lt. 6, Segunda Etapa - Ate –
Vitarte

Teléfono: 992513627

conductismo@hotmail.com

Colegio de Psicólogos del Perú

Nº 33397

PROGRAMAS

Word, Excel, PowerPoint,
Photoshop, Illustrator,
Corel Draw, Filmora9.

IDIOMAS

Español: Natal
Inglés: Básico
Italiano: Básico
Franceses: Básico

MENCIÓN

- **Miembro Fundador**
Asociación Cultural
Educación, Protagonismo
y Arte (EPA)
- **Entrenador de líderes Preventivos (ELP)**
Programa "Centro de
Entrenamiento: Perú sin
Drogas"
- **Facilitador en Reflect Acción**
Red Peruana de Reflect
Acción



(*) No Posee documento
anexo.

EXPERIENCIA LABORAL

FUNCIONES	INSTITUCIÓN	PERIODO
Profesional en Psicología Asistencia técnica en los protocolos de atención del SiseVe de las IE focalizadas del distrito de Los Olivos. Escuelas de Familia, capacitaciones docentes y consejería individual a la comunidad educativa.	Unid. de Gestión Educ. Local N° 02 Área de Supervisión y Gestión del Servicio Educativo (ASGESE) Equipo de Convivencia Escolar	Marzo 2021 – A la fecha (*)
Psicólogo Escolar Departamento de psicología, realizando los talleres psicopedagógicos para los estudiantes de primaria y secundaria; Escuelas de familia; Sesiones docentes y evaluación individual a la comunidad educativa.	I. E. P. "San Miguel" Ubicada en el distrito de San Juan de Lurigancho – Campoy	Abril 2021 – A la fecha (*)
Psicólogo Clínico Atención en Consultorio, Seguimiento de casos, Terapia de Parejas.	Clinica Pediátrica Particular Dr. Quispe	Mayo 2018 – A la fecha (*)
Profesional en Psicología Acompañamiento a las Instituciones Focalizadas e Instituciones de la RED 10. Integración en el comité de tutoría y convivencia escolar. Capacitación a plana docente y directiva. Asesoría en la plataforma SiseVe.	Unid. de Gestión Educ. Local N° 06 Área de Supervisión y Gestión del Servicio Educativo (ASGESE) Equipo de Convivencia Escolar	Septiembre 2020 – diciembre 2020
Psicólogo Serumista Atención en Consultorio (Tamizaje, Evaluación y Psicoterapia) – Interconsultas en el área de Hospitalización – Actividades Preventivas Promocionales en comunidad.	Departamento de Psicología Hospital de Baja Complejidad de Vitarte	Serums 2019-1 Culmino: Resolución N° 215-2020-MINSA
Gestor Cultural Encargado de la programación de los talleres con Niños/as, Adolescentes y jóvenes, así misma programación de festivales artísticos en la zona de San Cosme- La Victoria.	Educación, Protagonismo y Arte – Perú EPA – PERÚ	Enero 2010 – agosto 2017
Docente de Instituto Dictando los cursos de Psicología, Seminarios, Arte y Educación Física	Instituto Superior Privado Pedagógico "AMAUTA"	Mayo 2012 – octubre 2012 (*)
Facilitador de Campaña: "Playas Limpias 2011" Elaboración de herramientas lúdicas, Sensibilización y coordinación de equipo de voluntarios sobre Educación ambiental, Coordinación de grupos artísticos.	Brinda servicio: Empresa de Comunicación Social y Servicios, SRL, para Ministerio del Ambiente "Campaña Playas Limpias 2011"	Enero 2011 - febrero 2011
Docente de Malabares y Zancos Desarrollo de las sesiones con herramientas que promuevan una educación Democrática e Inclusiva.	Asociación AYNIMUNDO Escuelas Democráticas "Integrarte 2011" San Juan de Miraflores	(1) enero 2011 Hasta febrero 2011 (2) abril 2011 Hasta noviembre 2011
Departamento de Psicología, Docente de Teatro – Clown, Consejería (Alumnos/as y Padres/madre), Apoyo en las Actividades Institucionales, Plan de Tutoría, Jornadas y Talleres.	Centro Educativo Particular "Santa María de Jesús" Ubicado en el distrito de Santa Anita – Urb. San Carlos	Julio 2010 hasta diciembre 2010 (*)
Monitor/Seguimiento de Casos Acompañamiento del Grupo de Varones con indicadores de Violencia Familiar. Apoyo en la Facilitación de las sesiones de Autoayuda.	Centro Mujer Teresa de Jesús (San Juan de Lurigancho) Proyecto Caracol de Piedra, Grupo de Autoayuda Mutua – Varones (GAM)	Febrero 2010 hasta abril 2010
Tutor de Campo / Co-Facilitador Acompañamiento de grupos de Señoras Comerciantes que reciben las capacitaciones en Gestión, Asesoría Técnica y desarrollo Personal. Apoyo en las facilitaciones en los temas de Desarrollo Personal.	Proyecto de Mujeres Emprendedoras (Comas – Villa El Salvador) Consorcio de Instituciones CELATS – INPET – CAPLAB Entidad Financiera UNIFEC	Desde septiembre 2009 Hasta febrero 2010. (*)

CONSULTORIAS

SERVICIO	INSTITUCIÓN	PERIODO
Psicólogo Educativo – Comunitario Realización de módulos virtuales de educación socioemocional, para docentes y estudiante de la región amazonas. Elaboración de rutas de telesoporte para estudiantes y familiares. Ejecución del telesoporte.	CARE PERÚ Proyecto Niñas con oportunidades NCO 2.0 Región Amazonas.	Julio 2020 – septiembre 2020
Coordinador de Proyecto Implementación de un programa de intervención comunitaria basado en el Arte y la participación social en Puerto Nuevo Callao	Transportadora Callao S.A. En beneficio de la Comunidad Salesiana "La Casa de los Jóvenes – Puerto Nuevo"	Julio 2013 – junio 2014

(*) No Posee documento anexo.

Psicólogo Social Encargado de las acciones en Instituciones Educativas, Facilitación en las sesiones educativas y Sistematización de los Resultados.	Municipalidad Provincial de Pasco , para el Proyecto Mejoramiento del Comportamiento Saludable en Familias, Juntas Vecinales e Instituciones Educativas en el Distrito de Chaupimarca.	Julio 2011 – diciembre 2011
--	--	-----------------------------

EXPERIENCIA DOCENTE

SERVICIO	INSTITUCIÓN	PERIODO
Formación de Psicoterapia Cognitiva Conductual Módulo TCC Niños y Adolescentes: I) Abordaje de la Ansiedad y Depresión Infantil. II) Abordaje en Trastornos de Conducta. Módulo TCC Jóvenes y Adultos: I) Terapia de Esquema y Terapia Racional Emotiva, II) Abordaje en Duelo no Resuelto y Terapia de Parejas.	Improva - Servicios Psicológicos Integrales	Periodo 2019

FORMACIÓN ACADÉMICA

- Curso Virtual de **Detección y atención temprana de necesidades educativas especiales en niñas y niños de alto riesgo**, organizado por MINEDU a través de PERUEDUCA. Certifica una duración de 70 hrs. Académicas de octubre a diciembre del 2021.
- Curso Virtual de **Enfoque de igualdad de género desde el rol docente**, organizado por MINEDU a través de PERUEDUCA. Certifica una duración de 48 hrs. Académicas. Del 04 al 25 de agosto de 2021.
- Curso Virtual de **GESTIÓN DE LA CONVIVENCIA ESCOLAR**, organizado por MINEDU a través de PERUEDUCA. Certifica una duración de 58 hrs. Académicas. Del 20 de octubre al 13 de diciembre de 2020.
- Curso de **TUTORIA Y CONVIVENCIA ESCOLAR**, organizado por la Asociación de Psicólogos de Lima – APSI LIMA. Modalidad virtual. Certifica 120 hrs. Académicas. Del 20 de octubre al 21 de noviembre del 2020.
- Curso **I Formación de Promotores Contra la Violencia Basada en Género**, organizado Instituto Superior de Estudios **PSICOUNE**, Modalidad Semi-presencial. Certifica 350 hrs. Académicas. – 15 de mayo de 2020
- Curso **Formación Internacional de Psicoterapia Sexual y de Pareja**, organizado Instituto Superior de Estudios **PSICOUNE**, Modalidad Virtual. Certifica 450 hrs. Académicas. – 15 de mayo de 2020.
- Curso **Manejo terapéutico Breve de los Trastornos Psicológicos a partir de la pandemia por Covid 19** – Organizada por **Colegio de Psicólogos del Perú** – Modalidad Virtual. Certifica 26 hrs. (Acumulados)
- Curso **IPC INTRODUCTIONS TO PARA SPORT - ONLINE LEARNING PROGRAMME**, Organizado por **INTERNATIONAL PARALYMPIC COMMITTEE**. - 2020
- Curso de **Psicología del Deporte** – Realizado Via NET. Certifica 120 hrs., Organizado por Coach Perú Asesores y Consultores. – 02 de agosto de 2018
- Curso **Introducción a la Responsabilidad Social Empresarial para ONG's** – Realizado el 25 de febrero de 2011. Organizado por **Asociación Trabajo Voluntario**.
- Taller Básico del Enfoque Reflect Acción** – Realizado el 17, 18 y 19 de Julio del 2009. Organizado por la RED REFLECT ACCIÓN LIMA
- Curso: **Introducción a la Psicotraumatología y al Manejo del Trauma Psíquico**, Organizado por Instituto Kinsey. Certifica 30 hrs. Académicas. – Realizado el 08 y 09 de septiembre de 2005.

RESOLUCIONES DIRECTORIALES - INSTITUCIONES EDUCATIVAS

- Institución Educativa N° 055 "Rosa de América" – Ugel 03 – R.D. N° 033-2014-DIE "RDA"
- Institución Educativa Ricardo Palma - Ugel 06 - R.D. N° 22-2020-DIE-R.P.



(*) No Posee documento anexo.

Lic. Henry J. Huere Quispe
D.N.I.N° 44011997