Instituto Tecnológico
y de Estudios Superiores de Occidente

Reconocimiento de validez oficial de estudios de nivel superior según acuerdo secretarial 15018, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 1976.

Departamento de Psicología, Educación y Salud

Doctorado en Investigación Psicológica

Validación psicométrica del instrumento Análisis Multidimensional de la Autoexperiencia (AMAE-I) en población clínica y no clínica: un estudio de la estructura de la autoexperiencia en el espectro de la esquizofrenia

Presenta: Mtr. Eduardo Padrón Herrera
Tutor Dr. Luis Hernando Silva Castillo

Comité Tutorial
Lectora externa Dra. María Inmaculada Márquez Noriego
Lector externo Dr. Mario Humberto Buenrostro Jáuregui
Lectora interna Dra. María Elena Rodríguez Pérez
Lector interno Dr. Antonio Sánchez Antillón

Tlaquepaque, Jalisco
julio 2026

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS 12
LISTA DE FIGURAS 6
VALIDACIÓN PSICOMÉTRICA DEL INSTRUMENTO ANÁLISIS MULTIDIMENSIONAL DE LA AUTOEXPERIENCIA (AMAE-I): UN ESTUDIO DE LA ESTRUCTURA FENOMENOLÓGICA DE LA AUTOEXPERIENCIA EN POBLACIÓN CLÍNICA Y NO CLÍNICA DENTRO DEL CONTINUO DEL ESPECTRO ESQUIZOFRÉNICO 13
Justificación Clínica 15
Justificación Teórica 16
Justificación Metodológica 16
Objetivo general 17
Objetivos específicos 18
Hipótesis 19
NIVEL TEÓRICO CONCEPTUAL 21
La psicosis como continuo 21
Manifestaciones subclínicas: experiencias psicóticas (PLEs) 23
Síntomas atenuados y experiencias subumbrales: APS como nivel intermedio 25
Fenómenos psicóticos breves: BLIPS y BIPS como expresiones episódicas 25
Delimitación conceptual: distintos niveles de organización de la experiencia 26
El paradigma CHR/UHR. Límites y necesidad de un enfoque fenomenológico 29
Aproximación fenomenológica de la autoexperiencia: hacia la articulación entre lo epistémico y lo psicométrico 30
Correlatos neurobiológicos de las alteraciones de la autoexperiencia: una aproximación neurofenomenológica 33
Contexto epidemiológico y estructural de la psicosis en México 37
Propuesta del Instrumento Análisis Multidimensional de la Autoexperiencia 39
NIVEL TÉCNICO METODOLÓGICO 43
Diseño del estudio 43
Participantes 44
Población clínica 44
Población no clínica (grupo de contraste) 44
Criterios de inclusión/ no inclusión 45
Criterios de inclusión 45
Criterios de no inclusión 47
Criterios de exclusión 47
Instrumento: Análisis Multidimensional de la Autoexperiencia (AMAE-I) 48
Concepción y fundamentos 48
Proceso de construcción del AMAE-I 49
Justificación del enfoque híbrido 51
Entrevista de datos sociodemográficos 51
Escala de respuesta y naturaleza ordinal de los reactivos 52
Validez de contenido 52
Selección de jueces 52
Procedimiento para seguir con los datos 54

Recolección de datos 54
Inspección de valores perdidos 55
Método de imputación 55
Distribución de los datos 56
Tipo de correlaciones empleadas 56
Estrategia de análisis estadístico 57
Análisis descriptivos y comparaciones entre grupos 57
Análisis Factorial Exploratorio (AFE) 60
Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) 61
Estimación de la fiabilidad 63
Validez convergente y discriminante (AVE, HTMT) 64
Regresiones logísticas 65
Análisis ROC/AUC y selección de puntos de corte 66
Estudio complementario de redes 68
Software y herramientas de análisis de datos 69
Consideraciones éticas 70
NIVEL EMPÍRICO 71
Resultados de la validez de contenido 73
Acuerdo interjueces 73
Comparaciones entre grupo clínico y no clínico en los Factores del AMAE-I 74
Estadísticos descriptivos por reactivo en población clínica y no clínica en los factores del AMAE-I 76
Factor 1 76
Factor 2 77
Factor 3 77
Factor 4 78
Factor 5 78
Factor 6 79
Resultados del análisis de covarianza (ANCOVA) por factor 79
Factor 1 79
Factor 2 79
Factor 3 79
Factor 4 80
Factor 5 80
Factor 6 80
Análisis factorial exploratorio 80
Supuestos y criterios de factorización 81
Solución factorial obtenida 81
Análisis factorial confirmatorio 82
Índices de ajuste del modelo 82
Cargas factoriales estandarizadas 84
Correlaciones interfactoriales 86
Fiabilidad del instrumento 87
Validez convergente y discriminante 87
Varianza media extraída (AVE) 87
Análisis HTMT 88

Regresión logística 89
Curvas ROC, AUC y puntos de corte por Factor 89
Análisis complementario de redes 90
Estructura de la red, medidas de centralidad y estabilidad 90
Factor 1 90
Factor 2 91
Factor 3 92
Factor 4 93
Factor 5 94
Factor 6 95
DISCUSIÓN 97
Validez de contenido 97
Contrastación de hipótesis 98
Hallazgos psicométricos del AMAE-I y su articulación con modelos neurobiológicos contemporáneos de la autoexperiencia 135
Análisis de Redes. Estudio Complementario 138
Integración transversal de los hallazgos: redes psicopatológicas, diferenciación estructural y consistencia multimetodológica del AMAE-I 142
CONCLUSIONES 146
FORTALEZAS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO 148
RECOMENDACIONES PARA INVESTIGACIÓN FUTURA Y DESARROLLO DEL AMAE-I 152
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 156
ANEXOS 181
Anexo A Entrevista de tamizaje clínico breve para población no clínica 1814
Anexo B Dimensiones y reactivos del AMAE-I luego del criterio de expertos 176
Anexo C Consentimiento informado para expertos 177
Anexo D Tabla de criterios para la evaluación 18780
Anexo E Matriz de evaluación de validez de contenido del instrumento AMAE-I 18881
Anexo F Consentimiento informado para participantes 19790
Anexo G Protocolo de actuación ante posibles reacciones de los evaluados 20091
Anexo H Estadísticos descriptivos por reactivo 20893
Anexo I Estructura Factorial del AMAE-I 211
Anexo J Resultados de la regresión logística 214
Anexo K Versión final del instrumento 207

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Niveles de descripción de la experiencia en el espectro esquizofrénico y su relación con la autoexperiencia 28
Tabla 2 Distribución de reactivos del AMAE-I por dimensión y dominio conceptual 50
Tabla 3 Distribución porcentual de variables sociodemográficas (N=157) 72
Tabla 4 Diferencias entre las dimensiones conformantes del AMAE-I por grupo clínico vs no clínico 75
Tabla 12 Valores de los índices de ajuste del AMAE-I (AFC) 83
Tabla 13 Índices Globales de Ajuste del Modelo 83
Tabla 14 Cargas Factoriales Estandarizadas del Modelo Factorial Confirmatorio 84
Tabla 15 Valores de las Correlaciones Interfactoriales 86
Tabla 16 Valores de la Omega de McDonald Global del AMAE-I 87
Tabla 17 Valores de AVE de los factores del AMAE-I 88
Tabla 18 Índices HTMT entre Factores del AMAE-I 88
Tabla 21 Valores de AUC por factor 90
Tabla 22 Síntesis integradora de los seis factores del AMAE-I: validez de criterio, capacidad discriminativa y fundamentación fenomenológica 133
Tabla F 5 Estadísticos descriptivos por reactivo de la dimensión Desorganización cognitiva autocentrada según grupo 200
Tabla F 6 Estadísticos descriptivos por reactivo de la Dimensión Desajuste Temporal y Experiencial según grupo 201
Tabla F 7 Estadísticos descriptivos por reactivos de la Dimensión Fragmentación corpórea y anhedonia según grupo 202
Tabla F 8 Estadísticos descriptivos por reactivo de la dimensión Centralidad Delirante según grupo 203
Tabla F 9 Estadísticos descriptivos por reactivo de la dimensión Experiencia Corporal Anómala y Simbolización Idiosincrásica según grupo 204
Tabla F 10 Estadísticos descriptivos por reactivo de la dimensión Alteraciones en la Continuidad del Pensamiento según grupo 205
Tabla F 11 Estructura factorial del AMAE-I 206
Tabla G 19 Estimaciones del Modelo de Regresión Logística 208
Tabla G 20 Coeficientes del Modelo de Regresión 209

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Estructura factorial del instrumento AMAE-I con cargas factoriales estandarizadas... 82
Figura 2 Estructura de red del factor 1 91
Figura 3 Estructura de red del factor 2 92
Figura 4 Estructura de red del factor 3 93
Figura 5 Estructura de red del factor 4 94
Figura 6 Estructura de red del factor 5 95
Figura 7 Estructura de red del factor 6 96
Figura 8 Curva ROC del Factor 1 (Desorganización cognitiva autocentrada) para la discriminación entre grupo clínico y no clínico..... 112
Figura 9 Curva ROC del Factor 2 (Desajuste temporal y experiencial) para la discriminación entre grupo clínico y no clínico 115
Figura 10 Curva ROC del Factor 3 (Fragmentación corpórea y anhedonia) para la discriminación entre grupo clínico y no clínico..... 119
Figura 11 Curva ROC del Factor 4 (Centralidad delirante) para la discriminación entre grupo clínico y no clínico..... 123
Figura 12 Curva ROC del Factor 5 (Experiencia corporal anómala y simbolización idiosincrásica) para la discriminación entre grupo clínico y no clínico..... 126
Figura 13 Curva ROC del Factor 6 (Alteraciones en la continuidad del pensamiento) para la discriminación entre grupo clínico y no clínico..... 130

Agradecimientos

A Dios por darme la vida y permitir este viaje maravilloso. A mi padre que se esforzó por darme lo mejor sin saber que lo mejor era él, a mi madre, porque todavía lo da.

A mi amor Priscila y a mis hijas Brianna y Eliana

A México

A mi tutor y amigo Luis Silva, a Toño y a los lectores Inma, Buenrostro y María Elena

Y a mí también por qué no

Asimismo, deseo expresar mi agradecimiento a la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI) por la beca otorgada durante mis estudios doctorales. De igual manera, agradezco al Programa de Doctorado en Investigación Psicológica de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México y el ITESO por la exención de colegiatura brindada a lo largo de mi formación. Ambos apoyos fueron fundamentales para la realización y culminación de esta investigación.

Resumen

Introducción: La esquizofrenia es actualmente conceptualizada como un trastorno de la autoexperiencia básica o ipseidad, caracterizado por alteraciones en la agencia, la temporalidad vivida, la corporalidad y la coherencia del pensamiento. En México, su estudio se ve influido por barreras estructurales en el acceso a los servicios de salud mental y por marcos culturales que inciden en la interpretación de las experiencias subjetivas. Asimismo, existe una limitada disponibilidad de instrumentos autóctonos validados que evalúen de manera sistemática las alteraciones fenomenológicas del self mínimo. En este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo diseñar y validar el Análisis Multidimensional de la Autoexperiencia (AMAE-I), evaluando su estructura psicométrica, validez y capacidad discriminativa en población mexicana.

Metodología: Se realizó un estudio transversal, cuantitativo y metodológico con una muestra de 157 participantes del estado de Jalisco. Se emplearon matrices de correlaciones policóricas y estimación robusta para explorar la estructura interna del AMAE-I mediante AFE y evaluar preliminarmente el ajuste del modelo mediante AFC en la misma muestra. Debido a que no se contó con una muestra independiente para validación cruzada, los resultados del AFC se interpretan como evidencia inicial de ajuste interno y no como confirmación definitiva de la estructura factorial. Se evaluó la fiabilidad mediante el coeficiente omega de McDonald, la validez convergente mediante AVE y la validez discriminante mediante correlaciones interfactoriales. Se empleó un análisis de covarianza (ANCOVA) para comparar los grupos en la variable dependiente, controlando el efecto de las covariables. El análisis se complementó con modelos de redes psicométricas (EBICglasso), regresiones logísticas para examinar la asociación entre dimensiones y pertenencia grupal, y análisis de curvas ROC/AUC para evaluar la capacidad discriminativa del instrumento.

Resultados: El AMAE-I mostró una solución de seis dimensiones coherente con la psicopatología fenomenológica de la autoexperiencia. Los índices de ajuste mostraron un patrón mixto, con ajuste incremental aceptable y discrepancias en los índices absolutos, lo que sugiere una estructura prometedora pero susceptible de refinamiento: desorganización cognitiva auto centrada, desajuste temporal y experiencial, fragmentación corpórea y anhedonia, centralidad delirante, experiencia corporal anómala y simbolización idiosincrásica, y alteraciones en la continuidad del pensamiento. El AFC presentó un ajuste adecuado (CFI = 0.942; TLI = 0.936) y la fiabilidad global fue de ($\omega = 0.901$). El análisis de covarianza (ANCOVA) mostró diferencias significativas entre grupos en la variable dependiente tras controlar las covariables, indicando que los efectos observados son atribuibles a la variable independiente. Los análisis indicaron asociaciones significativas entre las dimensiones del instrumento y la pertenencia al grupo clínico, destacando el desajuste temporal y experiencial y la fragmentación corpórea como dimensiones con mayor peso. De manera relevante, la desorganización cognitiva autocentrada mostró un efecto negativo significativo. En términos discriminativos, el modelo global alcanzó un AUC de 0.946, con sensibilidad de 91.23% y especificidad de 87%, lo que sugiere una adecuada capacidad para diferenciar entre población clínica y no clínica. **Conclusiones:** El AMAE-I aporta evidencia inicial de validez y consistencia como instrumento orientado a la evaluación de alteraciones fenomenológicas de la autoexperiencia en población mexicana. Los resultados respaldan la posibilidad de articular la psicopatología fenomenológica con la medición empírica, mostrando que las alteraciones de la autoexperiencia permiten caracterizar diferencias en la organización subjetiva dentro del espectro esquizofrénico. En este sentido, el instrumento representa una propuesta para su uso en investigación clínica y fenomenológica en contextos culturales diversos.

Palabras clave: autoexperiencia, esquizofrenia, neurofenomenología, validez psicométrica

Abstract

Introduction: Schizophrenia is currently conceptualized as a disorder of basic self-experience or ipseity, characterized by alterations in agency, lived temporality, embodiment, and coherence of thought. In Mexico, its study is influenced by structural barriers in access to mental health services and by cultural frameworks shaping the interpretation of subjective experiences. Additionally, there is a limited availability of validated indigenous instruments designed to systematically assess phenomenological alterations of the minimal self. In this context, the present study aimed to design and validate the Multidimensional Analysis of Self-Experience (AMAE-I), evaluating its psychometric structure, validity, and discriminative capacity in a Mexican population. **Methodology:** A cross-sectional, quantitative psychometric validation study was conducted with a sample of 157 participants from the state of Jalisco (57 diagnosed with schizophrenia and 100 non-clinical controls). Polychoric correlation matrices and the DWLS estimator were used to perform Exploratory Factor Analysis (EFA) and Confirmatory Factor Analysis (CFA). Reliability was assessed using McDonald's omega, convergent validity through AVE, and discriminant validity through interfactor correlations. An analysis of covariance (ANCOVA) was conducted to compare groups on the dependent variable while controlling for covariates. The analysis was complemented with psychometric network models (EBICglasso), logistic regressions examining associations with group membership, and ROC/AUC curve analyses to evaluate discriminative performance. **Results:** The AMAE-I showed a six-factor structure consistent with the phenomenological psychopathology of self-experience: self-centered cognitive disorganization, temporal and experiential disruption, bodily fragmentation and anhedonia, delusional centrality, anomalous bodily experience and idiosyncratic symbolization, and disturbances in thought continuity.

The confirmatory model demonstrated adequate fit (CFI = 0.942; TLI = 0.936) and high global reliability (ω = 0.901). The analysis of covariance (ANCOVA) revealed significant group differences in the dependent variable after controlling for covariates, indicating that the observed effects are attributable to the independent variable. Analyses revealed significant associations between the instrument's dimensions and clinical group membership, with temporal-experiential disruption and bodily fragmentation showing the strongest contributions. Notably, self-centered cognitive disorganization showed a significant negative effect. In discriminative terms, the global model achieved an AUC of 0.946, with 91.23% sensitivity and 87% specificity, suggesting an adequate capacity to differentiate between clinical and non-clinical groups.

Conclusions: The AMAE-I provides initial evidence of validity and consistency as an instrument aimed at assessing phenomenological alterations of self-experience in a Mexican population. The findings support the possibility of integrating phenomenological psychopathology with empirical measurement, showing that disturbances in self-experience may help characterize differences in subjective organization within the schizophrenia spectrum. In this sense, the instrument represents a relevant proposal for use in clinical and phenomenological research across diverse cultural contexts.

Keywords: self-experience, schizophrenia, neurophenomenology**,** psychometric validity

Validación Psicométrica del Instrumento Análisis Multidimensional de la Autoexperiencia (AMAE-I): Un Estudio de la Estructura Fenomenológica de la Autoexperiencia en Población Clínica y No Clínica dentro del Continuo del Espectro Esquizofrénico

"...y enloquecerás a causa de lo que verán tus ojos"

Deuteronomio 28:34

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta de manera profunda la organización de la experiencia subjetiva, manifestándose en alteraciones de la identidad, la coherencia del pensamiento y la vivencia del sí mismo, con importantes repercusiones funcionales, sociales y clínicas (Sass y Parnas, 2003; Parnas et al., 2005). En México, los trastornos mentales representan un problema prioritario de salud pública, caracterizado por un incremento sostenido en su carga global y por una brecha persistente entre las necesidades de atención y los recursos disponibles, especialmente en el ámbito de la salud mental especializada (Medina et al., 2023).

En este contexto, uno de los desafíos centrales en el estudio de la esquizofrenia radica en la comprensión de sus manifestaciones más sutiles y complejas, particularmente aquellas que no se ajustan a los modelos diagnósticos tradicionales centrados en síntomas positivos.

Diversas investigaciones han documentado la presencia de alteraciones en la experiencia subjetiva que configuran modos particulares de vivenciar el mundo y a sí mismo, los cuales resultan difíciles de captar mediante enfoques exclusivamente sintomáticos (Orsolini et al., 2022).

En este sentido, el análisis de la autoexperiencia emerge como una vía relevante para profundizar en la comprensión de la estructura fenomenológica del trastorno.

No obstante, la incorporación de la experiencia subjetiva en la investigación plantea un desafío epistemológico y metodológico fundamental: *cómo traducir fenómenos cualitativos, complejos y de difícil verbalización en indicadores susceptibles de medición empírica*. Mientras que la fenomenología ha permitido describir con precisión estas transformaciones en la vivencia del self, la psicometría ofrece herramientas para su evaluación sistemática. La articulación entre ambos enfoques requiere procesos de operacionalización que permitan capturar patrones de experiencia sin reducir en exceso su complejidad, estableciendo así un puente entre la descripción clínica y la medición cuantitativa.

A pesar de estos avances, en el contexto mexicano persiste una limitación relevante: la ausencia de instrumentos validados localmente que evalúen de manera específica y multidimensional las alteraciones de la autoexperiencia desde una perspectiva fenomenológica. Aunque existen herramientas internacionales ampliamente utilizadas, su desarrollo se ha realizado en contextos culturales distintos, lo que limita su aplicabilidad directa y plantea interrogantes sobre su validez en poblaciones mexicanas. Las diferencias culturales en la interpretación y expresión de la experiencia subjetiva pueden afectar la precisión de las mediciones si no se cuenta con procesos de validación adecuados (Khaled, 2023).

Asimismo, los instrumentos disponibles en el ámbito de la salud mental en México no abordan de manera específica la autoexperiencia como constructo central en la esquizofrenia ni integran plenamente los desarrollos teóricos contemporáneos sobre el self.

Esta ausencia limita la posibilidad de identificar configuraciones experienciales relevantes y de diferenciar perfiles desde una perspectiva fenomenológica estructurada.

En este contexto, se plantea la necesidad de desarrollar y validar un instrumento que permita evaluar de manera sistemática las alteraciones de la autoexperiencia desde un enfoque fenomenológico, incorporando al mismo tiempo criterios de rigor psicométrico y pertinencia cultural. El Análisis Multidimensional de la Autoexperiencia en su primera versión (AMAE-I) surge como una propuesta orientada a cubrir este vacío, ofreciendo una herramienta diseñada para evaluar de manera estructurada las manifestaciones de la experiencia subjetiva asociadas al espectro esquizofrénico.

En este sentido, la presente investigación se plantea la siguiente pregunta: ¿El AMAE-I presenta adecuada validez discriminativa para diferenciar entre población clínica con esquizofrenia y población no clínica a partir de patrones de autoexperiencia?

Justificación Clínica

La esquizofrenia constituye uno de los trastornos psiquiátricos de mayor carga clínica y social, caracterizado por un curso frecuentemente crónico y un impacto significativo en el funcionamiento personal, familiar y social de quienes lo padecen. En contextos como México, la evidencia reciente indica la presencia de importantes desafíos en el acceso a servicios especializados, así como una considerable heterogeneidad en las trayectorias clínicas, lo cual se asocia con variabilidad en la severidad sintomática y en el funcionamiento global (Hernández-Hernández et al., 2022; Fresán et al., 2020; Limosin et al., 2023).

Estas condiciones ponen de relieve la necesidad de contar con herramientas que permitan una caracterización más precisa de las manifestaciones clínicas, particularmente aquellas relacionadas con la experiencia subjetiva, que frecuentemente pasan inadvertidas en evaluaciones centradas exclusivamente en síntomas observables.

En este sentido, el estudio de la autoexperiencia permite ampliar la comprensión clínica del trastorno, incorporando dimensiones que reflejan la forma en que los individuos viven y estructuran su experiencia.

Justificación Teórica

Desde la psicopatología fenomenológica contemporánea, la esquizofrenia se conceptualiza como un trastorno fundamental de la autoexperiencia y de la ipseidad, más que como una mera agregación de síntomas psicóticos aislados. En esta perspectiva, las alteraciones de la identidad, la coherencia experiencial y la autoconciencia constituyen el núcleo estructural del trastorno (Sass & Parnas, 2003; Parnas et al., 2005; Pienkos et al., 2020).

Este enfoque reconoce que la autoexperiencia posee una naturaleza multidimensional, en la cual distintos dominios fenomenológicos pueden verse afectados con intensidades variables, dando lugar a configuraciones experienciales heterogéneas. No obstante, la operacionalización empírica de estos desarrollos teóricos continúa siendo limitada, particularmente en contextos no europeos. El análisis comparado de los instrumentos actualmente disponibles revela un vacío conceptual y metodológico relevante.

Mientras que algunas herramientas se centran en síntomas clínicos específicos o en experiencias psicóticas generales, otras, como la Examination of Anomalous Self-Experience (EASE), permiten una exploración fenomenológica profunda, pero presentan limitaciones para su aplicación sistemática y su integración en modelos psicométricos estructurados, especialmente en poblaciones latinoamericanas.

Justificación Metodológica

Ante este panorama, resulta pertinente desarrollar instrumentos contextualizados que permitan explorar las alteraciones de la autoexperiencia desde un enfoque fenomenológico,

integrando al mismo tiempo rigor psicométrico. La construcción y validación de herramientas de este tipo contribuye a reducir el vacío empírico existente en el contexto mexicano y favorece el estudio sistemático de configuraciones subjetivas asociadas al espectro esquizofrénico.

En este marco, el Análisis Multidimensional de la Autoexperiencia (AMAE-I) se propone como un instrumento orientado a evaluar de forma estructurada diferentes dominios fenomenológicos de la autoexperiencia. Su validación psicométrica mediante análisis factorial exploratorio y confirmatorio permite examinar la dimensionalidad del constructo, mientras que la incorporación de análisis de redes psicométricas ofrece una comprensión complementaria de las interrelaciones entre los dominios experienciales (Epskamp et al., 2018).

Asimismo, la inclusión de procedimientos de validez convergente, discriminante y análisis de curvas ROC permite evaluar la capacidad del instrumento para diferenciar entre perfiles de autoexperiencia en población clínica y no clínica (Ortega et al., 2023).

En conjunto, el desarrollo del AMAE-I busca articular la psicopatología fenomenológica contemporánea con los estándares actuales de evaluación psicométrica, favoreciendo una comprensión más precisa y estructurada de la experiencia subjetiva en el espectro esquizofrénico. A partir de estas consideraciones, el presente estudio tiene como propósito examinar las propiedades psicométricas del AMAE-I en población mexicana, contribuyendo al estudio empírico de la autoexperiencia desde una perspectiva integradora.

Objetivo General

Evaluar las propiedades psicométricas del instrumento Análisis Multidimensional de la Autoexperiencia (AMAE-I), identificando configuraciones fenomenológicas de la autoexperiencia en población clínica y no clínica.

Objetivos Específicos

Los objetivos específicos del presente estudio se organizan siguiendo la lógica clásica de la validación psicométrica de instrumentos de medición, la cual avanza de manera progresiva desde la exploración de la estructura del constructo, pasando por la evaluación de la consistencia interna y la validez, hasta el análisis de la capacidad discriminativa del instrumento en contextos clínicamente relevantes. A continuación, se listan los objetivos específicos:

1. Determinar la estructura factorial del AMAE-I.
2. Evaluar la consistencia interna del AMAE-I, tanto a nivel global como por dimensiones.
3. Examinar la validez convergente y discriminante del AMAE-I.
4. Comparar la distribución de las puntuaciones entre población clínica con esquizofrenia y población no clínica.
5. Evaluar la capacidad del instrumento para clasificar a los participantes en población clínica y no clínica, así como determinar puntos de corte clínicamente relevantes para su diferenciación.

En congruencia con los objetivos planteados, se formulan las siguientes hipótesis de investigación, las cuales permiten orientar empíricamente el estudio y establecer expectativas verificables sobre el instrumento. La inclusión de hipótesis responde a la necesidad de contrastar de manera sistemática los supuestos teóricos derivados del marco conceptual con los datos observados

Hipótesis

H1 (Estructura factorial - validez de constructo). El Análisis Multidimensional de la Autoexperiencia (AMAE-I) presentará una estructura factorial multidimensional con factores correlacionados, mostrando un ajuste global aceptable del modelo, evidenciado por índices de bondad de ajuste dentro de rangos adecuados (CFI y TLI ≥ .90; RMSEA y SRMR ≤ .08).

H2 (Consistencia interna - fiabilidad). El AMAE-I presentará niveles adecuados de consistencia interna, tanto a nivel global como por dimensiones, evidenciados por coeficientes de fiabilidad (ω) iguales o superiores a .65 en las subescalas y superiores a .80 en la escala total.

H3 (Validez convergente y discriminante). Las dimensiones del AMAE-I presentarán evidencia de validez convergente y discriminante, reflejada por valores de varianza media extraída (AVE) iguales o superiores a .40 y razones HTMT inferiores a .85 entre dimensiones conceptualmente diferenciables.

H4 (Diferencias entre grupos - validez de criterio concurrente). Existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del AMAE-I entre la población clínica con esquizofrenia y la población no clínica del estado de Jalisco, con tamaños del efecto de magnitud al menos moderada (|d| ≥ 0.50), siendo mayores las alteraciones en la autoexperiencia en el grupo clínico.

H5 (Capacidad de clasificación y discriminación-validez de criterio concurrente). *Las puntuaciones del AMAE-I permitirán diferenciar significativamente entre población clínica y no clínica, mostrando asociaciones estadísticamente significativas con la pertenencia al grupo clínico y una adecuada capacidad discriminativa, evidenciada por valores del área bajo la curva (AUC) iguales o superiores a .80, así como por indicadores adecuados de sensibilidad y especificidad.*

Nivel Teórico Conceptual

Lo mejor será que bailemos. ¿Y que nos juzguen de locos Sr. Conejo? ¿Usted conoce cuerdos felices?¡Tiene razón, bailemos!

Lewis Carroll

El estudio contemporáneo de la esquizofrenia ha transitado progresivamente desde modelos categoriales hacia enfoques dimensionales que reconocen la continuidad de las experiencias psicóticas en la población general. En este marco, el presente capítulo se organiza en torno al problema central de cómo comprender y operacionalizar las alteraciones de la autoexperiencia en el espectro esquizofrénico, integrando evidencia proveniente de modelos dimensionales, la psicopatología fenomenológica y la neurociencia contemporánea. Este problema implica no solo la identificación de dimensiones relevantes de la experiencia subjetiva, sino también el desafío de traducir fenómenos prerreflexivos, dinámicos y contextuales en constructos susceptibles de medición empírica. En este sentido, el presente trabajo asume como eje central de análisis los desórdenes de la autoexperiencia, entendidos como manifestaciones empíricas de alteraciones en la estructura básica del self, cuya comprensión resulta clave para articular los distintos niveles explicativos del espectro esquizofrénico.

La Psicosis como Continuo

Durante gran parte del siglo XX, la esquizofrenia fue conceptualizada dentro de un marco categorial, en el cual los trastornos psicóticos eran entendidos como entidades clínicas discretas, delimitadas por criterios diagnósticos relativamente rígidos.

En este modelo, la psicosis se definía fundamentalmente por la presencia de síntomas positivos manifiestos, tales como delirios, alucinaciones y desorganización del pensamiento, estableciendo una frontera cualitativa entre normalidad y patología.

Sin embargo, en las últimas décadas, este enfoque ha sido progresivamente cuestionado por evidencia convergente proveniente de la epidemiología, la psicología clínica y la neurociencia, la cual sugiere que los fenómenos psicóticos no se distribuyen de manera dicotómica, sino a lo largo de un continuo dimensional de experiencia (Cowan & Mittal, 2020; Hinterbuchinger & Mossaheb, 2021; Isaksson et al., 2022). Desde esta perspectiva, la psicosis no constituye un fenómeno cualitativamente distinto de la experiencia ordinaria, sino el extremo de una distribución continua de vivencias que varían en intensidad, frecuencia, grado de convicción y repercusión funcional (Stanford Medicine, PEPPNET, 2023).

Este cambio de paradigma ha sido respaldado por estudios poblacionales que muestran la presencia de experiencias psicóticas en individuos sin diagnóstico psiquiátrico, así como por evidencia longitudinal que indica que dichas experiencias pueden formar parte de trayectorias heterogéneas de la experiencia humana (Hinterbuchinger & Mossaheb, 2021; Rep et al., 2023). Asimismo, el modelo dimensional se articula con enfoques transdiagnósticos que conciben la psicosis como un fenómeno que atraviesa múltiples categorías clínicas, desdibujando los límites tradicionales entre trastornos y enfatizando la variabilidad en la organización de la experiencia subjetiva (Fusar-Poli et al., 2020; Andreou et al., 2023).

En conjunto, la noción de continuo psicótico proporciona un marco conceptual que permite situar las alteraciones de la autoexperiencia dentro de una gradiente de variación fenomenológica.

Desde esta perspectiva, las manifestaciones clínicas de la esquizofrenia pueden entenderse como configuraciones particulares de la experiencia subjetiva, en las que se articulan de manera específica distintos dominios del self, más que como entidades cualitativamente separadas de la experiencia ordinaria. Este enfoque resulta fundamental para desplazar el análisis desde la mera presencia de síntomas hacia la organización estructural de la experiencia, abriendo la posibilidad de examinar de manera más precisa las transformaciones del self que subyacen al espectro esquizofrénico.

Manifestaciones Subclínicas: Experiencias Psicóticas (PLEs)

Dentro del marco del continuo psicótico, las experiencias psicóticas subclínicas, comúnmente denominadas *psychotic-like experiences* (PLEs), constituyen una de las expresiones más estudiadas de la variabilidad en la experiencia subjetiva. Estas experiencias incluyen fenómenos perceptivos inusuales, ideas de referencia, suspicacia leve o alteraciones en la vivencia del pensamiento, que comparten características formales con los síntomas psicóticos, pero se presentan con menor intensidad, menor grado de convicción o carácter transitorio (Isaksson et al., 2022; Lindgren & Therman, 2022).

Desde una perspectiva dimensional, las PLEs no representan entidades categoriales aisladas, sino manifestaciones situadas dentro de un mismo espectro de experiencia, en el cual las diferencias se establecen en términos de grado, frecuencia y organización fenomenológica. En este sentido, su presencia no implica necesariamente psicopatología, sino que puede formar parte de la variabilidad normal de la experiencia humana.

Diversos estudios epidemiológicos han mostrado que las PLEs son relativamente frecuentes en la población general, especialmente durante la adolescencia y la adultez temprana, con prevalencias estimadas entre 5% y 8%, e incluso mayores cuando se consideran reportes a lo

largo de la vida (Hinterbuchinger & Mossaheb, 2021; Rep et al., 2023). No obstante, su relevancia no radica únicamente en su frecuencia, sino en la forma en que estas experiencias se organizan dentro de la vivencia del sujeto, incluyendo su persistencia, su integración en la experiencia del self y su relación con el malestar subjetivo y el funcionamiento global.

Asimismo, se ha documentado su asociación con diversos factores contextuales, como experiencias adversas tempranas, estrés crónico y consumo de sustancias, lo que sugiere que estas manifestaciones emergen de la interacción entre condiciones individuales y contextuales (Rimvall et al., 2021; Lindgren et al., 2022; Healy et al., 2023). Sin embargo, estas asociaciones no permiten por sí mismas delimitar configuraciones clínicas específicas, lo que pone de relieve la necesidad de enfoques que trasciendan la mera presencia de síntomas y examinen la estructura de la experiencia en la que estos se inscriben.

En este sentido, una de las principales limitaciones del estudio de las PLEs radica en su carácter relativamente inespecífico, ya que pueden observarse tanto en población general como en distintos contextos psicopatológicos. Esto ha llevado a cuestionar su utilidad como indicadores aislados y a enfatizar la importancia de analizar la organización estructural de la experiencia subjetiva en la que dichas manifestaciones se configuran.

Desde esta perspectiva, las PLEs pueden ser comprendidas como expresiones parciales de alteraciones en la autoexperiencia, cuya interpretación requiere ser situada dentro de configuraciones más amplias del self. Más que constituir entidades clínicas en sí mismas, estas experiencias adquieren significado en función de su integración en patrones fenomenológicos más complejos. Esto subraya la necesidad de instrumentos que permitan evaluar de manera sistemática la estructura de la autoexperiencia, en lugar de centrarse exclusivamente en la presencia de fenómenos aislados.

Síntomas Atenuados y Experiencias Subumbrales: APS como Nivel Intermedio

En un nivel más estructurado que las PLEs, se han descrito las denominadas *Attenuated Psychotic Symptoms* (APS), las cuales corresponden a manifestaciones similares a los síntomas psicóticos, pero con menor intensidad, menor grado de convicción y una mayor preservación del insight. Estas incluyen ideas de referencia más organizadas, percepciones inusuales con mayor claridad fenomenológica o formas incipientes de pensamiento desorganizado (Fusar-Poli et al., 2020; Andreou et al., 2023).

A diferencia de las PLEs, las APS presentan una mayor consistencia en su aparición y una organización experiencial más definida, lo que permite situarlas en un nivel intermedio entre las variaciones subclínicas de la experiencia y las formas clínicas plenamente estructuradas. No obstante, al igual que las PLEs, su relevancia en el presente trabajo no se vincula con su valor como indicadores clínicos, sino con su contribución a la comprensión de distintos grados de organización de la experiencia subjetiva.

Fenómenos Psicóticos Breves: BLIPS y BIPS como Expresiones Episódicas

En un nivel distinto, caracterizado por su carácter episódico, se encuentran los fenómenos conocidos como *Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms* (BLIPS) o *Brief Intermittent Psychotic Symptoms* (BIPS), los cuales corresponden a experiencias psicóticas de corta duración que alcanzan un grado de intensidad comparable al de los síntomas francos, pero que se resuelven de manera espontánea en un periodo limitado de tiempo (Fusar-Poli et al., 2020; Yung et al., 2005).

Estos fenómenos representan una forma particular de organización de la experiencia, en la que se produce una desestructuración transitoria del pensamiento, la percepción o la atribución de significado, sin consolidarse como un patrón estable.

Desde una perspectiva fenomenológica, su interés radica en mostrar que la organización de la experiencia puede fluctuar de manera significativa, dando lugar a configuraciones intensas pero inestables.

Delimitación Conceptual: Distintos Niveles de Organización de la Experiencia

En conjunto, las PLEs, las APS y los fenómenos breves como BLIPS/BIPS no deben entenderse como etapas de un proceso lineal, sino como distintos modos de organización de la experiencia que varían en términos de intensidad, estructuración y estabilidad. Mientras que las PLEs representan variaciones frecuentes y generalmente transitorias, las APS implican una mayor organización de la experiencia, y los fenómenos breves reflejan episodios de desestructuración más intensa pero limitada en el tiempo.

No obstante, todos estos niveles comparten una característica fundamental: se sitúan en el plano del contenido de la experiencia, lo que el sujeto percibe, piensa o interpreta, más que en la forma estructural de la misma. En este sentido, aunque aportan información relevante sobre la diversidad de manifestaciones del espectro esquizofrénico, no permiten por sí mismos acceder a las alteraciones más profundas de la autoexperiencia.

Esta distinción resulta fundamental para el presente trabajo, ya que delimita el nivel de análisis adoptado. Mientras que los enfoques centrados en PLEs, APS o BLIPS/BIPS describen variaciones en el contenido y la organización superficial de la experiencia, la aproximación fenomenológica se orienta hacia las transformaciones en la estructura misma de la experiencia, es decir, hacia la autoexperiencia como nivel fundamental de análisis.

Con el fin de clarificar estas diferencias y ubicar conceptualmente los distintos niveles en los que han sido descritos los fenómenos del espectro esquizofrénico, a continuación, se presenta una síntesis comparativa que integra estas aproximaciones en función de su nivel de análisis,

características y relación con la autoexperiencia**.** Esta sistematización no implica una secuencia evolutiva entre los niveles descritos, sino una distinción analítica que permite comprender la especificidad del enfoque adoptado en el presente estudio. Ver Tabla 1.

Tabla 1

Niveles de Descripción de la Experiencia en el Espectro Esquizofrénico y su Relación con la Autoexperiencia

Nivel de análisis	Tipo de fenómeno	Características principales	Nivel de organización	Ejemplos	Relación con autoexperiencia
Síntomas psicóticos francos	Clínico manifiesto	Experiencias claramente estructuradas, con convicción y pérdida de insight	Alto (contenido estructurado)	Delirios, alucinaciones, desorganización del pensamiento	Expresión fenoménica final de alteraciones más profundas
Experiencias atenuadas (APS)	Clínico subumbral	Similares a los síntomas, pero con menor intensidad y mayor cuestionamiento	Moderado-alto	Ideas de referencia leves, suspicacia, percepciones inusuales	Indican alteraciones en la organización del significado
PLEs	Subclínico poblacional	Experiencias psicóticas leves, transitorias y frecuentes en población general	Variable	Sensación de ser observado, pensamientos extraños ocasionales	Manifestaciones superficiales de variaciones en la experiencia
BLIPS / BIPS	Episódico breve	Experiencias psicóticas transitorias de corta duración	Alto (pero inestable)	Episodios breves de delirios o alucinaciones	Desorganización transitoria de la experiencia
CHR / UHR	Marco clínico-operativo	Conjunto de criterios que integran experiencias atenuadas y factores clínicos	Heterogéneo	APS + deterioro funcional	Organización clínica de distintos fenómenos, no un nivel fenomenológico en sí
Autoexperiencia (nivel profundo)	Fenomenológico estructural	Alteraciones en la forma de la experiencia, no en su contenido	Bajo (estructural)	Pérdida de agencia, extrañeza del pensamiento, hiperreflexividad, discontinuidad temporal	Nivel central de análisis; estructura subyacente que organiza los demás fenómenos

El Paradigma CHR/UHR. Límites y Necesidad de un Enfoque Fenomenológico

A pesar de su relevancia en la sistematización clínica del espectro psicótico, un creciente cuerpo de evidencia ha puesto de manifiesto limitaciones importantes de los modelos de estados de alto riesgo clínico (CHR/UHR). En primer lugar, se ha documentado una marcada heterogeneidad en los perfiles identificados bajo estos criterios, lo que sugiere que agrupan configuraciones experienciales diversas que no necesariamente responden a una misma organización psicopatológica (Fusar-Poli et al., 2020; Andreou et al., 2023).

Asimismo, su énfasis predominante en síntomas positivos atenuados limita la exploración de alteraciones más fundamentales de la experiencia subjetiva, particularmente aquellas relacionadas con la estructura del self. En este sentido, se ha señalado que estos modelos tienden a centrarse en manifestaciones relativamente próximas a formas clínicas más evidentes, sin abordar de manera suficiente los procesos más básicos de transformación de la autoexperiencia (Nelson et al., 2020; Parnas et al., 2021).

De manera complementaria, se ha observado que los criterios CHR/UHR presentan una limitada especificidad fenomenológica, en tanto que las manifestaciones que identifican pueden aparecer en distintos contextos psicopatológicos. Esto sugiere que dichos modelos capturan dimensiones relativamente inespecíficas de la experiencia clínica, lo que refuerza la necesidad de enfoques que permitan analizar con mayor precisión la organización interna de la experiencia subjetiva.

En este contexto, fenómenos como el *drift* temporal y las dificultades de transportabilidad de modelos desarrollados en contextos específicos han puesto de relieve la sensibilidad de estas aproximaciones a variaciones culturales, clínicas y metodológicas (Koutsouleris et al., 2018; Koutsouleris et al., 2021; Fusar-Poli et al., 2020). Estos hallazgos subrayan que la comprensión

del espectro esquizofrénico no puede depender exclusivamente de criterios operativos, sino que requiere integrar niveles de análisis más profundos.

En conjunto, estas limitaciones evidencian que, si bien los modelos CHR/UHR han contribuido a la organización clínica del espectro psicótico, no capturan plenamente las transformaciones más profundas de la experiencia subjetiva. En este sentido, diversos enfoques, como el modelo de alteraciones del self y la investigación sobre síntomas básicos (COGDIS), han señalado la relevancia de examinar la autoexperiencia como un nivel central de análisis en la comprensión de la esquizofrenia (Sass & Parnas, 2003; Parnas et al., 2005; Schultze-Lutter et al., 2007; Henriksen et al., 2021).

Desde esta perspectiva, los desórdenes de la autoexperiencia pueden ser entendidos como un nivel de análisis complementario, no exclusivo ni suficiente por sí mismo, pero potencialmente más cercano a la organización estructural de la experiencia subjetiva. Esto abre la posibilidad de articular de manera más sólida la psicopatología fenomenológica con estrategias sistemáticas de evaluación empírica, orientadas a comprender configuraciones experienciales más que a clasificar estados clínicos.

Aproximación Fenomenológica de la Autoexperiencia: hacia la Articulación entre lo Epistémico y lo Psicométrico

En el presente trabajo, los términos *self mínimo*, *autoconciencia básica* e *ipseidad* se utilizan de manera equivalente para referirse al nivel más elemental de la subjetividad. Este nivel no implica pensarse a uno mismo ni narrarse, sino que corresponde al hecho implícito de que toda experiencia se vive “desde mí” y “como mía”. Incluye el sentido inmediato de propiedad de la experiencia y, en condiciones habituales, una vivencia tácita de agencia. No es discursivo ni

temático, y no suele aparecer como objeto de atención, sino como el trasfondo prerreflexivo que hace posible cualquier vivencia.

Por su parte, el concepto de *autoexperiencia* se emplea para describir la manifestación fenomenológica de este nivel del self mínimo en distintos dominios, tales como el pensamiento, la corporalidad, la temporalidad y la agencia. A diferencia del self mínimo, la autoexperiencia es accesible, describible y susceptible de ser operacionalizada mediante instrumentos psicométricos. En este sentido, aunque la ipseidad no es directamente medible debido a su carácter prerreflexivo, sus alteraciones pueden inferirse a partir de patrones sistemáticos en la autoexperiencia reportada por el sujeto.

Es importante señalar que, si bien las alteraciones de la autoexperiencia han sido propuestas como un componente central en la comprensión del espectro esquizofrénico, no constituyen un marcador exclusivo ni suficiente por sí mismo. Más bien, deben entenderse como un nivel de análisis dentro de un sistema multicausal que incluye factores neurobiológicos, cognitivos, ambientales y socioculturales. En este sentido, la relevancia de la autoexperiencia radica en su capacidad para aportar información sobre la organización subjetiva del trastorno, complementando, y no sustituyendo, otros niveles explicativos.

En función de esta delimitación conceptual, a lo largo del presente trabajo se utilizará el término *ipseidad* para referirse al nivel estructural fundamental de la experiencia, mientras que el concepto de *autoexperiencia* designará su expresión fenomenológica susceptible de medición. Asimismo, la expresión *trastornos del self mínimo* o *self-disturbances* (SD) se empleará para aludir a las alteraciones de la ipseidad inferidas a partir de manifestaciones atípicas en la autoexperiencia. Esta distinción permite mantener cierta coherencia conceptual y claridad analítica en la articulación entre fenomenología y psicometría.

Ante las limitaciones de los modelos centrados predominantemente en la evaluación de síntomas, la psicopatología contemporánea ha recuperado los aportes de la tradición fenomenológica para proponer una comprensión más profunda de los procesos que subyacen al espectro esquizofrénico. Desde esta perspectiva, la esquizofrenia no se define primariamente por la presencia de síntomas positivos, sino por alteraciones más fundamentales en la estructura de la experiencia subjetiva, particularmente en la forma en que el sujeto se relaciona consigo mismo, con su cuerpo y con el mundo (Sass y Parnas, 2003; Parnas et al., 2021). Este desplazamiento implica un cambio de foco desde los contenidos del pensamiento hacia las condiciones de posibilidad de la experiencia, situando el núcleo del trastorno en un nivel prerreflexivo y estructural.

En este marco, el concepto de *self-disturbances* (SD) ocupa un lugar central. En el espectro esquizofrénico, esta estructura se ve alterada, dando lugar a fenómenos como la pérdida de la vivencia de agencia, la hiperreflexividad, la objetivación del propio pensamiento, la sensación de extrañeza respecto al cuerpo y la discontinuidad en el flujo de la experiencia (Sass & Parnas, 2003; Pienkos et al., 2020).

Estas manifestaciones no se reducen a síntomas aislados, sino que reflejan transformaciones en la organización global de la experiencia, lo que las convierte en una vía privilegiada para comprender la estructura fenomenológica del trastorno.

De manera complementaria, la tradición de los síntomas básicos ha identificado alteraciones subjetivas sutiles en dominios cognitivos fundamentales, como la atención, la percepción, la coherencia del pensamiento y la experiencia del lenguaje. En particular, el constructo COGDIS (*cognitive disturbances*) ha mostrado utilidad para delimitar configuraciones clínicas dentro del espectro esquizofrénico, así como asociaciones con correlatos

neurobiológicos específicos, incluyendo alteraciones en redes de saliencia y en marcadores electrofisiológicos como la P300 (Andreou et al., 2023; Pelletier-Baldelli et al., 2014).

En conjunto, estos enfoques convergen en señalar que las manifestaciones más relevantes del espectro esquizofrénico no se localizan únicamente en síntomas positivos, sino en transformaciones más profundas de la organización de la experiencia subjetiva. En este sentido, el estudio de la autoexperiencia permite acceder a un nivel de análisis que articula la dimensión fenomenológica con la posibilidad de su formalización empírica, constituyendo un punto de enlace fundamental entre la comprensión clínica y la investigación psicométrica.

Correlatos Neurobiológicos de las Alteraciones de la Autoexperiencia: una Aproximación Neurofenomenológica

En este contexto, la articulación entre la experiencia subjetiva y sus correlatos neurobiológicos ha sido abordada por el enfoque neurofenomenológico, el cual propone integrar la descripción en primera persona de la experiencia con el análisis de los procesos cerebrales subyacentes (Fuchs, 2010; Northoff & Lamme, 2020). Desde esta perspectiva, las alteraciones del espectro esquizofrénico no se comprenden únicamente como la aparición de síntomas clínicos observables, sino como transformaciones en la organización de la experiencia que se corresponden con modificaciones en sistemas neurocognitivos implicados en la percepción, la saliencia, la integración multisensorial y la monitorización del self.

Este enfoque ha cobrado especial relevancia en la investigación contemporánea, particularmente en estudios que vinculan las alteraciones del self básico descritas por la psicopatología fenomenológica con marcadores neurocognitivos y neurobiológicos observables (Parnas et al., 2015; Nelson et al., 2014; Andreou et al., 2023). De este modo, la neurofenomenología permite superar la dicotomía entre lo subjetivo y lo biológico, planteando

que ambos niveles constituyen dimensiones complementarias de un mismo proceso psicopatológico.

Uno de sus principios centrales es que las alteraciones clínicas no pueden comprenderse únicamente desde la observación externa, sino que requieren integrar la perspectiva en primera persona. Fenómenos como la alteración de la agencia, la pérdida de familiaridad del mundo o la dificultad para distinguir entre pensamientos propios y ajenos pueden reflejar disfunciones en sistemas neurocognitivos implicados en la monitorización interna, el procesamiento predictivo y la integración sensoriomotora (Fuchs, 2010; Northoff & Lamme, 2020).

En esta línea, diversos estudios han mostrado que mayores niveles de alteraciones del self se asocian con disfunciones en el funcionamiento cognitivo y en la organización global de la experiencia, sugiriendo que la autoexperiencia constituye un nivel relevante de análisis dentro del espectro esquizofrénico (Andreou et al., 2023; Nordgaard et al., 2022). Estas experiencias, como la hiperreflexividad o la extrañeza del pensamiento, pueden corresponder a alteraciones en mecanismos de monitorización interna y atribución de agencia.

Desde el punto de vista neurofisiológico, los biomarcadores derivados de EEG, como la mismatch negativity (MMN) y los componentes P300/P3b, han mostrado sensibilidad para detectar alteraciones en el procesamiento predictivo, la actualización contextual y la asignación de relevancia (Javitt y Freedman, 2015; Andreou et al., 2023). Reducciones en estos componentes han sido consistentemente observadas en poblaciones del espectro esquizofrénico, asociándose con dificultades en la integración de la información y en la organización del contexto cognitivo (Haigh et al., 2022; Bramon et al., 2004).

Particularmente, el componente P3b se ha vinculado con déficits en la actualización del contexto cognitivo, lo que podría relacionarse con experiencias subjetivas de interferencia y fragmentación del pensamiento (Andreou et al., 2023).

Por otra parte, estudios de neuroimagen han identificado alteraciones en la red de saliencia, especialmente en la ínsula anterior y la corteza cingulada anterior, regiones implicadas en la detección de estímulos relevantes y en la coordinación entre redes internas y externas (Menon, 2011). Disfunciones en esta red, así como en su interacción con la *default mode network* (DMN) y la *central executive network* (CEN), podrían contribuir a alteraciones en la asignación de relevancia y en la integración de la experiencia (Wotruba et al., 2021; Modinos et al., 2021; Kapur, 2003).

A nivel etiológico, los modelos actuales incorporan también factores genéticos poligénicos y su interacción con variables ambientales como el trauma, el estrés social o el consumo de sustancias, los cuales influyen en la configuración y expresión de estas alteraciones (Bogdan et al., 2018; Fusar-Poli et al., 2020; McGrath et al., 2008). En conjunto, esta evidencia sugiere que las alteraciones del self deben entenderse como un fenómeno multinivel en el que convergen dimensiones subjetivas, disfunciones neurocognitivas, cambios en redes cerebrales y factores contextuales. Desde esta perspectiva, las transformaciones en la experiencia no son eventos aislados, sino el resultado de interacciones dinámicas entre estos niveles (Andreou et al., 2023; Modinos et al., 2021).

Este marco permite articular directamente las alteraciones fenomenológicas del self, como las microalteraciones de agencia o la pérdida de familiaridad de la experiencia, con mecanismos neurobiológicos implicados en la monitorización interna, el procesamiento predictivo y la asignación de saliencia. En consecuencia, la integración entre la medición

psicométrica de la experiencia subjetiva y los correlatos neurobiológicos se configura como una vía relevante para el estudio del espectro esquizofrénico.

No obstante, la incorporación de estos enfoques en la investigación empírica plantea un desafío epistemológico central. Mientras que la fenomenología se orienta a la descripción rigurosa de la experiencia vivida en su dimensión cualitativa y en primera persona, la psicometría requiere la definición de constructos operacionales susceptibles de medición, análisis estadístico y validación empírica. Esta diferencia refleja modos distintos de aproximación al fenómeno psicológico: uno centrado en la comprensión de la experiencia y otro en su formalización cuantitativa.

Diversos intentos han buscado aproximarse a esta integración desde distintos niveles. Instrumentos como la *Examination of Anomalous Self-Experience* (EASE) han representado uno de los esfuerzos más sistemáticos para explorar las alteraciones del self desde una perspectiva fenomenológica estructurada (Parnas et al., 2005). Asimismo, la tradición de los síntomas básicos ha desarrollado herramientas como el BSABS y el SPI-A/SPI-CY, orientadas a la identificación de alteraciones subjetivas en dominios cognitivos fundamentales (Schultze-Lutter et al., 2007). Sin embargo, estas aproximaciones tienden a situarse en niveles parcialmente disociados: mientras que las entrevistas fenomenológicas privilegian la profundidad descriptiva, presentan limitaciones en términos de estandarización; por su parte, los instrumentos estructurados, aunque metodológicamente robustos, pueden simplificar la complejidad de la experiencia subjetiva.

En este contexto, el problema central no radica únicamente en identificar nuevas dimensiones, sino en cómo traducir estructuras de experiencia en constructos medibles sin reducir su complejidad ni distorsionar su significado. Este desafío implica avanzar hacia una

articulación epistemológica que permita vincular la descripción fenomenológica de la experiencia con su formalización psicométrica, reconociendo la complementariedad entre ambos enfoques.

El presente trabajo se sitúa precisamente en este punto de intersección y propone una extensión sistemática de este puente mediante un proceso en tres niveles: la identificación de dimensiones fenomenológicas relevantes, su traducción en constructos teóricos organizados en modelos latentes y su operacionalización en indicadores observables susceptibles de evaluación psicométrica. De este modo, la propuesta desarrollada en esta tesis no se limita a describir las alteraciones del self, sino que busca formalizar su estructura en términos psicométricos, preservando su coherencia fenomenológica. Este enfoque representa un avance en la integración entre la riqueza descriptiva de la fenomenología y el rigor metodológico de la psicometría, abriendo nuevas posibilidades para la investigación empírica del espectro esquizofrénico.

Contexto Epidemiológico y Estructural de la Psicosis en México

Los trastornos mentales constituyen una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial y representan un problema creciente de salud pública en América Latina. En México, la evidencia epidemiológica muestra un incremento sostenido en la carga de enfermedad asociada a estos padecimientos, tanto en términos de prevalencia como de años vividos con discapacidad, lo que refleja una demanda creciente de servicios especializados y una presión estructural sobre el sistema de salud (Medina-Mora et al., 2023).

A pesar de esta carga, la cobertura efectiva de los servicios de salud mental continúa siendo limitada. Una proporción considerable de personas con trastornos mentales no recibe atención o accede a ella de manera tardía, situación asociada a desigualdades socioeconómicas,

distribución territorial desigual de recursos y dificultades en la integración de la salud mental en la atención primaria (Lagunes Cordoba et al., 2021; Evalúa CDMX, 2024).

En el caso de los trastornos psicóticos, esta situación se traduce en trayectorias clínicas complejas, con alta frecuencia de hospitalización y una fuerte dependencia de servicios especializados (Díaz-Castro et al., 2020).

Estas dificultades no pueden entenderse únicamente en términos clínicos, sino que responden a condiciones estructurales del sistema de salud. La distribución desigual de recursos humanos, infraestructura y servicios especializados limita la disponibilidad de atención oportuna, particularmente fuera de los centros urbanos. En muchos casos, la atención se concentra en hospitales de referencia, lo que favorece modelos asistenciales centrados en la hospitalización, en detrimento de estrategias comunitarias o ambulatorias (Evalúa CDMX, 2024; Documenta, 2024).

A estos factores estructurales se suman elementos socioculturales que influyen en la búsqueda de atención. El estigma asociado a los trastornos mentales, la limitada alfabetización en salud mental y las interpretaciones culturales de las experiencias psicóticas contribuyen a retrasar el reconocimiento de los síntomas y la solicitud de ayuda especializada (Mascayano et al., 2015; Livingston et al., 2020; Luhrmann et al., 2015; Larøi et al., 2014; Kohrt & Kirmayer, 2020; Mendonça et al., 2024). Como resultado, es frecuente que las trayectorias de atención incluyan inicialmente recursos informales, prácticas religiosas o redes comunitarias antes del contacto con servicios clínicos (Dein & Cook, 2015; Vargas et al., 2024).

En el estado de Jalisco, este panorama adquiere características particulares. La organización de los servicios de salud mental se concentra principalmente en instituciones públicas como SALME y los centros CAISAME, con una distribución territorial limitada.

Solo una minoría de municipios (23 de 125) cuenta con servicios especializados, lo que genera importantes desigualdades en el acceso. En algunos casos, los tiempos de traslado para acceder a atención pueden ser considerablemente elevados, especialmente en situaciones que requieren hospitalización, lo que refuerza la tendencia a que los pacientes ingresen al sistema en fases avanzadas del trastorno (Carmona-Huerta et al., 2021; Lilford et al., 2020; Guloksuz et al., 2020; O'Donoghue et al., 2020; Marshall et al., 2005).

En conjunto, la evidencia muestra que la atención de los trastornos psicóticos en México se desarrolla en un contexto caracterizado por brechas estructurales, barreras de acceso y condiciones socioculturales que influyen en la forma en que las personas experimentan, interpretan y comunican sus vivencias subjetivas.

En este escenario, el desarrollo de herramientas de evaluación no solo responde a una necesidad clínica, sino también a una demanda de investigación orientada a comprender de manera más precisa la organización de la experiencia en el espectro esquizofrénico. En particular, persiste un vacío metodológico en la operacionalización sistemática de las alteraciones de la autoexperiencia como dimensión central del trastorno. En este sentido, el AMAE-I se plantea como una propuesta orientada a traducir constructos fenomenológicos complejos en indicadores psicométricos estructurados, permitiendo su evaluación empírica y su capacidad para diferenciar entre población clínica y no clínica en contextos específicos como el mexicano.

Propuesta del Instrumento Análisis Multidimensional de la Autoexperiencia

A partir del recorrido teórico desarrollado en los niveles anteriores, se evidencia que la comprensión del espectro esquizofrénico requiere integrar múltiples niveles de análisis que han sido tradicionalmente abordados de manera fragmentada. Por un lado, los modelos clínicos han

permitido la descripción y clasificación de manifestaciones sintomáticas, aunque con limitaciones para captar la organización subyacente de la experiencia subjetiva. Por otro, la psicopatología fenomenológica ha identificado alteraciones fundamentales en la estructura de la autoexperiencia que no son plenamente capturadas por los instrumentos clínicos convencionales. Asimismo, la revisión de los instrumentos disponibles pone de manifiesto la ausencia de herramientas que integren de manera sistemática la profundidad fenomenológica con el rigor psicométrico. Finalmente, el contexto epidemiológico y estructural analizado muestra que estas limitaciones no son únicamente teóricas, sino que tienen implicaciones directas en la forma en que se evalúan y comprenden los trastornos psicóticos en contextos clínicos reales.

En este marco, el vacío principal no radica en la identificación de estados de riesgo, sino en la ausencia de herramientas sistemáticas para la evaluación empírica de los desórdenes de la autoexperiencia, lo que limita la posibilidad de integrar la psicopatología fenomenológica en modelos cuantitativos de investigación clínica. Ante este escenario, el presente trabajo propone el desarrollo del Análisis Multidimensional de la Autoexperiencia (AMAE-I) como un instrumento orientado a la evaluación sistemática de alteraciones en la experiencia subjetiva asociadas al espectro esquizofrénico.

El AMAE-I se fundamenta en la articulación entre la psicopatología fenomenológica y la psicometría, buscando traducir dimensiones complejas de la autoexperiencia en constructos medibles sin perder su coherencia teórica. En este sentido, el instrumento se construye a partir de la identificación de dimensiones fenomenológicas relevantes, su organización en un modelo estructural y su posterior operacionalización en reactivos susceptibles de evaluación empírica.

La operacionalización de la ipseidad en el AMAE-I se fundamenta en el desglose de la autoconciencia prerreflexiva, definida como la experiencia básica de ser un sujeto unificado,

continuo y situado, en dimensiones evaluativas estructuradas. Estas dimensiones abarcan la coherencia del pensamiento, la relación entre el yo y el cuerpo, la experiencia temporal y la construcción de significados personales.

Un aspecto crítico de este proceso es la identificación de microalteraciones de agencia, que consisten en cambios sutiles en la sensación de ser el autor o iniciador de los propios pensamientos y acciones. Mediante sus reactivos, el instrumento busca detectar experiencias en las que los pensamientos adquieren una cualidad autónoma, externa o parcialmente ajena, lo que genera un distanciamiento de la actividad mental propia y vuelve ambigua la distinción entre el yo y el mundo.

A diferencia de las herramientas tradicionales centradas en la cuantificación de síntomas manifiestos, el AMAE-I se enfoca en captar modificaciones cualitativas en la organización de la subjetividad, tales como la pérdida de familiaridad con la propia experiencia y la sensación de extrañeza hacia los pensamientos, evaluadas en términos de frecuencia e intensidad. De esta manera, el instrumento operacionaliza las Alteraciones Básicas del Self (Basic Self Disturbances, BSD), traduciendo conceptos complejos como la hiperreflexividad, entendida como la atención anómala a procesos mentales habitualmente implícitos, y el desanclaje del mundo compartido en indicadores empíricos observables.

Este diseño permite que el AMAE-I funcione como un puente metodológico entre la fenomenología clínica y la psicometría contemporánea, facilitando el estudio sistemático de las transformaciones subjetivas mediante análisis cuantitativos de estructura factorial, fiabilidad y capacidad discriminativa. No obstante, resulta necesario reconocer al menos dos limitaciones inherentes a este proceso. En primer lugar, la posible pérdida de riqueza clínica: aunque los cuestionarios permiten la estandarización y el análisis cuantitativo, su capacidad para capturar la

profundidad fenomenológica es limitada en comparación con las entrevistas cualitativas, las cuales ofrecen una mayor riqueza descriptiva (Parnas et al., 2005; Parnas & Sass, 2014). En segundo lugar, la dificultad inherente a la comunicación de la experiencia subjetiva: muchas de estas vivencias son ambiguas, fragmentarias y difíciles de verbalizar, por lo que su traducción a reactivos cerrados puede implicar una simplificación de su complejidad (Parnas et al., 2005; Sass & Parnas, 2003).

Además, es importante delimitar con claridad el alcance del instrumento en el presente estudio. El AMAE-I no se propone como una herramienta diagnóstica ni como un instrumento de predicción clínica. Su objetivo principal consiste en caracterizar y diferenciar perfiles de autoexperiencia entre poblaciones clínicas, personas con esquizofrenia, y poblaciones no clínicas, evaluando su estructura interna, consistencia y capacidad discriminativa. En este sentido, la exploración de su posible utilidad en otros contextos clínicos o poblacionales constituye una línea de investigación futura.

De esta manera, el desarrollo y validación del AMAE-I se inscribe en una etapa fundamentalmente psicométrica y estructural, orientada a establecer las bases empíricas necesarias para su uso en investigación y en contextos clínicos específicos. Este enfoque permite avanzar de manera progresiva en la construcción de instrumentos que integren la riqueza descriptiva de la fenomenología con la precisión metodológica de la psicometría, evitando extrapolaciones prematuras en términos de diagnóstico o predicción.

En conjunto, la propuesta del AMAE-I responde al vacío identificado en los niveles previos, ofreciendo una herramienta que articula distintos niveles de análisis, fenomenológico, clínico y psicométrico, dentro de un marco coherente. Su desarrollo representa un avance en la formalización empírica de la autoexperiencia en el espectro esquizofrénico y abre nuevas posibilidades para su estudio sistemático en poblaciones clínicas y no clínicas.

Nivel Técnico Metodológico

"Uno estaría tentado a hablar de una afinidad particular entre la histeria y el espíritu reinante antes del siglo XVIII, afinidad que existiría entre la esquizofrenia y el espíritu de nuestro tiempo".

Karl Jaspers

Diseño del Estudio

El presente estudio fue de tipo transversal y cuantitativo, y se enmarcó en un diseño de validación psicométrica orientado al desarrollo y calibración de un instrumento para la evaluación de las alteraciones de la autoexperiencia en población con esquizofrenia. En este contexto, se estimaron indicadores de validez estructural y de constructo, fiabilidad interna, así como medidas de desempeño discriminativo, incluyendo sensibilidad, especificidad y análisis de curvas ROC, con el propósito de evaluar la capacidad del instrumento para diferenciar entre poblaciones. En consecuencia, el estudio se clasificó como metodológico, en tanto su objetivo principal consistió en determinar las propiedades psicométricas del instrumento y su utilidad como herramienta de evaluación en contextos clínicos, más que en examinar relaciones causales entre variables (Ato & Vallejo, 2015).

Participantes

La muestra se conformó a partir de pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico CAISAME Estancia Prolongada, así como de un grupo de contraste sin diagnóstico psiquiátrico, seleccionados bajo criterios sociodemográficos comparables.

Población Clínica

La muestra clínica estuvo integrada por pacientes con diagnóstico de esquizofrenia confirmado por psiquiatras tratantes conforme a criterios clínicos vigentes. Se incluyeron participantes que se encontraban en seguimiento ambulatorio y en condiciones clínicas estables al momento de la evaluación, con capacidad suficiente para comprender y responder los reactivos del instrumento. No se incluyeron pacientes que presentaban sintomatología psicótica aguda, desorganización conductual severa o deterioro cognitivo significativo que comprometiera la validez del autorreporte. Los participantes fueron reclutados principalmente de la Clínica de Depósito, donde recibían tratamiento antipsicótico y seguimiento psiquiátrico periódico, así como del Área especializada en rehabilitación psicosocial. En este último contexto, los pacientes participaban en programas estructurados orientados al desarrollo de habilidades sociales, fortalecimiento de la autonomía funcional, reestructuración cognitiva y reintegración social.

Población No Clínica (Grupo de Contraste)

El grupo no clínico se conformó mediante un muestreo intencional, procurando una correspondencia con la muestra clínica en variables sociodemográficas relevantes como edad, sexo, nivel educativo y contexto socioeconómico, con el fin de reducir posibles factores de confusión en las comparaciones entre grupos. La ausencia de antecedentes de trastornos psiquiátricos graves y de sintomatología psicológica relevante al momento de la evaluación fue verificada mediante una entrevista estructurada breve de tamizaje clínico, con una duración

aproximada de 10 a 15 minutos, orientada a descartar antecedentes de diagnóstico psiquiátrico, tratamiento farmacológico actual o quejas significativas en salud mental. Véase Anexo A.

Esta estrategia permitió conformar un grupo de referencia funcionalmente sano, adecuado para la comparación con la población clínica. La inclusión de este grupo resultó fundamental para evaluar la capacidad del instrumento para diferenciar entre individuos con y sin alteraciones en la autoexperiencia.

Criterios de Inclusión/ No Inclusión

Se establecieron criterios de inclusión y exclusión con el objetivo de garantizar la validez del autorreporte y la pertinencia psicométrica de la muestra. Los criterios de inclusión definieron las características mínimas requeridas para participar en el estudio, mientras que los criterios de exclusión delimitaron condiciones clínicas o contextuales que pudieran comprometer la calidad de los datos.

Criterios de Inclusión

Se incluyeron en el estudio: (a) personas mayores de 18 años, de ambos sexos, con capacidad suficiente para comprender las consignas y responder a los instrumentos de evaluación, con apoyo de lectura por parte del investigador cuando fue necesario; (b) en el grupo clínico, participantes con diagnóstico confirmado de esquizofrenia, establecido mediante la revisión del expediente clínico institucional; (c) participantes en condiciones clínicas estables al momento de la evaluación, con funcionamiento mental conservado, entendido como la ausencia de sintomatología psicótica aguda, síndrome confusional o deterioro cognitivo severo que comprometiera la validez del autorreporte;

(d) en el grupo no clínico, personas sin diagnóstico actual o previo de trastornos psicóticos u otros trastornos mentales graves, condición verificada mediante entrevista inicial; y

(e) participantes que aceptaron voluntariamente su participación en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

Criterios de No Inclusión

No se incluyen en el estudio: (a) participantes que presentaran una condición clínica aguda que requiriera atención psiquiátrica inmediata al momento de la evaluación; (b) personas con diagnósticos de trastornos psicóticos distintos de la esquizofrenia, tales como trastorno esquizoafectivo, esquizofreniforme, delirante, psicótico breve, psicótico inducido por sustancias o por enfermedad médica; (c) participantes con consumo activo de sustancias psicoactivas que produjera alteraciones cognitivas, perceptuales o conductuales significativas durante la evaluación; (d) personas con antecedentes de traumatismo craneoencefálico moderado o severo, así como con enfermedades neurológicas, metabólicas o sistémicas con afectación cerebral documentada; (e) participantes con alteraciones sensoriales graves no corregidas, particularmente visuales o auditivas, que dificultaran la comprensión de los reactivos; (f) personas con discapacidad intelectual moderada o severa, incluyendo síndromes genéticos asociados a deterioro cognitivo significativo; y (g) participantes que durante la evaluación presentaran signos compatibles con síndrome confusional, tales como alteraciones del nivel de conciencia, desorientación marcada, fluctuaciones significativas del estado mental o pensamiento gravemente desorganizado.

Criterios de Exclusión

Se eliminaron del estudio: (a) los participantes que manifestaron de manera expresa su deseo de retirarse en cualquier momento del proceso, aun después de haber otorgado el consentimiento informado; (b) los casos en los que ocurrió un traslado imprevisto a otra institución de salud mental que impidió la continuidad de la evaluación; (c) los participantes que desarrollaron condiciones médicas o psiquiátricas durante el proceso que comprometieran la validez de sus respuestas; (d) los casos de fallecimiento durante el periodo de recolección de

datos; y (e) aquellos participantes que sufrieron enfermedades o accidentes con consecuencias incapacitantes que imposibilitaron su participación.

Instrumento: Análisis Multidimensional de la Autoexperiencia (AMAE-I)

Concepción y Fundamentos

El Análisis Multidimensional de la Autoexperiencia (AMAE-I) es la versión primera de un cuestionario de autoinforme de carácter psicométrico, diseñado para evaluar configuraciones complejas de la experiencia subjetiva en el espectro esquizofrénico. El instrumento se concibe como una herramienta multidimensional de naturaleza híbrida, en tanto integra dimensiones fenomenológicas del self, manifestaciones clínicas y dominios cognitivos relevantes, bajo un marco teórico unificado orientado a la comprensión de la organización de la experiencia subjetiva.

Este enfoque responde a la necesidad de superar la fragmentación tradicional entre modelos sintomatológicos, cognitivos y fenomenológicos, proponiendo una aproximación integradora en la que dichos niveles no se entienden como entidades independientes, sino como expresiones interrelacionadas de un mismo sistema psicopatológico. En este sentido, las alteraciones de la autoexperiencia constituyen un eje organizador central, mientras que los fenómenos clínicos (p. ej., delirios, alucinaciones) y los procesos cognitivos (p. ej., teoría de la mente, aprendizaje por reversión) se conceptualizan como dimensiones funcionales que se articulan dentro de dicha organización experiencial.

La construcción del instrumento se fundamentó en la integración de aportes clásicos y contemporáneos de la psicopatología fenomenológica, incluyendo los desarrollos de Jaspers (1913), Binswanger (1971), Boss (1979) y Merleau-Ponty (1962), así como enfoques actuales en psiquiatría del self y neurofenomenología (Fuchs, 2002, 2005; Mishara y Fusar, 2013; Nelson et

al., 2020). Desde esta perspectiva, la esquizofrenia se entiende como una alteración estructural de la experiencia que se manifiesta en múltiples dominios, lo que justifica la aproximación multidimensional adoptada en el AMAE-I (Sass & Parnas, 2003; Parnas et al., 2005).

Proceso de Construcción del AMAE-I

El desarrollo del AMAE-I siguió los lineamientos metodológicos para la construcción de pruebas psicológicas, los cuales enfatizan la articulación entre delimitación teórica, redacción de reactivos y validación empírica progresiva (Muñiz & Fonseca-Pedrero, 2019).

En una primera fase, se realizó una revisión teórica exhaustiva con el objetivo de identificar dimensiones relevantes para la evaluación de la experiencia subjetiva en la esquizofrenia. Como resultado, se propuso un modelo inicial que integrara dominios fenomenológicos, clínicos y cognitivos. Posteriormente, se llevó a cabo la redacción de reactivos siguiendo criterios de claridad semántica, pertinencia teórica y adecuación al nivel de comprensión de la población objetivo (Haladyna, 2004; Haladyna et al., 2002, 2013; Downing & Haladyna, 2006; Muñiz et al., 2005; Muñiz, 2018; Moreno et al., 2004, 2006, 2015). La versión inicial del instrumento estuvo compuesta por 15 dimensiones y 78 reactivos antes de los procesos de jueceo, formulados en formato de respuesta ordinal tipo Likert. A continuación, en la tabla 2, se presenta la organización inicial del AMAE-I en términos de sus dimensiones y su naturaleza conceptual. La distribución final puede revisarse en el Anexo B

Tabla 2

Distribución de Reactivos del AMAE-I por Dimensión y Dominio Conceptual

Dimensión	Reactivos	Dominio predominante	Tipo de variable
Dificultad en la continuidad y organización del pensamiento	1-11	Cognitivo-fenomenológico	Ordinal
Delirios	12-15	Clínico	Ordinal
Alucinaciones sensoriales	16-20	Clínico	Ordinal
Significados y simbolismos no convencionales	21-23	Fenomenológico-clínico	Ordinal
Anhedonia	24-28	Clínico-afectivo	Ordinal
Reversal learning	29-32	Cognitivo	Ordinal
Limitaciones de la autoconciencia cognitiva	33-35	Fenomenológico-cognitivo	Ordinal
Teoría de la mente	37-40, 43-45	Cognitivo-social	Ordinal
Temporalidad	41-42, 46-51	Fenomenológico	Ordinal
Doble conciencia	35	Fenomenológico	Ordinsl
Reorientación existencial	58-62	Fenomenológico	Ordinal
Experiencia subjetiva del yo	63-67	Fenomenológico (self)	Ordinal
Pensamiento abstracto y simbólico	6872	Cognitivo	Ordinal
Identidad anómala	73-78	Fenomenológico (self)	Ordinal
Distorsión de la conciencia corporal	52-57	Fenomenológico (corporeidad)	Ordinal

Justificación del Enfoque Híbrido

La adopción de un enfoque híbrido responde a la evidencia de que las alteraciones asociadas al espectro esquizofrénico no pueden ser comprendidas de manera suficiente desde un único nivel de análisis. En particular, la psicopatología fenomenológica ha señalado que las alteraciones de la autoexperiencia constituyen un núcleo organizador de la experiencia, mientras que las manifestaciones clínicas y los desempeños cognitivos representan modos específicos en los que dicha organización se expresa y se hace observable (Sass & Parnas, 2003; Parnas et al., 2005).

En este sentido, el AMAE-I no se limita a la evaluación de síntomas aislados ni a la medición de funciones cognitivas específicas, sino que articula múltiples dominios con el propósito de captar configuraciones complejas de la experiencia subjetiva. Esta aproximación permite examinar cómo los niveles fenomenológico, clínico y cognitivo se estructuran conjuntamente en la configuración de la experiencia psicopatológica, ofreciendo una comprensión más integrada y coherente del fenómeno esquizofrénico.

Entrevista de Datos Sociodemográficos

Se aplicó una entrevista estructurada de datos sociodemográficos con el objetivo de caracterizar a la muestra y contextualizar la interpretación de los resultados. Esta entrevista permitió recabar información relevante sobre variables personales, clínicas y contextuales que podrían incidir en la expresión de la autoexperiencia. Las variables consideradas incluyeron: edad, sexo, nivel educativo, situación laboral, estado civil, ingresos económicos aproximados, así como antecedentes familiares de trastornos mentales graves.

Asimismo, se registraron antecedentes de hospitalización psiquiátrica (motivo y diagnóstico, en caso de estar disponible), tiempo de internamiento (cuando aplicó), uso de

medicamentos psicotrópicos, consumo de sustancias psicoactivas y prácticas de tipo religioso o mágico-religioso.

Escala de Respuesta y Naturaleza Ordinal de los Reactivos

Cada reactivo fue diseñado para ser respondido mediante una escala tipo Likert de cinco puntos, orientada a la frecuencia subjetiva con la que el participante reconocía la experiencia descrita. En este sentido, el AMAE-I no tuvo como objetivo cuantificar la experiencia fenomenológica en sí misma, sino el grado en que dichas vivencias eran reconocidas y reportadas por los participantes. Esto permitió tratar los reactivos como variables ordinales indicadoras de constructos latentes, en consonancia con los supuestos de los modelos factoriales para datos ordinales.

Validez de Contenido

Selección de Jueces

Tras la operacionalización de los fenómenos de la autoexperiencia en reactivos observables, el AMAE-I fue sometido a un proceso de evaluación por jueces expertos con el objetivo de examinar su validez de contenido. Este procedimiento se desarrolló en dos rondas sucesivas, siguiendo un enfoque iterativo de revisión y refinamiento.

En una primera ronda participaron tres jueces expertos, con formación profesional en psicología y experiencia en psicología clínica, fenomenología psicopatológica y psiquiatría. Los jueces revisaron cada reactivo considerando criterios de pertinencia conceptual, claridad semántica y coherencia teórica con las dimensiones propuestas. Las observaciones derivadas de esta fase fueron utilizadas para ajustar la redacción y organización preliminar del instrumento.

Posteriormente, el instrumento revisado fue sometido a una segunda ronda de evaluación en la que participaron cinco jueces expertos, ampliando la diversidad disciplinaria del panel. En

esta etapa se incluyeron igualmente psicólogos con campos de acción en áreas como fenomenología, psiquiatría y estadística. Los jueces evaluaron nuevamente los reactivos con base en los mismos criterios, incorporando además consideraciones relativas a la aplicabilidad del instrumento y su viabilidad para el análisis psicométrico.

A cada juez se le proporcionó un paquete de evaluación compuesto por: (a) la hoja de consentimiento informado, (b) una tabla con los criterios y categorías de evaluación, y (c) una matriz que integraba las dimensiones propuestas, los indicadores teóricos y los reactivos correspondientes. Véanse Anexos C, D y E.

Las evaluaciones realizadas en ambas rondas fueron sistematizadas con el propósito de identificar reactivos susceptibles de modificación, eliminación o reformulación antes de la aplicación definitiva del instrumento. Para estimar el grado de acuerdo entre los jueces, se empleó el coeficiente kappa de Fleiss (κ), un estadístico diseñado para evaluar la concordancia entre tres o más evaluadores en la clasificación de datos categóricos (Fleiss, 1971). Este coeficiente permite estimar el nivel de acuerdo observado, ajustándolo por el acuerdo esperado por azar, generando valores que oscilan entre -1 y 1.

La interpretación de los valores de κ se realizó conforme a los criterios propuestos por Landis y Koch (1977), cuyos rangos van desde concordancia pobre hasta concordancia casi perfecta. Dichos criterios se utilizaron exclusivamente como referencia metodológica para la evaluación del acuerdo interjueces, sin implicar juicios sustantivos sobre la calidad del instrumento en esta etapa del estudio. Los resultados derivados de este procedimiento se presentan en el apartado correspondiente.

Procedimiento para Seguir con los Datos

Recolección de Datos

La aplicación del instrumento fue realizada por el investigador principal en la totalidad de los casos, con el propósito de garantizar condiciones homogéneas de administración y reducir variabilidad procedimental. Previo a la aplicación, se proporcionaron instrucciones estandarizadas a los participantes, verificándose la comprensión de las consignas y el carácter voluntario de la participación. En caso de dudas, estas se limitaron exclusivamente a aspectos formales del instrumento (p. ej., formato de respuesta o comprensión literal de los reactivos), evitando cualquier influencia sobre el contenido de las respuestas. La modalidad de aplicación varió según el grupo de pertenencia. En el grupo no clínico, el instrumento fue administrado en formato lápiz y papel, permitiendo a los participantes responder de manera autónoma.

En el grupo clínico, la aplicación se realizó mediante entrevista estructurada asistida, en la cual el investigador leyó los reactivos en voz alta y registró las respuestas, atendiendo posibles dificultades de lectura, concentración o fatiga, sin modificar la formulación original de los ítems ni las opciones de respuesta. Las aplicaciones se llevaron a cabo en espacios tranquilos, privados y adecuados, procurando minimizar distracciones y garantizar condiciones óptimas para la evaluación. El tiempo de respuesta osciló entre 45 minutos y 1 hora, con flexibilidad temporal cuando fue necesario, particularmente en el grupo clínico.

Con el objetivo de reducir sesgos asociados a la administración, se mantuvo una intervención mínima por parte del investigador durante el proceso, limitándose a la lectura de los reactivos y al registro de las respuestas cuando fue requerido. Asimismo, se garantizó la confidencialidad y el anonimato de la información, favoreciendo la sinceridad de las respuestas y reduciendo la influencia de la deseabilidad social. Una vez concluida la aplicación, se procedió al

vaciado, revisión y depuración de los datos, verificando la integridad de las respuestas y la ausencia de errores de registro. Los protocolos en formato físico fueron digitalizados posteriormente. La base de datos inicial se construyó en Microsoft Excel y luego se exportó a los programas estadísticos utilizados para los análisis descritos en los apartados subsecuentes

Inspección de Valores Perdidos

Previo a la realización de los análisis psicométricos, se efectuó una inspección sistemática de los datos perdidos con el propósito de evaluar su magnitud, distribución y posible impacto sobre los análisis posteriores. Para ello, se examinó el porcentaje de valores faltantes tanto a nivel de reactivo como de participante, con el fin de identificar posibles patrones de no respuesta. Asimismo, se evaluó el mecanismo de pérdida de datos considerando los criterios metodológicos para distinguir entre datos completamente al azar (MCAR), al azar condicionado (MAR) o no al azar (MNAR). Cuando el porcentaje de datos perdidos fue reducido y no se identificaron patrones sistemáticos de ausencia, los datos se consideraron adecuados para su inclusión en los análisis posteriores.

Método de Imputación

En los casos en los que se identificaron valores faltantes en algunos reactivos, y dado que su frecuencia fue baja, se procedió a la imputación mediante la media del reactivo correspondiente. Esta estrategia se empleó con el objetivo de conservar el mayor número posible de participantes, particularmente considerando la naturaleza clínica de parte de la muestra. La imputación se aplicó de forma puntual y restringida, procurando no alterar la distribución general de las variables ni la variabilidad observada. Dado el bajo porcentaje de datos imputados, se consideró que este procedimiento no introdujo sesgos sustantivos en las estimaciones posteriores,

permitiendo la realización de los análisis factoriales y de redes psicométricas con una base de datos completa.

Distribución de los Datos

Con el objetivo de orientar la selección de los procedimientos estadísticos, se efectuó una evaluación preliminar de la distribución de los datos correspondientes a los reactivos del instrumento. En esta etapa se consideró la naturaleza ordinal de las variables, así como la forma general de las distribuciones y la posible concentración de respuestas en categorías específicas. Asimismo, se examinaron indicadores de asimetría y curtosis y la la normalidad univariada, con el fin de determinar la adecuación de los métodos analíticos a emplear. Esta inspección permitió establecer criterios técnicos acordes con las características de los datos y sustentar la elección de estimadores robustos en los análisis posteriores.

Tipo de Correlaciones Empleadas

Para los análisis factoriales y de redes psicométricas se utilizaron matrices de correlaciones policóricas, las cuales permiten estimar la asociación entre variables ordinales bajo el supuesto de que las respuestas observadas reflejan la categorización de variables latentes continuas subyacentes. Este enfoque resulta adecuado en instrumentos de autoinforme con escalas tipo Likert, en los que las categorías de respuesta pueden interpretarse como umbrales discretos de una variable continua no directamente observable (Olsson, 1979; Ferrando & Lorenzo-Seva, 2021). En coherencia con ello, el uso de correlaciones policóricas permitió modelar de manera más apropiada la estructura latente de los datos y estimar con mayor precisión las relaciones entre los reactivos.

Asimismo, esta decisión metodológica se extendió a los análisis de redes psicométricas, donde las asociaciones entre nodos se estimaron a partir de matrices policóricas, permitiendo identificar relaciones directas entre reactivos controlando el efecto del resto de las variables. En conjunto, la selección de correlaciones policóricas respondió a criterios psicométricos y estadísticos, asegurando la coherencia entre los procedimientos analíticos y el nivel de medición de los datos, y contribuyendo a la validez interna de los resultados.

Estrategia de Análisis Estadístico

Análisis Descriptivos y Comparaciones entre Grupos

Previo a los análisis psicométricos y de modelamiento, se realizaron análisis descriptivos y comparativos con el objetivo de caracterizar el comportamiento de los reactivos y de las dimensiones del AMAE-I, así como examinar diferencias entre la población clínica y no clínica. En primer lugar, se elaboraron tablas descriptivas organizadas por dimensión, grupo y reactivo, permitiendo una inspección detallada de la distribución de las respuestas. Para cada reactivo y dimensión se reportaron los valores de media, desviación estándar, mínimo y máximo, con el fin de identificar posibles efectos de piso o techo y evaluar la amplitud de las respuestas. Asimismo, se calcularon los coeficientes de asimetría y curtosis como indicadores de la forma de la distribución, lo que permitió una evaluación preliminar de desviaciones respecto a la simetría y la normalidad, sin asumir a priori supuestos paramétricos.

Posteriormente, con el propósito de examinar diferencias entre grupos, se realizaron análisis comparativos por dimensión y para el puntaje total del instrumento. Dado que los reactivos fueron medidos mediante escalas tipo Likert y que los supuestos de normalidad no se cumplieron de manera consistente, se optó por emplear la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para comparar las distribuciones de los puntajes entre la población clínica y no clínica.

Esta prueba permitió evaluar diferencias en la localización de los puntajes sin asumir normalidad ni homogeneidad de varianzas.

Adicionalmente, con el fin de estimar la magnitud de las diferencias observadas, se calcularon tamaños del efecto mediante el estadístico g de Hedges, el cual constituye una estimación corregida para muestras independientes, especialmente adecuada cuando los tamaños muestrales son moderados o desiguales. El estadístico g se obtuvo a partir de la diferencia entre medias de ambos grupos dividida por la desviación estándar combinada, aplicando el factor de corrección por sesgo muestral. Su interpretación siguió criterios convencionales: valores alrededor de 0.20 se consideran pequeños, 0.50 moderados y 0.80 o superiores grandes (Cohen, 1988; Lakens, 2013).

De manera complementaria, se realizó un análisis de covarianza (ANCOVA) con el objetivo de examinar las diferencias entre grupos controlando el efecto de variables potencialmente influyentes. Este procedimiento permitió ajustar las medias de la variable dependiente mediante la inclusión de covariables continuas, reduciendo la varianza de error y proporcionando una estimación más precisa de las diferencias entre grupos (Field, 2018; Tabachnick & Fidell, 2019).

Previo a la estimación del modelo, se verificaron los supuestos fundamentales del ANCOVA: (a) linealidad en la relación entre la covariable y la variable dependiente, (b) homogeneidad de las pendientes de regresión entre grupos, (c) independencia entre la covariable y el factor independiente y (d) normalidad aproximada de los residuos. Asimismo, se examinó la homocedasticidad de los errores mediante inspección gráfica y pruebas estadísticas pertinentes, de acuerdo con las recomendaciones metodológicas para modelos lineales generales (Field, 2018; Miller & Chapman, 2001). Las covariables fueron seleccionadas en función de su

relevancia teórica y su posible influencia sobre la variable dependiente dentro del contexto del estudio. Específicamente, se incluyeron la edad y la escolaridad debido a su asociación con el desempeño cognitivo, los procesos de comprensión de reactivos y la variabilidad en medidas psicométricas, lo cual puede introducir varianza sistemática no atribuible al constructo de interés (Salthouse, 2010; Heaton et al., 2004).

Otras variables disponibles (sexo, número de familiares con enfermedad mental, número de eventos traumáticos, cantidad de sustancias consumidas, situación laboral e ingresos económicos) no fueron incorporadas como covariables en este análisis debido a su naturaleza categórica o discreta, su potencial solapamiento conceptual con el factor de grupo o el riesgo de sobreajuste del modelo en relación con el tamaño muestral. La inclusión excesiva de covariables puede comprometer la estabilidad de las estimaciones, reducir la potencia estadística y generar interpretaciones ambiguas, por lo que se priorizó un modelo parsimonioso y teóricamente justificado (Babyak, 2004; Miller & Chapman, 2001). El modelo permitió estimar medias ajustadas (medias marginales) y evaluar las diferencias entre grupos una vez controlado el efecto de dichas covariables.

Los resultados se reportaron mediante el estadístico F, los grados de libertad, el valor de p y el tamaño del efecto (η^2 parcial), siguiendo las recomendaciones actuales para el reporte de análisis de varianza y covarianza (Lakens, 2013).En conjunto, estos análisis se concibieron como una etapa descriptiva y comparativa, orientada a caracterizar el comportamiento de los datos y a examinar diferencias entre grupos, proporcionando un contexto empírico para los análisis factoriales y de fiabilidad subsecuentes, sin realizar inferencias causales en esta fase.

Análisis Factorial Exploratorio (AFE)

Una vez realizados los análisis descriptivos, se procedió a la ejecución de un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) con el objetivo de identificar la estructura latente subyacente del AMAE-I. El AFE se utilizó como una fase inicial orientada a examinar empíricamente la organización dimensional del instrumento, sin imponer restricciones estructurales previas, en coherencia con el carácter exploratorio y de construcción del instrumento (Fabrigar et al., 1999).

Se partió de una propuesta conceptual preliminar basada en 14 dominios teóricos: dificultad para mantener la continuidad, claridad y expresión del pensamiento; delirios; alucinaciones sensoriales; significados y simbolismos no convencionales; limitaciones de la autoconciencia cognitiva; teoría de la mente; temporalidad; distorsión de la conciencia corporal; identidad anómala; pensamiento abstracto y simbólico; experiencia subjetiva del yo; reorientación existencial; anhedonia y reversal learning.

Previamente a la extracción factorial, se evaluó la adecuación de los datos mediante la inspección de la matriz de correlaciones y el cálculo del índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), considerándose valores superiores a .70 como indicativos de una factorizabilidad adecuada. Asimismo, se aplicó la prueba de esfericidad de Bartlett, esperando un resultado estadísticamente significativo ($p < .05$), lo que indicaría la pertinencia del análisis factorial (Kaiser, 1974; Bartlett, 1954; Watkins, 2021; Hair et al., 2019).

Dado que los reactivos del AMAE-I fueron respondidos mediante una escala tipo Likert de cinco puntos, y considerando la naturaleza ordinal de los datos, el AFE se llevó a cabo a partir de matrices de correlaciones policóricas. En concordancia, se empleó como método de extracción el estimador de mínimos cuadrados diagonales ponderados (DWLS), el cual ofrece estimaciones robustas en variables ordinales y distribuciones no normales.

La determinación del número de factores a extraer se realizó combinando criterios estadísticos y teóricos. Se utilizó el análisis paralelo como criterio principal, complementado con la inspección del diagrama de sedimentación (scree plot). Los valores propios se consideraron como referencia secundaria, dada su tendencia a sobreestimar el número de factores. Una vez extraídos los factores, se aplicó una rotación oblicua, asumiendo la existencia de correlaciones entre las dimensiones del instrumento. Esta decisión permitió examinar tanto las cargas factoriales como las correlaciones interfactoriales. Para la interpretación de la solución factorial, se consideraron cargas factoriales ≥ .40 como indicativas de asociación sustantiva entre el reactivo y el factor correspondiente. No obstante, en aquellos casos en los que ciertos reactivos presentaron cargas ligeramente inferiores, su retención fue evaluada en función de su relevancia teórica y su contribución al constructo subyacente.

Esta decisión responde al carácter complejo y multidimensional de la autoexperiencia, donde algunos fenómenos pueden no presentar saturaciones elevadas, pero resultan relevantes para la representación del constructo (Fabrigar et al., 1999; Brown, 2015). Asimismo, se examinaron cargas cruzadas, comunalidades y unicidades con el fin de identificar posibles reactivos problemáticos. Aquellos ítems que mostraron redundancia empírica o solapamiento conceptual fueron revisados críticamente.

Análisis Factorial Confirmatorio (AFC)

A partir de la estructura dimensional preliminar identificada mediante el AFE, se procedió a evaluar la validez de constructo del AMAE-I mediante un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), con el objetivo de contrastar la adecuación del modelo factorial propuesto y examinar el grado de correspondencia entre la estructura teórica y los datos observados (Brown, 2015; Tabachnick & Fidell, 2019).

El AFC se efectuó sobre la misma muestra utilizada en el AFE. Si bien el uso de muestras independientes o la división de la muestra (split sample) constituye una práctica recomendada para la validación cruzada, el tamaño muestral disponible no permitió implementar esta estrategia sin comprometer la estabilidad de las estimaciones. En consecuencia, los resultados del AFC deben interpretarse como una evaluación inicial del modelo, cuya confirmación requerirá estudios posteriores con muestras independientes.

Dado que los reactivos fueron respondidos mediante una escala tipo Likert de cinco puntos, el modelo se estimó a partir de matrices de correlaciones policóricas, en coherencia con la naturaleza ordinal de los datos. En concordancia, se emplearon métodos de estimación robustos apropiados para variables ordinales, lo que permitió obtener estimaciones estables de los parámetros factoriales y de los índices de ajuste (DiStefano & Morgan, 2014; Li, 2016; Flora & Flake, 2017; Xia & Yang, 2019).

La evaluación del ajuste del modelo se realizó mediante múltiples índices. Se reportó el estadístico chi-cuadrado (χ^2) junto con sus grados de libertad y la razón χ^2/df, reconociendo su sensibilidad al tamaño muestral. Asimismo, se emplearon índices de ajuste incremental, incluyendo el Comparative Fit Index (CFI) y el Tucker-Lewis Index (TLI), considerando valores $\geq .90$ como aceptables y $\geq .95$ como indicativos de un buen ajuste (Hu & Bentler, 1999; Kline, 2023; Shi et al., 2021). Como indicadores de ajuste absoluto, se reportaron la Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), incluyendo sus intervalos de confianza al 90%, y el Standardized Root Mean Square Residual (SRMR), considerando valores $\leq .08$ como indicativos de un ajuste adecuado (Brown, 2015; Kline, 2023; Shi et al., 2021).

Adicionalmente, se examinó la magnitud y significancia de las cargas factoriales estandarizadas, así como las varianzas de error y las covarianzas entre factores, con el fin de

identificar posibles parámetros problemáticos. No se realizaron modificaciones post hoc al modelo sin justificación teórica explícita, con el objetivo de evitar el sobreajuste y preservar la coherencia conceptual del instrumento (MacCallum et al., 1992; Kline, 2023). En conjunto, el AFC permitió evaluar la consistencia del modelo factorial y su correspondencia con el marco teórico del instrumento, constituyendo la base para los análisis posteriores de fiabilidad y validez convergente y discriminante.

Estimación de la Fiabilidad

Se establecieron como criterios de consistencia interna valores de omega (ω) iguales o superiores a .65 para las dimensione s del instrumento y valores iguales o superiores a .85 para el puntaje total. Si bien tradicionalmente se han propuesto valores mínimos de .70 para subescalas y de .90 para el puntaje global, la literatura psicométrica contemporánea reconoce que, en instrumentos en desarrollo, particularmente aquellos orientados a la evaluación de constructos complejos y multidimensionales, pueden considerarse aceptables valores ligeramente inferiores en subescalas, siempre que se mantenga coherencia conceptual y adecuada fiabilidad global (Raykov & Marcoulides, 2021; Hair et al., 2022; Watkins, 2021).

Este criterio resulta pertinente en instrumentos orientados a la evaluación de la autoexperiencia, donde los constructos evaluados suelen presentar heterogeneidad interna y una organización dimensional amplia. En este contexto, la aceptación de valores iguales o superiores a .65 en subescalas se considera un umbral razonable en etapas iniciales de validación psicométrica, particularmente cuando el puntaje total alcanza niveles elevados de consistencia interna.

En consecuencia, la adopción de estos criterios se orientó a garantizar una estimación estable y consistente del constructo global, manteniendo al mismo tiempo la utilidad de las

dimensiones como componentes diferenciados dentro de una estructura multidimensional, sin comprometer los estándares psicométricos requeridos para su aplicación en investigación.

Validez Convergente y Discriminante (AVE, HTMT)

La validez convergente se consideró pertinente para verificar que los reactivos asignados a cada dimensión compartieran varianza sustantiva atribuible a un mismo constructo latente, mientras que la validez discriminante se consideró necesaria para documentar que las dimensiones estimadas representaran dominios diferenciables, aun cuando se esperara correlación teórica entre ellas dada la naturaleza interrelacionada de la autoexperiencia (Fornell & Larcker, 1981; Panzeri et al., 2024).

Para la validez convergente, se planificó la inspección de: (a) las cargas factoriales estandarizadas (λ), como evidencia de que cada reactivo se vincula de forma sustantiva con su factor correspondiente, y (b) la varianza media extraída (AVE), como indicador de la proporción de varianza capturada por el constructo en relación con la varianza atribuible al error de medición. La AVE se interpretó como evidencia de convergencia adecuada cuando alcanzó valores cercanos o superiores a .50, considerando de manera complementaria índices de fiabilidad basados en el modelo (ω), especialmente pertinentes en escalas con indicadores ordinales y estructura multidimensional (Fornell & Larcker, 1981; Malkewitz et al., 2022).

Para la validez discriminante, se especificó su evaluación mediante procedimientos complementarios: (a) el criterio de Fornell-Larcker, contrastando la raíz cuadrada de la AVE de cada dimensión con sus correlaciones interfactoriales, y (b) el índice HTMT (Heterotrait-Monotrait ratio), recomendado como un criterio sensible para detectar solapamiento excesivo

entre constructos. Se consideraron umbrales interpretativos reportados en la literatura (p. ej., .85 y .90), así como variantes recientes del enfoque (p. ej., HTMT2), cuando resultó pertinente (Henseler et al., 2015; Roemer et al., 2021; Hair, 2024).

Dada la naturaleza multidimensional del instrumento, la evaluación convergente y discriminante resultó particularmente relevante, ya que permitió examinar, por un lado, la coherencia interna de cada dimensión (convergencia) y, por otro, la diferenciación entre dominios (discriminación), evitando la reducción del instrumento a una estructura unidimensional. En consecuencia, estos indicadores se integraron junto con los parámetros derivados del AFC (cargas factoriales, errores y correlaciones interfactoriales), como evidencia complementaria de validez de constructo

Regresiones Logísticas

Con el objetivo de examinar la capacidad del AMAE-I para clasificar a los participantes en función de su pertenencia al grupo clínico o no clínico, se realizaron análisis de regresión logística binaria, considerando como variable dependiente el estatus clínico (0 = no clínico, 1 = clínico). Este tipo de análisis resultó apropiado dado el carácter dicotómico de la variable criterio y el interés en modelar la probabilidad de pertenencia a cada grupo en función de los puntajes del instrumento (Hosmer et al., 2013; Peng et al., 2002).

Como variables independientes, se introdujeron los puntajes derivados del AMAE-I, tanto a nivel global como por dimensiones, según el modelo analítico correspondiente. Los análisis se realizaron de forma escalonada, evaluando modelos independientes por dimensión y modelos integrados, con el fin de examinar la contribución específica y conjunta de los distintos dominios de la autoexperiencia a la diferenciación entre grupos.

Previo a la estimación de los modelos, se verificaron los supuestos básicos de la regresión logística, incluyendo la independencia de las observaciones, la ausencia de multicolinealidad entre los predictores y la linealidad entre las variables continuas y el logit de la variable dependiente. La multicolinealidad se evaluó mediante los factores de inflación de la varianza (VIF), considerándose valores inferiores a 5 como indicativos de ausencia de colinealidad problemática (Field, 2020; Kim, 2019).

La estimación de los modelos se realizó mediante el método de máxima verosimilitud, reportándose los coeficientes logísticos (B), sus errores estándar, los valores de Wald, los niveles de significancia estadística, así como los odds ratios (OR) con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Los odds ratios se interpretaron como indicadores de la magnitud del efecto, expresando la variación en la probabilidad de pertenencia al grupo clínico asociada a incrementos en los puntajes del instrumento (Peng et al., 2002). La bondad de ajuste de los modelos se evaluó mediante el estadístico -2 log likelihood, el test de Hosmer-Lemeshow y los coeficientes pseudo-R^2 (Cox & Snell y Nagelkerke), reconociendo sus limitaciones interpretativas (Hosmer et al., 2013; Menard, 2020).

Adicionalmente, se examinó el desempeño de clasificación de los modelos, reportándose los porcentajes de clasificación correcta, así como los valores de sensibilidad y especificidad derivados de las probabilidades estimadas. Estos indicadores se interpretaron en conjunto con los resultados de los análisis ROC y AUC, como medidas complementarias del desempeño del instrumento en la diferenciación entre grupos.

Análisis ROC/AUC y Selección de Puntos de Corte

Con el propósito de evaluar la capacidad discriminativa del instrumento, se realizaron análisis mediante curvas Receiver Operating Characteristic (ROC). Este enfoque permitió

examinar la capacidad de los puntajes continuos del AMAE-I para diferenciar entre población clínica y no clínica, considerando simultáneamente la sensibilidad y la especificidad a lo largo de distintos puntos de corte (Zweig & Campbell, 1993; Pepe et al., 2003).

El área bajo la curva (AUC) se empleó como índice global de discriminación, al representar la probabilidad de que un individuo del grupo clínico obtenga una puntuación superior a la de un individuo del grupo no clínico. Dado que el AUC es invariante frente a transformaciones métricas monótonas, permitió comparar distintos métodos de puntuación sin que las diferencias de escala afectaran la interpretación (Hanley & McNeil, 1982; Sewak & Hothorn, 2023).

Para la selección de los puntos de corte se consideraron criterios estadísticos complementarios. En primer lugar, se examinó el índice de Youden (J) como criterio global de optimización, al maximizar la suma de sensibilidad y especificidad (Youden, 1950; Zweig & Campbell, 1993). Asimismo, se consideró el equilibrio entre sensibilidad y especificidad en función de la interpretabilidad de los resultados.

Es importante señalar que, dado el diseño transversal basado en grupos conocidos, los puntos de corte deben interpretarse como criterios operativos de diferenciación entre grupos en el momento de la evaluación, y no como umbrales con implicaciones longitudinales.

Estudio Complementario de Redes

Con el objetivo de explorar la organización relacional entre los reactivos del AMAE-I, se realizó un análisis de redes psicométricas como aproximación complementaria a los modelos factoriales tradicionales. Este enfoque permite examinar relaciones directas entre ítems y detectar patrones de interdependencia no siempre capturados por modelos basados en variables latentes (Epskamp et al., 2018; Robinaugh et al., 2020).

Los reactivos fueron modelados como nodos y sus asociaciones como aristas, estimadas a partir de correlaciones parciales. Dada la naturaleza ordinal de los datos, se emplearon matrices de correlaciones policóricas, garantizando coherencia con el nivel de medición de las variables (Isvoranu & Epskamp, 2021).

Las redes se estimaron mediante modelos gráficos gaussianos regularizados utilizando el procedimiento EBICglasso, el cual incorpora una penalización que favorece soluciones parsimoniosas y reduce la inclusión de asociaciones espurias (Epskamp et al., 2018; Burger et al., 2022). Para la visualización, se emplearon algoritmos de disposición espacial basados en fuerzas, donde la proximidad entre nodos refleja la intensidad de sus asociaciones.

En las representaciones gráficas del análisis de redes, los nodos corresponden a los reactivos del instrumento y las aristas representan las asociaciones parciales entre ellos. El color de las aristas indica la dirección de la relación: las líneas azules representan asociaciones positivas, mientras que las líneas rojas corresponden a asociaciones negativas.

El grosor de las aristas es proporcional a la magnitud de la relación estimada, de modo que líneas más gruesas indican asociaciones de mayor intensidad y líneas más delgadas relaciones de menor magnitud. Este esquema visual permite identificar de manera directa la estructura de conexiones entre los reactivos dentro de cada dimensión

Se calcularon medidas de centralidad, priorizando el índice de fuerza (strength), dada su mayor estabilidad en redes psicométricas. Otras métricas, como cercanía (closeness) e intermediación (betweenness), se interpretaron de manera exploratoria (Bringmann et al., 2019; Isvoranu et al., 2022). De manera complementaria, se exploró la estructura comunitaria mediante algoritmos de detección de comunidades, con el fin de identificar agrupamientos de reactivos altamente interconectados (Burger et al., 2022).

El análisis se aplicó a las dimensiones obtenidas en el análisis factorial, permitiendo examinar la organización interna de cada dominio. Este enfoque tuvo un carácter descriptivo y exploratorio, complementando la información derivada de los modelos psicométricos tradicionales, sin asumir relaciones causales entre los elementos del sistema.

Software y Herramientas de Análisis de Datos

Para la gestión, depuración y análisis de los datos se emplearon distintos programas estadísticos y de manejo de información, seleccionados en función de los objetivos analíticos del estudio. La preparación inicial de la base de datos, incluyendo el vaciado, revisión, codificación y organización de la información, se realizó en Microsoft Excel. Posteriormente, los datos fueron exportados a los entornos estadísticos utilizados para los análisis inferenciales y psicométricos.

Los análisis descriptivos, comparativos, factoriales exploratorios y estimaciones de fiabilidad se llevaron a cabo mediante el software JASP (versión 0.17), el cual ofrece procedimientos estadísticos robustos a través de una interfaz gráfica que facilita la transparencia y reproducibilidad del análisis.

De manera complementaria, se utilizó Jamovi (versión 2.6.44) para la realización de análisis factoriales confirmatorios, modelos de regresión logística, curvas ROC y estimaciones de sensibilidad y especificidad. Este software integra motores analíticos basados en R, lo que

permite la implementación de métodos estadísticos avanzados en un entorno accesible y orientado a la investigación aplicada. El uso combinado de estos programas permitió asegurar coherencia metodológica entre los distintos análisis, así como la adecuada implementación de técnicas estadísticas acordes con la naturaleza de los datos y los objetivos del estudio.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se condujo conforme a los principios éticos para la investigación en seres humanos establecidos en el Informe Belmont (1979), particularmente los principios de respeto a las personas (autonomía), beneficencia/no maleficencia y justicia (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979). Asimismo, se atendió a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud vigente en México (Secretaría de Salud, 2014). Atendiendo a lo anterior, este estudio cuenta con la aprobación del comité de ética de CAISAME Estancia Breve en Zoquipan, Guadalajara, con el número de registro 2024-218 del 27 de junio de 2024.

En relación con el respeto a la autonomía, todos los participantes fueron informados de manera clara y suficiente acerca de los objetivos del estudio, los procedimientos de evaluación, las condiciones de participación y el uso de la información recabada. Se garantizó en todo momento la confidencialidad y el anonimato de los datos, así como el derecho de los participantes a retirarse del estudio en cualquier momento sin consecuencia alguna. La participación se formalizó mediante la firma del consentimiento informado (véase Anexo F), en el cual se detallaron los aspectos relevantes de la investigación.

El principio de justicia se garantizó mediante un proceso de reclutamiento voluntario y no coercitivo, respetando los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. La

identificación de los participantes se realizó con el apoyo del personal de la institución de salud, quienes colaboraron en la identificación de condiciones clínicas adecuadas para la evaluación, sin interferir en la decisión libre de participación. La autorización institucional para la realización del estudio fue obtenida a través de los canales administrativos correspondientes. En cuanto al principio de beneficencia y no maleficencia, se consideró que los riesgos asociados a la participación eran mínimos. No se realizaron intervenciones experimentales ni modificaciones intencionadas en las condiciones fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes.

El estudio se limitó a la aplicación de cuestionarios, entrevistas y revisión de información clínica, en concordancia con los criterios establecidos para investigaciones de riesgo mínimo. Asimismo, se dispuso de un protocolo de actuación ante posibles reacciones emocionales durante la evaluación, el cual contempló la suspensión de la aplicación y la canalización al personal de salud mental correspondiente. Véase Anexo G. Finalmente, no se identificaron conflictos de interés de carácter profesional, institucional o académico que pudieran comprometer la integridad ética de la investigación.

Nivel Empírico

"... lo que nos falla a los mexicanos es el preconsciente, esa suerte de intersección o punto de contacto entre el inconsciente y el consciente del que hablaba Freud. Es decir, no hemos desarrollado el eslabón que ha de unir los sueños con la realidad".

Agustín Basave

En primer lugar, se presentan las características sociodemográficas de los participantes reclutados, con el propósito de describir la composición de la muestra y contextualizar los

análisis subsecuentes. Se incluyeron variables como edad, sexo, nivel educativo, ocupación y estado civil. Los estadísticos descriptivos correspondientes se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3

Distribución Porcentual de Variables Sociodemográficas (N=157)

Variable	Categoría	Población Clínica (n=57)	Población No Clínica (n=100)
Edad (Media ± DE)	-	45.6 ± 12.1 años	36.2 ± 16.8 a
Sexo	Mujeres	29.6% (n=17)	68.2% (n=68)
	Hombres	70.4% (n=40)	31.8% (n=32)
Familiares con Enfermedad Mental (CFEM)	≥1 familiar	66.7% (n=38)	12.1% (n=12)
Uso de sustancias ilegales (USI)	≥1 sustancia	77.1% (n=44)	4.5% (n=4)
Experiencias traumáticas (ExT)	≥1 evento	92.6% (n=53)	19.7% (n=20)
Situación laboral	Trabaja	37.0% (n=21)	100% (n=100)
Ingresos económicos	Bajos (0-1)	96.3% (n=55)	65.2% (n=65)
Escolaridad	≤9 años	89.4% (n=51)	10.6% (n=11)

Resultados de la Validez de Contenido

Acuerdo Interjueces

El nivel de acuerdo entre los jueces se estimó mediante el coeficiente Kappa de Fleiss. En la primera fase se observaron valores negativos en los criterios de suficiencia ($\kappa = -0.48$) y relevancia ($\kappa = -0.23$). En la segunda fase, tras la revisión de los reactivos, se obtuvieron valores positivos en todos los criterios evaluados. En la dimensión de claridad se obtuvo $\kappa = 0.321$ (IC95% [0.221, 0.422]); en coherencia $\kappa = 0.472$ (IC95% [0.371, 0.572]); en relevancia $\kappa = 0.445$ (IC95% [0.334, 0.556]); y en suficiencia $\kappa = 0.560$ (IC95% [0.373, 0.747]).

Comparaciones entre Grupo Clínico y No Clínico en los Factores del AMAE-I

Se presentan las comparaciones entre el grupo clínico y el grupo no clínico en los factores del AMAE-I (véase Tabla 4). Se incluyen estadísticos descriptivos, resultados de la prueba U de Mann-Whitney, intervalos de confianza, el tamaño del efecto estimado mediante g de Hedges y los coeficientes de consistencia interna. En todos los factores se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo clínico y el grupo no clínico, con tamaños del efecto que oscilaron entre valores moderados y altos.

Tabla 4

Diferencias entre las Dimensiones Conformantes del AMAE-I por Grupo Clínico vs No Clínico

Factores	Reactivos	*U de Mann Whitney*	*ω de la dimensión*	IC (95%) Grupo no clínico	IC (95%) Grupo clínico	Tamaño del efecto (Hedges' g)	DMM (diferencia de medias)	*p*
Factor 1	*6, 57, 39, 62, 2*	*1010.0*	*0.799*	*7.40*	*9.38*	*0.646*	*-1.98*	*< .001*
Factor 2	*50, 24, 48, 19, 21, 42, 20*	*972.0*	*0.847*	*8.96*	*13.7*	*0.659*	*-4.79*	*< .001*
Factor 3	*64*, 65*, R56, 28*, 69*, 27*, 26**	*517.0*	*0.815*	*10.94*	*17.40*	*0.819*	*-6.46*	*< .001*
Factor 4	*14, 33, 45*, 60, 15, 61**	*841.0*	*0.786*	*7.570*	*11.54*	*0.705*	*-3.97*	*< .001*
Factor 5	*23, 54*, 55*	*1074.0*	*0.592*	*3.730*	*4.754*	*0.623*	*-1.02*	*< .001*
Factor 6	*8, 9, 10*	*799.0*	*0.692*	*4.750*	*6.860*	*0.720*	*-2.11*	*< .001*

Nota. La DMM se calculó restando las medias de los grupos de estudio. El valor (-) representa un mayor puntaje en el grupo clínico. El (*) significa que el reactivo está invertido (a mayor valor menor presencia de la cualidad).

Estadísticos Descriptivos por Reactivo en Población Clínica y No Clínica en los Factores del AMAE-I

Se presentan los estadísticos descriptivos a nivel de reactivo diferenciados por grupo (véanse las tablas de la 5 a la 10 en el Anexo H). Para cada factor se reportó el número de casos válidos y perdidos, media, desviación estándar (SD), valores mínimos y máximos, así como índices de asimetría y curtosis. Asimismo, se estimaron correlaciones ítem-total corregidas, el coeficiente omega total (ω) y el valor de ω si se elimina el ítem.

Factor 1

El factor 1 estuvo conformado por los reactivos R6 (Me he descubierto hablando solo), R7 (Repito frases una y otra vez cuando estoy frente a otras personas), R39 (Pienso en demasiadas cosas al mismo tiempo hasta aturdirme), R62 (Soy tan importante que es imposible que los demás no puedan verme) y R2 (¿Sueles ser interrumpido por ideas incoherentes mientras estás pensando en otra cosa?). No se registraron datos perdidos en ninguno de los dos grupos. Las medias fueron superiores en el grupo clínico en comparación con el grupo no clínico en todos los reactivos de la dimensión. Las desviaciones estándar indicaron una dispersión moderada en ambos grupos, con valores ligeramente mayores en el grupo clínico en algunos reactivos.

En cuanto a la distribución, se observaron valores positivos de asimetría en la mayoría de los reactivos, más acentuados en el grupo no clínico. Algunos reactivos presentaron valores elevados de curtosis en este grupo. En el grupo clínico, las distribuciones mostraron valores de asimetría y curtosis más cercanos a la simetría relativa.

Las correlaciones ítem-total corregidas se ubicaron en rangos adecuados en todos los reactivos. El coeficiente ω total del factor fue de .799. Los valores de ω si se elimina el ítem no mostraron incrementos relevantes.

Factor 2

El factor 2 estuvo integrado por los reactivos R50 (Me resulta complicado planear actividades que ocurrirán en el futuro, como citas y fiestas), R24 (¿Ha notado dificultades para sentir satisfacción?), R48 (Experimento la sensación de que el tiempo va muy lento e incluso se ha detenido), R19 (Experimento sabores en mi boca poco comunes), R21 (Cuando deseo que cambie el clima solo tengo que pensarlo), R42 (Hago cosas completamente diferentes a las que había pensado hacer) y R20 (Me llegan olores que otros no perciben).

Las medias fueron superiores en el grupo clínico en comparación con el grupo no clínico en todos los reactivos de la dimensión. Este patrón se observó de manera consistente a lo largo de los indicadores incluidos. Las respuestas cubrieron el rango de la escala y no se registraron datos perdidos. Las correlaciones ítem-total corregidas se ubicaron en rangos adecuados. Los índices de fiabilidad indicaron consistencia interna en la dimensión.

Factor 3

El factor estuvo conformado por los reactivos R64* (¿Si te miras en un espejo sabes dónde está la imagen y dónde estás tú?), R65* (Hay un límite definido entre mi cuerpo y el espacio que me rodea), R56 (¿Experimentas sensaciones corporales raras?), R28* (Me gusta hacer cosas que me provocan alegría),

R69* (Puedo describir perfectamente el significado de lo que siento cuando escucho la palabra “libertad”), R27* (Disfruto compartir con familiares y amigos) y R26* (Recuerdo las cosas que me hacen feliz). Las medias fueron superiores en el grupo clínico en comparación con

el grupo no clínico en todos los reactivos de la dimensión. Las respuestas se distribuyeron a lo largo del rango de la escala y no se registraron datos perdidos. Las correlaciones ítem–total corregidas mostraron valores dentro de rangos adecuados. Los índices de fiabilidad indicaron consistencia interna en la dimensión.

Factor 4

El factor estuvo integrado por los reactivos R14 (Los demás creen que estoy distraído, pero sé cuándo me están mirando), R33 (Mis familiares insisten en que tengo una condición de salud, pero no sé por qué), R45* (Tengo ideas verdaderas que nadie comparte), R60 (¿Sientes que las personas o cosas a tu alrededor actúan o existen en función de ti?), R15 (Considero que poseo una habilidad que la gente no reconoce) y R61* (Tengo un papel esencial en el equilibrio de este mundo).

Las medias fueron superiores en el grupo clínico en comparación con el grupo no clínico en los reactivos. Las distribuciones de respuesta abarcaron el rango de la escala y no se registraron datos perdidos. Las correlaciones ítem-total corregidas se ubicaron en rangos adecuados. Los índices de fiabilidad indicaron consistencia interna del factor.

Factor 5

El factor estuvo integrado por los reactivos R23 (¿Utilizas palabras o símbolos que solo tú conoces?), R54* (¿Notas que estás como desconectado de tu propio cuerpo?) y R55 (¿Te ocurre que te concentras de forma intensa en algunas sensaciones corporales, como los latidos del corazón o el movimiento de los músculos?). Las medias fueron superiores en el grupo clínico en comparación con el grupo no clínico en los reactivos del factor. Las respuestas se distribuyeron a lo largo del rango de la escala y no se registraron datos perdidos. Las

correlaciones ítem-total corregidas mostraron valores dentro de rangos adecuados. Los índices de fiabilidad indicaron consistencia interna en el factor.

Factor 6

El factor 6 estuvo integrado por los reactivos R8 (¿Has experimentado dificultades para generar y comunicar tus ideas de manera coherente?), R9 (¿Has experimentado dificultades para generar y comunicar tus ideas de manera coherente?) y R10 (¿Tu mente ha quedado en blanco sin poder encontrar palabras o ideas adecuadas?). Las medias fueron superiores en el grupo clínico en comparación con el grupo no clínico en los tres reactivos del factor. Las respuestas se distribuyeron a lo largo del rango de la escala y no se registraron datos perdidos. Las correlaciones ítem-total corregidas se ubicaron en rangos adecuados. Los índices de fiabilidad indicaron consistencia interna.

Resultados del Análisis de Covarianza (ANCOVA) por Factor

Factor 1

Los resultados mostraron un efecto significativo del tipo de grupo sobre el Factor 1, $F(1,121) = 36.41$, $p < .001$, $\omega^2 = .223$. En cuanto a las covariables, la edad no presentó un efecto significativo, $F(1,121) = 0.005$, $p = .944$, $\omega^2 \approx 0.000$. La escolaridad tampoco mostró un efecto significativo, $F(1,121) = 0.574$, $p = .450$, $\omega^2 \approx 0.000$.

Factor 2

Los resultados mostraron un efecto significativo del tipo de grupo sobre el Factor 2, $F(1,153) = 66.21$, $p < .001$, $\omega^2 = .294$. En cuanto a la covariable edad, no se observó un efecto significativo, $F(1,153) = 1.235$, $p = .268$, $\omega^2 = .001$. Por su parte, la escolaridad tampoco mostró un efecto significativo, $F(1,153) = 0.031$, $p = .859$, $\omega^2 \approx 0.000$.

Factor 3

Los valores indicaron un efecto significativo del tipo de grupo sobre el Factor 3, $F(1,153) = 89.59$, $p < .001$, $\omega^2 = .363$, IC 95% [.248, .466]. En relación con la covariable edad, no se observaron efectos significativos, $F(1,153) = 0.222$, $p = .638$, $\omega^2 \approx .000$. De igual manera, la escolaridad no mostró un efecto significativo, $F(1,153) = 0.099$, $p = .753$, $\omega^2 \approx .000$.

Factor 4

Los resultados mostraron un efecto significativo del tipo de grupo sobre el Factor 4, $F(1,153) = 65.44$, $p < .001$, $\omega^2 = .292$, IC 95% [.180, .400]. En relación con la covariable edad, no se observaron efectos significativos, $F(1,153) = 0.430$, $p = .513$, $\omega^2 \approx .000$. Por su parte, la escolaridad tampoco mostró un efecto significativo, $F(1,153) = 0.520$, $p = .472$, $\omega^2 \approx .000$.

Factor 5

Los resultados mostraron un efecto significativo del tipo de grupo sobre el Factor 5, $F(1,153) = 22.90$, $p < .001$, $\omega^2 = .124$, IC 95% [.043, .225]. En relación con la covariable edad, no se observaron efectos significativos, $F(1,153) = 0.038$, $p = .846$, $\omega^2 \approx .000$. Por su parte, la escolaridad tampoco mostró un efecto significativo, $F(1,153) = 0.274$, $p = .602$, $\omega^2 \approx .000$.

Factor 6

Los resultados mostraron un efecto significativo del tipo de grupo sobre el Factor 6, $F(1,153) = 48.50$, $p < .001$, $\omega^2 = .233$, IC 95% [.127, .342]. En relación con la covariable edad, no se observaron efectos significativos, $F(1,153) = 0.174$, $p = .677$, $\omega^2 \approx .000$. Por su parte, la escolaridad tampoco mostró un efecto significativo, $F(1,153) = 0.859$, $p = .356$, $\omega^2 \approx .000$.

Análisis Factorial Exploratorio

El análisis factorial exploratorio se realizó sobre una muestra total de 157 participantes (100 pertenecientes a población no clínica y 57 a población clínica), utilizando una matriz de

correlaciones policóricas, el método de extracción Diagonally Weighted Least Squares (DWLS) y rotación oblimin.

Supuestos y Criterios de Factorización

El índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) global fue de 0.861. Los índices individuales de adecuación muestral (MSA) por reactivo se situaron dentro de rangos aceptables. La prueba de esfericidad de Bartlett resultó estadísticamente significativa ($\chi^2 = 3003.000$, $p < .001$). En la solución inicial no rotada, el criterio de Kaiser (autovalores > 1) indicó la presencia de 14 factores, los cuales explicaron el 73.7% de la varianza acumulada. El análisis del gráfico de sedimentación (scree plot) mostró un punto de inflexión en el sexto componente. En la solución rotada, los factores retenidos explicaron el 34.5% de la varianza acumulada.

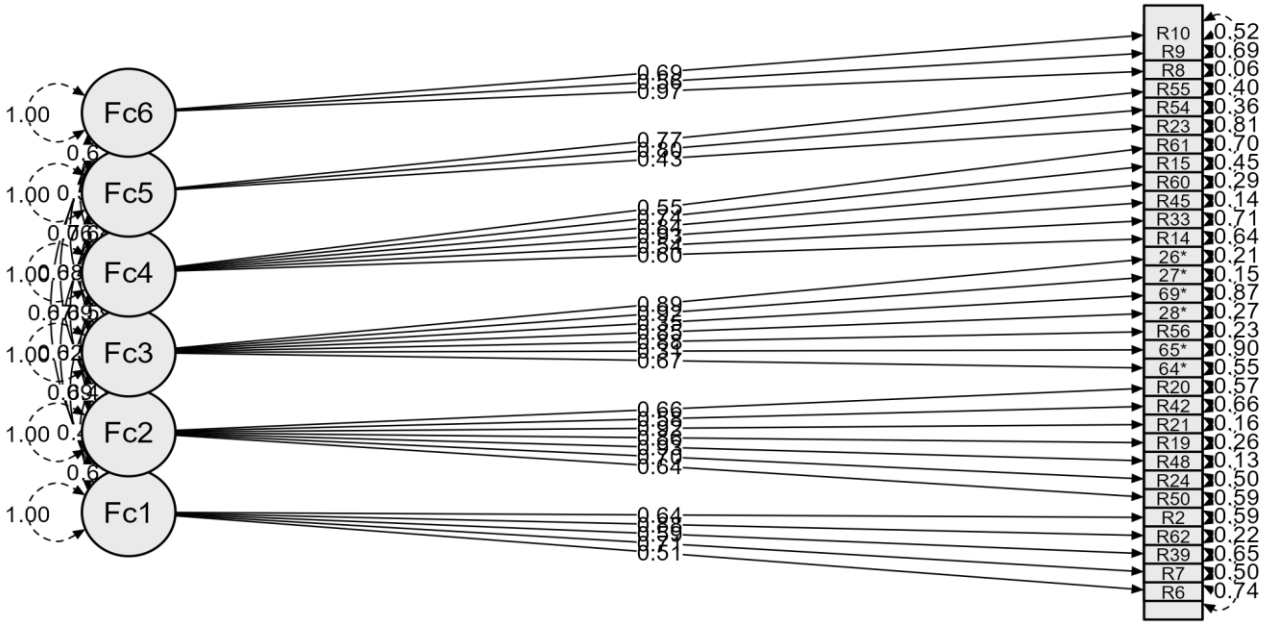
Solución Factorial Obtenida

Se adoptó una solución de seis factores. La organización final de los factores se estableció a partir de la estructura obtenida en la solución rotada. El Factor 1 de la solución original se mantuvo sin modificaciones. El Factor 3 fue reorganizado como Factor 2, el Factor 4 como Factor 3 y el Factor 5 como Factor 4, conservando en todos los casos los reactivos que los integraban.

El Factor 5 se conformó mediante la integración de los reactivos 23 y 54 provenientes del Factor 8, y el reactivo 55 proveniente del Factor 9. El Factor 6 se estableció a partir del Factor 13 de la solución original. Se consideraron cargas factoriales iguales o superiores a .40 como criterio de retención de los reactivos. La estructura de seis factores derivada del análisis factorial exploratorio fue especificada posteriormente en un modelo de análisis factorial confirmatorio para evaluar su ajuste global y la estimación de sus parámetros. Ver figura 1 y Anexo I

Figura 1

Estructura Factorial del Instrumento AMAE-I con Cargas Factoriales Estandarizadas



Análisis Factorial Confirmatorio

Índices de Ajuste del Modelo

Con el propósito de contrastar la estructura de seis factores obtenida en el análisis factorial exploratorio, se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio (AFC) utilizando una matriz de correlaciones policóricas y un método de estimación robusto apropiado para variables ordinales. Los índices de ajuste incremental se presentan en la Tabla 12 y los índices globales de ajuste en la Tabla 13.

Tabla 12

Valores de los Índices de Ajuste del AMAE-I (AFC)

Indicadores	Valores
Índice de Ajuste Comparativo (CFI)	0.942
Índice de Tucker-Lewis (TLI)	0.936
Índice de Ajuste No Normado de Bentler-Bonett (NNFI)	0.936
Índice de Ajuste Normado de Bentler-Bonett (NFI)	0.909
Índice de Ajuste Normado de Parsimonia (PNFI)	0.819
Índice de Ajuste Relativo de Bollen (RFI)	0.899
Índice de Ajuste Incremental de Bollen (IFI)	0.942
Índice de No Centralidad Relativa (RNI)	0.942

Nota. Tabla extraída de JASP.

Tabla 13

Índices Globales de Ajuste del Modelo

Indicadores	Valores
Erro cuadrático medio de aproximación (RMSEA)	0.101
Límite Inferior del Intervalo de Confianza (RMSEA 90%)	0.093
Límite Superior del Intervalo de Confianza (RMSEA 90%)	0.108
Valor p asociado al RMSEA	1.443×10^{-13}
Residuo Cuadrático Medio Estandarizado (SRMR)	0.131
N crítico de Hoelter ($\alpha = .05$)	68.510
N crítico de Hoelter ($\alpha = .01$)	71.620
Índice de Bondad de Ajuste (GFI)	0.937
Índice de Ajuste de McDonald (MFI)	0.120

Nota. Tabla extraída de JASP.

Cargas Factoriales Estandarizadas

Todas las cargas factoriales estandarizadas fueron estadísticamente significativas ($p < .001$). Las saturaciones factoriales oscilaron entre 0.311 y 0.969. Los valores correspondientes se presentan en la Tabla 14.

Tabla 14

Cargas Factoriales Estandarizadas del Modelo Factorial Confirmatorio

Factor	Reactivo	Carga Estandarizada	Error estándar	p
F1	R6	0.507	0.035	< .001
	R7	0.705	0.036	< .001
	R39	0.589	0.036	< .001
	R62	0.884	0.042	< .001
	R2	0.642	0.036	< .001
F2	R50	0.640	0.028	< .001
	R24	0.705	0.028	< .001
	R48	0.930	0.028	< .001
	R19	0.862	0.034	< .001
	R21	0.917	0.030	< .001
	R42	0.583	0.031	< .001
	R20	0.658	0.031	< .001
F3	R64*	0.673	0.029	< .001
	R65*	0.311	0.034	< .001
	R56	0.875	0.028	< .001
	R28*	0.854	0.023	< .001
	R69*	0.355	0.033	< .001
	R27*	0.924	0.024	< .001
	R26*	0.891	0.023	< .001
F4	R14	0.602	0.033	< .001
	R33	0.537	0.038	< .001
	R45*	0.927	0.030	< .001
	R60	0.843	0.030	< .001
	R15	0.744	0.033	< .001
	R61*	0.547	0.035	< .001
F5	R23	0.435	0.037	< .001

Factor	Reactivo	Carga Estandarizada	Error estándar	p
	R55	0.802	0.053	< .001
	R54*	0.775	0.052	< .001
F6	R8	0.969	0.044	< .001
	R9	0.556	0.032	< .001
	R10	0.695	0.035	< .001

Correlaciones Interfactoriales

Las correlaciones interfactoriales fueron positivas y estadísticamente significativas ($p < .001$), con coeficientes que oscilaron entre 0.51 y 0.84. La asociación más elevada se observó entre el segundo y el quinto factor ($r = 0.84$), mientras que la menor se registró entre el segundo y el tercero ($r = 0.51$). En particular, la correlación entre el Factor 2 (Desorganización cognitiva autocentrada) y el Factor 5 (Experiencia corporal anómala y simbolización idiosincrásica) fue de $r = 0.84$. Para estos factores, los valores de varianza media extraída fueron AVE = .459 y AVE = .477, respectivamente. Los coeficientes de consistencia interna fueron $\omega = .799$ y $\omega = .592$, y la razón HTMT fue de .645. Ver tabla 15.

Tabla 15

Valores de las Correlaciones Interfactoriales

		Spearman's rho	P
Factor 1	Factor 2	.71	< .001
	Factor 3	.55	< .001
	Factor 4	.78	< .001
	Factor 5	.80	< .001
	Factor 6	.74	< .001
Factor 2	Factor 3	.51	< .001
	Factor 4	.67	< .001
	Factor 5	.84	< .001
	Factor 6	.73	< .001
Factor 3	Factor 4	.66	< .001
	Factor 5	.57	< .001
	Factor 6	.81	< .001
Factor 4	Factor 5	.80	< .001
	Factor 6	.64	< .001
Factor 5	Factor 6	.77	< .001

Fiabilidad del Instrumento

La fiabilidad global del instrumento se evaluó mediante el coeficiente omega. El análisis mostró un valor de ω = 0.901, con un intervalo de confianza del 95% comprendido entre 0.875 y 0.921. Véase tabla 16. El análisis de fiabilidad por factores evidenció valores de omega que oscilaron entre rangos moderados y elevados. Se identificaron algunos reactivos con correlaciones ítem-total corregidas de magnitud moderada, particularmente el reactivo 26* en el factor 3 (ver tablas en Anexo H). El análisis de omega si se elimina el ítem mostró variaciones mínimas en los coeficientes de consistencia interna.

Tabla 16

Valores de la Omega de McDonald Global del AMAE-I

			95% CI	
Coefficient	Estimate	Std. Error	Lower	Upper
Coefficient ω	**0.901**	0.011	0.879	0.923

Validez Convergente y Discriminante

Varianza Media Extraída (AVE)

Con el propósito de examinar la validez convergente de los factores, se estimó la varianza media extraída (Average Variance Extracted, AVE) junto con el coeficiente omega (ω). Los valores de AVE oscilaron entre 0.459 y 0.590. Los coeficientes de omega oscilaron entre 0.592 y 0.862. Ver tabla 17.

Tabla 17

Valores de AVE de los Factores del AMAE-I

Factores	1	2	3	4	5	6
AVE	0.459	0.590	0.545	0.513	0.477	0.577
(ω)	0.799	0.862	0.815	0.786	0.592	0.692

Nota. **ω**: Omega de McDonal; **AVE**: Varianza media extraída

Análisis HTMT

Con el fin de examinar la validez discriminante del modelo factorial confirmado, se estimó el índice Heterotrait-Monotrait ratio (HTMT). Los valores del HTMT oscilaron entre .25 y .64. Ver tabla 18

Tabla 18

Índices HTMT entre Factores del AMAE-I

Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6
1.000					
0.485	1.000				
0.345	0.306	1.000			
0.618	0.431	0.376	1.000		
0.582	0.645	0.258	0.544	1.000	
0.466	0.600	0.059	0.404	0.440	1.000

Nota. Tabla extraída de JASP.

Regresión Logística

Se realizaron análisis de regresión logística binaria para examinar la asociación entre los factores del AMAE-I y el estatus clínico. El modelo inicial con un solo factor (F2) mostró diferencias significativas respecto al modelo nulo ($\Delta\chi^2 = 66.234$, $p < .001$), con un odds ratio (OR) de 1.829 (IC 95%: 1.467–2.279). La incorporación de F3 produjo una mejora adicional en el ajuste del modelo ($\Delta\chi^2 = 50.714$, $p < .001$), manteniéndose ambos factores con coeficientes estadísticamente significativos. La inclusión de F4 incrementó el ajuste del modelo ($\Delta\chi^2 = 13.412$, $p < .001$), seguida de la incorporación de F1 ($\Delta\chi^2 = 4.054$, $p = .044$). El modelo final incluyó F6 ($\Delta\chi^2 = 5.525$, $p = .019$), con coeficientes estadísticamente significativos para todos los factores excepto F2. Los odds ratios en el modelo final oscilaron entre 1.393 y 1.872 para los coeficientes positivos, mientras que F1 presentó un OR de 0.670 (IC 95%: 0.477–0.942, $p = .021$). El modelo final mostró una exactitud del 92.4%, una sensibilidad del 86.0% y una especificidad del 96.0%, con un área bajo la curva (AUC) de 0.971 y un Brier score de 0.064. Los resultados detallados se presentan en las Tablas 19 y 20 (Anexo J).

Curvas ROC, AUC y Puntos de Corte por Factor

Los seis factores del AMAE-I presentaron valores de AUC que oscilaron entre 0.69 y 0.86. Los factores F2, F3, F4 y F6 mostraron los valores más elevados de AUC. Los puntos de corte, que permiten identificar la puntuación a partir de la cual una persona presenta características más similares a las observadas en el grupo clínico que en el grupo no clínico, y los valores de sensibilidad y especificidad se presentan en la Tabla 21.

Tabla 21

Valores de AUC por Factor

			95% (IC)				
	AUC	Error estándar	Sensibilidad	Especificidad	*p*	Punto de corte	Youden (J)
f1	0.692	0.0455	.68	.73	<.001	8.50	.41
f2	0.849	0.0326	.73	.82	<.001	10.5	.55
f3	0.862	0.0284	.91	.65	<.001	11.5	.56
f4	0.825	0.0359	.71	.87	<.001	9.50	.58
f5	0.691	0.0438	.49	.82	<.001	4.50	.31
f6	0.800	0.0342	.89	.57	<.001	4.50	.50
f Total	**.946**						

Nota. *Elaboración propia*

Análisis Complementario de Redes

Se realizó un análisis de redes psicométricas con el objetivo de examinar las relaciones entre los reactivos dentro de cada uno de los factores del AMAE-I. Los nodos representaron los reactivos y las aristas las asociaciones parciales entre ellos.

Estructura de la Red, Medidas de Centralidad y Estabilidad

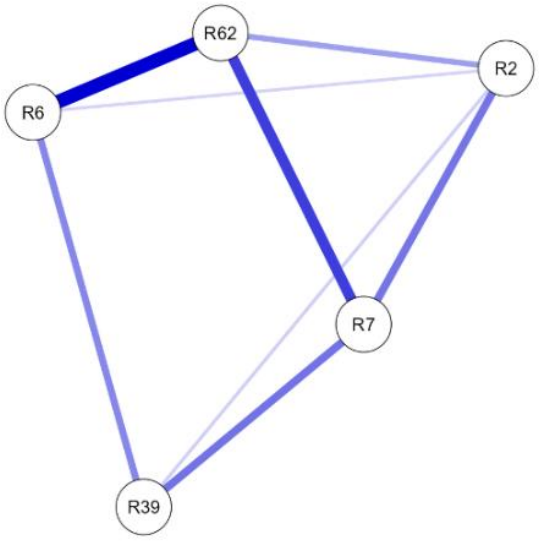
Factor 1

El análisis de redes del Factor 1 mostró un subgrafo conformado por los reactivos R2, R6, R7, R39 y R62. Las aristas de mayor peso positivo correspondieron a los pares R6-R62, R7-R62 y R6-R39. En las métricas de centralidad, R62 presentó el valor más alto de *strength*,

mientras que R7 obtuvo los valores más elevados en *betweenness* y *closeness*. El reactivo R2 se ubicó en una posición periférica. Ver Figura 2.

Figura 2

Estructura de Red del Factor 1

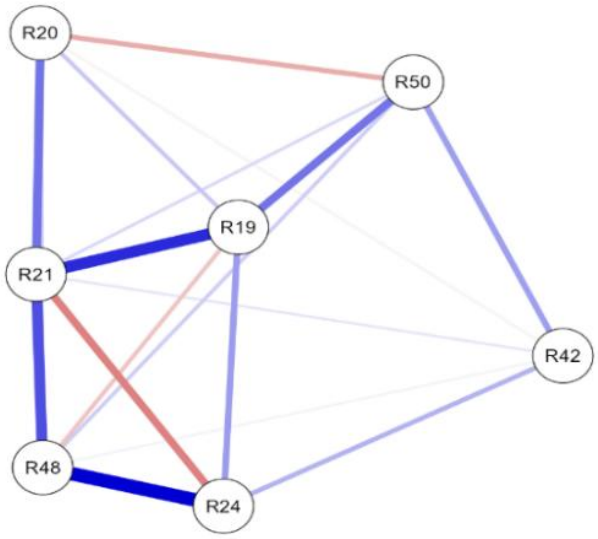


Factor 2

El análisis de redes mostró una estructura definida entre los reactivos R24, R48, R19 y R21. Las aristas de mayor magnitud correspondieron a los vínculos R24–R48, R19–R21 y R21–R48. En las métricas de centralidad, R21 presentó los valores más altos de *strength* y *betweenness*. No se observaron nodos aislados. Ver figura 3**.**

Figura 3

Estructura de Red del Factor 2

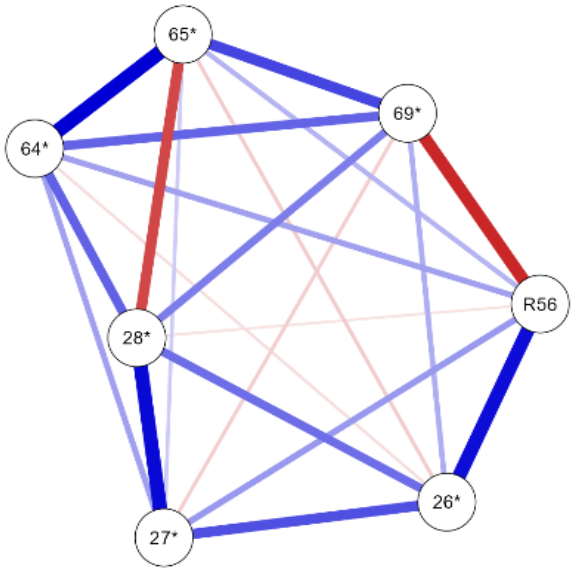


Factor 3

La red mostró tres agrupaciones locales. El primer conjunto correspondió a la conexión positiva entre R64*-R65*. El segundo conjunto incluyó las conexiones R28*-R27* junto con R26*. El tercer patrón incluyó las relaciones entre R56, R27* y R26*. Se observó una arista negativa entre R56-R69*. En términos de centralidad, R27* y R65* presentaron los valores más altos de *strength*, mientras que R64* y R27* mostraron los valores más elevados de *betweenness*. Ver figura 4.

Figura 4

Estructura de Red del Factor 3

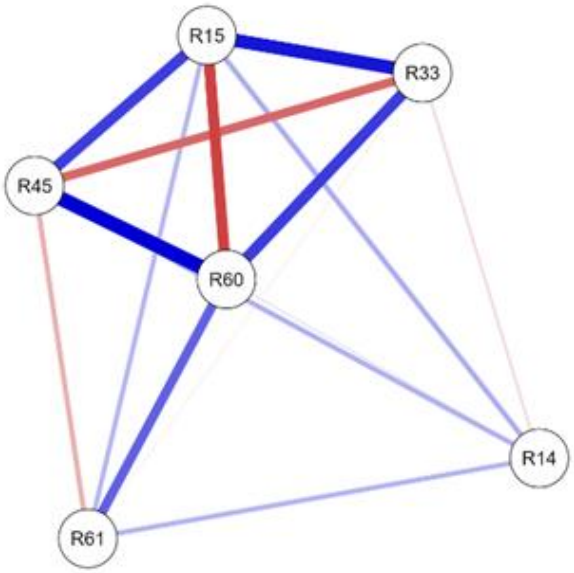


Factor 4

El análisis de redes mostró una estructura conformada por los reactivos R15, R33, R45* y R60. Se observaron aristas positivas en los pares R15-R33 y R45-R60, así como relaciones negativas entre R15-R60 y R45*-R33. En las métricas de centralidad, R33 presentó el valor más alto de *strength*, mientras que R45 mostró el mayor valor de *betweenness*. Los reactivos R61* y R14 se ubicaron en posiciones periféricas. Ver Figura 5.

Figura 5

Estructura de Red del Factor 4

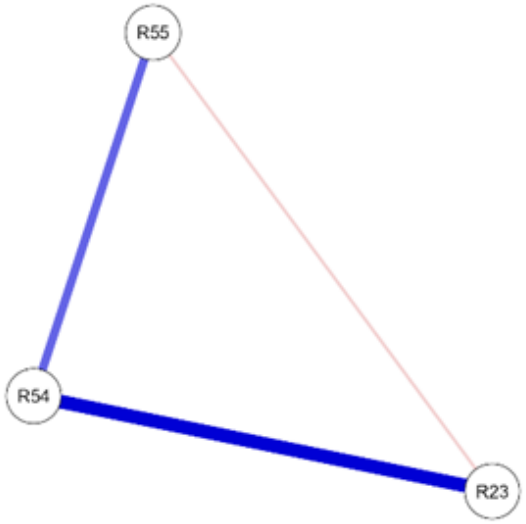


Factor 5

La red mostró una arista positiva entre R23-R54*, así como una relación positiva entre R54*-R55. La relación R23-R55 se presentó como una arista negativa. En cuanto a centralidad, R54* presentó el valor más alto de *strength*, seguido por R23, mientras que R55 se ubicó en posición periférica. Ver Figura 6.

Figura 6

Estructura de Red del Factor 5

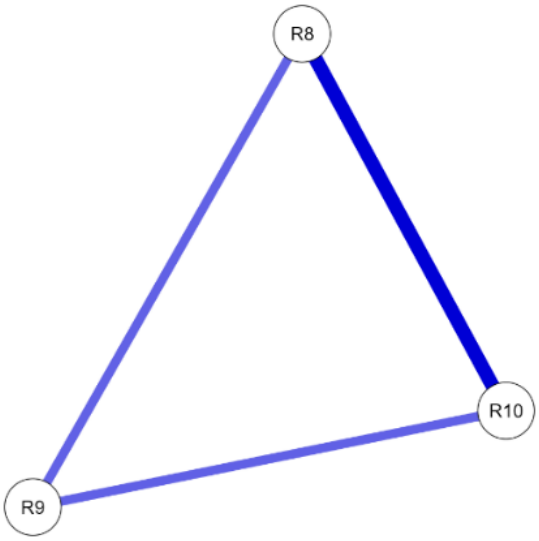


Factor 6

El análisis de redes mostró una estructura conformada por los reactivos R8, R9 y R10, con aristas positivas entre todos los pares. La conexión de mayor magnitud se observó entre R8-R10, seguida por R9-R10. La relación R8-R9 presentó el valor más bajo. En las métricas de centralidad, R10 presentó los valores más altos de *strength* y *closeness*, mientras que R8 mostró el mayor valor de *betweenness*. Ver Figura 7.

Figura 7

Estructura de Red del Factor 6



Discusión

"La psicosis no es simplemente una enfermedad del cerebro, sino una modificación radical de la experiencia de sí y del mundo"

Giovanni Stanghellini

Validez de Contenido

Los coeficientes κ de Fleiss obtenidos en la segunda ronda (claridad κ = .32; coherencia κ = .47; relevancia κ = .45; suficiencia κ = .56) se sitúan en un rango de concordancia moderada a sustancial, de acuerdo con los criterios clásicos de interpretación (Landis & Koch, 1977). Este nivel de acuerdo resulta aceptable en fases iniciales de desarrollo de instrumentos, particularmente cuando se abordan constructos complejos de naturaleza fenomenológica, cuya delimitación puede dar lugar a variabilidad legítima en la evaluación por parte de expertos.

Diversos trabajos han señalado que, en procesos iterativos de construcción de escalas, valores de κ entre .40 y .60 reflejan un nivel adecuado de convergencia conceptual, sin implicar necesariamente una homogeneidad artificial entre jueces (McHugh, 2012; Gisev et al., 2013). En esta misma línea, la validez de contenido se entiende como un proceso progresivo orientado a garantizar que los ítems representen de manera comprensible y coherente el constructo teórico, más que a maximizar el acuerdo estadístico en etapas iniciales (Boateng et al., 2018; Zamanzadeh et al., 2015).

La mejora observada entre la primera y la segunda ronda sugiere un proceso de refinamiento conceptual adecuado y una mayor alineación entre los reactivos y el constructo evaluado. No obstante, algunos criterios no alcanzaron niveles de concordancia sustancial (κ ≥ .61), lo que señala áreas susceptibles de fortalecimiento en futuras revisiones.

Este aspecto debe interpretarse con cautela, ya que, en dominios clínicos caracterizados por alta complejidad semántica, como las alteraciones de la autoexperiencia, la variabilidad entre jueces puede reflejar la multidimensionalidad del fenómeno más que una debilidad del instrumento. Asimismo, el coeficiente κ de Fleiss tiende a ofrecer estimaciones conservadoras al ajustar por el acuerdo esperado por azar (Gisev et al., 2013; McHugh, 2012). En conjunto, los resultados indican que el AMAE-I presenta niveles adecuados de validez de contenido para una fase inicial de validación, manteniéndose como un proceso abierto a futuras evaluaciones que permitan consolidar su precisión conceptual.

Contrastación de Hipótesis

En esta sección se presentan y analizan las hipótesis planteadas en el estudio, contrastando los resultados obtenidos con los supuestos teóricos y metodológicos que fundamentaron la validación del AMAE-I. A continuación, se expone la respuesta a cada una de ellas a partir de la evidencia empírica derivada de los análisis realizados.

Respuesta a Hipótesis 1. Estructura Factorial Confirmatoria.

H1 (Estructura factorial - validez de constructo). El Análisis Multidimensional de la Autoexperiencia (AMAE-I) presentará una estructura factorial multidimensional con factores correlacionados, mostrando un ajuste global aceptable del modelo, evidenciado por índices de bondad de ajuste dentro de rangos adecuados (CFI y TLI ≥ .90; RMSEA y SRMR ≤ .08).

En el análisis factorial confirmatorio del AMAE-I, el modelo de seis factores correlacionados mostró un patrón mixto de ajuste global. Los índices incrementales alcanzaron niveles aceptables (CFI = 0.914; TLI = 0.905), mientras que los índices de ajuste absoluto y de residuos se situaron por encima de los valores de referencia convencionales (RMSEA = 0.101; SRMR = 0.131). En conjunto, estos resultados sugieren que el modelo presenta una estructura

general coherente, aunque con la presencia de discrepancias residuales que indican áreas susceptibles de refinamiento.

Este patrón ha sido señalado en la literatura metodológica, donde se advierte que los puntos de corte tradicionales para índices como RMSEA y SRMR pueden variar en función de características del modelo y de los datos, tales como el número de factores, los grados de libertad, la naturaleza ordinal de los ítems y el tipo de estimación empleado (Shi, 2022). En particular, cuando se utilizan matrices de correlaciones policóricas y estimadores robustos, los índices basados en residuos tienden a ser más sensibles a desajustes locales, incluso cuando la estructura latente global resulta consistente. En este sentido, los valores observados pueden interpretarse como reflejo de la complejidad del constructo evaluado y de la multidimensionalidad inherente a la autoexperiencia.

La presencia de residuos elevados puede estar asociada a solapamientos semánticos entre reactivos, dependencias locales o a la coexistencia de subcomponentes estrechamente relacionados dentro de los factores. Así, el patrón de ajuste obtenido resulta congruente con lo esperado en instrumentos en fase inicial de validación que abordan fenómenos clínicos complejos. Más que invalidar la estructura propuesta, estos resultados señalan la conveniencia de continuar con procesos de refinamiento, orientados a optimizar la especificación del modelo y la claridad de los reactivos.

Interpretación Conceptual de los Factores.

En este acápite, resulta necesario precisar el significado psicológico de las dimensiones confirmadas extraídas del análisis factorial. Para ello, se presenta una interpretación conceptual de los seis factores, entendida como la descripción coherente y fundamentada de los reactivos que los componen y del constructo que representan. Este proceso permite traducir la estructura

estadística en dominios clínicos y fenomenológicos interpretables, facilitando su articulación con modelos teóricos de la autoexperiencia y el funcionamiento subjetivo. A continuación, se describen los componentes de cada factor, el contenido fenomenológico que integran y su definición conceptual. La versión final del instrumento puede consultarse en el anexo K.

Desorganización Cognitiva Autocentrada.

El Factor 1 quedó conformado por cinco reactivos que describen un patrón caracterizado por desorganización del flujo del pensamiento, interferencias ideativas y una incipiente autocentralidad cognitiva.

Los reactivos 6 (“Me he descubierto hablando solo”) y 7 (“Repito frases una y otra vez cuando estoy frente a otras personas”) evalúan perseveración verbal, entendida como una repetición rígida y poco modulada de ideas o expresiones que interfiere con la fluidez del pensamiento. El reactivo 39 (“Pienso en demasiadas cosas al mismo tiempo hasta aturdirme”) recoge una experiencia de sobrecarga cognitiva, manifestada como dificultad para sostener un hilo de pensamiento y monitorear los propios estados mentales. El reactivo 62 (“Soy tan importante que es imposible que los demás no puedan verme”) expresa una forma de autorreferencia intensificada, asociada a una sensación de visibilidad o relevancia personal difícil de justificar externamente. Finalmente, el reactivo 2 (“¿Sueles ser interrumpido por ideas incoherentes mientras estás pensando en otra cosa?”) evalúa intrusiones ideativas que afectan la continuidad del pensamiento y la estabilidad atencional.

En conjunto, estos elementos sugieren que la perseveración, la interferencia del pensamiento y las alteraciones en la autoconciencia no se presentan como fenómenos aislados, sino como expresiones de una integración deficiente entre los procesos cognitivos y la experiencia del self. Este factor puede definirse como:

"Conjunto de dificultades caracterizadas por rigidez del pensamiento, interferencia de contenidos mentales, limitada capacidad para reconocer cambios internos y vivencias de centralidad respecto a la propia experiencia, lo que sugiere una integración alterada entre los procesos cognitivos y la autoconciencia."

Desajuste Temporal y Experiencial.

El Factor 2 quedó constituido por siete reactivos que expresan alteraciones en la vivencia temporal, anomalías sensoperceptivas y dificultades en la articulación entre la experiencia interna y la interacción con el entorno. El reactivo 50 ("Me resulta complicado planear actividades que ocurrirán en el futuro, como citas y fiestas") evalúa dificultades en la planificación prospectiva, reflejando desajustes en la organización del tiempo y en la anticipación de eventos. El reactivo 24 ("¿Ha notado dificultades para sentir satisfacción?") indaga una disminución en la capacidad hedónica, que compromete la conexión afectiva con la experiencia presente. El reactivo 48 ("Experimento la sensación de que el tiempo va muy lento e incluso se ha detenido") recoge una distorsión en la vivencia del tiempo, alterando la continuidad subjetiva del flujo experiencial.

Los reactivos 19 ("Experimento sabores en mi boca poco comunes") y 20 ("Me llegan olores que otros no perciben") corresponden a experiencias sensoriales no compartidas intersubjetivamente, que introducen una ruptura en la coherencia entre percepción y entorno. El reactivo 21 ("Cuando deseo que cambie el clima solo tengo que pensarlo") evalúa pensamiento mágico, entendido como la atribución de relaciones causales no convencionales entre los propios pensamientos y la realidad externa. Finalmente, el reactivo 42 ("Hago cosas completamente diferentes a las que había pensado hacer") refleja una desalineación entre intención y acción, indicando dificultades en la regulación de la conducta.

En conjunto, estos elementos configuran un dominio caracterizado por distorsiones en la temporalidad vivida, experiencias sensoriales atípicas y alteraciones en la relación entre pensamiento, percepción y acción. Este patrón sugiere una pérdida de alineación entre los procesos internos y la organización de la experiencia en el mundo.

Este factor puede definirse como:

"Conjunto de alteraciones caracterizadas por distorsiones en la vivencia del tiempo, experiencias sensoperceptivas atípicas y dificultades en la integración entre procesos internos y eventos externos, lo que sugiere un desajuste en la organización de la experiencia del sujeto."

Fragmentación Corpórea y Anhedonia.

El Factor 3 quedó conformado por siete reactivos que reflejan alteraciones en la vivencia del cuerpo, en la dimensión afectivo-motivacional y en la capacidad de elaboración conceptual. Los reactivos 64* ("¿Si te miras en un espejo sabes dónde está la imagen y dónde estás tú?") y 65* ("Hay un límite definido entre mi cuerpo y el espacio que me rodea") evalúan dificultades en la diferenciación entre el propio cuerpo y su representación, así como en la delimitación del yo corporal. El reactivo 56 ("¿Experimentas sensaciones corporales raras?") recoge experiencias somáticas atípicas que afectan la vivencia interna del cuerpo.

Por su parte, los reactivos 27* ("Disfruto compartir con familiares y amigos"), 26* ("Recuerdo las cosas que me hacen feliz") y 28* ("Me gusta hacer cosas que me provocan alegría") exploran una disminución en la capacidad de anticipar y vincularse con experiencias placenteras, reflejando alteraciones en la dimensión afectivo-motivacional. Finalmente, el reactivo 69 ("Puedo describir perfectamente el significado de lo que siento cuando escucho la palabra 'libertad'") evalúa dificultades en la elaboración e integración de significados abstractos.

En conjunto, estos elementos configuran un dominio en el que convergen alteraciones en la delimitación corporal, en la experiencia afectiva anticipatoria y en la capacidad de simbolización. Este patrón sugiere una fragmentación en distintos niveles de la experiencia del self, donde el cuerpo, la afectividad y la elaboración conceptual aparecen débilmente integrados. Este factor puede definirse como:

"Conjunto de alteraciones caracterizadas por dificultades en la delimitación del self corporal, una disminución en la anticipación de experiencias afectivas y limitaciones en la elaboración de significados abstractos, lo que sugiere una fragmentación en la integración de la experiencia corporal, afectiva y simbólica."

Centralidad Delirante.

El Factor 4 reúne seis reactivos que describen un patrón caracterizado por incremento de la autorreferencialidad, presencia de creencias idiosincrásicas de difícil modificación y disminución en la capacidad de autocrítica. El reactivo 14 ("Sé cuándo me están mirando") refleja ideas de referencia, en las que estímulos del entorno son interpretados como dirigidos específicamente al sujeto. El reactivo 33 ("Mis familiares creen que tengo una condición de salud, pero yo no") expresa una disminución en el reconocimiento de los propios estados, indicando dificultades en la autoconciencia de la experiencia. El reactivo 45* ("Tengo ideas verdaderas que nadie comparte") evalúa creencias sostenidas con alta convicción pese a la ausencia de validación intersubjetiva.

Por su parte, los reactivos 60 ("Las personas o cosas actúan en función de mí") y 61* ("Tengo un papel esencial en el equilibrio del mundo") reflejan experiencias de centralidad, en las que el sujeto se percibe como eje organizador del entorno o como portador de un rol especial.

Finalmente, el reactivo 15 (“Poseo una habilidad que la gente no reconoce”) recoge creencias de capacidad singular que tienden a mantenerse independientemente de la evidencia disponible.

En conjunto, estos elementos configuran un dominio caracterizado por una intensificación del eje yo-mundo, donde los acontecimientos son interpretados desde un marco predominantemente autorreferencial. Este patrón se acompaña de una elevada certeza subjetiva y de una limitada capacidad de cuestionamiento, lo que favorece la consolidación de creencias poco flexibles. Este factor puede definirse como:

“Conjunto de experiencias caracterizadas por un incremento en la autorreferencialidad, la presencia de creencias idiosincrásicas sostenidas con alta convicción y una disminución en la capacidad de evaluación crítica, configurando un patrón de centralidad del yo en la organización de la experiencia.”

Experiencia Corporal Anómala y Simbolización Idiosincrásica.

El Factor 5 quedó conformado por tres reactivos que articulan alteraciones en la vivencia corporal y en la atribución de significado. El reactivo 23 (“¿Utilizas palabras o símbolos que solo tú conoces?”) evalúa el uso de formas de expresión idiosincrásicas, caracterizadas por significados que no se comparten intersubjetivamente.

Por su parte, los reactivos 54* (“¿Notas que estás como desconectado de tu propio cuerpo?”) y 55 (“¿Te ocurre que te concentras de forma intensa en algunas sensaciones corporales, como los latidos del corazón o el movimiento de los músculos?”) recogen experiencias corporales inusuales, incluyendo sensaciones de desconexión y una focalización intensificada en procesos internos del cuerpo.

En conjunto, estos elementos configuran un dominio en el que la experiencia corporal pierde su carácter implícito y automático, volviéndose objeto de atención o extrañeza, al mismo

tiempo que los procesos de significación adquieren un carácter privado o no compartido. Este patrón sugiere una alteración en la integración entre la vivencia corporal y la construcción de significado. Este factor puede definirse como:

"Conjunto de experiencias caracterizadas por alteraciones en la vivencia del cuerpo y en la atribución de significados idiosincrásicos, lo que sugiere una desarticulación entre la experiencia corporal y los procesos de simbolización."

Alteraciones en la Continuidad del Pensamiento.

El Factor 6 quedó conformado por tres reactivos que describen un patrón de disminución en la fluidez y continuidad del pensamiento. Los reactivos 8 ("¿Has experimentado dificultades para generar y comunicar tus ideas de manera coherente?") y 9 ("Si me preguntan algo prefiero dar respuestas breves") evalúan una reducción en la producción espontánea del pensamiento, manifestada como menor riqueza, fluidez y elaboración del discurso. El reactivo 10 ("¿Tu mente ha quedado en blanco sin poder encontrar palabras o ideas adecuadas?") recoge el fenómeno de bloqueo, entendido como la interrupción súbita del curso del pensamiento.

En conjunto, estos elementos configuran un dominio caracterizado por dificultades para sostener la continuidad del flujo cognitivo, tanto en su dimensión interna como en su expresión verbal. Este patrón sugiere una alteración en la organización temporal del pensamiento, donde la secuencia ideativa se vuelve discontinua o empobrecida. Este factor puede definirse como:

"Conjunto de alteraciones caracterizadas por la reducción, interrupción o dificultad para sostener el curso del pensamiento, lo que sugiere una alteración en la continuidad y organización temporal de la actividad cognitiva."

Respuesta a Hipótesis 2. Fiabilidad.

H2 (Consistencia interna - fiabilidad). El AMAE-I presentará niveles adecuados de consistencia interna, tanto a nivel global como por dimensiones, evidenciados por coeficientes de fiabilidad (ω) iguales o superiores a .65 en las subescalas y superiores a .80 en la escala total.

En relación con la hipótesis H2, referente a la consistencia interna del instrumento, los resultados obtenidos mediante el coeficiente omega indican un respaldo general a lo planteado. La escala total del AMAE-I alcanza un valor elevado ($\omega > .80$), lo que sugiere una alta coherencia interna y una estimación estable del constructo a nivel global. A nivel dimensional, la mayoría de las subescalas presentan valores de omega iguales o superiores al umbral esperado ($\omega \geq .65$), lo que indica que los reactivos que las componen tienden a covariar de manera consistente. Este patrón es congruente con lo esperado en instrumentos que evalúan constructos complejos y multidimensionales.

No obstante, la dimensión correspondiente a experiencia corporal anómala y simbolización idiosincrásica presenta un valor de omega inferior al criterio establecido, lo que implica un respaldo parcial a la hipótesis en este nivel de análisis. Este resultado puede estar relacionado con el número reducido de reactivos y con la heterogeneidad de los fenómenos que integra, características que suelen impactar la consistencia interna en dominios fenomenológicos amplios.

En conjunto, los hallazgos permiten sostener que la hipótesis H2 se confirma de manera general para la escala total y para la mayoría de las dimensiones, identificándose al mismo tiempo una dimensión específica como área susceptible de refinamiento en futuras evaluaciones.

Respuesta a Hipótesis 3. Validez Convergente Interna.

H3 (Validez convergente y discriminante). Las dimensiones del AMAE-I presentarán evidencia de validez convergente y discriminante, reflejada por valores de varianza media extraída (AVE) iguales o superiores a .40 y razones HTMT inferiores a .85 entre dimensiones conceptualmente diferenciables.

En relación con la hipótesis H3, referente a la validez convergente interna del modelo, esta fue evaluada mediante la Varianza Media Extraída (AVE) y el coeficiente omega (ω), siguiendo criterios actuales para modelos factoriales confirmatorios. La AVE estima la proporción de varianza de los indicadores explicada por el factor latente, considerándose como referencia valores ≥ .50; no obstante, en instrumentos psicológicos de reciente desarrollo y en constructos complejos, se aceptan valores ≥ .40 cuando la fiabilidad compuesta es adecuada (Hair et al., 2022; Cheung et al., 2023).

Los resultados muestran que cuatro de las seis dimensiones superan el criterio convencional de AVE ≥ .50: Desajuste temporal y experiencial (AVE = .590; ω = .862), Fragmentación corpórea y anhedonia (AVE = .545; ω = .815), Centralidad delirante (AVE = .513; ω = .786) y Alteraciones en la continuidad del pensamiento (AVE = .577; ω = .692). En estos casos, el factor latente explica más del 50% de la varianza de sus indicadores, lo que respalda de manera clara la convergencia interna.

Por su parte, dos dimensiones presentan valores de AVE por debajo del umbral de .50, pero superiores al criterio mínimo establecido en la hipótesis (≥ .40): Desorganización cognitiva autocentrada (AVE = .459; ω = .799) y Experiencia corporal anómala y simbolización idiosincrásica (AVE = .477; ω = .592).

En la primera, el valor elevado de omega sugiere una consistencia interna adecuada, lo que apoya su retención. En la segunda, el valor de omega indica una consistencia interna moderada, posiblemente asociada al número reducido de reactivos y a la heterogeneidad del contenido fenomenológico que integra.

En conjunto, los resultados indican que la hipótesis H3 se confirma de manera general, con evidencia sólida en la mayoría de las dimensiones y un respaldo parcial en aquellas con valores de AVE más bajos. Este patrón resulta coherente con la naturaleza multidimensional del instrumento, en el que los factores representan configuraciones experienciales complejas y parcialmente solapadas, lo que puede influir en los niveles de varianza explicada sin comprometer la coherencia estructural del modelo.

Validez Discriminante.

En relación con la hipótesis H3, referente a la validez convergente y discriminante del modelo, la validez discriminante fue evaluada mediante el índice Heterotrait-Monotrait ratio (HTMT), el cual permite estimar el grado en que las dimensiones se diferencian empíricamente entre sí (Henseler et al., 2015).

Los coeficientes HTMT obtenidos para las seis dimensiones del AMAE-I oscilaron entre 0.059 y 0.645, situándose todos por debajo de los puntos de corte convencionalmente aceptados (< .85 en criterio estricto; < .90 en criterio más flexible). Este patrón indica que las dimensiones mantienen una adecuada diferenciación empírica, incluso en un instrumento de naturaleza multidimensional donde se espera cierto grado de relación conceptual entre dominios.

Las asociaciones más elevadas se observaron entre Desajuste temporal y experiencial y Experiencia corporal anómala y simbolización idiosincrásica (r = .645), Desorganización cognitiva autocentrada y Centralidad delirante (r = .618), y Desajuste temporal y experiencial y

Alteraciones en la continuidad del pensamiento (r = .600). Estas relaciones sugieren un solapamiento moderado entre dimensiones que resulta coherente con la organización clínica del fenómeno, sin implicar redundancia estructural.

Por otro lado, algunas asociaciones fueron notablemente bajas, como la observada entre Fragmentación corpórea y anhedonia y Alteraciones en la continuidad del pensamiento (r = .059), lo que indica una diferenciación marcada entre estos dominios. Este patrón puede entenderse a partir de la naturaleza de los constructos evaluados, ya que mientras una dimensión se centra en la vivencia corporal y afectiva, la otra se refiere a la organización del pensamiento, lo que limita su covariación.

En conjunto, los resultados muestran una estructura en la que las dimensiones se encuentran relacionadas, pero claramente distinguibles, lo que corresponde al patrón esperado en la evaluación de constructos clínicos complejos. Por tanto, en lo que respecta a la validez discriminante, los hallazgos respaldan lo planteado en la hipótesis H3.

Respuesta a Hipótesis 4. Validez por Grupos Conocidos.

H4 (Diferencias entre grupos - validez de criterio concurrente). Existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del AMAE-I entre la población clínica con esquizofrenia y la población no clínica del estado de Jalisco, con tamaños del efecto de magnitud al menos moderada ($|d| \geq 0.50$), siendo mayores las alteraciones en la autoexperiencia en el grupo clínico.

En relación con la hipótesis H4, los resultados muestran un respaldo consistente a lo planteado. Las seis dimensiones del AMAE-I presentaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo clínico y el grupo no clínico, con tamaños del efecto de magnitud al

menos moderada y en la dirección esperada, evidenciando mayores alteraciones de la autoexperiencia en la población clínica.

Desde una perspectiva psicométrica, este patrón constituye evidencia de validez de criterio por grupos conocidos, en tanto el instrumento logra diferenciar entre poblaciones con características clínicas distintas. La consistencia de este efecto a lo largo de todas las dimensiones sugiere que el AMAE-I capta configuraciones estructuradas de la experiencia subjetiva, más allá de un malestar psicológico inespecífico.

La magnitud de los tamaños del efecto resulta coherente con lo reportado en la literatura sobre alteraciones del self en esquizofrenia, donde las comparaciones entre población clínica y no clínica suelen arrojar efectos moderados a altos, particularmente en dominios relacionados con la autoexperiencia básica (Raballo et al., 2021; Nordgaard et al., 2022). En este sentido, los resultados observados son consistentes con hallazgos previos y respaldan la pertinencia del constructo evaluado en el contexto de esta muestra.

Asimismo, el hecho de que todas las dimensiones diferencien entre grupos es congruente con una estructura multidimensional del fenómeno, en la que distintos dominios cognitivos, corporales, atribucionales y de continuidad experiencial, se articulan como componentes relacionados pero distinguibles (Nelson et al., 2020).

De manera complementaria, los análisis de covarianza indicaron que estas diferencias se mantienen al controlar la edad y la escolaridad. Ninguna de estas variables mostró efectos significativos ni modificó el patrón observado, lo que refuerza la interpretación de que las diferencias entre grupos no se explican por factores sociodemográficos, sino por las características propias de las dimensiones evaluadas.

No obstante, es importante considerar que estos resultados provienen de la comparación entre población con diagnóstico de esquizofrenia y población sin diagnóstico psiquiátrico, lo cual constituye un contraste marcado. En este sentido, futuras investigaciones podrían examinar el comportamiento del instrumento en muestras con menor contraste clínico, donde las diferencias entre grupos pueden ser más sutiles. En conjunto, los hallazgos respaldan la hipótesis H4 y aportan evidencia consistente de validez de criterio por grupos conocidos para el AMAE-I.

Respuesta a Hipótesis 5. Validez de Criterio y Capacidad Discriminativa del AMAE-I.

H5 (Capacidad de clasificación y discriminación-validez de criterio concurrente). Las puntuaciones del AMAE-I permitirán diferenciar significativamente entre población clínica y no clínica, mostrando asociaciones estadísticamente significativas con la pertenencia al grupo clínico y una adecuada capacidad discriminativa, evidenciada por valores del área bajo la curva (AUC) iguales o superiores a .80, así como por indicadores adecuados de sensibilidad y especificidad.

Validez de Criterio por Dimensión.

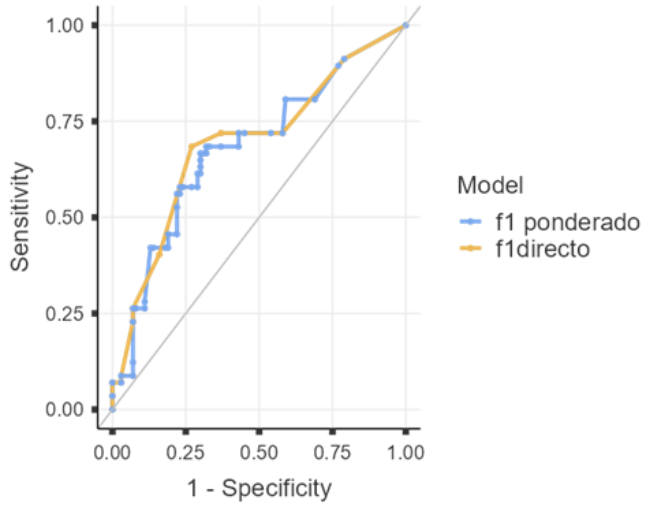
La presente investigación se propuso evaluar la validez de criterio del AMAE-I, entendida como su capacidad para diferenciar significativamente entre población clínica y no clínica, así como para caracterizar de manera diferenciada los distintos dominios de la autoexperiencia. Los resultados obtenidos confirman de manera sustancial la hipótesis planteada, aunque con matices diferenciales según la dimensión fenomenológica examinada. A continuación, se integran los hallazgos derivados de los modelos estadísticos y de los análisis de discriminación entre grupos para cada uno de los seis factores del instrumento.

Desorganización Cognitiva Autocentrada. Modulador de la Autoexperiencia.

La dimensión mostró un comportamiento estadístico particular que aporta elementos relevantes para la comprensión de la organización del self. En los modelos de regresión logística, evidenció un efecto negativo significativo sobre la pertenencia al grupo clínico (OR = 0.670, IC 95%: 0.477–0.942, p = .021), lo que indica que, una vez consideradas otras dimensiones del instrumento, mayores puntuaciones en este factor se asocian con menor presencia de características clínicas. El área bajo la curva (AUC = 0.69) se sitúa por debajo del umbral de .80, con una sensibilidad moderada y una especificidad más elevada. El punto de corte óptimo identificado mediante el índice de Youden (J = 0.41). Ver Figura 8.

Figura 8

Curva ROC del Factor 1 (Desorganización Cognitiva Autocentrada) para la Discriminación entre Grupo Clínico y No Clínico



Desde la perspectiva de la validez de criterio, este resultado sugiere que el AMAE-I no solo diferencia entre grupos a partir de la intensificación de ciertas alteraciones, sino también a través de la identificación de dominios en los que pueden mantenerse formas relativas de

organización del self. En este sentido, el Factor 1 parece captar aspectos vinculados con la coherencia del pensamiento, la organización interna y ciertos niveles de integración reflexiva, cuya preservación relativa contribuye a una diferenciación más compleja entre grupos.

Esta interpretación es consistente con modelos contemporáneos que distinguen entre distintos niveles de la autoexperiencia, particularmente entre dimensiones más básicas y aquellas relacionadas con la organización reflexiva o narrativa del self (Delcourt et al., 2026; Feyaerts et al., 2023). Desde esta perspectiva, las alteraciones del self no se presentan como un fenómeno uniforme, sino como configuraciones en las que coexisten distintos grados de desorganización y de integración.

En cuanto a la diferenciación entre grupos a nivel dimensional, los análisis mostraron que este factor presenta una capacidad moderada para distinguir entre población clínica y no clínica, con una separación menos pronunciada en comparación con otras dimensiones del instrumento. Este patrón resulta coherente con su carácter estructural, ya que no representa un núcleo de alteración primaria, sino un dominio relacionado con la organización del pensamiento y la autoconciencia.

Desde la tradición fenomenológica, este hallazgo puede interpretarse en el marco de la distinción entre niveles de la subjetividad. Autores como Ricœur (1990) han señalado que la identidad del sujeto se articula a través de procesos narrativos que integran la experiencia en el tiempo. En este sentido, las dimensiones captadas por este factor podrían reflejar formas de organización de la experiencia que, aun en presencia de alteraciones, mantienen cierto grado de coherencia interna.

Asimismo, estudios recientes han señalado que las alteraciones del self pueden coexistir con diferentes niveles de organización reflexiva, lo que sugiere que la estructura subjetiva no se

descompone de manera homogénea, sino que presenta configuraciones complejas y heterogéneas (Nilsson et al., 2025; Delcourt et al., 2026).

En este sentido, el comportamiento del Factor 1 puede ser comprendido no como un indicador de alteración primaria, sino como un componente que modula la organización de la autoexperiencia. Específicamente, los resultados sugieren que esta dimensión podría estar captando variaciones en el grado de coherencia, integración y regulación del pensamiento en relación con la autoconciencia, funcionando como un eje que influye en la forma en que otras dimensiones de la experiencia subjetiva se estructuran y se manifiestan.

Desde esta perspectiva, más que representar un dominio estrictamente patológico, el Factor 1 parece reflejar un nivel de organización del self que coexiste con otras alteraciones, contribuyendo a una configuración más compleja y no lineal de la experiencia. Este planteamiento es consistente con aproximaciones fenomenológicas contemporáneas que conciben la autoexperiencia como un sistema dinámico, en el que distintos niveles de integración pueden interactuar entre sí sin seguir necesariamente una progresión uniforme (Feyaerts et al., 2023; Delcourt et al., 2026).

En consecuencia, el Factor 1 puede interpretarse como un modulador de la autoexperiencia, en tanto su variación se asocia con cambios en la organización global del campo experiencial, sin constituir por sí mismo un núcleo de alteración, sino más bien un componente que influye en la forma en que dicha alteración se configura.

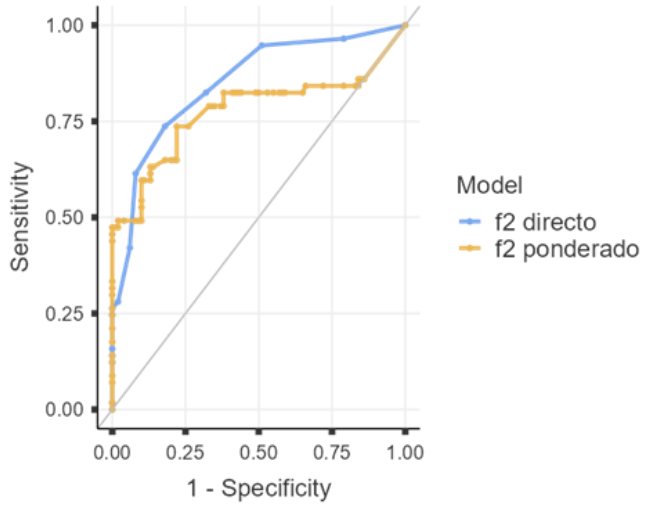
Desajuste Temporal y Experiencial. Marcador Fenomenológico Central.

La dimensión constituye uno de los núcleos fenomenológicos más robustos del AMAE-I en términos de diferenciación entre grupos y coherencia estructural dentro del modelo. En los modelos de regresión logística, produjo un incremento significativo respecto al modelo nulo ($\Delta\chi^2$

= 66.234, p < .001), con un OR = 1.829, lo que indica que mayores niveles se asocian de manera consistente con la pertenencia al grupo clínico. Este efecto se mantuvo estable incluso al considerar simultáneamente otras dimensiones del instrumento (OR entre 1.57 y 1.97), lo que sugiere que el desajuste temporal y experiencial constituye un dominio central dentro de la organización de la autoexperiencia evaluada por el AMAE-I**.** el análisis de curvas ROC mostró un AUC = 0.84, lo que indica una capacidad discriminativa buena y superior al umbral mínimo establecido (AUC ≥ .80). El punto de corte óptimo, determinado mediante el índice de Youden (J = 0.55), alcanzó una sensibilidad de 0.73 y una especificidad de 0.82.

Figura 9

Curva ROC del Factor 2 (Desajuste temporal y Experiencial) para la Discriminación entre Grupo Clínico y No Clínico



Desde la perspectiva de la validez de criterio, este patrón indica que el Factor 2 no solo diferencia entre grupos, sino que lo hace de manera consistente y estructuralmente coherente, lo que refuerza su relevancia dentro del modelo multidimensional propuesto. En comparación con

otras dimensiones, este factor presenta una de las separaciones más claras entre población clínica y no clínica, lo que es congruente con su contenido fenomenológico.

Este patrón, más que interpretarse en términos de rendimiento diagnóstico, puede comprenderse como evidencia de que el factor captura un dominio experiencial con alta coherencia interna y fuerte correspondencia con las diferencias observadas entre grupos.

Desde la psicometría clínica, este tipo de comportamiento es característico de dimensiones que representan componentes estructurales del fenómeno evaluado, es decir, dominios que no dependen de configuraciones accesorias o periféricas, sino que reflejan alteraciones profundas en la organización de la experiencia.

La Temporalidad Vivida como Estructura del Self.

El desajuste temporal y experiencial captura alteraciones en la continuidad de la experiencia y en la organización temporal de la conciencia, dominios ampliamente documentados como componentes nucleares de las perturbaciones del self en el espectro esquizofrénico (Nelson, Parnas & Sass, 2020; Henriksen, Raballo & Parnas, 2021). Estas alteraciones se manifiestan como interrupciones en el flujo subjetivo de la experiencia, dificultades para integrar pasado, presente y anticipación futura, y desorganización del curso temporal del pensamiento.

Desde una perspectiva fenomenológica, la relevancia de esta dimensión puede comprenderse a la luz de las propuestas filosóficas de Martin Heidegger y Maurice Merleau-Ponty. Para Heidegger, la existencia humana (Dasein) está estructurada fundamentalmente por la temporalidad, entendida como la articulación dinámica entre pasado, presente y futuro que constituye la base de toda experiencia significativa (Heidegger, 1927/2003). Cuando esta

estructura temporal se desorganiza, la experiencia pierde coherencia y continuidad, generando formas de vivencia fragmentadas o desarticuladas del mundo.

De manera convergente, Merleau-Ponty describió la conciencia como un flujo temporal encarnado, en el que la percepción y la experiencia corporal se integran dentro de una continuidad vivida que permite al sujeto orientarse en el mundo (Merleau-Ponty, 1945/2012). La ruptura de esta continuidad implica no solo una alteración cognitiva, sino una transformación más profunda en la relación entre el sujeto y su mundo.

En la tradición psicopatológica, Eugène Minkowski describió la esquizofrenia como una alteración del *tiempo vivido* (*temps vécu*), caracterizada por una pérdida del *élan vital* y una fragmentación de la continuidad temporal que impide al sujeto participar plenamente en el devenir de la vida (Minkowski, 1933/1970). Este planteamiento se alinea directamente con lo capturado por el Factor 2: una ruptura en la estructura temporal prerreflexiva que sostiene la experiencia unificada del self.

Investigadores contemporáneos como Sass y Parnas han profundizado en esta línea, señalando que las alteraciones de la autoexperiencia temporal apuntan hacia una desarticulación de la ipseidad, es decir, del sentido de ser uno mismo en el flujo de la experiencia, fenómeno que se manifiesta de manera central en la alteración de la continuidad temporal (Sass & Parnas, 2003; Parnas & Henriksen, 2014). En este marco, el Factor 2 puede interpretarse como la expresión empírica de esta desestructuración temporal que compromete la coherencia del campo experiencial.

Finalmente, desde la fenomenología de Michel Henry, la experiencia subjetiva se funda en la autoafección de la vida, es decir, en la vivencia inmediata de sentirse a sí mismo antes de cualquier mediación representacional (Henry, 1963/2015). Cuando esta autoafección se

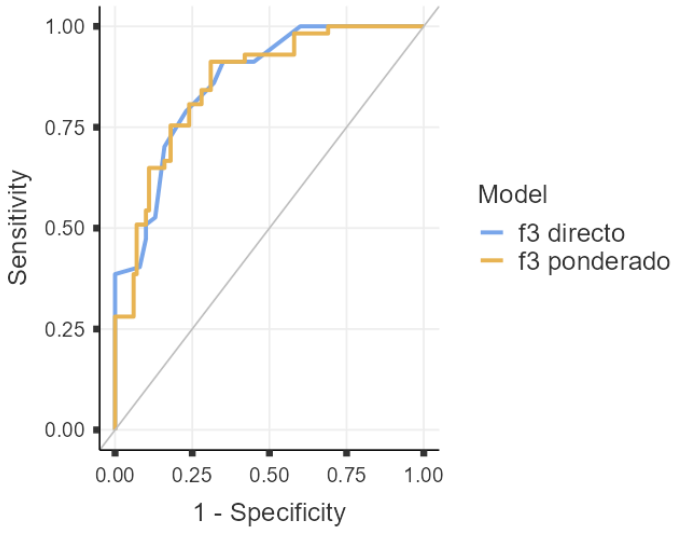
desorganiza, el sujeto pierde la continuidad afectiva de su propia experiencia, lo que puede manifestarse como extrañamiento, despersonalización o pérdida de agencia. El desajuste temporal y experiencial capturado por este factor puede comprenderse como una expresión de esta ruptura en la autoafección vital.

Fragmentación Corpórea y Anhedonia. Dimensión Altamente Sensible.

Esta dimensión representa una de las dimensiones fenomenológicas más sustantivas del AMAE-I en términos de diferenciación entre grupos y coherencia estructural dentro del modelo. En los modelos de regresión logística, su incorporación produjo un incremento muy significativo en el ajuste global ($\Delta\chi^2 = 50.714$, $p < .001$), manteniéndose como un efecto robusto incluso al considerar simultáneamente otras dimensiones relevantes del instrumento (OR ≈ 1.47, IC 95%: 1.27–1.70, $p < .001$). Este patrón indica que mayores puntuaciones en esta dimensión se asocian de manera consistente con la pertenencia al grupo clínico, consolidando su relevancia dentro de la estructura global del AMAE-I. el análisis de curvas ROC arrojó un AUC = 0.86. El punto de corte óptimo, determinado mediante el índice de Youden (J ≈ 0.56), alcanzó una sensibilidad de 0.91 y una especificidad de 0.65. Ver figura 10.

Figura 10

Curva ROC del Factor 3 (Fragmentación Corpórea y Anhedonia) para la Discriminación entre Grupo Clínico y No Clínico



Desde la perspectiva de la validez de criterio, la estabilidad de este efecto en modelos multivariados sugiere que el Factor 3 captura un dominio de la autoexperiencia con alta coherencia interna y fuerte correspondencia con las diferencias observadas entre población clínica y no clínica. A diferencia de dimensiones con comportamiento más modulador o dependiente del contexto, este factor muestra un patrón consistente y estructural, lo que refuerza su papel como componente central dentro del modelo fenomenológico evaluado.

Los análisis de diferenciación entre grupos mostraron que esta dimensión presenta una separación clara entre población clínica y no clínica, con un patrón de clasificación que maximiza la identificación de diferencias relevantes entre ambos grupos. Este comportamiento, más que interpretarse en términos de rendimiento diagnóstico, puede comprenderse como evidencia de que el factor capta un dominio experiencial profundamente alterado en la

esquizofrenia, caracterizado por una alta coherencia fenomenológica. En la psicometría clínica, este tipo de patrón es característico de dimensiones que representan componentes nucleares del fenómeno evaluado, es decir, dominios que reflejan transformaciones profundas en la estructura de la experiencia más que variaciones superficiales o inespecíficas.

La Encarnación del Self y la Tonalidad Afectiva de la Experiencia.

El Factor 3 integra dos dominios centrales del espectro esquizofrénico: las alteraciones en la experiencia corporal del self y las modificaciones en la vivencia afectiva, particularmente en la capacidad de experimentar placer o motivación. Esta convergencia no es casual, sino que refleja una articulación estructural entre el cuerpo vivido y la tonalidad afectiva de la experiencia, ambos elementos fundamentales en la constitución del self.

En la tradición fenomenológica, la experiencia del cuerpo vivido (*corps propre*) ha sido concebida como el punto de anclaje fundamental del yo en el mundo. Maurice Merleau-Ponty (1945/2012) sostuvo que el cuerpo no es un objeto entre otros, sino la condición de posibilidad de la percepción y la acción. En este sentido, las alteraciones corporales captadas por este factor pueden entenderse como una disrupción en esta base encarnada de la experiencia, donde el sujeto deja de vivirse como un centro integrado de percepción y acción.

En la esquizofrenia, esta estructura puede verse profundamente alterada: el cuerpo puede experimentarse como extraño, fragmentado o con límites difusos, lo que compromete la demarcación entre el yo y el mundo. Estas anomalías han sido ampliamente descritas como manifestaciones centrales de las alteraciones del self (Parnas, Henriksen & Raballo, 2021; Stanghellini et al., 2014), y su presencia dentro de un mismo factor con componentes afectivos sugiere una integración estructural de estos fenómenos.

La anhedonia, por su parte, puede comprenderse fenomenológicamente como una alteración en la autoafección afectiva, es decir, en la capacidad de sentirse a sí mismo como viviente. Michel Henry (2000) sitúa esta autoafección en el núcleo de la subjetividad; cuando esta se empobrece, la experiencia pierde su cualidad afectiva y el mundo deja de presentarse como significativo. En esta línea, Minkowski (1933/1970) describió la esquizofrenia como una pérdida del contacto vital con la realidad, caracterizada por una disminución en la resonancia afectiva de la experiencia.

La convergencia de alteraciones corporales y afectivas en una misma dimensión psicométrica resulta coherente con concepciones contemporáneas que entienden la esquizofrenia como una transformación global de la estructura del self.

Como señala Sass (2014), las alteraciones en este trastorno no se limitan a dominios aislados, sino que implican una desorganización polinivel de la subjetividad, en la que los componentes corporales, afectivos y cognitivos se encuentran profundamente interrelacionados.

En este marco, el Factor 3 puede interpretarse como una dimensión nuclear de la autoexperiencia, vinculada predominantemente a fenómenos que, desde la psicopatología fenomenológica, se han asociado con alteraciones en el nivel prerreflexivo del self. Es decir, más que medir directamente el self mínimo o la ipseidad, los cuales constituyen niveles estructurales no directamente accesibles a la medición psicométrica, esta dimensión captura manifestaciones en la autoexperiencia que reflejan posibles perturbaciones en la vivencia básica de ser un sujeto encarnado y afectivamente sintonizado con el mundo (Parnas & Henriksen, 2014; Delcourt et al., 2026). En este sentido, la intensidad de su diferenciación entre grupos resulta coherente con la centralidad que estos procesos tienen en la organización de la experiencia subjetiva, en tanto expresiones fenoménicas de alteraciones más profundas en la estructura del self.

Centralidad Delirante. Dimensión de Diferenciación Clínica de la Autoexperiencia.

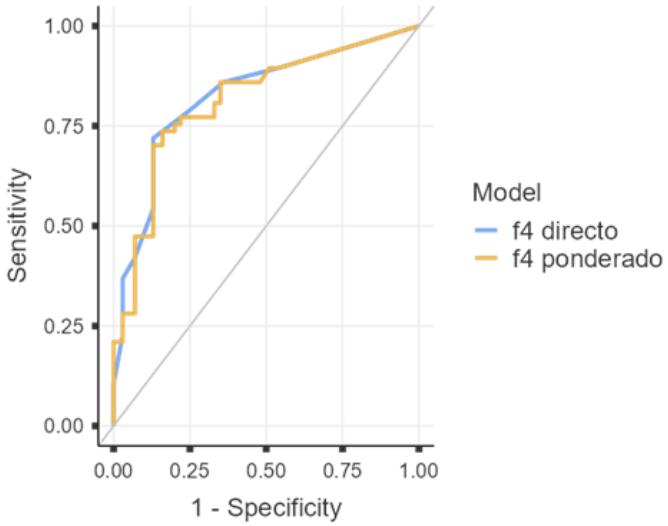
La centralidad delirante representa un núcleo crítico dentro de la arquitectura fenomenológica de la autoexperiencia, cuya configuración la posiciona como una dimensión particularmente distintiva en la diferenciación entre grupos. Desde el punto de vista estadístico, la incorporación de este dominio en el modelo (M_3) se asoció con una mejora significativa en el ajuste global ($\Delta\chi^2 = 13.412$, $p < .001$), así como con un incremento en los índices de varianza explicada, alcanzando magnitudes elevadas dentro del contexto de la psicometría aplicada a fenómenos clínicos complejos.

Asimismo, esta dimensión mantuvo una contribución estadísticamente significativa incluso en presencia de otras dimensiones con alto peso estructural (como F2 y F3), lo que refuerza su papel dentro de la configuración global del modelo. En el modelo final (M_5), la centralidad delirante se consolida como una de las dimensiones con mayor peso estructural en la diferenciación entre grupos, aportando evidencia consistente en favor de la validez de criterio por grupos conocidos planteada en la hipótesis correspondiente.

En términos de análisis unidimensional, la curva ROC mostró un AUC = 0.82, valor que indica una adecuada capacidad de separación entre los grupos en esta dimensión. El punto de corte óptimo se situó en 9.50, con sensibilidad = 0.71 y especificidad = 0.87. El índice de Youden = 0.58 sugiere un equilibrio adecuado entre ambas métricas dentro del contexto analítico empleado. Estos resultados deben interpretarse como evidencia de diferenciación empírica entre configuraciones de autoexperiencia, más que como indicadores de clasificación diagnóstica o identificación individual. Ver figura 11.

Figura 11

Curva ROC del Factor 4 (Centralidad Delirante) para la Discriminación entre Grupo Clínico y No Clínico



En términos de validez de criterio, el patrón observado indica que el Factor 4 capta un dominio específico de la autoexperiencia caracterizado por formas intensificadas de autorreferencialidad, elevada certeza subjetiva y una reorganización del significado personal. La consistencia de este efecto sugiere que no se trata de un fenómeno accesorio o dependiente de otras dimensiones, sino de un componente con coherencia interna y relevancia estructural dentro del modelo.

Los análisis de diferenciación entre grupos muestran que esta dimensión presenta un patrón claro de separación, con una tendencia a discriminar de manera más precisa a los sujetos no clínicos, lo cual es coherente con la naturaleza de los fenómenos que agrupa, asociados a configuraciones más estructuradas de la experiencia. Este comportamiento puede interpretarse como evidencia de que el factor capta un dominio experiencial con alta organización interna, más que como un indicador de desempeño diagnóstico en sentido estricto.

La Autodemarcación y la Transformación del Campo de Significado.

Fenomenológicamente, la dimensión se asocia con alteraciones en la autodemarcación, la experiencia corporal y la relación entre el yo encarnado y el mundo. Estas manifestaciones se expresan como dificultades en la delimitación entre lo propio y lo ajeno, sensaciones de intrusión o porosidad del yo, y transformaciones en la manera en que el sujeto se experimenta situado en el campo perceptivo. Es importante señalar que esta dimensión no constituye una medición directa de estructuras ontológicas del self, sino que captura manifestaciones en la autoexperiencia que han sido asociadas, desde la psicopatología fenomenológica, con perturbaciones en la vivencia de los límites del yo y en la relación entre el sujeto y su entorno (Sass & Parnas, 2003; Parnas & Henriksen, 2014; Henriksen et al., 2021).

Estas experiencias han sido ampliamente descritas como componentes centrales de la psicopatología del self, en tanto reflejan una modificación en la relación prerreflexiva entre corporalidad, percepción y agencia. En este sentido, más que asumir una alteración directa del self mínimo, el Factor 4 puede entenderse como la expresión fenoménica de cambios en la manera en que el sujeto experimenta su propia posición en el mundo (Sass et al., 2017)

La centralidad delirante, tal como la captura este factor, no debe reducirse a la presencia de creencias delirantes estructuradas, sino que implica una reorganización más profunda del campo de significado, en la que los eventos adquieren una relevancia desproporcionada en relación con el propio sujeto. Sass y Parnas (2003) han señalado que ciertos fenómenos delirantes pueden comprenderse mejor como transformaciones en la estructura de la experiencia, más que como contenidos aislados de pensamiento.

En esta línea, trabajos recientes han destacado que los delirios, las experiencias perceptivas anómalas y otros fenómenos asociados deben entenderse como parte de una

reorganización global de la experiencia, caracterizada por una modificación en la atribución de significado y en la estabilidad del campo experiencial (Parnas et al., 2024).

Desde la fenomenología clásica, estas manifestaciones pueden articularse con alteraciones en la vivencia del sí mismo, en las que el sujeto experimenta dificultades para mantener una delimitación clara entre lo propio y lo externo. Sin embargo, es fundamental precisar que el instrumento no mide directamente estos niveles estructurales, sino que accede a sus expresiones en la autoexperiencia.

En este contexto, la centralidad delirante puede interpretarse como una forma de reorganización de la experiencia en la que el yo adquiere un papel privilegiado dentro del campo de significado, generando una coherencia interna elevada pero desvinculada de marcos intersubjetivos compartidos. Esta reorganización no implica necesariamente una desorganización total, sino una forma alternativa de estructuración de la experiencia, caracterizada por rigidez interpretativa y certeza subjetiva elevada.

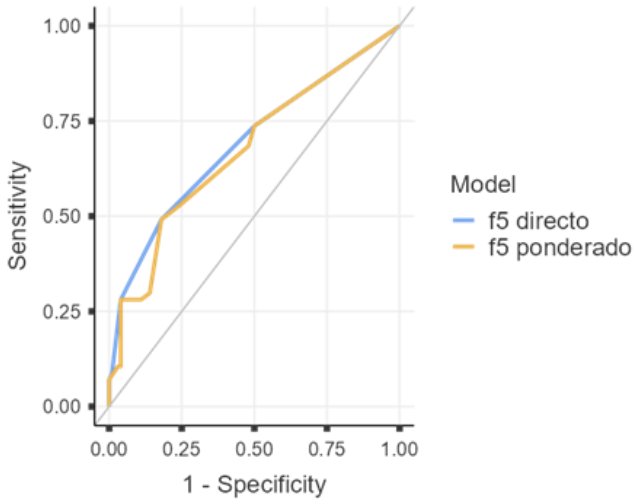
Experiencia Corporal Anómala y Simbolización Idiosincrásica. Dimensión Fenomenológicamente Relevante.

La dimensión se reviste de una importancia particular debido a su comportamiento estadístico diferenciado dentro del modelo. A diferencia de otras, no mostró asociaciones estadísticamente significativas con la pertenencia al grupo clínico ($p > .05$ en todos los modelos), lo que indica que su contribución a la diferenciación entre grupos es limitada en términos estrictamente estadísticos. No obstante, este resultado no invalida su relevancia dentro del instrumento, sino que aporta información sustantiva sobre la estructura diferenciada de la autoexperiencia.

En términos de capacidad discriminativa unidimensional, el análisis de curvas ROC mostró un AUC = 0.69, lo que indica una capacidad discriminativa modesta y no alcanza el umbral establecido (AUC ≥ .80). El punto de corte óptimo se situó en 4.50, con sensibilidad = 0.49 y especificidad = 0.82. El índice de Youden = 0.31 confirma que el punto de corte ofrece una ganancia discriminativa limitada. Ver figura 12.

Figura 12

Curva ROC del Factor 5 (Experiencia Corporal Anómala y Simbolización Idiosincrásica) para la Discriminación entre Grupo Clínico y No Clínico



En términos de validez de criterio, este patrón sugiere que la autodemarcación no constituye un dominio que permita distinguir configuraciones de manera consistente entre población clínica y no clínica, sino que refleja un conjunto de experiencias cuya presencia no es exclusiva de uno u otro grupo. Los análisis de diferenciación muestran un comportamiento caracterizado por una mayor precisión en la identificación de sujetos no clínicos, acompañado de una menor captación de variaciones dentro del grupo clínico, lo cual es coherente con la naturaleza de los fenómenos que agrupa.

Desde una perspectiva psicométrica, este tipo de patrón es característico de dimensiones que capturan aspectos heterogéneos de la experiencia, con menor especificidad estructural y mayor variabilidad interindividual. En este sentido, la dimensión no debe entenderse como un componente central del modelo, sino como un constructo complementario que amplía el espectro de la autoexperiencia evaluada por el AMAE-I.

La Distinción entre Corporalidad Vivida y Corporalidad Simbolizada.

Desde el punto de vista fenomenológico, la dimensión agrupa experiencias relacionadas con la vivencia corporal y con procesos de atribución de significado altamente idiosincrásicos. Estas experiencias incluyen formas de autoobservación corporal, focalización en sensaciones internas y construcciones simbólicas personales que organizan dichas vivencias. Es fundamental precisar que esta dimensión no constituye una medición directa del self corporal, sino que captura manifestaciones en la autoexperiencia que reflejan la manera en que el cuerpo es vivido, interpretado y significado por el sujeto.

Esta distinción es coherente con la literatura fenomenológica contemporánea, que diferencia entre alteraciones en el nivel prerreflexivo del cuerpo vivido y aquellas que se sitúan en niveles más reflexivos o interpretativos de la experiencia. Autores como Sass, Parnas y Fuchs han señalado que no todas las anomalías de la experiencia corporal poseen el mismo nivel de especificidad dentro del espectro esquizofrénico, existiendo una diferencia fundamental entre perturbaciones básicas de la autoexperiencia y fenómenos más elaborados de interpretación o simbolización (Sass & Parnas, 2003; Parnas & Henriksen, 2014).

En esta línea, el Factor 3 (fragmentación corpórea y anhedonia) captaría alteraciones en la vivencia corporal en un nivel más estructural de la experiencia, mientras que el Factor 5, la dimensión en cuestión parece orientarse hacia formas en las que el cuerpo se convierte en objeto

de interpretación y elaboración simbólica. Esta distinción remite directamente a la diferenciación propuesta por Merleau-Ponty entre el cuerpo vivido (*corps propre*) y el cuerpo como objeto (*corps objectif*): mientras el primero constituye la base encarnada de la experiencia, el segundo implica una relación mediada por procesos de observación, reflexión e interpretación (Merleau-Ponty, 1945/2012).

En este sentido, las experiencias agrupadas en la dimensión experiencia corporal anómala pueden comprenderse como configuraciones en la autoexperiencia donde el cuerpo es tematizado, interpretado o cargado de significado personal, sin implicar necesariamente una alteración en la estructura básica del self. Este carácter más reflexivo y simbólico contribuye a explicar su menor capacidad de diferenciación entre grupos, en tanto este tipo de fenómenos puede presentarse en distintos contextos clínicos e incluso en población no clínica bajo determinadas condiciones.

La literatura psicopatológica ha descrito este tipo de experiencias como parte de un continuo fenomenológico que incluye desde formas leves de autoobservación corporal hasta configuraciones más complejas de simbolización idiosincrásica. Stanghellini et al. (2014) señalan que las anomalías corporales pueden oscilar entre perturbaciones básicas del self encarnado y formas de experiencia mediadas por significados personales, siendo estas últimas menos específicas de un trastorno particular.

En consecuencia, el Factor 5 puede interpretarse como una dimensión que capta aspectos de la autoexperiencia situados en un nivel más reflexivo y simbólico, caracterizados por la atribución de significado a las sensaciones corporales y por formas idiosincrásicas de interpretación de la experiencia interna. Su comportamiento dentro del modelo no refleja una

debilidad del instrumento, sino una diferenciación funcional entre dominios de la autoexperiencia con distintos niveles de especificidad y organización estructural.

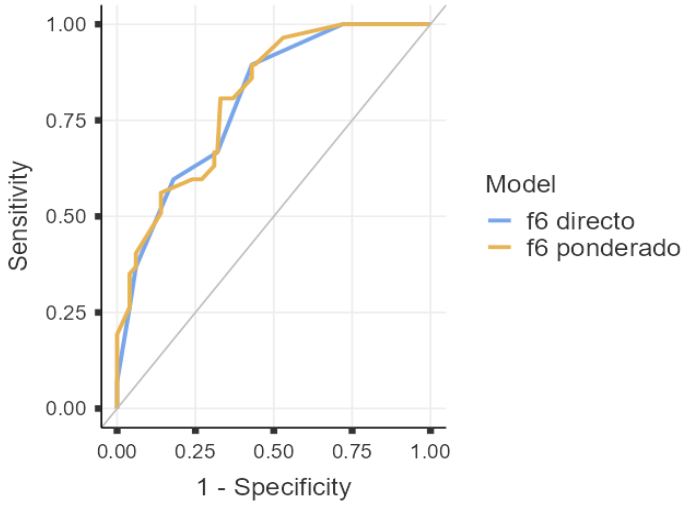
Alteraciones en la Continuidad del Pensamiento. Marcador Sensible de Disrupción Cognitiva.

El Factor 6 constituye una dimensión fenomenológica de alta relevancia dentro de la estructura del AMAE-I, mostrando un patrón consistente de diferenciación entre el grupo clínico y el grupo no clínico. En los modelos de regresión logística, este factor presentó un efecto significativo incluso al considerar simultáneamente otras dimensiones del instrumento (OR = 1.547, IC 95%: 1.066–2.243, p = .022), y su incorporación produjo una mejora significativa en el ajuste del modelo ($\Delta\chi^2 = 5.525$, p = .019). Este comportamiento indica que el Factor 6 aporta información específica dentro del modelo, contribuyendo a la diferenciación entre grupos más allá de otros dominios de la autoexperiencia

El punto de corte óptimo se situó en 4.50, con sensibilidad = 0.89 y especificidad = 0.57. Este patrón confirma que el factor permite distinguir entre grupos a lo largo de un continuo de puntuaciones, más allá de diferencias promedio, lo cual es consistente con enfoques contemporáneos de evaluación dimensional en psicosis (Fusar-Poli et al., 2020; Andreou et al., 2023). Ver figura 13.

Figura 13

Curva ROC del Factor 6 (Alteraciones en la Continuidad del Pensamiento) para la Discriminación entre Grupo Clínico y No Clínico



El patrón sugiere que el Factor 6 capta un dominio de la autoexperiencia caracterizado por alteraciones en la continuidad, fluidez y estabilidad del pensamiento, con una correspondencia clara con las diferencias observadas entre población clínica y no clínica. A diferencia de dimensiones más moduladoras o dependientes del contexto, este factor muestra un comportamiento consistente que refuerza su papel como componente estructural dentro del modelo. Los análisis de diferenciación entre grupos indican que esta dimensión permite captar variaciones a lo largo de un continuo de experiencia, con una tendencia a identificar con mayor claridad la presencia de interrupciones en el flujo cognitivo. Este patrón puede interpretarse como evidencia de que el factor refleja un dominio experiencial con alta coherencia interna, más que como un indicador de desempeño diagnóstico en sentido estricto.

La Continuidad del Pensamiento como Estructura Temporal de la Conciencia.

Fenomenológicamente, el Factor 6 captura manifestaciones en la autoexperiencia relacionadas con la continuidad del flujo del pensamiento, tales como interrupciones súbitas, dificultades para sostener la secuencia de ideas y experiencias subjetivas de vaciamiento o detención cognitiva. Es importante precisar que esta dimensión no constituye una medición directa de estructuras del self, sino que accede a expresiones fenoménicas de la experiencia del pensamiento tal como es vivida por el sujeto.

Estas manifestaciones han sido ampliamente descritas en la psicopatología clásica como parte de los trastornos formales del pensamiento, incluyendo fenómenos como el bloqueo ideativo y el empobrecimiento del discurso (Andreasen, 1986; Borda & Sass, 2015). Sin embargo, desde una perspectiva fenomenológica, estas experiencias no deben reducirse únicamente a déficits cognitivos, sino que pueden comprenderse como alteraciones en la organización temporal de la conciencia.

Eugène Minkowski describió la esquizofrenia como una alteración del *tiempo vivido* (*temps vécu*), en la que el dinamismo interno de la experiencia pierde su continuidad natural (Minkowski, 1933/1970). En este sentido, las interrupciones del pensamiento reflejan una modificación en la estructura temporal de la experiencia, más que una simple dificultad funcional. De manera convergente, Fuchs (2013) y Sass y Parnas (2022) han señalado que estas alteraciones pueden entenderse como fallos en la "sintaxis temporal" de la conciencia, es decir, en la forma en que los actos de pensamiento se encadenan en una secuencia coherente.

En este marco, el Factor 6 puede interpretarse como una dimensión que captura alteraciones en la vivencia temporal del pensamiento, situadas en un nivel distinto al de la organización narrativa o reflexiva. Mientras que otras dimensiones del instrumento se relacionan

con la interpretación, el significado o la autorreferencialidad, esta dimensión se vincula con la capacidad misma de sostener la continuidad del flujo cognitivo como experiencia.

Es importante subrayar que, aunque estas manifestaciones han sido asociadas en la literatura con perturbaciones en niveles más básicos de la experiencia, el instrumento no mide directamente dichos niveles estructurales, sino que evalúa sus expresiones en la autoexperiencia. En este sentido, el Factor 6 captura fenómenos que pueden interpretarse como manifestaciones de desajustes en la organización temporal del pensamiento, sin implicar una medición directa del self mínimo o de la ipseidad.

Desde la fenomenología clásica, estas alteraciones pueden articularse con la noción de *Verwirrtheit* (perplejidad) descrita por Karl Jaspers (1913/1997), caracterizada por una pérdida de la evidencia natural del mundo y una dificultad para sostener el sentido de continuidad en la experiencia. Esta forma de vivencia se manifiesta precisamente como una discontinuidad en el flujo del pensamiento y una dificultad para mantener secuencias mentales coherentes. En conjunto, el Factor 6 puede entenderse como una dimensión que refleja disrupciones en la continuidad de la experiencia cognitiva, constituyendo un dominio específico dentro de la autoexperiencia que contribuye de manera sustantiva a la diferenciación entre grupos, sin reducirse a un déficit cognitivo aislado, sino como parte de una reorganización más amplia de la experiencia subjetiva. Para una síntesis integradora, ver tabla 22.

Tabla 22

Síntesis Integradora de los Seis Factores del AMAE-I: Validez de Criterio, Capacidad Discriminativa y Fundamentación Fenomenológica

Factor	Dimensión	Regresión (OR)	AUC	S	E	Fundamentación fenomenológica	Confirmación H5
F1	Desorganización cognitiva autocentrada	0.670* (modulador inverso)	< .80	Moderada	Alta	Self narrativo preservado; efecto amortiguador (Delcourt et al., 2026; Feyaerts et al., 2023; Nilsson et al., 2025; Ricœur, 1990)	No confirma (modulador)
F2	Desajuste temporal y experiencial	1.57-1.97***	.84	.73	.82	Temporalidad vivida; autoafección; ipseidad (Heidegger, 1927/2003; Merleau-Ponty, 1945/2012; Minkowski, 1933/1970; Henry, 1963/2015; Sass, 2014; Parnas, 2003)	Confirma sustancial
F3	Fragmentación corpórea y anhedonia	1.47***	.86	.91	.65	Cuerpo vivido; autoafección afectiva; contacto vital (Merleau-Ponty, 1945/2012; Henry, 2000; Minkowski, 1933/1970; Parnas et al., 2021; Stanghellini et al., 2014; Sass, 2014)	Confirma plena
F4	Centralidad delirante	1.39-1.87***	.82	.71	.87	Autodemarcación; porosidad del yo; reorganización del significado (Parnas et al., 2005, 2024; Sass & Parnas, 2003; Stanghellini, 2004; Stanghellini & Ballerini, 2007; Fuchs, 2015)	Confirma sustancial
F5	Experiencia Corporal Anómala y Simbolización Idiosincrásica	No significativo	.69	.49	.82	Cuerpo interpretado vs. cuerpo vivido; transdiagnosticidad (Stanghellini et al., 2014; Merleau-Ponty, 1945/2012; Sass, 2014; Parnas, 2014; Nelson et al., 2020)	No confirma
F6	Alteraciones en la Continuidad del Pensamiento	1.55	.80	.89	.57	Continuidad cognitiva; perplejidad; sintaxis temporal de la conciencia (Minkowski, 1933/1970; Jaspers, 1913/1997; Fuchs, 2013; Sass & Parnas, 2022; Andreasen, 1986)	Confirma sustancial

Factor	Dimensión	Regresión (OR)	AUC	S	E	Fundamentación fenomenológica	Confirmación H5

Nota. OR = Odds Ratio; *p < .05; **p < .01; ***p < .001. "No significativo" indica que el coeficiente de regresión logística para F5 no alcanzó significación estadística ($p > .05$) en ninguno de los modelos estimados; S. Sensibilidad; E. Especificidad.

Hallazgos Psicométricos del AMAE-I y su Articulación con Modelos Neurobiológicos Contemporáneos de la Autoexperiencia

Los resultados obtenidos mediante el AMAE-I permiten establecer una articulación consistente entre la estructura psicométrica del instrumento y los modelos fenomenológicos de la alteración de la autoexperiencia, particularmente aquellos derivados de la tradición de Sass y Parnas (2003) y desarrollos posteriores (Parnas et al., 2015). Esta articulación puede extenderse hacia marcos neurobiológicos contemporáneos que han buscado vincular dichas alteraciones con sistemas cerebrales específicos, incluyendo la hipótesis de la saliencia aberrante (Kapur, 2003; Howes & Nour, 2016), los modelos de codificación predictiva (Friston et al., 2016; Sterzer et al., 2018) y los enfoques basados en disfunción de redes cerebrales a gran escala, especialmente la *Default Mode Network* (DMN) y la red de saliencia (Menon, 2011; Northoff & Stanghellini, 2016).

En los últimos años, estos modelos han sido refinados mediante evidencia empírica que enfatiza la desorganización funcional entre redes cerebrales como un elemento clave en la alteración de la experiencia subjetiva (Feyaerts et al., 2025; Krcmar et al., 2024; Raballo & Poletti, 2023). En este contexto, los hallazgos del AMAE-I muestran una convergencia relevante con esta literatura, al identificar dimensiones que pueden interpretarse como expresiones fenomenológicas de sistemas neurocognitivos distribuidos.

En particular, los factores con mayor relevancia estructural dentro del modelo, Desajuste temporal y experiencial (F2), Fragmentación corpórea y anhedonia (F3) y Alteraciones en la continuidad del pensamiento (F6), se corresponden con dominios que han sido consistentemente vinculados con la integración funcional de redes cerebrales implicadas en la organización de la experiencia subjetiva (Haug et al., 2023; Burgin et al., 2022).

La dimensión Desajuste temporal y experiencial (F2) puede interpretarse como la expresión fenomenológica de alteraciones en los mecanismos neurales que sostienen la temporalidad de la experiencia. Estudios recientes han mostrado que disrupciones en la sincronización temporal y en la integración de señales internas se asocian con experiencias de discontinuidad, despersonalización y dificultades en la articulación entre intención y acción (Martin et al., 2021; Feyaerts et al., 2023). Este tipo de alteraciones ha sido vinculado con la interacción disfuncional entre la DMN y redes frontoparietales, responsables de la integración temporal de la experiencia.

Por su parte, la Fragmentación corpórea y anhedonia (F3) se alinea con evidencia reciente que sitúa la corporalidad como un eje central en la organización de la experiencia subjetiva. Investigaciones contemporáneas han señalado que la integración interoceptiva, mediada por estructuras como la ínsula, desempeña un papel fundamental en la construcción del self encarnado (Khalsa et al., 2018; Nordgaard et al., 2022; Feyaerts et al., 2023). Asimismo, los déficits en la anticipación del placer han sido asociados con alteraciones en circuitos límbicos y dopaminérgicos, lo que sugiere una convergencia entre experiencia corporal, afectividad y motivación (Kring & Barch, 2014; Raballo et al., 2021). La dimensión Alteraciones en la continuidad del pensamiento (F6) puede vincularse con sistemas frontotemporales implicados en la organización secuencial del pensamiento y el lenguaje. Estudios recientes han documentado que disrupciones en la conectividad funcional entre regiones prefrontales y temporales se asocian con dificultades en la coherencia del discurso y en la continuidad del flujo cognitivo (Sheffield et al., 2017; Krcmar et al., 2024).

Desde la mirada fenomenológica, esto se traduce en una experiencia de interrupción o fragmentación del pensamiento, más que en un déficit puramente cognitivo.

En contraste, la Desorganización cognitiva autocentrada mostró un comportamiento diferencial dentro del modelo, lo que sugiere un papel modulador en la organización de la autoexperiencia. Este patrón puede interpretarse en relación con variaciones en procesos de reflexividad y metacognición, los cuales han sido vinculados con la actividad de la DMN y con la capacidad de integrar la experiencia en una narrativa coherente (Lysaker & Dimaggio, 2014; Nelson et al., 2020; Raballo & Poletti, 2023). Más que constituir un eje estructural primario, este factor parece influir en la manera en que otros dominios se articulan dentro del sistema experiencial.

El Factor 4 (Centralidad delirante) se relaciona con alteraciones en la atribución de significado y en la delimitación entre el self y el entorno. Investigaciones recientes han vinculado estos procesos con la disfunción de la red de saliencia y de regiones temporoparietales implicadas en la integración multisensorial y en la experiencia de agencia (Blanke et al., 2015; Howes & Nour, 2016;). En este sentido, este factor puede entenderse como la expresión experiencial de una reorganización en los procesos de atribución de significado.

Por su parte, el Factor 5 (Experiencia corporal anómala y simbolización idiosincrásica) representa la convergencia entre alteraciones en la vivencia corporal y procesos de simbolización no convencionales. Este dominio ha sido asociado con mecanismos de asignación de relevancia y construcción de significado, particularmente en sistemas dopaminérgicos mesolímbicos (Kapur, 2003; Howes & Nour, 2016; Raballo et al., 2021). Su comportamiento más heterogéneo dentro del modelo es consistente con la variabilidad interindividual en la forma en que estas experiencias se organizan.

En conjunto, la estructura del AMAE-I muestra una correspondencia consistente con modelos contemporáneos que conceptualizan la experiencia subjetiva como el resultado de la

interacción entre múltiples sistemas: corporal, temporal, cognitivo y afectivo. Esta convergencia ha sido destacada en revisiones recientes que proponen una integración entre fenomenología y neurociencia como vía para comprender la organización de la experiencia en la esquizofrenia (Feyaerts et al., 2023; Raballo & Poletti, 2023).

Es fundamental subrayar que esta correspondencia no implica que el instrumento mida directamente estructuras neurobiológicas ni niveles fundamentales del self. En línea con los criterios epistemológicos del presente estudio, el AMAE-I evaluaría manifestaciones de la autoexperiencia que pueden ser interpretadas a la luz de estos modelos, sin constituir una medición directa del self mínimo o de la ipseidad.

Este alineamiento entre psicometría, fenomenología y neurobiología refuerza la coherencia conceptual del AMAE-I y lo posiciona como una herramienta relevante para el estudio de la autoexperiencia desde una perspectiva integradora, particularmente en contextos donde este tipo de aproximaciones han sido escasamente desarrolladas.

Análisis de Redes. Estudio Complementario

El análisis de redes complementario permitió examinar la organización relacional de los reactivos del AMAE-I, identificando núcleos estructurales, nodos centrales y patrones de interdependencia que amplían la comprensión de la cohesión interna del instrumento más allá de los modelos factoriales tradicionales. En conjunto, los resultados evidencian que los distintos dominios del instrumento no operan como agregados independientes de síntomas, sino como sistemas dinámicos interconectados que reflejan configuraciones fenomenológicas coherentes de la autoexperiencia alterada, en línea con aproximaciones contemporáneas basadas en redes (Epskamp et al., 2018; Robinaugh et al., 2020).

A nivel global, se observa que múltiples dimensiones (Desorganización cognitiva autocentrada, Desajuste temporal y experiencial, Fragmentación corpórea y anhedonia, Centralidad delirante, Experiencia corporal anómala y simbolización idiosincrásica, y Alteraciones en la continuidad del pensamiento) convergen en torno a ejes estructurales compartidos que articulan desorganización cognitiva, autorreferencialidad, alteraciones del cuerpo vivido y transformaciones en la atribución de significado. En particular, los patrones de conectividad (R6-R62, R7-R62, R6-R39) muestran que fenómenos como la sobrecarga ideativa, la perseveración verbal y la autocentralidad no se presentan de forma aislada, sino como un núcleo interdependiente que vincula la fragmentación del pensamiento con la emergencia de experiencias autorreferenciales.

Este patrón es consistente con modelos de *self-disorders* que sitúan la hiperreflexividad y la autoexposición como procesos centrales en la reorganización de la experiencia (Nordgaard et al., 2021; Feyaerts & Sass, 2024; Sass & Feyaerts, 2024; Parnas & Henriksen, 2023; Polleti y Raballo, 2024).

Asimismo, la identificación de nodos con alta centralidad (particularmente R62 en fuerza, y R7 en intermediación y cercanía) sugiere la presencia de elementos estructuralmente influyentes dentro de la red, en el sentido de su capacidad para articular múltiples dominios experienciales dentro del sistema, más que como indicadores aislados (Borsboom, 2017; Schwartz et al., 2021).

De manera complementaria, se identifican configuraciones en las que las alteraciones en la delimitación del self se articulan con pensamiento mágico, creencias idiosincrásicas y experiencias perceptivas anómalas, formando núcleos integrados (R24-R48, R19-R21, R21-R48) que reflejan reorganizaciones progresivas de la experiencia subjetiva. Estos hallazgos son

consistentes con la literatura que plantea que estas experiencias emergen sobre transformaciones previas en la autoafección y en la frontera yo-mundo, más que como fenómenos aislados (Sass & Parnas, 2003; Henriksen & Parnas, 2023; Kállai et al., 2021), así como con estudios de redes que identifican procesos cognitivos, particularmente el pensamiento mágico (R21), como puentes entre dominios perceptivos y de identidad (Yung et al., 2006, 2009; Ye et al., 2021).

Investigaciones recientes han consolidado el pensamiento mágico como un marcador del continuo psicótico. Saarinen et al. (2022) demostraron su asociación con la vulnerabilidad genética a la esquizofrenia, mientras que Kállai et al. (2021) encontraron un gradiente creciente de ideación mágica a lo largo del espectro psicopatológico. En esta misma línea, Chertischev (2022) ha realizado una revisión exhaustiva de la literatura en la que conceptualiza explícitamente el pensamiento mágico como una forma de experiencia psicótica-like. Un aspecto central de su análisis es la relación del pensamiento mágico con el fenómeno de la "fusión pensamiento-acción" (thought-action fusion), un mecanismo cognitivo mediante el cual los pensamientos se equiparan moral o causalmente con las acciones. Esta fusión constituye un posible mecanismo de vulnerabilidad, donde el pensamiento mágico podría facilitar la transición desde formas leves de experiencia psicótica hacia cuadros clínicos más estructurados.

Así, Chertischev (2022) no solo aporta una revisión histórica y conceptual del fenómeno, sino que también sugiere vías explicativas sobre cómo el pensamiento mágico podría actuar como un puente entre la normalidad y la patología, al ser permeable a la experiencia y organizarse bajo leyes causales no convencionales que se intensifican en contextos emocionalmente significativos.

Por otro lado, la red muestra que las alteraciones corporales, la anhedonia anticipatoria y las dificultades en la integración conceptual se organizan en un ensamblaje complejo (núcleos

R64*-R65*, R28*-R27*-R26*, así como relaciones entre R56 y R27*, R26*, y la relación negativa R69*-R56), parcialmente convergente pero no homogéneo. La coexistencia de conexiones positivas y negativas dentro de este dominio sugiere que los distintos microfenómenos de la autoexperiencia pueden seguir trayectorias no lineales, reflejando la heterogeneidad interna del constructo (Sass & Byrom, 2015; Raballo, 2022).

La vinculación entre disrupción corporal (R56) y motivación anticipatoria (R26*, R27*, R28*) coincide con modelos neurofenomenológicos que destacan el papel del cuerpo vivido en la organización de la experiencia afectiva y del yo (Fuchs, 2013; Northoff, 2020; Raballo et al., 2021).

Asimismo, se observa una estructura altamente coherente en torno a procesos de centralidad delirante, donde la autorreferencialidad, la certeza subjetiva, la grandiosidad y la disminución del insight se articulan como un sistema integrado (cuarteto R15-R33-R45*-R60), aunque con tensiones internas (relaciones negativas R15-R60 y R45*-R33) que reflejan la heterogeneidad de estos procesos. Estas configuraciones son congruentes con modelos fenomenológicos y cognitivos que describen la emergencia del delirio como un proceso dinámico de reorganización del significado, que integra hiperintencionalidad, atribución intensificada de relevancia y transformaciones en la autocrítica (Parnas & Henriksen, 2014; Moritz & Lysaker, 2018; Nelson et al., 2020; Loewy et al., 2022).

En dominios más específicos, se identifican patrones altamente cohesionados que vinculan anomalías en la experiencia corporal con estilos idiosincrásicos de simbolización (R23-R54*, con integración de R55), así como configuraciones simples pero robustas en torno a la continuidad del pensamiento (triángulo R8-R9-R10), donde la alogia, la inhibición expresiva y el bloqueo cognitivo convergen en un núcleo fenomenológico común. Estos hallazgos replican

patrones descritos tanto en estudios fenomenológicos como neurocognitivos, donde la disrupción del cuerpo vivido y la fragmentación del pensamiento constituyen dimensiones fundamentales en la organización de la experiencia (Ciaunica & Fotopoulou, 2017; Ferrari & Northoff, 2022; Kirkpatrick et al., 2017).

En conjunto, el análisis de redes respalda la coherencia interna de las dimensiones identificadas, mostrando que el AMAE-I capta configuraciones estructurales de la autoexperiencia que son consistentes con la literatura internacional. Lejos de representar patrones locales o idiosincrásicos de la muestra, los resultados reflejan núcleos fenomenológicos ampliamente documentados, lo que refuerza la validez teórica del instrumento como herramienta para el estudio de la autoexperiencia en el espectro esquizofrénico.

Integración Transversal de los Hallazgos: Redes Psicopatológicas, Diferenciación Estructural y Consistencia Multimetodológica del AMAE-I

El presente estudio integró tres aproximaciones analíticas complementarias, análisis de redes psicopatológicas, modelos de regresión logística y análisis de curvas ROC, con el objetivo de examinar la coherencia estructural de las dimensiones del AMAE-I desde distintos niveles metodológicos. Más que constituir aproximaciones independientes, estos enfoques permiten observar el mismo fenómeno, la organización de la autoexperiencia, desde perspectivas convergentes, lo que fortalece la interpretación de los resultados en términos de validez estructural y consistencia interna del modelo.

En conjunto, los hallazgos muestran un patrón de convergencia metodológica: las dimensiones que ocupan posiciones más relevantes dentro de la red psicopatológica son, a su vez, aquellas que presentan mayor peso en los modelos multivariados y mayor capacidad de diferenciación entre grupos. Esta correspondencia sugiere que los factores identificados no solo

representan agrupaciones estadísticas de ítems, sino dominios experienciales con organización interna consistente y relevancia dentro de la arquitectura global de la autoexperiencia.

Desde el análisis de redes, los factores vinculados con la corporalidad, la temporalidad y la continuidad del pensamiento mostraron mayor centralidad estructural. Este resultado es congruente con modelos contemporáneos que entienden la psicopatología como sistemas dinámicos de interacción entre experiencias, donde ciertos nodos funcionan como organizadores del sistema más que como elementos aislados (Borsboom et al., 2021; Fried, 2024). En este sentido, dimensiones como Fragmentación corpórea y anhedonia (F3), Desajuste temporal y experiencial (F2) y Alteraciones en la continuidad del pensamiento (F6) pueden entenderse como ejes estructurales dentro de la red de la autoexperiencia.

Este mismo patrón se reproduce en los modelos de regresión, donde estas dimensiones muestran contribuciones significativas en la diferenciación entre grupos, incluso al considerar simultáneamente el resto de los factores. Lejos de interpretarse en términos de predicción, este resultado indica que estos dominios concentran una proporción relevante de la varianza asociada a las diferencias observadas, lo que refuerza su papel como componentes estructurales del modelo.

De manera consistente, el análisis mediante curvas ROC mostró un alto nivel de diferenciación global del instrumento (AUC = .946), lo que indica que, a nivel agregado, el AMAE-I logra distinguir de manera robusta entre configuraciones de autoexperiencia propias de cada grupo. Sin embargo, este resultado debe entenderse dentro del contexto de un diseño de grupos conocidos, que tiende a maximizar la separación entre condiciones, más que como una propiedad inherente del instrumento en otros contextos de aplicación.

Un hallazgo particularmente relevante es la convergencia entre centralidad en la red y peso en los modelos estadísticos. La dimensión Fragmentación corpórea y anhedonia (F3) no solo mostró alta centralidad, sino también uno de los mayores niveles de diferenciación entre grupos, lo que sugiere que las alteraciones en la vivencia corporal y afectiva ocupan un lugar estructural dentro de la organización de la autoexperiencia. Este resultado es consistente con la literatura fenomenológica que sitúa la corporalidad como un eje organizador de la experiencia subjetiva (Fuchs, 2013; Sass & Parnas, 2022).

De manera similar, la dimensión Desajuste temporal y experiencial (F2) mostró coherencia entre su posición en la red y su comportamiento en los análisis multivariados, lo que refuerza la idea de que las alteraciones en la temporalidad vivida constituyen un componente fundamental en la estructuración de la experiencia. En términos fenomenológicos, esto puede interpretarse como una disrupción en la articulación entre pasado, presente y futuro, afectando la continuidad del flujo experiencial.

La dimensión Alteraciones en la continuidad del pensamiento (F6) también mostró este patrón de convergencia, lo que sugiere que la estabilidad del flujo cognitivo no solo es un fenómeno observable a nivel clínico, sino un componente estructural dentro de la organización de la autoexperiencia. En este sentido, la continuidad del pensamiento puede entenderse como una condición de posibilidad para la coherencia de la experiencia subjetiva.

En contraste, otras dimensiones mostraron un papel más modulador dentro del sistema. El Factor 1 (Desorganización cognitiva autocentrada) presentó un comportamiento diferencial en los modelos, lo que sugiere que no actúa como un eje estructural primario, sino como un componente que modula la forma en que otros dominios se articulan. Este patrón es coherente

con la idea de que ciertos procesos relacionados con la reflexividad o la organización cognitiva pueden influir en la configuración de la autoexperiencia sin constituir su núcleo estructural.

Por su parte, el Factor 5 (Experiencia corporal anómala y simbolización idiosincrásica) mostró menor consistencia entre los distintos niveles de análisis. Este resultado puede explicarse por la naturaleza heterogénea de los fenómenos que agrupa, donde experiencias corporales y procesos simbólicos idiosincrásicos no necesariamente se presentan de forma simultánea o uniforme. En instrumentos fenomenológicos, este tipo de variabilidad no implica debilidad estructural, sino que refleja la diversidad en la expresión de la experiencia subjetiva (Stanghellini et al., 2021).

En conjunto, la integración de los tres enfoques analíticos permite proponer que el AMAE-I captura una arquitectura multidimensional de la autoexperiencia, en la que los distintos factores no operan de manera independiente, sino como componentes interrelacionados dentro de un sistema organizado. Este sistema parece estructurarse en torno a tres ejes principales: la corporalidad (F3, F5), la temporalidad (F2, F6) y la organización cognitivo-reflexiva (F1, F4), cada uno con funciones diferenciadas dentro del conjunto.

Es importante subrayar que esta arquitectura no implica la medición directa de estructuras fundamentales del self, sino la evaluación de sus manifestaciones en la autoexperiencia. En este sentido, los resultados deben interpretarse como evidencia de organización fenomenológica de la experiencia subjetiva, más que como indicadores directos de niveles ontológicos del self.

Finalmente, estos hallazgos adquieren relevancia en el contexto latinoamericano, donde los estudios sobre autoexperiencia han sido limitados. El AMAE-I intentaría posicionarse como una herramienta que permite explorar la organización de la experiencia subjetiva desde una

perspectiva psicométrica y fenomenológica integrada, contribuyendo al desarrollo de este campo en poblaciones hispanohablantes.

Conclusiones

En el presente estudio se evaluaron las propiedades psicométricas del Análisis Multidimensional de la Autoexperiencia (AMAE-I), con el propósito de identificar configuraciones fenomenológicas de la autoexperiencia en población clínica y no clínica. En conjunto, los resultados obtenidos permiten concluir que el instrumento presenta evidencia inicial favorable en términos de validez de constructo, consistencia interna y diferenciación entre perfiles de autoexperiencia.

En relación con la estructura interna del instrumento, los análisis factoriales evidenciaron una organización multidimensional coherente con la conceptualización teórica de la autoexperiencia en el espectro esquizofrénico. Las dimensiones identificadas se mostraron diferenciadas pero interrelacionadas, lo que respalda modelos contemporáneos que entienden las alteraciones del self como configuraciones complejas de la experiencia, más que como entidades unitarias. Asimismo, los indicadores de consistencia interna, junto con la validez convergente y discriminante, resultaron en términos generales adecuados, lo que sugiere una coherencia interna del instrumento y una delimitación conceptual aceptable entre sus dimensiones, aun considerando la complejidad inherente del fenómeno evaluado.

En cuanto a la validez de criterio por grupos conocidos, los resultados mostraron diferencias consistentes entre la población clínica y no clínica en las puntuaciones del AMAE-I, lo que indica que el instrumento capta variaciones relevantes en la autoexperiencia asociadas a la esquizofrenia. De manera complementaria, los modelos de regresión evidenciaron que diversas

dimensiones del instrumento contribuyen de manera diferenciada a la distinción entre grupos, destacando particularmente aquellas vinculadas con la temporalidad, la corporalidad y la continuidad del pensamiento.

En esta misma línea, los análisis mediante curvas ROC mostraron un alto nivel de diferenciación global entre los grupos. No obstante, este resultado debe interpretarse en el contexto de un diseño transversal basado en grupos conocidos, el cual tiende a maximizar la separación entre condiciones. En este sentido, los hallazgos reflejan la capacidad del instrumento para distinguir configuraciones actuales de la autoexperiencia, sin implicar inferencias sobre su comportamiento en otros contextos de aplicación.

La integración de los análisis de redes con los modelos estadísticos sugiere, además, que las dimensiones del AMAE-I no sólo presentan consistencia psicométrica, sino que configuran una organización estructural de la autoexperiencia en la que ciertos dominios, particularmente los relacionados con la corporalidad, la temporalidad y la continuidad del pensamiento, ocupan posiciones centrales dentro del sistema de interrelaciones fenomenológicas.

Desde una perspectiva teórica, los hallazgos del estudio aportan evidencia a favor de la posibilidad de operacionalizar dimensiones de la autoexperiencia mediante herramientas psicométricas, contribuyendo a la articulación entre la psicopatología fenomenológica y los enfoques cuantitativos contemporáneos. Asimismo, la correspondencia observada entre las dimensiones del instrumento y modelos neurobiológicos actuales respalda la plausibilidad conceptual de los constructos evaluados, sin implicar una medición directa de niveles fundamentales del self, sino de sus manifestaciones en la experiencia subjetiva.

Finalmente, en el contexto mexicano, el desarrollo del AMAE-I representa una contribución inicial al estudio empírico de la autoexperiencia en el espectro esquizofrénico, en un campo donde la investigación ha sido relativamente limitada.

No obstante, los resultados deben interpretarse como evidencia preliminar, cuya consolidación requerirá replicación en muestras independientes y el empleo de diseños metodológicos complementarios que permitan profundizar en la estabilidad y consistencia del instrumento. En este sentido, el AMAE-I se posiciona como una propuesta que contribuye al estudio de las alteraciones de la autoexperiencia desde una perspectiva integradora, más que como una herramienta definitiva.

Fortalezas y Limitaciones del Estudio

En primer lugar, destaca la validación de un instrumento desarrollado en contexto mexicano. La mayor parte de la literatura en psicopatología fenomenológica, particularmente en relación con la exploración de la autoexperiencia, ha sido generada en contextos europeos, como es el caso del Examination of Anomalous Self-Experience (EASE). En este sentido, la identificación de una estructura multidimensional de la autoexperiencia en una muestra mexicana, con patrones comparables a los descritos en la literatura internacional, constituye un intento de aporte significativo a la validez transcultural de estos constructos.

En segundo lugar, uno de los hallazgos más relevantes del estudio radica en el papel diferencial del Factor 1 dentro de la arquitectura del instrumento. Los resultados sugieren que este factor no se comporta simplemente como un dominio más de alteración, sino que se relaciona de manera particular con la organización global de la autoexperiencia.

De manera que puede interpretarse como un componente vinculado a procesos de integración cognitiva y autorreferencial, cuya variación parece modular la forma en que se estructuran otros dominios de la experiencia subjetiva. Este hallazgo resulta conceptualmente relevante, ya que apunta hacia la existencia de dinámicas internas en la organización de la autoexperiencia, más allá de la simple acumulación de dimensiones independientes.

En tercer lugar, el AMAE-I logra operacionalizar constructos fenomenológicos complejos mediante indicadores psicométricos. Dimensiones como la corporalidad, la temporalidad, la agencia o la atribución de significado, tradicionalmente abordadas desde métodos cualitativos, son aquí traducidas en estructuras medibles. Este avance representa una contribución importante, ya que la psicopatología fenomenológica ha sido históricamente cuestionada por la dificultad de trasladar sus conceptos al terreno empírico sin perder su profundidad teórica. En este estudio, dicha traducción se realiza manteniendo una coherencia conceptual con los modelos fenomenológicos, sin asumir que el instrumento mide directamente niveles fundamentales del self, sino sus manifestaciones en la experiencia subjetiva.

En cuarto lugar, los resultados sugieren la presencia de una organización estructurada de la autoexperiencia, en la que las dimensiones no funcionan como elementos aislados, sino como componentes interrelacionados con distintos niveles de centralidad dentro del sistema. Los análisis de redes refuerzan esta idea al mostrar que ciertos dominios, particularmente aquellos vinculados con la corporalidad y la temporalidad, ocupan posiciones más centrales en la configuración global de la experiencia. Este patrón es consistente con modelos contemporáneos que conciben las alteraciones de la autoexperiencia como sistemas dinámicos organizados, más que como conjuntos de síntomas independientes.

En quinto lugar, el instrumento muestra una adecuada capacidad para diferenciar configuraciones de la autoexperiencia entre población clínica y no clínica. Este hallazgo, en conjunto con los resultados de los análisis factoriales, de consistencia interna y de validez, respalda la coherencia estructural del AMAE-I y su sensibilidad a variaciones significativas en la experiencia subjetiva. En sexto lugar, el carácter de autoinforme del instrumento representa una ventaja en términos de aplicabilidad, ya que permite su uso en distintos contextos con relativa facilidad. Esto resulta particularmente relevante en entornos donde el acceso a evaluación especializada es limitado, como ocurre en diversos contextos del sistema de salud en México.

Finalmente, la correspondencia observada entre las dimensiones del AMAE-I y modelos neurobiológicos contemporáneos, como aquellos relacionados con la red por defecto (DMN) o la red de saliencia, aporta plausibilidad teórica adicional al instrumento, al situarlo en un punto de convergencia entre la fenomenología y la neurociencia, sin reducir la experiencia subjetiva a sus correlatos biológicos.

Por otro lado, el estudio presenta una serie de limitaciones que deben ser consideradas para una adecuada interpretación de los resultados. En primer lugar, la generalización de los hallazgos se ve restringida por las características de la muestra, la cual fue seleccionada mediante un procedimiento intencional basado en criterios clínicos específicos.

Si bien este enfoque permitió una adecuada delimitación del fenómeno de interés, también introduce un posible sesgo de selección que limita la extrapolación de los resultados a otras poblaciones o contextos.

En segundo lugar, el uso de autoinformes en población con esquizofrenia implica limitaciones inherentes relacionadas con posibles dificultades en la introspección, la metacognición y la expresión de la experiencia subjetiva. Aunque en este estudio la aplicación

supervisada del instrumento permitió mitigar parcialmente estas dificultades, este procedimiento introduce a su vez la posibilidad de sesgos asociados a la interacción con el evaluador.

En tercer lugar, el tamaño de la muestra (N = 157) puede considerarse limitado en relación con la complejidad del modelo evaluado. Esta condición puede haber influido en los índices de ajuste absoluto del análisis factorial confirmatorio, los cuales mostraron valores elevados (RMSEA y SRMR), sugiriendo la presencia de error residual y la necesidad de refinamiento del modelo. En este sentido, futuras investigaciones con muestras más amplias permitirán una estimación más robusta de los parámetros y una evaluación más precisa de la estructura del instrumento.

En cuarto lugar, la naturaleza misma del instrumento implica un proceso de traducción de fenómenos fenomenológicos complejos a indicadores psicométricos. Si bien este proceso es necesario para su estudio empírico, también conlleva una inevitable reducción de la riqueza descriptiva de la experiencia subjetiva. Por ello, el AMAE-I debe entenderse como una herramienta complementaria que permite estructurar ciertos aspectos de la autoexperiencia, pero no sustituye la exploración clínica profunda.

Finalmente, el estudio se desarrolló en un contexto clínico e institucional específico, lo que puede influir en la forma en que los participantes interpretan y reportan sus experiencias. Factores como la historia de tratamiento, el contexto asistencial y las condiciones socioculturales pueden modular la expresión de la autoexperiencia, lo que subraya la importancia de evaluar el instrumento en distintos entornos para fortalecer su validez externa.

Más allá de estas limitaciones, el presente estudio aporta un avance conceptual y metodológico en el campo de la psicopatología contemporánea. En particular, demuestra la viabilidad de articular el enfoque fenomenológico, centrado en la descripción rigurosa de la

experiencia subjetiva, con herramientas psicométricas de análisis estructural, sin reducir la complejidad del fenómeno a categorías simplificadas ni asumir una medición directa de niveles fundamentales del self. En este sentido, el AMAE-I no pretende capturar la ipseidad o el self mínimo en sí mismo, sino describir configuraciones observables de la autoexperiencia que se asocian con alteraciones en dichos niveles, manteniendo así una coherencia epistemológica con la tradición fenomenológica.

Asimismo, los resultados sugieren que las alteraciones de la autoexperiencia pueden organizarse en dimensiones diferenciadas pero interdependientes, configurando una arquitectura estructurada que integra procesos cognitivos, corporales, temporales y de atribución de significado. Este hallazgo contribuye a fortalecer una visión del espectro esquizofrénico no como un conjunto de síntomas aislados, sino como una reorganización compleja de la experiencia subjetiva.

En conjunto, el estudio no sólo valida un instrumento, sino que propone una forma de aproximación empírica a la autoexperiencia que permite tender puentes entre la fenomenología, la psicometría y la neurociencia, abriendo una línea de investigación que puede ser desarrollada y refinada en futuros trabajos. Desde esta perspectiva, el AMAE-I sugiere ser una herramienta que contribuya al estudio estructurado de la autoexperiencia, al tiempo intenta preservar la complejidad teórica del fenómeno que busca describir.

Recomendaciones para Investigación Futura y Desarrollo del AMAE-I

Los resultados obtenidos delimitan diversas líneas de investigación orientadas a fortalecer la validez, consistencia estructural y alcance conceptual del AMAE-I en distintos contextos clínicos y culturales. Estas recomendaciones no sólo buscan optimizar el instrumento, sino

también profundizar en la comprensión empírica de la autoexperiencia desde una perspectiva fenomenológica y psicométrica integrada.

En primer lugar, resulta fundamental la replicación de los hallazgos en muestras independientes, lo cual permitirá evaluar la estabilidad de la estructura factorial y la consistencia de las dimensiones identificadas. En esta misma línea, se recomienda la expansión geográfica del estudio a diferentes regiones de México, con el objetivo de examinar la robustez del instrumento frente a la diversidad sociocultural del país. Este proceso permitirá valorar si las configuraciones de la autoexperiencia identificadas mantienen su coherencia estructural en distintos contextos, contribuyendo así a la validez externa del instrumento sin asumir homogeneidad cultural en la expresión de la experiencia subjetiva.

En segundo lugar, es necesario profundizar en la evaluación de la invarianza factorial entre grupos clínicos y no clínicos, con el fin de verificar que el AMAE-I mide configuraciones equivalentes de la autoexperiencia en diferentes poblaciones. Este análisis permitirá distinguir entre diferencias reales en la experiencia y posibles efectos derivados de la estructura del instrumento. De manera complementaria, se recomienda contrastar el modelo confirmatorio actual con aproximaciones más flexibles, como el Exploratory Structural Equation Modeling (ESEM) y los modelos bifactoriales. El enfoque ESEM resulta particularmente pertinente en el estudio de la autoexperiencia, dado que permite modelar cargas cruzadas entre factores, lo cual es esperable en constructos fenomenológicos complejos donde los límites entre dimensiones no son estrictamente discretos. Por su parte, los modelos bifactoriales permitirían explorar la coexistencia de un posible componente general de organización de la autoexperiencia junto con dimensiones específicas, contribuyendo a una comprensión más matizada de la arquitectura del instrumento.

En tercer lugar, se propone avanzar hacia una validación multimétodo que permita enriquecer la evaluación de la autoexperiencia. Si bien el AMAE-I se basa en autorreporte, lo cual es coherente con la naturaleza del fenómeno estudiado, la integración con otras fuentes de información fortalecería su validez. En este sentido, futuras investigaciones podrían incorporar entrevistas clínicas semiestructuradas, evaluaciones heteroaplicadas, medidas neurocognitivas y, cuando sea posible, indicadores neurofisiológicos como registros electroencefalográficos o análisis de conectividad funcional. Este enfoque permitiría explorar la convergencia entre distintos niveles de análisis sin reducir la experiencia subjetiva a sus correlatos biológicos.

En cuarto lugar, se recomienda la evaluación concurrente del AMAE-I con instrumentos de referencia internacional, como el Examination of Anomalous Self-Experience (EASE), el Structured Interview for Psychosis-Risk Syndromes (SIPS) y el Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (CAARMS). Este tipo de diseño permitiría analizar la convergencia entre medidas centradas en la experiencia subjetiva y aquellas orientadas a la evaluación clínica estructurada, así como identificar posibles aportaciones diferenciales del AMAE-I en la caracterización de la autoexperiencia. Más que establecer equivalencias directas, este tipo de estudios permitiría situar el instrumento dentro del panorama internacional de evaluación clínica y fenomenológica.

Finalmente, una línea de desarrollo particularmente relevante consiste en profundizar en la comprensión de la organización interna del instrumento, especialmente en relación con el papel diferencial de sus dimensiones. Los resultados obtenidos sugieren que ciertos factores, como aquellos vinculados con la corporalidad, la temporalidad o la integración cognitiva, ocupan posiciones centrales dentro de la estructura de la autoexperiencia. Explorar con mayor detalle

estas dinámicas, mediante análisis longitudinales o modelos estructurales más complejos, permitirá avanzar hacia una comprensión más integrada del fenómeno.

En conjunto, estas líneas de investigación no sólo contribuirán al refinamiento psicométrico del AMAE-I, sino que también permitirán consolidar una aproximación empírica a la autoexperiencia que respete su complejidad fenomenológica. Desde esta perspectiva, el desarrollo futuro del instrumento debe entenderse no únicamente como un proceso técnico de optimización, sino como una vía para profundizar en el estudio estructurado de la experiencia subjetiva en el campo de la psicopatología contemporánea.

Referencias

Andreou, C., Borgwardt, S., & Fusar-Poli, P. (2023). The neurobiology of psychosis risk. *Molecular Psychiatry, 28*(3), 1021-1035. https://doi.org/10.1038/s41380-022-01801-6

Ato García, M., & Vallejo Seco, G. (2015). *Diseños de investigación en Psicología*. Pirámide.

Babyak, M. A. (2004). What you may see may not be what you get: A brief, nontechnical introduction to overfitting in regression-type models. *Psychosomatic Medicine, 66*(3), 411-421. https://doi.org/10.1097/01.psy.0000127692.23278.a9

Bartlett, M. S. (1954). A note on the multiplying factors for various chi square approximations. *Journal of the Royal Statistical Society: Series B, 16*(2), 296-298.

Binswanger, L. (1971). *Introduction to existential psychology*. Basic Books.

Blanke, O., Slater, M., & Serino, A. (2015). Behavioral, neural, and computational principles of bodily self-consciousness. *Neuron, 88*(1), 145-166.

Blesa, M., et al. (2023). Hyperreflexivity and self-disturbance in schizophrenia: A systematic review. *Schizophrenia Research, 255*, 34-45. https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.01.012

Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quiñonez, 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

Bogdan, R., Baranger, D. A. A., & Agrawal, A. (2018). Polygenic risk scores in clinical psychology: Bridging genomic risk to individual differences. *Annual Review of Clinical Psychology, 14*, 119-157. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084847

Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry, 16*(1), 5-13. https://doi.org/10.1002/wps.20375

Borsboom, D., Deserno, M. K., Rhemtulla, M., Epskamp, S., Fried, E. I., McNally, R. J., Robinaugh, D. J., Perugini, M., Dalege, J., Costantini, G., & Isvoranu, A.-M. (2021). Network analysis of multivariate data in psychological science. *Nature Reviews Methods Primers, 1*, 58. https://doi.org/10.1038/s43586-021-00055-w

Boss, M. (1979). *Existential foundations of medicine and psychology*. Jason Aronson.

Bramon, E., Rabe-Hesketh, S., Sham, P., Murray, R. M., & Frangou, S. (2004). Meta-analysis of the P300 and P50 waveforms in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 70*(2-3), 315-329. https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.01.004

Bringmann, L. F., Elmer, T., Epskamp, S., Krause, R. W., Schoch, D., Wichers, M., Wigman, J. T. W., & Snippe, E. (2019). What do centrality measures measure in psychological networks? *Journal of Abnormal Psychology, 128*(8), 892-903. https://doi.org/10.1037/abn0000446

Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research* (2nd ed.). Guilford Press.

Burger, J., van der Veen, D. C., Robinaugh, D. J., & Fried, E. I. (2022). Bridging the gap between complexity science and clinical practice by formalizing idiographic theories: A computational model of panic disorder. *Psychological Medicine, 52*(12), 2397-2407. https://doi.org/10.1017/S0033291721000840

Burgin, D., Reniers, R. L. E. P., & Korhonen, T. (2022). Functional brain network alterations in schizophrenia: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 132*, 512-528. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.11.015

Carmona-Huerta, J., Durand-Arias, S., Rodríguez, A., Guarner-Catalá, C., Cardona-Müller, D., Madrigal-de-León, E., & Alvarado, R. (2021). Community mental health care in Mexico:

A regional perspective from a middle-income country. *International Journal of Mental Health Systems, 15*(1), 7. https://doi.org/10.1186/s13033-020-00429-9

Chertischev, M. S. (2022). Magical thinking in normal and pathological conditions: A literature review. *Neurology Bulletin, 54*(4), 32-44. https://doi.org/10.17816/nb108946

Cheung, G. W., Cooper-Thomas, H. D., Lau, R. S., & Wang, L. C. (2023). Reporting reliability, convergent and discriminant validity with structural equation modeling: A review and best-practice recommendations. *Asia Pacific Journal of Management, 40*(2), 745-783. https://doi.org/10.1007/s10490-021-09795-5

Ciaunica, A., & Fotopoulou, A. (2017). The touched self: Psychological and philosophical perspectives on proximal intersubjectivity and the self. *Consciousness and Cognition, 48*, 207-219. https://doi.org/10.1016/j.concog.2016.11.003

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Cowan, H. R., & Mittal, V. A. (2020). Three types of psychotic-like experiences in a community sample. *Schizophrenia Research, 220*, 146-151. https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.03.042

Dein, S., & Cook, C. C. H. (2015). God put a thought into my mind: The charismatic Christian experience of receiving communications from God. *Anthropology & Medicine, 22*(3), 257-270. https://doi.org/10.1080/13648470.2015.1068718

Delcourt, F., Cowan, H. R., Sibéoni, J., Allé, M. C., Rasmussen, A. C. R., Ritunnano, R., Giersch, A., Lo Monte, F., Englebert, J., & Pachoud, B. (2026). Theoretical perspectives on the minimal and narrative self in the schizophrenia spectrum: An integrative

review. *WIREs Cognitive Science, 17*(1), Article e70023. https://doi.org/10.1002/wcs.70023

Díaz-Castro, L., Cabello-Rangel, H., Medina-Mora, M. E., & Berenzon, S. (2020). Necesidades de atención en salud mental y uso de servicios en población mexicana. *Salud Pública de México, 62*(1), 72-79. https://doi.org/10.21149/10338

DiStefano, C., & Morgan, G. B. (2014). A comparison of diagonal weighted least squares robust estimation techniques for ordinal data. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 21*(3), 425-438. https://doi.org/10.1080/10705511.2014.915373

Documenta. (2024). *Salud mental y sistema penitenciario en México*. https://www.documenta.org.mx

Downing, S. M., & Haladyna, T. M. (2006). *Handbook of test development*. Lawrence Erlbaum Associates.

Epskamp, S., Borsboom, D., & Fried, E. I. (2018). Estimating psychological networks and their accuracy: A tutorial paper. *Behavior Research Methods, 50*(1), 195-212. https://doi.org/10.3758/s13428-017-0862-1

Evalúa CDMX. (2023). *Diagnóstico de la política de salud mental en la Ciudad de México*. https://www.evalua.cdmx.gob.mx

Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C., & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods, 4*(3), 272-299. https://doi.org/10.1037/1082-989X.4.3.272

Ferrando, P. J., & Lorenzo-Seva, U. (2021). Program FACTOR at 10: Origins, development and future directions. Psicothema, 33(2), 236–243. https://doi.org/10.7334/psicothema2020.327

Ferrari, C., & Northoff, G. (2022). How is our self related to the brain's resting state activity? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 137*, 104663. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104663

Feyaerts, J., Henriksen, M. G., Vanheule, S., & Parnas, J. (2023). Levels of self-disorder: A conceptual framework. *Schizophrenia Bulletin, 49*(2), 305-313. https://doi.org/10.1093/schbul/sbac170

Feyaerts, J., & Sass, L. (2024). Self-disorder in schizophrenia: A revised view (1. Comprehensive review—Dualities of self- and world-experience). *Schizophrenia Bulletin, 50*(2), 460-471. https://doi.org/10.1093/schbul/sbad169

Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). Sage Publications.

Field, A. (2020). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (6th ed.). Sage Publications.

Fleiss, J. L. (1971). Measuring nominal scale agreement among many raters. *Psychological Bulletin, 76*(5), 378-382. https://doi.org/10.1037/h0031619

Flora, D. B., & Flake, J. K. (2017). The purpose and practice of exploratory and confirmatory factor analysis in psychological research: Decisions for scale development and validation. *Canadian Journal of Behavioural Science, 49*(2), 78-88. https://doi.org/10.1037/cbs0000069

Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research, 18*(1), 39-50. https://doi.org/10.1177/002224378101800104

Fresán, A., Robles-García, R., Apiquian, R., & Nicolini, H. (2020). Validación de la versión en español de la Escala de Funcionamiento Personal y Social (PSP) en pacientes con esquizofrenia en México. *Salud Mental, 43*(3), 121-127. https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2020.017

Fried, E. I. (2024). Networks in clinical psychology: Promises and challenges. *Annual Review of Clinical Psychology, 20*, 455-480. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-080122-024820

Friston, K. J., Stephan, K. E., Montague, R., & Dolan, R. J. (2016). Computational psychiatry: The brain as a phantastic organ. *The Lancet Psychiatry, 3*(7), 720-732. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30033-5

Fuchs, T. (2002). The challenge of neuroscience: Psychiatry and phenomenology today. *Psychopathology, 35*(6), 319-326. https://doi.org/10.1159/000067063

Fuchs, T. (2005). Corporealized and disembodied minds: A phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology, 12*(2), 95-107. https://doi.org/10.1353/ppp.2005.0040

Fuchs, T. (2013). The phenomenology and neurobiology of embodied self-awareness in schizophrenia. *Frontiers in Psychology, 4*, 103. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00103

Fusar-Poli, P., Salazar de Pablo, G., Correll, C. U., Meyer-Lindenberg, A., Millan, M. J., Borgwardt, S., & Arango, C. (2020). Prevention of psychosis: Advances in detection, prognosis, and intervention. *JAMA Psychiatry, 77*(7), 755-765. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.4779

Gisev, N., Bell, J. S., & Chen, T. F. (2013). Interrater agreement and interrater reliability: Key concepts, approaches, and applications. *Research in Social and Administrative Pharmacy, 9*(3), 330-338. https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2012.04.004

Guloksuz, S., van Os, J., & Rutten, B. P. F. (2020). The exposome paradigm and the complexities of environmental risk factors in psychosis. *Schizophrenia Bulletin, 46*(5), 1003-1012. https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa024

Haigh, S. M., Coffman, B. A., & Salisbury, D. F. (2022). Mismatch negativity in schizophrenia: A meta-analysis. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging, 7*(3), 298-307. https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2021.05.002

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage Learning.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2022). *Multivariate data analysis* (9th ed.). Cengage Learning.

Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., Sarstedt, M., Danks, N. P., & Ray, S. (2024). *Partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM) using R: A workbook*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-37774-7

Haladyna, T. M. (2004). *Developing and validating multiple-choice test items* (3rd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Haladyna, T. M., Downing, S. M., & Rodríguez, M. C. (2002). A review of multiple-choice item-writing guidelines for classroom assessment. *Applied Measurement in Education, 15*(3), 309-334. https://doi.org/10.1207/S15324818AME1503_5

Haladyna, T. M., & Rodríguez, M. C. (2013). Developing and validating test items. En K. F. Geisinger (Ed.), *APA handbook of testing and assessment in psychology* (Vol. 1, pp. 259-272). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/14047-014

Hanley, J. A., & McNeil, B. J. (1982). The meaning and use of the area under a receiver operating characteristic (ROC) curve. *Radiology, 143*(1), 29-36. https://doi.org/10.1148/radiology.143.1.7063747

Haug, E., Øie, M. G., Svendsen, I. H., Møller, P., Nelson, B., & Melle, I. (2023). A seven-year longitudinal study of the association between neurocognitive function and basic self-disorders in schizophrenia. *Frontiers in Psychology, 14*, Article 1124859. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1124859

Healy, C., Campbell, D., Coughlan, H., Clarke, M., Kelleher, I., & Cannon, M. (2019). Childhood psychotic experiences are associated with poorer global functioning throughout adolescence and into early adulthood. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 140*(1), 26-36. https://doi.org/10.1111/acps.13041

Heaton, R. K., Miller, S. W., Taylor, M. J., & Grant, I. (2004). *Revised comprehensive norms for an expanded Halstead-Reitan battery: Demographically adjusted neuropsychological norms for African American and Caucasian adults*. Psychological Assessment Resources.

Heidegger, M. (2003). *Ser y tiempo* (J. E. Rivera, Trad.). Trotta. (Trabajo original publicado en 1927)

Henriksen, M. G., Nordgaard, J., & Parnas, J. (2021a). Self-disorders in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry, 34*(3), 203-208. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000693

Henriksen, M. G., Raballo, A., & Parnas, J. (2021b). The experiential core of schizophrenia: Self-disorders and temporal disturbances. *Schizophrenia Bulletin, 47*(3), 641-650. https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa178

Henry, M. (2000). *Incarnation: Une philosophie de la chair*. Seuil.

Henry, M. (2015). *La esencia de la manifestación*. Sígueme. (Trabajo original publicado en 1963)

Henseler, J., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2015). A new criterion for assessing discriminant validity in variance-based structural equation modeling. *Journal of the Academy of Marketing Science, 43*(1), 115-135. https://doi.org/10.1007/s11747-014-0403-8

Hernández-Hernández, O., et al. (2022). Heterogeneidad clínica y funcional en pacientes con esquizofrenia: Un estudio transversal en población mexicana. *Salud Mental, 45*(2), 85-92. https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2022.012

Hinterbuchinger, B., & Mossaheb, N. (2021). Psychotic-like experiences: A challenge for psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry, 34*(3), 208-214. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000701

Hosmer, D. W., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. X. (2013). *Applied logistic regression* (3rd ed.). Wiley. https://doi.org/10.1002/9781118548387

Howes, O. D., & Nour, M. M. (2016). Dopamine and the aberrant salience hypothesis of schizophrenia. *World Psychiatry, 15*(1), 3-4. https://doi.org/10.1002/wps.20276

Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling, 6*(1), 1-55. https://doi.org/10.1080/10705519909540118

Isaksson, J., Nilsson, K. W., & Lindström, L. (2022). Psychotic-like experiences during adolescence: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin, 48*(2), 345-356. https://doi.org/10.1093/schbul/sbab098

Isvoranu, A.-M., & Epskamp, S. (2021). Which estimation method to choose in network psychometrics? Deriving guidelines for applied researchers. *Psychological Methods, 26*(5), 576-594. https://doi.org/10.1037/met0000439

Jaspers, K. (1997). *General psychopathology* (J. Hoenig & M. W. Hamilton, Trans.). Johns Hopkins University Press. (Trabajo original publicado en 1913)

Javitt, D. C., & Freedman, R. (2015). Sensory processing dysfunction in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 172*(1), 17-31. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13121685

Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika, 39*(1), 31-36. https://doi.org/10.1007/BF02291575

Kállai, J., Köteles, F., & Varga, S. (2021). The phenomenology of body boundaries and self-other distinction: Implications for psychopathology. *Consciousness and Cognition, 89*, 103087. https://doi.org/10.1016/j.concog.2020.103087

Kapur, S. (2003). Psychosis as a state of aberrant salience: A framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 160*(1), 13-23. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.1.13

Khaled, S. M., et al. (2023). Cross-cultural differences in hallucinations: A comparison between Qatar and the Netherlands. *Schizophrenia Bulletin, 49*(Suppl. 1), S13-S21. https://doi.org/10.1093/schbul/sbad029

Khalsa, S. S., Adolphs, R., Cameron, O. G., Critchley, H. D., Davenport, P. W., Feinstein, J. S., Feusner, J. D., Garfinkel, S. N., Lane, R. D., Mehling, W. E., Meuret, A. E., Nemeroff, C. B., Oppenheimer, S., Petzschner, F. H., Pollatos, O., Rhudy, J. L., Schramm, L. P., Simmons, W. K., Stein, M. B., & Paulus, M. P. (2018). Interoception and mental health: A roadmap. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging, 3*(6), 501-513. https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2017.12.004

Kállai, J., Vincze, G., Török, I. A., Hargitai, R., Rózsa, S., Hartung, I., Tamás, I., Láng, A., & Herold, R. (2021). Cognitive gain or handicap: Magical ideation and self-absorption in clinical and non-clinical participants. *Frontiers in Psychology, 12*, Article 613074. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.613074

Kim, J. H. (2019). Multicollinearity and misleading statistical results. *Korean Journal of Anesthesiology, 72*(6), 558-569. https://doi.org/10.4097/kja.19087

Kirkpatrick, B., Fenton, W. S., Carpenter, W. T., & Marder, S. R. (2017). The NIMH-MATRICS consensus statement on negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin, 33*(2), 214-219. https://doi.org/10.1093/schbul/sbl049

Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling* (5th ed.). Guilford Press.

Kohrt, B. A., & Kirmayer, L. J. (2020). Cultural psychiatry and global mental health: Cultural processes and social determinants of mental health. *The Lancet Psychiatry, 7*(10), 843-854. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30067-5

Koutsouleris, N., Dwyer, D. B., Degenhardt, F., Maj, C., Urquijo-Castro, M. F., Sanfelici, R., Popovic, D., Oeztuerk, O., Haas, S. S., Weiske, J., et al. (2021). Multimodal machine learning workflows for prediction of psychosis in clinical high-risk cohorts and

beyond. *Biological Psychiatry, 90*(11), 741-751. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2021.05.024

Koutsouleris, N., Kambeitz-Ilankovic, L., Ruhrmann, S., Rosen, M., Ruef, A., Dwyer, D. B., Paolini, M., Chisholm, K., Kambeitz, J., Haidl, T., et al. (2018). Prediction models of functional outcomes for individuals in the clinical high-risk state for psychosis. *JAMA Psychiatry, 75*(6), 615-626. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0463

Krcmar, M., Wannan, C. M. J., Lavoie, S., Allott, K., Davey, C. G., Yuen, H. P., Whitford, T., Formica, M., Youn, S., Shetty, J., Beedham, R., Rayner, V., Murray, G., Polari, A., Gawęda, Ł., Koren, D., Sass, L., Parnas, J., Rasmussen, A. R., McGorry, P., Hartmann, J. A., & Nelson, B. (2024). The self, neuroscience and psychosis study: Testing a neurophenomenological model of the onset of psychosis. *Early Intervention in Psychiatry, 18*(2), 153-164. https://doi.org/10.1111/eip.13448

Lagunes-Córdoba, R., et al. (2021). Cultural factors and pathways to care in psychosis in Mexico: A qualitative study. *Salud Mental, 44*(5), 223-230. https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2021.028

Lagunes-Córdoba, E., Lagunes-Córdoba, R., Fresán-Orellana, A., González-Olvera, J. J., Jarrett, M., Thornicroft, G., & Henderson, C. (2021). Mexican psychiatric trainees' attitudes towards people with mental illness: A qualitative study. *Community Mental Health Journal, 58*, 982-991. https://doi.org/10.1007/s10597-021-00907-7

Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: A practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology, 4*, 863. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00863

Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics, 33*(1), 159-174. https://doi.org/10.2307/2529310

Larøi, F., Luhrmann, T. M., Bell, V., Christian, W. A., Jr., Deshpande, S., Fernyhough, C., Jenkins, J., Woods, A., & Waters, F. (2014). Culture and hallucinations: Overview and future directions. *Schizophrenia Bulletin, 40*(Suppl. 4), S213-S220. https://doi.org/10.1093/schbul/sbu012

Li, C.-H. (2016). Confirmatory factor analysis with ordinal data: Comparing robust maximum likelihood and diagonally weighted least squares. *Behavior Research Methods, 48*(3), 936-949. https://doi.org/10.3758/s13428-015-0619-7

Lilford, R., Kyriacou, A., & Eaton, D. (2020). Access to health care and waiting times: The wider context. *BMJ, 368*, l6921. https://doi.org/10.1136/bmj.l6921

Limosin, F., Rouillon, F., & Roux, P. (2023). Heterogeneity of schizophrenia: Clinical, cognitive, and functional variability. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 25*(1), 45-56. https://doi.org/10.31887/DCNS.2023.25.1/flimosin

Lindgren, M., & Therman, S. (2022). Psychotic-like experiences and developmental trajectories: A systematic review. *Schizophrenia Research, 244*, 1-7. https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.03.012

Livingston, J. D., Boyd, J. E., & Corrigan, P. W. (2020). Internalized stigma and mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 55*(6), 711-724. https://doi.org/10.1007/s00127-020-01826-1

Loewy, R. L., Therman, S., & Cannon, T. D. (2022). Clinical high risk for psychosis: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology, 18*, 143-167. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-103432

Luhrmann, T. M., Padmavati, R., Tharoor, H., & Osei, A. (2015). Differences in voice-hearing experiences of people with psychosis in the USA, India and Ghana: Interview-based study. *The British Journal of Psychiatry, 206*(1), 41-44. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.139048

Lysaker, P. H., & Dimaggio, G. (2014). Metacognitive capacities for reflection in schizophrenia: Implications for developing treatments. *Schizophrenia Bulletin, 40*(3), 487-491. https://doi.org/10.1093/schbul/sbu038

MacCallum, R. C., Roznowski, M., & Necowitz, L. B. (1992). Model modifications in covariance structure analysis: The problem of capitalization on chance. *Psychological Bulletin, 111*(3), 490-504. https://doi.org/10.1037/0033-2909.111.3.490

Malkewitz, C. P., Schwall, P., Meesters, C., & Hardt, J. (2022). Estimating reliability: A comparison of Cronbach's α, McDonald's ωt and the greatest lower bound. *Social Sciences & Humanities Open, 7*(1), 100368. https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2022.100368

Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., & Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: A systematic review. *Archives of General Psychiatry, 62*(9), 975-983. https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.9.975

Martin, B., Wittmann, M., Franck, N., Cermolacce, M., Berna, F., & Giersch, A. (2021). Temporal structure of consciousness and minimal self in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 229*, 77-84. https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.01.019

Mascayano, F., Armijo, J. E., & Yang, L. H. (2015). Addressing stigma relating to mental illness in low- and middle-income countries. *Frontiers in Psychiatry, 6*, 38. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2015.00038

McGrath, J. J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. (2008). Schizophrenia: A concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews, 30*(1), 67-76. https://doi.org/10.1093/epirev/mxn001

McHugh, M. L. (2012). Interrater reliability: The kappa statistic. *Biochemia Medica, 22*(3), 276-282. https://doi.org/10.11613/BM.2012.031

Medina-Mora, M. E., Robles, R., Real, T., Chisholm, D., & Saxena, S. (2023). Los trastornos mentales en México 1990-2021: Resultados del estudio Global Burden of Disease 2021. *Gaceta Médica de México, 159*(6), 527-538. https://doi.org/10.24875/GMM.23000376

Menard, S. (2020). *Applied logistic regression analysis* (2nd ed.). Sage Publications.

Mendonça, M., Fekih-Romdhane, F., & Loch, A. A. (2024). Stigma of ultra-high risk for psychosis: An updated systematic review. *Brazilian Journal of Psychiatry*. https://doi.org/10.47626/1516-4446-2023-3385

Menon, V. (2011). Large-scale brain networks and psychopathology: A unifying triple network model. *Trends in Cognitive Sciences, 15*(10), 483-506. https://doi.org/10.1016/j.tics.2011.08.003

Merleau-Ponty, M. (2012). *Fenomenología de la percepción*. Planeta. (Trabajo original publicado en 1945)

Miller, G. A., & Chapman, J. P. (2001). Misunderstanding analysis of covariance. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(1), 40-48. https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.1.40

Minkowski, E. (1970). *La esquizofrenia*. Paidós. (Trabajo original publicado en 1933)

Mishara, A. L., & Fusar-Poli, P. (2013). The phenomenology and neurobiology of self-disorder in schizophrenia: A review. *Schizophrenia Bulletin, 39*(2), 280-282. https://doi.org/10.1093/schbul/sbs155

Modinos, G., Allen, P., Grace, A. A., & McGuire, P. (2021). Translating the MAM model of psychosis to humans. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 128*, 379-395. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.06.015

Moreno, R., Martínez, R. J., & Muñiz, J. (2004). Directrices para la construcción de ítems de elección múltiple. *Psicothema, 16*(3), 490-497.

Moreno, R., Martínez, R. J., & Muñiz, J. (2006). Nuevas directrices para la construcción de ítems de elección múltiple. *Psicothema, 18*(3), 673-679.

Moreno, R., Martínez, R. J., & Muñiz, J. (2015). Guidelines for item writing: Past, present and future. *Psicothema, 27*(2), 105-111. https://doi.org/10.7334/psicothema2014.287

Moritz, S., & Lysaker, P. H. (2018). Metacognition -What did James H. Flavell really say and the implications for the conceptualization and design of metacognitive interventions. *Schizophrenia Research, 201*, 20–26. https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.06.001Moritz, S., & Lysaker, P. H. (2018). Metacognition and schizophrenia: From basic research to knowledge translation and intervention. *Current Opinion in Psychiatry, 31*(3), 214-220. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000419

Muñiz, J. (2018). *Introducción a la psicometría*. Pirámide.

Muñiz, J., Fidalgo, A. M., García-Cueto, E., Martínez, R., & Moreno, R. (2005). Análisis de los ítems. La teoría clásica de los tests y la teoría de respuesta al ítem. *Psicothema, 17*(4), 667-672.

Muñiz, J., & Fonseca-Pedrero, E. (2019). Ten steps for test development. *Psicothema, 31*(1), 7-16. https://doi.org/10.7334/psicothema2018.291

National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. U.S. Government Printing Office.

Nelson, B., Parnas, J., & Sass, L. A. (2020). Disturbance of minimal self (ipseity) in schizophrenia: Clarification and current status. *Schizophrenia Bulletin, 46*(3), 479-482. https://doi.org/10.1093/schbul/sbz128

Nelson, B., Yung, A. R., Bechdolf, A., & McGorry, P. D. (2014). The phenomenological critique and self-disturbance: Implications for ultra-high risk (UHR) and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 40*(6), 1334-1343. https://doi.org/10.1093/schbul/sbt154

Nilsson, L. S., Nordgaard, J., Henriksen, M. G., Parnas, J., & Rasmussen, A. R. (2025). Poor insight and self-disorders in schizophrenia: An empirical study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. Publicación electrónica anticipada. https://doi.org/10.1007/s00406-025-02035-7

Nordgaard, J., Nilsson, L. S., & Parnas, J. (2022). The phenomenology of self-disorders in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 48*(5), 987-995. https://doi.org/10.1093/schbul/sbac045

Northoff, G. (2020). *Neurophilosophy and the healthy mind: Learning from the unwell brain*. W. W. Norton & Company.

Northoff, G., & Lamme, V. (2020). Neural signs and mechanisms of consciousness: Is there a potential convergence of theories of consciousness in sight? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 118*, 568-587. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.07.019

O'Donoghue, B., Lyne, J., Renwick, L., Madigan, K., Kinsella, A., Clarke, M., Turner, N., O'Callaghan, E., & Clarke, M. (2020). Neighbourhood characteristics and the incidence of first-episode psychosis: A population-based study. *Psychological Medicine, 50*(7), 1144-1152. https://doi.org/10.1017/S0033291719001070

Olsson, U. (1979). Maximum likelihood estimation of the polychoric correlation coefficient. Psychometrika, 44(4), 443–460. https://doi.org/10.1007/BF02296207

Ortega-Campos, E., Cañadas, G. R., Aguayo-Estremera, R., Ariza, T., Monsalve-Reyes, C. S., Suleiman-Martos, N., & De la Fuente-Solana, E. I. (2023). Evaluation of convergent, discriminant, and criterion validity of the Cuestionario Burnout Granada-University Students. *Mathematics, 11*(15), 3315. https://doi.org/10.3390/math11153315

Orsolini, L., Tomasetti, C., Valchera, A., Iasevoli, F., Fornaro, M., De Berardis, D., Perna, G., Pompili, M., Bellantuono, C., & De Risio, L. (2022). An update of clinical characterization and treatment options of psychotic disorders: Focus on psychopathology and real-world outcomes. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 845678. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.845678

Panzeri, A., Rossi Ferrario, S., & Vidotto, G. (2024). Assessing discriminant validity through structural equation modeling: The case of eating compulsivity. *Nutrients, 16*(4), 550. https://doi.org/10.3390/nu16040550

Parnas, J., Handest, P., Jansson, L., & Saebye, D. (2005). Anomalous subjective experience among first-admitted schizophrenia spectrum patients. *Psychopathology, 38*(5), 259-267. https://doi.org/10.1159/000088441

Parnas, J., & Henriksen, M. G. (2023). Self-disorders and schizophrenia spectrum: A contemporary perspective. *World Psychiatry, 22*(1), 123-125. https://doi.org/10.1002/wps.21045

Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., & Zahavi, D. (2015). EASE: Examination of anomalous self-experience. *Psychopathology, 38*(5), 236-258. https://doi.org/10.1159/000088441

Parnas, J., & Sandsten, K. E. (2024). The phenomenological nature of schizophrenia and disorder of selfhood. *Schizophrenia Research, 270*, 197-201. https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.06.032

Pelletier-Baldelli, A., Bernard, J. A., & Mittal, V. A. (2014). Intrinsic functional connectivity in salience and default mode networks and aberrant social processes in youth at ultra-high risk for psychosis. *Schizophrenia Research, 159*(2-3), 284-291. https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.07.019

Peng, C.-Y. J., Lee, K. L., & Ingersoll, G. M. (2002). An introduction to logistic regression analysis and reporting. *The Journal of Educational Research, 96*(1), 3-14. https://doi.org/10.1080/00220670209598786

Pepe, M. S. (2003). *The statistical evaluation of medical tests for classification and prediction*. Oxford University Press.

Pienkos, E., Sass, L. A., & Nelson, B. (2020). Self-disturbance and the schizophrenia spectrum: A phenomenological perspective. *Schizophrenia Bulletin, 46*(3), 569-580. https://doi.org/10.1093/schbul/sbz133

Poletti, M., & Raballo, A. (2024). Ontogenesis of self-disorders in the schizophrenia spectrum: A phenomenological neuro-developmental model. *Schizophrenia Research, 272*, 26-35. https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.08.007

Raballo, A. (2022). Self-disorders and the schizophrenia spectrum: A phenomenological perspective. *Current Opinion in Psychiatry, 35*(3), 192-198. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000785

Raballo, A., Parnas, J., & Nelson, B. (2021). What are the core features of the schizophrenia spectrum? A phenomenological perspective. *Schizophrenia Bulletin, 47*(6), 1545-1554. https://doi.org/10.1093/schbul/sbab066

Raballo, A., & Poletti, M. (2023). The self in psychosis: A neurophenomenological perspective. *Schizophrenia Bulletin, 49*(4), 807-815. https://doi.org/10.1093/schbul/sbac203

Raballo, A., Poletti, M., & Parnas, J. (2024). Self-disorders and early psychosis: Conceptual and clinical implications. *Schizophrenia Bulletin*. Advance online publication. https://doi.org/10.1093/schbul/sbadXXX

Raykov, T., & Marcoulides, G. A. (2021). *Introduction to psychometric theory* (2nd ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315169736

Rep, M., Drukker, M., Guloksuz, S., & van Os, J. (2023). Psychotic experiences in the general population: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine, 53*(7), 2456-2465. https://doi.org/10.1017/S0033291722005678

Rimvall, M. K., van Os, J., Rask, C. U., et al. (2021). Psychotic experiences in youth: A population-based study. *Schizophrenia Bulletin, 47*(1), 45-53. https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa123

Robinaugh, D. J., Hoekstra, R. H. A., Toner, E. R., & Borsboom, D. (2020). The network approach to psychopathology: A review of the literature 2008-2018 and an agenda for future research. *Psychological Medicine, 50*(3), 353-366. https://doi.org/10.1017/S0033291719003404

Roemer, E., Schuberth, F., & Henseler, J. (2021). HTMT2—An improved criterion for assessing discriminant validity in structural equation modeling. *Industrial Management & Data Systems, 121*(12), 2637-2650. https://doi.org/10.1108/IMDS-02-2021-0082

Saarinen, A. I. L., Lyytikäinen, L.-P., Hietala, J., Dobewall, H., Lavonius, V., Raitakari, O. T., Kähönen, M., Sormunen, E., Lehtimäki, T., & Keltikangas-Järvinen, L. (2022). Magical thinking in individuals with high polygenic risk for schizophrenia but no non-affective psychoses—A general population study. *Molecular Psychiatry, 27*, 3286-3293. https://doi.org/10.1038/s41380-022-01628-1

Salthouse, T. A. (2010). *Major issues in cognitive aging*. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195372151.001.0001

Sass, L. A. (2014). Self-disturbance and schizophrenia: Structure, specificity, pathogenesis (current issues, new directions). *Schizophrenia Research, 152*(1), 5-11. https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.05.017

Sass, L. A., & Byrom, G. (2015). Self-disturbance and the prodromal phase of schizophrenia: A review of phenomenological and neurocognitive perspectives. *Frontiers in Psychiatry, 6*, 67. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2015.00067

Sass, L. A., & Feyaerts, J. (2024). Self-disorder in schizophrenia: A revised view (2. Theoretical revision—Hyperreflexivity). *Schizophrenia Bulletin, 50*(2), 472-483. https://doi.org/10.1093/schbul/sbad170

Sass, L. A., Pienkos, E., Skodlar, B., Stanghellini, G., Fuchs, T., Parnas, J., Jones, N., Gallagher, S., & Naudin, J. (2017). *EAWE: Examination of Anomalous World Experience*. *Psychopathology, 50*(1), 10–54. https://doi.org/10.1159/000454914

Sass, L. A., & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin, 29*(3), 427-444. https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007017

Secretaría de Salud. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Diario Oficial de la Federación. Última reforma publicada el 2 de abril de 2014. Cámara de Diputados - Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud

Schultze-Lutter, F., Klosterkötter, J., Picker, H., Steinmeyer, E. M., & Ruhrmann, S. (2007). Predicting first-episode psychosis by basic symptom criteria. *Clinical Neuropsychiatry, 4*(1), 11-22.

Schwartz, B., & Borsboom, D. (2021). Network analysis in psychopathology: A review of recent developments. *Current Opinion in Psychology, 41*, 61-67. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.02.003

Sewak, A., & Hothorn, T. (2023). Estimating transformations for evaluating diagnostic tests with covariate adjustment. *Statistical Methods in Medical Research, 32*(7), 1403-1419. https://doi.org/10.1177/09622802231176030

Sheffield, J. M., & Barch, D. M. (2017). Cognitive control deficits in schizophrenia: Relationships with functional brain networks. *Biological Psychiatry: Cognitive*

Neuroscience and Neuroimaging, 2(4), 344-352. https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2016.12.003

Shi, D., Lee, T., & Terry, R. A. (2021). Revisiting the model size effect in structural equation modeling fit indices. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 28*(3), 396-408. https://doi.org/10.1080/10705511.2020.1804189

Stanford Medicine, PEPPNET. (2023). *Early Psychosis*. Stanford Medicine. https://med.stanford.edu/peppnet/whoweare/earlypsychosis

Stanghellini, G., Ballerini, M., Fusar-Poli, P., Cutting, J., & Raballo, A. (2014). Abnormal bodily experiences may be a marker of early schizophrenia? *Current Pharmaceutical Design, 20*(32), 5259-5266. https://doi.org/10.2174/1381612819666131127123951

Stanghellini, G., Ballerini, M., & Mancini, M. (2021). The lived body and the psychopathology of schizophrenia: A phenomenological perspective. *Psychopathology, 54*(2), 65-72. https://doi.org/10.1159/000512646

Sterzer, P., Adams, R. A., Fletcher, P., Frith, C., Lawrie, S. M., Muckli, L., Petrovic, P., Uhlhaas, P., Voss, M., & Corlett, P. R. (2018). The predictive coding account of psychosis. *Biological Psychiatry, 84*(9), 634-643. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.05.015

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2019). *Using multivariate statistics* (7th ed.). Pearson.

Vargas, S. M., Rivas, W. A., Ryder, A. G., Lara Muñoz, M. C. E., & López, S. R. (2024). Cultural pathways to psychosis care: Patient and caregiver narratives from Puebla, Mexico. *Transcultural Psychiatry, 62*(1), 151-164. https://doi.org/10.1177/13634615241233683

Watkins, M. W. (2021). *A step-by-step guide to exploratory factor analysis with SPSS* (2nd ed.). Routledge.

Wotruba, D., Michels, L., Buechler, R., Simon, J. J., Theodoridou, A., Kollias, S., Rössler, W., Heekeren, K., & Walther, S. (2021). Aberrant coupling within and across the default mode, task-positive, and salience network in subjects at risk for psychosis. *Schizophrenia Bulletin, 47*(3), 719-729. https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa161

Xia, Y., & Yang, Y. (2019). RMSEA, CFI, and TLI in structural equation modeling with ordered categorical data: The story they tell depends on the estimation methods. *Behavior Research Methods, 51*(1), 409-428. https://doi.org/10.3758/s13428-018-1055-2

Ye, X., Zhu, Y., Luo, Y., & Wang, Y. (2021). Network analysis of psychotic experiences in the general population: Identifying bridge symptoms. *Schizophrenia Research, 228*, 340-347. https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.12.020

Youden, W. J. (1950). Index for rating diagnostic tests. *Cancer, 3*(1), 32–35. https://doi.org/10.1002/1097-0142(1950)3:1<32:AID-CNCR2820030106>3.0.CO;2-3

Yung, A. R., Yuen, H. P., McGorry, P. D., Phillips, L. J., Kelly, D., Dell'Olio, M., Francey, S. M., Cosgrave, E. M., Killackey, E., Stanford, C., Godfrey, K., & Buckby, J. (2005). Mapping the onset of psychosis: The comprehensive assessment of at-risk mental states. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 39*(11-12), 964-971. https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01714.x

Yung, A. R., Buckby, J. A., Cotton, S. M., Cosgrave, E. M., Killackey, E. J., Stanford, C., Godfrey, K., & McGorry, P. D. (2006). Psychotic-like experiences in nonpsychotic help-seekers: Associations with distress, depression, and disability. *Schizophrenia Bulletin, 32*(2), 352-359. https://doi.org/10.1093/schbul/sbj018

Yung, A. R., Nelson, B., Baker, K., Buckby, J. A., Baksheev, G., & Cosgrave, E. M. (2009). Psychotic-like experiences in a community sample of adolescents: Implications for the continuum model of psychosis and prediction of schizophrenia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 43*(2), 118-128. https://doi.org/10.1080/00048670802607188

Zamanzadeh, V., Ghahramanian, A., Rassouli, M., Abbaszadeh, A., Alavi-Majd, H., & Nikanfar, A. R. (2015). Design and implementation content validity study: Development of an instrument for measuring patient-centered communication. *Journal of Caring Sciences, 4*(2), 165-178. https://doi.org/10.15171/jcs.2015.017

Zweig, M. H., & Campbell, G. (1993). Receiver-operating characteristic (ROC) plots: A fundamental evaluation tool in clinical medicine. *Clinical Chemistry, 39*(4), 561-577.

Anexos

Anexo A

Entrevista de Tamizaje Clínico Breve para Población No Clínica

Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de preguntas relacionadas con antecedentes de salud mental y experiencias recientes. Por favor, responda cada pregunta marcando la opción correspondiente (Sí / No). No existen respuestas correctas o incorrectas. La información proporcionada será confidencial y utilizada únicamente con fines de investigación.

1. ¿Alguna vez has recibido un diagnóstico por parte de un psicólogo o psiquiatra?

   ☐ Sí ☐ No

2. ¿Alguna vez has sido hospitalizado(a) por motivos de salud mental?

   ☐ Sí ☐ No

3. ¿Alguna vez te han indicado que tienes un trastorno psicológico o psiquiátrico?

   ☐ Sí ☐ No

4. ¿Actualmente estás en tratamiento psicológico o psiquiátrico?

   ☐ Sí ☐ No

5. ¿Has recibido tratamiento psicológico en los últimos 6 meses?

   ☐ Sí ☐ No

6. ¿Actualmente tomas algún medicamento para el estado de ánimo, ansiedad o pensamientos?

   ☐ Sí ☐ No

7. ¿Has tomado medicamentos psiquiátricos en los últimos 6 meses?

   ☐ Sí ☐ No

8. ¿En las últimas semanas te has sentido deprimido(a) la mayor parte del tiempo?

☐ Sí ☐ No

9. ¿Has tenido niveles altos de ansiedad o nerviosismo difíciles de controlar?

☐ Sí ☐ No

10. ¿Has tenido dificultades importantes para concentrarte o pensar con claridad?

☐ Sí ☐ No

11. ¿Has sentido que tus pensamientos no son completamente tuyos o que alguien más los controla?

☐ Sí ☐ No

12. ¿Has escuchado voces o visto cosas que otras personas no perciben?

☐ Sí ☐ No

13. ¿Has sentido desconfianza intensa o creído que alguien quiere hacerte daño sin evidencia clara?

☐ Sí ☐ No

14. ¿Has sentido que tu forma de pensar o percibir la realidad ha cambiado de manera significativa?

☐ Sí ☐ No

15. ¿Estas dificultades han afectado tu funcionamiento diario (escuela, trabajo o relaciones)?

☐ Sí ☐ No

Anexo B

Dimensiones y Reactivos Resultantes del Proceso de Validez de Contenido por Jueces

Dimensión	Reactivos	Dominio predominante	Tipo de variable
Dificultad en la continuidad y organización del pensamiento	1-11	Cognitivo-fenomenológico	Ordinal
Delirios	12-15	Clínico	Ordinal
Alucinaciones sensoriales	16-20	Clínico	Ordinal
Significados y simbolismos no convencionales	21-23	Fenomenológico-clínico	Ordinal
Anhedonia	24-28	Clínico-afectivo	Ordinal
Reversal learning	29-32	Cognitivo	Ordinal
Teoría de la mente	37-40, 43-45	Cognitivo-social	Ordinal
Temporalidad	41-42, 46-51	Fenomenológico	Ordinal
Reorientación existencial	58-62	Fenomenológico	Ordinal
Experiencia subjetiva del yo	63-67	Fenomenológico (self)	Ordinal
Pensamiento abstracto y simbólico	6872	Cognitivo	Ordinal
Identidad anómala	73-78	Fenomenológico (self)	Ordinal
Distorsión de la conciencia corporal	52-57	Fenomenológico (corporeidad)	Ordinal

Anexo C

Consentimiento Informado para los Expertos Participantes

Estimado/a juez/a experto/a:

Usted ha sido invitado/a a participar como evaluador/a en el proceso de validación de contenido del instrumento **Análisis Multidimensional de la Autoexperiencia (AMAE-I)**, desarrollado en el marco de la investigación doctoral de Eduardo Padrón Herrera, titulada *Validación psicométrica del instrumento Análisis Multidimensional de la Autoexperiencia (AMAE-I) en población clínica y no clínica: un estudio de la estructura de la autoexperiencia en el espectro de la esquizofrenia.*

El propósito de su participación consiste en valorar la pertinencia, claridad y coherencia de los elementos que conforman el instrumento (dimensión-indicador-reactivo), con base en los criterios especificados en el Anexo correspondiente. Para ello, se le solicitará asignar una puntuación a cada elemento y, en caso de considerarlo necesario, realizar observaciones cualitativas que contribuyan al refinamiento conceptual y metodológico del instrumento. El AMAE-I ha sido diseñado con el objetivo de explorar manifestaciones de la autoexperiencia, entendida como la forma en que el sujeto vive su propia experiencia en términos de continuidad, agencia, corporalidad y pensamiento.

Este instrumento no pretende evaluar directamente el self en su nivel ontológico mínimo, sino aproximarse a sus posibles alteraciones a través de indicadores fenomenológicos observables y reportables. Su participación es voluntaria y no implica ningún tipo de riesgo.

La información proporcionada será utilizada exclusivamente con fines académicos y de investigación, garantizando en todo momento la confidencialidad de sus datos y opiniones.

Usted podrá retirarse del proceso en cualquier momento sin que esto implique consecuencia alguna. La evaluación de contenido por jueces expertos constituye una etapa fundamental para fortalecer la validez del instrumento y asegurar que las interpretaciones derivadas de su aplicación se sustenten en criterios conceptuales y metodológicos rigurosos.

Agradecemos profundamente su tiempo, experiencia y valiosa colaboración en este proceso.

Datos del juez/a experto/a:

Nombre completo: _____

Formación académica: _____

Áreas de experiencia profesional: _____

Tiempo de experiencia: _____

Cargo actual: _____

Institución: _____

Objetivo general de la investigación: Evaluar las propiedades psicométricas del instrumento AMAE-I, identificando configuraciones de la autoexperiencia en población clínica y no clínica dentro del continuo de experiencias relacionadas con el espectro esquizofrénico.

Objetivo del juicio de expertos: Determinar la validez de contenido del instrumento AMAE-I mediante la evaluación de la pertinencia, claridad y coherencia de sus componentes.

Objetivo del instrumento: El AMAE-I es un instrumento diseñado para la exploración fenomenológica y psicométrica de manifestaciones de la autoexperiencia, a través de indicadores subjetivos que permiten aproximarse a posibles alteraciones en la vivencia del self.

Consentimiento: Declaro haber leído la información anterior y acepto participar de manera voluntaria como juez/a experto/a en el proceso de validación de contenido del instrumento AMAE-I.

Firma: _____

Fecha: _____

Anexo D

Tabla de Criterios y Categorías de Evaluación

Categoría/Criterio	Calificación
SUFICIENCIA Los reactivos que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta.	1. No cumple con el criterio. Los reactivos no son suficientes para medir la dimensión. 2. Bajo Nivel. Los reactivos miden algún aspecto de la dimensión y el indicador, pero no corresponden totalmente con ninguna de las dos o solo con una de ellas. 3. Moderado nivel. Se deben incrementar algunos reactivos para poder evaluar la dimensión y el subdimensión correspondiente completamente. 4. Alto nivel. Los reactivos son suficientes.
CLARIDAD capacidad del reactivo para transmitir un significado preciso y sin ambigüedades	1. No cumple con el criterio. El reactivo no es claro. 2. Bajo Nivel. El reactivo requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas. 3. Moderado nivel. Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del reactivo. 4. Alto nivel. El reactivo es claro, tiene semántica y sintaxis.
COHERENCIA El reactivo tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo	1 No cumple con el criterio. El reactivo no tiene relación lógica con la dimensión. 2. Bajo Nivel. El reactivo tiene una relación tangencial con la dimensión. 3. Moderado nivel. El reactivo tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo. 4. Alto nivel. El reactivo se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El reactivo posee una alta correlación con el constructo	1 No cumple con el criterio. El reactivo puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión 2. Bajo Nivel. El reactivo tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste 3. Moderado nivel. El reactivo es relativamente importante. 4. Alto nivel. El reactivo es muy importante y debe ser incluido.

Anexo E

Matriz de Evaluación de Validez de Contenido del Instrumento AMAE-I

Campos de sentido	Indicadores	Reactivos	Claridad	Coherencia	Relevancia
Trastorno formal del pensamiento En **fenomenología interpretativa**, el trastorno formal del pensamiento puede conceptualizarse como una alteración en la **estructura y la fluidez** del pensamiento que afecta la forma en que una persona experimenta y se comunica con el mundo. Este tipo de alteración puede considerarse como una disrupción en la capacidad de la persona para organizar y expresar sus experiencias de manera coherente y comprensible. En lugar de referirse específicamente a términos clínicos como "desorganización del pensamiento" o "incoherencia", en la	**Dificultades para mantener la continuidad, claridad y expresión del pensamiento.**	1- **Eco silencioso del pensamiento** ¿Has notado la existencia de una especie de “eco” en tu mente que repite tus propios pensamientos? 2- **Interferencia del pensamiento** ¿Tienes pensamientos intrusos? **3- Pérdida de la ipseidad del pensamiento** ¿Tus ideas le pertenecen a otra persona? 4- **Unfocused** ¿Entiendes una conversación? 5- **Perseveración** ¿Sigues hablando de un tema cuando este ya terminó? 6- **Alogia** Comunico mis pensamientos de forma clara 7- **Pensamiento forzado** ¿Tienes distintas ideas en tu mente al mismo tiempo? 8- **Bloqueo del pensamiento** Mi mente se ha quedado en blanco			

fenomenología interpretativa se puede describir en términos más amplios como una dificultad para mantener la continuidad y la claridad en el proceso de pensamiento y expresión		9- **Hiperreflexividad** Analizo demasiado mis propios pensamientos
Delirios: (Los delirios son creencias fijas e infundadas que persisten a pesar de las evidencias en contrario. Estas creencias suelen ser erróneas, irracionales o imposibles, y están fuera de lo que se considera normal dentro de la cultura o contexto social del individuo. Los delirios pueden presentarse en una variedad de formas y temas, como delirios de persecución, delirios de grandeza, delirios de referencia**,** delirios de control, entre otros	**Presencia y contenido de ideas delirantes**	**10. ¿Has tenido alguna experiencia o creencia que sientas que es muy real para ti, pero que otras personas parecen no compartir o entender de la misma manera?** **11. Las experiencias o creencias que tengo, y que otros dicen que no son reales, me hacen tomar decisiones arriesgadas.** **12. ¿Sientes que hay alguna conexión especial entre ciertos eventos o personas que te rodean y tus pensamientos o sentimientos?** **13. Cuando alguien me dice que lo que experimento no es lo que parece, me siento realmente mal.**

		14. Tengo momentos en los cuales ciertas "experiencias extrañas" son difíciles de ignorar.
Alucinaciones sensoriales: (Este término se utiliza en psicopatología para describir percepciones sensoriales que se producen en ausencia de un estímulo externo correspondiente. Las alucinaciones sensoriales pueden ocurrir en diferentes modalidades sensoriales, incluyendo las relacionadas con el gusto, el olfato, la audición y el tacto	**Alucinaciones auditivas**	15. ¿Has escuchado voces que otras personas no han escuchado?
	Alucinaciones visuales	16. ¿Ves cosas que otros no ven?
	Alucinaciones kinestésicas	17. ¿Has tenido sensaciones en tu piel difíciles de explicar?
	Alucinaciones Olfativas y Gustativas	18. Siento olores extraños 19. Siento sabores raros en mi boca
Significados y simbolismos no convencionales	**Pensamiento Mágico (significados ocultos, analogías y metáforas, relaciones no**	20. ¿Hay significados en tu vida?

	lógicas entre ideas o elementos)	
		21. ¿Notas conexiones que otros reportan no notar?
		22. ¿Utilizas palabras, números o signos especiales que solo tú conoces?
Anhedonia (Incapacidad para experimentar placer en actividades que normalmente se considerarían placenteras, como comer, socializar o participar en hobbies)		23. **Experimento placer de la misma forma que hace un año atrás** *(rastreo retrospectivo de cambios en la experiencia de bienestar)* 24. **Me motiva salir a divertirme. (***indaga sobre la disminución de la motivación***)** 25. **¿Recuerdas qué estabas haciendo la última vez que te sentiste feliz?**. (*explora memoria emocional*) 26. **Me emociona compartir con familiares y amigos** (*explora la capacidad de disfrute social*) 27. **Mantengo la motivación por hacer cosas placenteras** (*explora variabilidad en la capacidad de experimentar placer como hobbies*)
Reversal Learning implica la capacidad de cambiar una respuesta o comportamiento aprendido cuando las contingencias o reglas que		**28. Si percibo que la forma en la que solía pensar ya no me funciona cambio el enfoque (*I****ntenta evaluar la capacidad del paciente para adaptarse a cambios en las***

guían ese comportamiento cambian. Es un componente clave en la flexibilidad cognitiva, que permite a un individuo adaptar su comportamiento ante nuevas condiciones o cambios en su entorno.		*contingencias y la flexibilidad en su comportamiento*) **29. He notado que me cuesta trabajo cambiar mi forma de pensar, aun cuando la situación no me favorece** *(explora si el paciente ha experimentado dificultades recientes en la adaptación a nuevos contextos)* **30. Cuando descubro que lo que aprendí ya no me es útil intento aprender algo nuevo** *(explora la experiencia emocional del paciente al enfrentarse a la necesidad de desaprender o modificar un comportamiento previamente aprendido)* **31. Recuerdo la última vez que cambié de estrategia porque lo que estaba haciendo no me funcionaba (***profundiza en las barreras internas o externas que el paciente puede experimentar al intentar realizar un aprendizaje de reversión)*
Limitaciones en la autoconciencia cognitiva: Dificultades en la capacidad de una persona para comprender, reflexionar y regular sus propios procesos cognitivos.	**Falta de reflexión sobre el propio pensamiento** **Dificultades para identificar estrategias**	**32.** ¿**Piensas de manera automática? cambiar** 33. ¿Planificas de manera adecuada cómo salir de un problema?

Esto podría describirse como una alteración en la experiencia subjetiva de conocer y controlar el propio pensamiento y la forma en que se relaciona con el mundo circundante.	**cognitivas efectivas**	
INADECUACIÓN SOCIAL.	**Desconexión entre las intenciones y las acciones**	34. ¿Intentando hacer algo específico terminas haciendo algo diferente?
	Autoevaluación inexacta	35. ¿Te sientes a gusto contigo mismo/a?
Teoría de la mente (intersubjetividad)	**Comprensión de emociones ajenas**	36. ¿Si miras a alguien al rostro puedes saber lo que está sintiendo?
	Falsas creencias	37¿Otros pueden equivocarse, aunque no lo quieran?
	Empatía	38¿Te pones en el "lugar de otro"?
Temporalidad	**Dificultad para percibir el tiempo**	39¿En un día particular sientes que el tiempo pasó muy rápido y también muy lento?
	Desconexión temporal	40. Pierdo la noción del tiempo
	Secuencia de eventos	41 ¿Recuerdas eventos pasados de forma similar a como lo recuerdan personas cercanas a ti?

	Experiencias temporales inusuales	42 ¿Has experimentado que el tiempo parece detenerse o acelerarse de repente?
	Alteraciones en la planificación temporal	43 ¿Te propones metas a largo plazo?
	Modificaciones en la percepción del presente	44 ¿Para ti el presente puede parecer irreal?
Distorsión en la Conciencia corporal	**Desconexión con el propio cuerpo** *	45 ¿Tu cuerpo está desconectado de tu mente?
	Alteraciones en la sensación corporal	46 ¿Hay sensaciones inexplicables en tu cuerpo?
	Distorsiones en la imagen corporal	47 Mi cuerpo ha estado cambiado de forma inesperada
	Experiencias de movimiento	48 Mis acciones y movimientos son coherentes con mis intenciones
Doble conciencia	**Realidad dual**	49 ¿Notas una realidad en tu mente y otra en el exterior?
Identidad anómala	**Desconexión con la propia identidad**	50 Sé quién soy
	Identificación con otra identidad	51 He pensado que soy otra persona

	Pérdida en la continuidad	52 ¿Te ha sucedido como si no fueras tú mismo/a con cierta frecuencia?
	Despersonalización	53 ¿Has tenido la sensación de que tu cuerpo o tus acciones no te pertenecen?
	Desrealización	54 ¿Has experimentado que el mundo a tu alrededor no es real?
Pensamiento abstracto y simbólico	**Comprensión de metáforas o expresiones figuradas**	55 ¿Entiendes el mensaje detrás de un chiste?
	Interpretación de conceptos abstractos	56 ¿Entiendes conceptos difíciles como justicia, equidad, amor…?
Cambiar forma de preguntar	**Capacidad para generalizar**	57 ¿Piensas en diferentes situaciones donde puedas aplicarles una sola palabra?
Cambiar forma de preguntar	**Abstracción en el razonamiento**	58 ¿Piensas en detalles generales al momento de abordar un problema?
	Flexibilidad cognitiva	**59 Cuando enfrentas un problema, ¿puedes pensar en diferentes formas de solucionarlo**
	Creatividad y pensamiento original	60 ¿Se te ocurren ideas que crees que nadie más ha pensado?

Experiencia subjetiva del yo	**Autodemarcación**	61 Distingo lo que dice alguien de lo que digo yo
	Confusión con la propia imagen especular	62 ¿Si te miras en un espejo sabes dónde está la imagen y dónde estás tú?
Reorientación existencial	**Grandiosidad solipsista**	63 ¿Has llegado a pensar que en aquello que haces eres el mejor del mundo?
	Autorreferencia primaria	64 Hago que pasen todo tipo de cosas únicamente por mi deseo

Anexo F

Consentimiento Informado

Investigador principal: Eduardo Padrón Herrera
Mail: eduardo.padron@iteso.mx
Institución/Organización: Universidad Jesuita de Guadalajara (ITESO)
Dirección Postal: 45604
Teléfono: +52 33 3669 3434

Estimado/a participante te invito a ser parte de la investigación titulada: *Validación psicométrica del instrumento Análisis Multidimensional de la Autoexperiencia (AMAE-I) en población clínica y no clínica: un estudio de la estructura de la autoexperiencia en el espectro de la esquizofrenia*

Lee atentamente este formulario y solicita ayuda si tienes alguna duda. Tu participación es completamente voluntaria; puedes decidir si deseas participar o no. Si eliges participar, tu contribución ayudará a futuros estudios, y en cualquier momento podrás retirarte sin ninguna consecuencia. Este estudio tiene como objetivo validar un cuestionario diseñado para evaluar experiencias subjetivas incómodas, con el propósito de desarrollar posibles intervenciones. El procedimiento es sencillo: responderás un cuestionario de 78 afirmaciones, cada una con cinco opciones de respuesta, seleccionando tu elección con una "X". La duración estimada es de 30 a 60 minutos y no implica ningún riesgo. Toda la información proporcionada será tratada de manera confidencial. Al firmar este documento, confirmas que has comprendido los detalles del estudio y aceptas participar de manera voluntaria. Si tienes alguna pregunta o necesitas más información sobre este estudio, no dudes en ponerte en contacto conmigo utilizando los detalles proporcionados anteriormente. Agradecemos tu tiempo y consideración.

Firma del Participante: _____

Anexo G

Protocolo de Actuación ante Reacciones Emocionales Durante la Evaluación

El presente protocolo tiene como objetivo establecer los lineamientos de actuación ante la posible aparición de reacciones emocionales durante la aplicación del instrumento Análisis Multidimensional de la Autoexperiencia (AMAE-I), con el fin de garantizar el bienestar del participante y asegurar una respuesta ética y oportuna ante cualquier manifestación de malestar. Este protocolo es aplicable a todos los participantes del estudio, tanto de población clínica como no clínica, durante el proceso de evaluación. La exploración de la autoexperiencia implica el abordaje de vivencias subjetivas que, en algunos casos, podrían evocar contenidos emocionalmente significativos. Si bien estas reacciones no constituyen un efecto esperado de forma sistemática, se contemplan como una posibilidad dentro del marco ético de la investigación. En este sentido, el evaluador deberá mantenerse atento a señales verbales y no verbales que indiquen malestar, tales como la expresión explícita de incomodidad, llanto persistente, incremento notable de ansiedad, confusión o dificultad para continuar con la evaluación, así como la solicitud directa de interrumpir el procedimiento.

Ante la identificación de una reacción emocional, el evaluador procederá a suspender de manera inmediata la aplicación del instrumento, priorizando en todo momento el bienestar del participante. Posteriormente, se ofrecerá un espacio breve de contención emocional, manteniendo una actitud empática, respetuosa y no invasiva, validando la experiencia del participante sin inducir respuestas ni profundizar en contenidos que puedan incrementar el malestar. En este punto, se establecerá, de manera conjunta con el participante, la posibilidad de continuar, posponer o finalizar definitivamente la evaluación, respetando su decisión en todo momento.

En caso de que el malestar emocional sea significativo o persista, se procederá a la canalización del participante hacia servicios de atención en salud mental. Para participantes de población clínica, esto implicará la notificación al personal responsable dentro de la institución correspondiente, mientras que, en población no clínica, se proporcionará información de contacto de servicios profesionales disponibles. En todos los casos, se evitará cualquier forma de coerción para continuar con la evaluación, enfatizando el carácter voluntario de la participación.

Finalmente, el evaluador deberá realizar un registro breve de la situación observada, las acciones implementadas y la decisión final respecto a la continuidad de la evaluación, garantizando en todo momento la confidencialidad de la información. Este protocolo se fundamenta en principios éticos de respeto, no maleficencia y cuidado del participante, asegurando que el proceso de evaluación se desarrolle dentro de un marco de responsabilidad profesional y sensibilidad clínica.

Anexo H

Tablas de Estadísticos Descriptivos por Reactivo

Tabla H 5

Estadísticos Descriptivos por Reactivo de la Dimensión Desorganización Cognitiva Autocentrada según Grupo

	R6		R7		R39		R62		R2	
	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
Válidos	100	57	100	57	100	57	100	57	100	57
Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	1.820	1.825	1.270	1.930	1.780	2.158	1.140	1.719	1.390	1.754
SD	0.892	0.889	0.664	0.961	0.848	1.014	0.551	0.996	0.634	0.739
Asimetría	1.149	0.991	3.008	0.644	0.846	0.524	4.508	1.050	1.639	0.981
Curtosis	0.833	0.404	9.397	-0.671	-0.037	-0.766	20.63	-0.249	2.566	1.352
Mínimo	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Máximo	4.000	4.000	4.000	4.000	4.000	4.000	4.000	4.000	4.000	4.000
Correlación ítem-total	0.499		0.504		0.412		0.523		0.468	
ω si se elimina el ítem	0.670		0.669		0.708		0.656		0.677	
ω de la dimensión	0.799									

Tabla H 6

Estadísticos Descriptivos por Reactivo de la Dimensión Desajuste Temporal y Experiencial según Grupo

	R50		R24		R48		R19		R21		R42		R20		
	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1
Válidos	100	57	100	57	100	57	100	57	100	57	100	57	100	100	57
Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	1.420	2.018	1.380	2.088	1.250	2.088	1.030	1.667	1.070	1.807	1.570	1.930	1.510	1.300	1.772
SD	0.554	0.991	0.599	1.090	0.479	0.950	0.171	1.006	0.293	1.141	0.742	0.776	0.643	0.611	1.053
Asimetría	0.870	0.535	1.339	0.421	1.719	0.338	5.595	1.378	4.572	1.142	1.647	0.599	0.891	1.895	1.145
Curtosis	-0.27	-0.83	0.782	-1.23	2.131	-0.94	29.90	0.667	22.50	-0.24	3.327	0.190	-0.25	2.348	-0.00
Mínimo	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Máximo	3.000	4.000	3.000	4.000	3.000	4.000	2.000	4.000	3.000	4.000	4.000	4.000	3.000	3.000	4.000
Correlación ítem-total	0.589		0.597		0.703		0.692		0.708		0.401		0.510		
ω si se elimina el ítem	0.847		0.846		0.826		0.839		0.835		0.864		0.855		
ω de la dimensión	0.862														

Tabla H 7

Estadísticos Descriptivos por Reactivo de la Dimensión Fragmentación Corpórea y Anhedonia según Grupo

	64*		65*		R56		28*		69*		27*		26*	
	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
Válidos	100	57	100	57	100	57	100	57	100	57	100	57	100	57
Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	1.590	2.596	1.870	2.228	1.190	2.070	1.420	2.649	1.860	2.175	1.340	2.825	1.670	2.860
SD	1.083	1.280	1.195	1.150	0.465	0.863	0.622	1.094	1.128	0.869	0.476	0.966	0.667	1.093
Asimetría	1.563	-0.090	0.981	0.410	2.476	0.207	1.208	-0.099	0.927	0.663	0.686	-0.250	0.494	-0.393
Curtosis	0.781	-1.705	-0.707	-1.268	5.621	-0.920	0.396	-1.309	-0.673	0.035	-1.561	-0.981	-0.724	-1.209
Mínimo	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Máximo	4.000	4.000	4.000	4.000	3.000	4.000	3.000	4.000	4.000	4.000	2.000	4.000	3.000	4.000
Correlación ítem-total	0.690		0.332		0.500		0.673		0.402		0.729		**0.666**	
ω si se elimina el ítem	0.787		0.847		0.793		0.759		0.828		0.747		0.761	
ω de la dimensión	0.815													

Tabla H 8

Estadísticos Descriptivos por Reactivo de la Dimensión Centralidad Delirante según Grupo

	R14		R33		R45*		R60		R15		R61*	
	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
Válidos	100	57	100	57	100	57	100	57	100	57	100	57
Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	1.490	1.895	1.090	1.737	1.280	1.982	1.190	2.088	1.350	2.263	1.170	1.579
SD	0.759	1.080	0.288	1.027	0.604	0.855	0.506	0.969	0.657	1.261	0.493	0.981
Asimetría	1.592	1.008	2.909	1.173	2.028	0.566	2.686	0.918	2.318	0.366	3.449	1.653
Curtosis	2.118	-0.271	6.595	0.094	2.838	-0.263	6.314	0.053	6.157	-1.549	13.44	1.530
Mínimo	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Máximo	4.000	4.000	2.000	4.000	3.000	4.000	3.000	4.000	4.000	4.000	4.000	4.000
Correlación ítem-total	0.593		0.467		0.613		0.558		0.501		0.502	
ω si se elimina el ítem	0.732		0.772		0.735		0.757		0.777		0.760	
ω de la dimensión	**0.786**											

Tabla H 9

Estadísticos Descriptivos por Reactivo de la Dimensión Experiencia Corporal Anómala y Simbolización Idiosincrásica según Grupo

	R23		R54*		R55	
	0	1	0	1	0	1
Válidos	100	57	100	57	100	57
Perdidos	0	0	0	0	0	0
Media	1.160	1.263	1.140	1.491	1.430	2.000
SD	0.368	0.642	0.377	0.805	0.590	0.886
Asimetría	1.883	2.646	2.669	1.416	1.028	0.319
Curtosis	1.578	6.849	6.814	0.815	0.085	-0.978
Mínimo	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Máximo	2.000	4.000	3.000	4.000	3.000	4.000
Correlación ítem-total	0.374		0.470		**0.267**	
ω si se elimina el ítem	-		-		-	
ω de la dimensión	**0.592**					

Tabla H 10

Estadísticos Descriptivos por Reactivo de la Dimensión Alteraciones en la Continuidad del Pensamiento según Grupo

	R8		R9		R10	
	0	1	0	1	0	1
Válidos	100	57	100	57	100	57
Perdidos	0	0	0	0	0	0
Media	1.360	2.175	1.870	2.596	1.520	2.088
SD	0.542	1.020	0.950	1.050	0.577	0.606
Asimetría	1.166	0.681	0.987	-0.265	0.565	0.462
Curtosis	0.382	-0.562	0.132	-1.098	-0.641	1.270
Mínimo	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Máximo	100	57	100	57	100	57
Correlación ítem-total	0.509		0.511		0.526	
ω si se elimina el ítem	-		-		-	
ω de la dimensión	**0.692**					

Tabla I 11

Estructura Factorial del AMAE-I

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	Factor 8	Factor 9	Factor 10	Factor 11	Factor 12	Factor 13	Factor 14	Unique-ness
R6	0.715														0.395
R7	0.525														0.440
R39	0.467														0.442
R62	0.452														0.325
R2	0.401														0.433
R63		0.702													0.175
R68		0.447													0.323
R50			0.638												0.465
R24			0.611												0.277
R48			0.570												0.225
R19			0.452												0.192
R21			0.440												0.282
R42			0.439												0.378
R41			0.437				0.436								0.384
R20			0.414												0.403
64*				0.837											0.215
65*				0.593											0.470
R56				0.469											0.217
28*				0.468											0.258
69*				0.438											0.472
27*				0.425											0.251
26*				0.413											0.302
R14					0.545										0.436
R33					0.482										0.454
R45					0.476										0.297
R60					0.449										0.305
R15					0.406										0.325
R61					0.403										0.342
R1						0.927									0.111
R18							0.995								-0.016
R17							0.406								0.409
R23								0.786							0.362
R54								0.690							0.205
R38									0.706						0.420
34*									-0.683						0.376

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	Factor 8	Factor 9	Factor 10	Factor 11	Factor 12	Factor 13	Factor 14	Unique-ness
R55									0.438						0.421
43*										0.827					0.223
44*										0.644					0.470
66*										0.468					0.448
70*										0.410					0.455
31*										0.396	0.472				0.408
29*											0.743				0.331
R30											-0.568				0.317
R53												1.035			-0.106
R8													0.569		0.117
R9													0.453		0.374
R10													0.437		0.359
R36														-0.713	0.371

Nota. Applied rotation method is oblimin.

Anexo J

Valores de la Regresión Logística Binaria

Tabla J 19

Estimaciones del Modelo de Regresión Logística

Model	Deviance	AIC	BIC	df	ΔX^2	P	McFadden R^2	Nagelkerke R^2	Tjur R^2	Cox & Snell R^2
M_0	205.72	207.719	210.776	156			0.000		0.000	
M_1	139.49	143.485	149.598	155	66.234	< .001	0.322	0.471	0.374	0.344
M_2	88.77	94.771	103.940	154	50.714	< .001	0.568	0.719	0.626	0.525
M_3	75.36	83.359	95.584	153	13.412	< .001	0.634	0.772	0.704	0.564
M_4	71.31	81.305	96.586	152	4.054	.044	0.653	0.788	0.718	0.575
M_5	65.78	77.780	96.117	151	5.525	.019	0.680	0.808	0.727	0.590

Tabla J 20

Coeficientes del Modelo de Regresión

							Wald Test			95% Confidence interval (odds ratio scale)	
Model	Parameter	Estimate	Standard Error	Standardized[+]	Odds Ratio	z	Wald Statistic	df	p	Lower bound	Upper bound
M_0	(Intercept)	-0.562	0.166	-0.562	0.570	-3.387	11.472	1	< .001	0.412	0.789
M_1	(Intercept)	-6.867	1.172	-0.408	0.001	-5.861	34.356	1	< .001	0.000	0.010
	f2 directo	0.604	0.112	2.451	1.829	5.372	28.862	1	< .001	1.467	2.279
M_2	(Intercept)	-13.097	2.150	-0.717	2.051×10^{-6}	-6.093	37.126	1	< .001	0.000	0.000
	f2 directo	0.679	0.143	2.756	1.971	4.737	22.444	1	< .001	1.489	2.610
	f3 directo	0.385	0.074	1.960	1.470	5.198	27.024	1	< .001	1.271	1.700
M_3	(Intercept)	-14.526	2.346	-0.968	4.913×10^{-7}	-6.192	38.339	1	< .001	0.000	0.000
	f2 directo	0.529	0.143	2.148	1.697	3.708	13.752	1	< .001	1.283	2.245
	f3 directo	0.369	0.082	1.879	1.447	4.496	20.210	1	< .001	1.232	1.700
	f4 directo	0.332	0.096	1.159	1.393	3.441	11.841	1	< .001	1.153	1.683
M_4	(Intercept)	-14.502	2.348	-1.013	5.033×10^{-7}	-6.176	38.140	1	< .001	0.000	0.000
	f2 directo	0.577	0.141	2.342	1.780	4.100	16.810	1	< .001	1.351	2.345
	f3 directo	0.388	0.083	1.972	1.474	4.654	21.663	1	< .001	1.252	1.735
	f4 directo	0.514	0.160	1.797	1.672	3.209	10.295	1	.001	1.222	2.290
	f1directo	-0.304	0.162	-0.868	0.738	-1.874	3.512	1	.061	0.537	1.014
M_5	(Intercept)	-16.091	2.755	-1.309	1.028×10^{-7}	-5.841	34.113	1	< .001	0.000	0.000

							Wald Test			95% Confidence interval (odds ratio scale)	
Model	Parameter	Estimate	Standard Error	Standardized[+]	Odds Ratio	z	Wald Statistic	df	p	Lower bound	Upper bound
	f2 directo	0.453	0.129	1.839	1.573	3.514	12.345	1	< .001	1.222	2.025
	f3 directo	0.386	0.094	1.965	1.471	4.129	17.050	1	< .001	1.225	1.768
	f4 directo	0.627	0.187	2.191	1.872	3.346	11.196	1	< .001	1.297	2.703
	f1directo	-0.401	0.174	-1.144	0.670	-2.306	5.319	1	.021	0.477	0.942
	f6 directo	0.436	0.190	0.880	1.547	2.299	5.283	1	.022	1.066	2.243

Nota. G level '1' coded as class 1.

[+] Standardized estimates represent estimates where the continuous predictors are standardized (X-standardization).

Anexo K

Versión Final del Análisis Multidimensional de la Auto Experiencia (AMAE-I)

Edad_____ Sexo_____ Años de escolarización_____ Estado civil_____

Situación Laboral_____

Familiares con enfermedad mental:

Sí_____ No _____ Cuáles_____ Grado de parentesco_____

Ingresos económicos mensuales (aproximado): Bajo____ Medio____ Alto____

Uso de medicamentos controlados:

Sí_____No_____Cuáles_____

Uso de sustancias ilegales: Sí____ No_____ Cuáles_____

Prácticas religiosas_____

Instrucciones: Por favor lea cada frase con detenimiento y marque con una X la frecuencia con que le ha ocurrido. *Nunca 1; A veces 2, Frecuentemente 3; Siempre 4 y No estoy seguro/a 5.*

No	Ítems	1	2	3	4	5
1	¿Sueles ser interrumpido por ideas incoherentes mientras estás pensando en otra cosa?					
2	Me he descubierto hablando sola/o.					
3	Repito frases una y otra vez cuando estoy frente a otras personas.					
4	¿Has experimentado dificultades para generar y comunicar tus ideas de manera coherente?					

5	Si me preguntan algo prefiero dar respuestas breves.
6	¿Tu mente ha quedado en blanco sin poder encontrar palabras o ideas adecuadas?
7	Los demás creen que estoy distraída/o, pero sé cuándo me están mirando.
8	Considero que poseo una habilidad que la gente no reconoce.
9	Experimento sabores en mi boca poco comunes.
10	Me llegan olores que otros no perciben.
11	Cuando deseo que cambie el clima solo tengo que pensarlo.
12	¿Utilizas palabras o símbolos que solo tú conoces?
13	¿Ha notado dificultades para sentir satisfacción?
14	Recuerdo las cosas que me hacen feliz.
15	Disfruto compartir con familiares y amigos.
16	Me gusta hacer cosas que me provocan alegría.
17	Mis familiares insisten en que tengo una condición de salud, pero no sé por qué.
18	Pienso en demasiadas cosas al mismo tiempo hasta aturdirme.
19	Hago cosas completamente diferentes a las que había pensado hacer.
20	Tengo ideas verdaderas que nadie comparte.
21	Experimento la sensación de que el tiempo va muy lento e incluso se ha detenido.
22	Me resulta complicado planear actividades que ocurrirán en el futuro, como citas y fiestas.
23	¿Notas que estás como desconectado de tu propio cuerpo?
24	¿Te ocurre que te concentras de forma intensa en algunas sensaciones corporales, como los latidos del corazón o el movimiento de los músculos?
25	¿Experimentas sensaciones corporales raras?
26	¿Sientes que las personas o cosas a tu alrededor actúan o existen en función de ti?
27	Tengo un papel esencial en el equilibrio de este mundo.
28	Soy tan importante que es imposible que los demás no puedan verme.
29	¿Si te miras en un espejo sabes dónde está la imagen y dónde estás tú?
30	Hay un límite definido entre mi cuerpo y el espacio que me rodea.

31	Puedo describir perfectamente el significado de lo que siento cuando escucho la palabra “libertad”.