

**VALIDACIÓN PARA COLOMBIA DE LA VERSIÓN CORTA DEL “RACING AND CROWDED THOUGHTS QUESTIONNAIRE” (RCTQ-13)**

**Daniela Garcés Rodríguez<sup>a</sup>, Jenny García Valencia<sup>b</sup>, Juan Pablo Zapata-Ospina<sup>c</sup>, María Mercedes Uribe<sup>d</sup>, Diana Suarez<sup>e</sup>, Luis Fernando Tabares<sup>e</sup>, Luisa Fernanda Ahunca<sup>f</sup>, Daniel Camilo Aguirre<sup>g</sup>, Jorge Carlos Holguín<sup>h</sup>.**

*<sup>a</sup> Residente de psiquiatría, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia*

*<sup>b</sup> Psiquiatra, magíster y doctora en Epidemiología, Profesora del Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia*

*<sup>c</sup> Psiquiatra, magíster en Epidemiología Clínica, Profesor del Instituto de Investigaciones Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Grupo Académico en Epidemiología Clínica.*

*<sup>d</sup> Psiquiatra del Hospital Mental de Antioquia, Profesora del Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia*

*<sup>e</sup> Psiquiatra de la Institución Prestadora de Servicios de Salud “IPS Universitaria”*

*<sup>f</sup> Neuropsiquiatra del Hospital Universitario San Vicente Fundación, Profesora de la Universidad de Antioquia*

*<sup>g</sup> Estadístico, magíster y doctor en Epidemiología, Profesor del Instituto de Investigaciones Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia*

*<sup>h</sup> Psiquiatra, máster en Psicopatología e Historia de la Psiquiatría, doctor en Filosofía.*

## RESUMEN

**Objetivo:** Traducir, adaptar y validar el *Racing and Crowded Thoughts Questionnaire* (RCTQ-13) en población colombiana con trastornos del estado del ánimo.

**Métodos:** Se realizó traducción al español y en sentido inverso, y tras la prueba piloto se realizaron correcciones para mejorar comprensión. En pacientes con trastornos del estado de ánimo se evaluó validez estructural, confiabilidad, validez de constructo y sensibilidad al cambio. Se estimaron dificultad, discriminación y ajuste de los ítems, empleando un modelo de crédito parcial generalizado.

**Resultados:** se incluyeron 249 sujetos. El análisis factorial confirmatorio evidenció que la estructura de tres factores de la escala fue apropiada. La consistencia interna fue adecuada para toda la escala (alfa de Cronbach = 0,95, IC95%: 0,94-0,96) y cada una de sus dimensiones; la confiabilidad test-retest fue buena (coeficiente de correlación intraclase = 0,82, IC95%: 0,70-0,88). En la validez del constructo, se observaron diferencias entre pacientes con distintos tipos de episodios afectivos, una correlación moderada con la escala de preocupación de Penn ( $r=0,55$ ) y la escala de respuestas rumiativas ( $r=0,42$ ), y una correlación baja con la escala de manía de Young ( $r=-0,10$ ). La sensibilidad al cambio medida al mes de la primera evaluación fue adecuada.

**Conclusión:** la RCTQ-13 traducida y adaptada al español es confiable y sensible al cambio. La medición de los pensamientos acelerados y amontonados en pacientes colombianos con trastornos afectivos se relaciona moderadamente con la rumiación y preocupación, lo que indica la necesidad de seguir investigando las alteraciones en la velocidad del pensamiento.

## PALABRAS CLAVE

Pensamientos acelerados, Pensamiento, Psicopatología, Trastorno Bipolar, Trastorno Depresivo, Ansiedad, Psicometría

## ABSTRACT

**Introduction:** Translate, adapt and validate the Racing and Crowded Thoughts Questionnaire (RCTQ-13) in a Colombian population with mood disorders.

**Methods:** A translation was made into Spanish and back-translation, and after the pilot test, corrections were made to improve comprehension. In patients with mood disorders, structural validity, reliability, construct validity and sensitivity to change were evaluated. Difficulty, discrimination, and item adjustment were estimated using a generalized partial credit model.

**Results:** 249 subjects were included. Confirmatory factor analysis showed that the three-factor structure of the scale was appropriate. Internal consistency was adequate for the entire scale (Cronbach's alpha = 0.95, 95% CI: 0.94-0.96) and each of its dimensions; test-retest reliability was good (intraclass correlation coefficient = 0.82, 95% CI: 0.70-0.88). In construct validity, differences were observed between patients with different types of affective episodes, a moderate correlation with the Penn Worry Scale ( $r=0.55$ ) and the Ruminative Responses Scale ( $r=0.42$ ), and a low correlation with Young's mania scale ( $r=-0.10$ ). The sensitivity to change measured one month after the first evaluation was adequate.**Conclusion:** the RCTQ-13 translated and adapted to Spanish is reliable and sensitive to change. The measurement of racing and crowded thoughts in Colombian patients with affective disorders is moderately related to rumination and worry, which indicates the need to continue investigating alterations in the speed of thought.

## KEYWORDS

Racing and Crowded Thoughts, Thinking, Psychopathology, Bipolar Disorder, Depressive Disorder, Anxiety, Psychometrics

## INTRODUCCIÓN

Los pensamientos acelerados se refieren a la aceleración subjetiva y sobreproducción de los pensamientos y se han asociado clásicamente con la manía e hipomanía en el Trastorno Bipolar (TB)(1)(2). Como concepto engloba distintas experiencias psicopatológicas que también están presentes en los estados mixtos, depresivos y ansiosos, en los que se ha usado el término de “*pensamientos amontonados*” a lo que el paciente suele describir como que su cabeza estuviera llena de pensamientos que no puede detener (3), “*los pensamientos acelerados*”, que son una mayor velocidad del pensamiento y “*las rumiaciones depresivas*” que son pensamientos e ideas circunscritas a situaciones específicas, con orientación hacia el pasado (4)(5). La distinción entre los diversos dominios de la aceleración del pensamiento tiene gran valor clínico y psicopatológico, ya que su presencia o ausencia y los grados en los que se presenta pueden orientar el diagnóstico diferencial cuando las manifestaciones clínicas se solapan entre sí, especialmente en trastornos que tienen como características alteraciones afectivas (6) y permite una comprensión psicopatológica más profunda de la experiencia de los pacientes (7).

No obstante, hasta ahora los esfuerzos en diagnosticar este tipo de alteraciones se han centrado en datos obtenidos de la historia clínica y en la capacidad que tenemos para identificar la psicopatología subyacente a través del discurso del paciente. Las herramientas para la medición de este síntoma son escasas, principalmente por la dificultad que entraña la naturaleza subjetiva del pensamiento, pero son necesarias, puesto que el reporte de los pacientes rara vez es espontáneo y son los clínicos quienes deben investigar específicamente este aspecto (8). Otra dificultad surge de las posibles fluctuaciones durante el día o largos períodos de tiempo, por lo que la imagen completa podría no ser fácil de capturar. Además, los procesos del pensamiento no se consideran objetivos primarios en las fases agudas de los trastornos del estado de ánimo, cuando los médicos necesitan estabilizar la condición clínica de un paciente. De hecho, las escalas para los trastornos depresivos y ansiosos, cuando tienen dominios sobre velocidad del pensamiento, sólo cuentan con ítems acerca de la lentitud, pero no de aceleración y las de manía e hipomanía

tienen ítems sobre aceleración del pensamiento, pero no exploran sus distintos dominios (9).

Por esta razón Weiner y colaboradores (8) desarrollaron el *Racing and Crowded Thoughts Questionnaire* (RCTQ) en 2018, el cual constaba de 34 ítems en inglés que miden la cantidad, velocidad y los tipos de pensamiento. Su marco conceptual propone que los pensamientos acelerados son un fenómeno multifacético que incluye tres dominios: (i) la “sobreactivación del pensamiento”, que se refiere a la cantidad y velocidad excesivas de los pensamientos; (ii) la “carga de sobreactivación del pensamiento”, que evoca el impacto abrumador de la sobreactivación del pensamiento; y (iii) la “sobreexcitabilidad del pensamiento”, que refleja la distracción y que constituye un sello distintivo de los pensamientos acelerados. En su validación inicial en población con TB, se realizó un análisis factorial en el que se confirmó una estructura de tres factores, pero con ítems redundantes, los cuales fueron eliminados, dando origen a una versión de la escala con 13 ítems (10).

La versión corta del RCQT (RCQT-13) conserva la estructura inicial de tres factores y tiene adecuada consistencia interna, validez discriminativa, convergente y divergente. Fue validada en estados hipomaníacos y mixtos, pero también en la depresión con síntomas de activación e hipomanía subclínicos, lo que sugiere que podría ser particularmente sensible a síntomas de activación en TB, y podría convertirse en una herramienta valiosa en el seguimiento de estos pacientes, así como en los trastornos ansiosos y depresivos, donde también los pacientes han reportado esta experiencia (10)(11). Actualmente no se cuenta con una validación al español de la RCTQ-13. El objetivo de este estudio fue traducir al español, adaptar y validar el RCTQ-13 en población colombiana con trastornos del estado del ánimo.

## **MÉTODOS**

El estudio fue realizado en el Hospital San Vicente Fundación, el Hospital Mental de Antioquia, y la IPS Universitaria en Medellín (Colombia). Cumple con lo dispuesto en la declaración de Helsinki y fue aprobado por los comités de ética de la Facultad de Medicina

de la Universidad de Antioquia y de las instituciones participantes. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado. Se llevó a cabo en una primera fase para la traducción, adaptación y fase piloto y una segunda fase para evaluación de propiedades psicométricas.

### **Traducción y adaptación**

Se obtuvo el permiso de la autora principal (Dra. Luisa Weiner) para la utilización de la escala. El objetivo de esta etapa fue producir una versión en español de la RCTQ-13 que tuviera equivalencia lingüística y cultural con la versión original en inglés. La escala fue traducida y adaptada siguiendo el proceso de traducción y traducción en sentido inverso. Inicialmente los ítems fueron traducidos de manera independiente del inglés al español por dos traductores, quienes estaban familiarizados tanto con el instrumento como con sus objetivos. Los dos traductores y un comité de revisión constituido por tres psiquiatras, una médica residente de psiquiatría y un profesor de idiomas revisaron ambas traducciones y acordaron una versión unificada del instrumento. La versión fue luego traducida de nuevo al inglés por dos traductores diferentes, quienes no conocían la versión original de la escala. El comité de revisión y los traductores compararon ambas traducciones en sentido inverso y resolvieron las inconsistencias para producir una versión de la traducción inversa, que fue comparada con la escala original. Cuando se encontraron inconsistencias se realizaron modificaciones, hasta que todos los miembros del comité estuvieron de acuerdo en que las versiones original y traducida tenían idénticos significado y contenido, con las particularidades de la población colombiana.

### **Prueba piloto**

Se llevó a cabo en 14 sujetos con diagnóstico de TB, con el objetivo de determinar la facilidad de aplicación de la escala, la duración promedio de aplicación y las dificultades que pudieran surgir al momento de su aplicación. Posteriormente se les realizó una entrevista cognitiva con lo recomendado por la Sociedad Internacional de Farmacoeconomía y resultados de la investigación (ISPOR por sus siglas en inglés) (12) con el fin de evaluar la

comprensibilidad, exhaustividad y relevancia de los ítems, las instrucciones y las opciones de respuesta. Estas entrevistas fueron grabadas y transcritas textualmente para luego ser analizadas por el grupo de investigadores.

### **Proceso de validación**

#### ***Participantes:***

Se incluyeron pacientes con diagnóstico de trastornos afectivos (TB y trastorno depresivo mayor) según criterios de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5)(13) que se encontraban en los servicios de hospitalización y consulta externa de las instituciones participantes. Se excluyeron aquellos que tenían deterioro cognitivo, discapacidad intelectual, psicosis y escolaridad menor a cinco años.

El tamaño de la muestra se calculó para cada una de las propiedades psicométricas evaluadas. Se tomaron 250 personas para la consistencia interna siguiendo las recomendaciones de Streiner (14) para una escala de más de 10 ítems, un alfa de Cronbach esperado de 0,7 y una amplitud del intervalo de confianza de 0,1 (15); este mismo número de pacientes se utilizó para la validez estructural. Para la confiabilidad test-retest el número de participantes fue 100, según lo recomendado por De Vet (14) para un coeficiente de correlación intraclase (CCI) esperado de 0,7 y una amplitud del intervalo de confianza del 95% (IC95%) de 0,1. Para la validez de constructo convergente y divergente se calculó una muestra de 55 personas con la fórmula de tamaño de muestra para determinar un coeficiente de correlación, con un error tipo I de 0,05, un error tipo II de 0,20, un coeficiente de correlación para la hipótesis alterna de 0,5 porque se esperaban correlaciones moderadas con otros constructos on relacionados, pero no idénticos y un coeficiente de correlación para la hipótesis nula de 0,2, y una prueba de hipótesis a una cola. Para la validez de constructo discriminativa se estableció un tamaño de muestra para diferencia de medias grupos independientes, con un error tipo I de 0,05, un error tipo II de 0,2, una diferencia de medias estandarizada esperada de 0,5 y una razón de afectados vs no afectados de 1:1. El número fue de 63 pacientes por cada grupo. Para la sensibilidad al cambio se calculó un tamaño de muestra de 72 con la fórmula de Hanley y McNeil (16) con un área bajo la curva

ROC (AUCROC) esperada de 0,7, un error tipo I de 0,05, un error tipo II de 0,20, un AUROC para la hipótesis nula de 0.5 y esperando una relación 2:1 entre los sujetos que no cambian y los que sí lo hacen.

### ***Procedimientos***

Cada individuo recibió información del estudio y, una vez firmaron el consentimiento informado, se les pidió que llenaran el cuestionario. A una submuestra se les realizó una segunda aplicación del RCTQ-13 cinco días después de la primera con el fin de evaluar la confiabilidad test-retest. Con el fin de evaluar la validez de constructo por pruebas de hipótesis, a una submuestra de 55 personas se les aplicaron las escalas de manía de Young (17), la escala de depresión de Montgomery-Asberg (18), la escala de respuestas rumiativas (RRS – sigla del inglés *Ruminative Response Scale State*) (19), el cuestionario de preocupación de Penn (CPP) (20) y el cuestionario de ansiedad estado rasgo (STAI) (21). La validez discriminativa se planteó inicialmente mediante la comparación de los puntajes del RCQT-13 de los siguientes grupos relevantes de pacientes: 1) con episodio depresivo, 2) con episodio hipomaniaco, 3) con episodio maniaco, 4) con características mixtas, y 5) eutímicos. Sin embargo, en el análisis final no se incluyó el grupo con episodio hipomaniaco por el bajo número de individuos. La pertenencia a cada uno de los grupos se determinó mediante una entrevista realizada por un psiquiatra con experiencia, empleando los criterios del DSM-5 y los resultados de la escala de manía de Young y depresión de Montgomery-Asberg. Para la determinación de sensibilidad al cambio, se utilizó una aproximación basada en criterio tomando como patrón de referencia la escala de impresión clínica global de gravedad (CGI). Se realizó una segunda aplicación del RCTQ-13 a una muestra de 72 pacientes a las 4 semanas después de la primera.

### **Instrumentos**

*Versión corta del Racing and crowded thoughts cuestionnaire (RCTQ-13):* cuestionario de autoinforme de 13 ítems que evalúa la hiperactividad del pensamiento durante las últimas



24 horas (10). Los primeros cuatro ítems corresponden a la subescala de sobreactivación del pensamiento. Los siguientes cuatro ítems corresponden a la subescala de carga de la sobreactivación del pensamiento y los últimos cinco ítems corresponden a la subescala de sobre excitación del pensamiento.

*Escala de Young para la Evaluación de la Manía (YMRS):* consta de 11 ítems los cuales son puntuados de forma individual en una escala con cinco opciones de respuesta que corresponden a distintos grados de gravedad de la manía y que son definidas explícitamente para cada ítem (17). Para cada ítem las opciones de respuesta son puntuadas con 0, 1, 2, 3 o 4 puntos, excepto en los ítems 5, 6, 8 y 9, en los que las cinco opciones de respuesta son puntuadas con el doble de puntos. La puntuación final total de la escala se obtiene mediante la suma de todos los puntos, indicando el grado de gravedad del estado de manía del paciente de menor a mayor gravedad. El tiempo estimado de administración de la escala se sitúa entre los 15 y 30 minutos, y la recomendación general es marcar la puntuación más alta aplicable al paciente para cada ítem. Para este estudio tomaremos el punto de corte mayor a cinco puntos para decir que un paciente cursa con hipomanía o manía. La escala no se encuentra validada para Colombia, pero sí al español (22).

*Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS):* instrumento heteroaplicado que consta con 10 enunciados para el diagnóstico de episodio depresivo mayor, el cual se centra en aspectos cognitivos, afectivos y somáticos y que ha sido validado al español y en Colombia (18). Para cada ítem se consideran siete grados de gravedad (de 0 a 6), que anclan los valores pares (0, 2, 4 y 6) a unos enunciados y permite las puntuaciones intermedias entre esos enunciados cuando hay duda sobre cuál de los dos asignar. La puntuación total de la escala se obtiene sumando los valores seleccionados de cada ítem, con un intervalo total entre 0 y 60 puntos. Los puntos de corte no están claramente definidos, dado que el objetivo inicial de la escala era evaluar los cambios en la gravedad de los síntomas depresivos en pacientes con diagnóstico de depresión y lo relevante es la variación en las puntuaciones de 20 observaciones repetidas. Sin embargo, su uso se ha generalizado a la

estadificación de la gravedad del episodio depresivo, y se proponen algunos puntos de corte:  $\geq 35$  puntos, depresión grave; 20-34, depresión moderada; 7-19, depresión leve, y  $\leq 6$ , depresión en recuperación.

*Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)*: instrumento fundamentado en un modelo teórico de la ansiedad como estado y como rasgo (21). La ansiedad estado es una condición emocional transitoria que se caracteriza por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La ansiedad rasgo refleja un atributo de personalidad relativamente estable por el que los sujetos tienden a percibir las situaciones como amenazantes, elevando consecuentemente su nivel de ansiedad. El marco de referencia temporal en el caso de la ansiedad como estado es «ahora mismo, en este momento» (20 ítems) y fue el utilizado en este estudio. Cada subescala se conforma por un total de 20 ítems en un sistema de respuesta Likert de 4 puntos según la intensidad (0= casi nunca/nada; 1= algo/a veces; 2= bastante/a menudo; 3= mucho/casi siempre). La puntuación total en cada una de las subescalas oscila entre 0 y 60 puntos (21). Está validada al español y en Colombia (21).

*Cuestionario de preocupación de Penn (CPP)*: es una medida de ansiedad diseñada para evaluar la tendencia general a experimentar la experiencia de preocupación (20). Consta de 16 ítems a los que los participantes responden según una escala de 5 puntos, que oscila entre 1 («no es en absoluto típico en mí») y 5 («es muy típico en mí»). El rango posible de puntuaciones es 16-80 con el algoritmo de puntuaciones totales: 16-39 baja preocupación, 40-59 moderada preocupación, y 60-80 alta preocupación. Actualmente el cuestionario está validado en Colombia (20).

*Escala de estado de respuestas rumiativas (RRS) versión en español*: es un cuestionario de autoinforme de 22 ítems que evalúa dos aspectos de la rumiación durante los últimos 7 días, incluidas las últimas 24 h: “reproches” (5 ítems) que se refiere a la tendencia a realizar reproches, relacionada con un estado de ánimo negativo y se considera de mala adaptación,

mientras que la “reflexión” (5 ítems) se refiere a los esfuerzos activos para comprender los sentimientos negativos de uno, y se considera adaptativa. Los artículos se califican en una escala de 1 “casi nunca” a 4 “casi siempre”. Está validada en Colombia (19).

*Escala de Impresión Clínica Global inicial y de cambio (CGI, del inglés Clinical Global Impressions):* se refiere a la impresión global sobre el paciente por lo que requiere experiencia clínica (23). Es una escala descriptiva que proporciona información cualitativa sobre la gravedad del cuadro y sobre el cambio visto en el paciente con respecto al estado basal. Consta de dos subescalas que evalúan: gravedad del cuadro clínico y mejoría del cuadro debida a intervenciones terapéuticas. El concepto de mejoría se refiere a la distancia existente entre el estado actual del paciente y el que se registraba al inicio del tratamiento. Ambas escalas constan de un único ítem, que en este caso fue respondido por un clínico, quien evaluó a los pacientes al momento de aplicar las escalas. Está validada al español (23).

### **Análisis estadístico**

Para describir las características sociodemográficas y clínicas de los sujetos participantes se emplearon frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y medianas y rangos intercuartílicos para las cuantitativas, ya que no tenían una distribución normal, según la prueba de Shapiro-Wilk. También se determinó la frecuencia de los ítems con datos perdidos y la frecuencia de uso de cada opción de respuesta.

Para la validez estructural se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio (AFC) del modelo de tres factores propuesto por los autores empleando el método de estimación de Mínimos Cuadrados Ponderados Diagonales (WLSMV, por sus siglas en inglés). Los estadísticos de bondad de ajuste usados fueron: RMSEA (del inglés *Root Mean Square Error of Approximation*), CFI (del inglés *Comparative Fit Index*), TLI (del inglés *Tucker-Lewis Index*) y SRMSR (del inglés *Standardized Root Mean Square Residual*). El ajuste del modelo se consideró adecuado si: RMSEA entre 0,06 y 0,08 o menos, CFI y TLI >0,95. Se evaluó la consistencia interna por medio del alfa de Cronbach y la omega de McDonald y las correlaciones entre cada ítem y el puntaje total. También se determinó la confiabilidad test-

retest por medio del CCI con el respectivo IC95%. Se realizó el gráfico de Bland y Altman para la representación de los límites del acuerdo entre las dos mediciones para el puntaje total y cada dimensión.

Con respecto a la validez de constructo por pruebas de hipótesis, la validez convergente se evaluó calculando el coeficiente de correlación de Spearman de los puntajes del RCQT-13 con el ítem 7 de la escala de manía de Young, que evalúa trastornos del curso del pensamiento y lenguaje; se esperaba una correlación positiva moderada medida. Para la validez divergente, se calculó el coeficiente de correlación de Spearman del RCQT-13 con las escalas de Montgomery-Asberg, la subescala de estado del STAI y el CPP esperando que fuera baja en tanto que no incluyen específicamente la aceleración del pensamiento. Para la validez discriminativa, se compararon los puntajes de las subescalas entre los diferentes grupos de pacientes mediante la prueba de Kruskal-Wallis, dado que la distribución de los datos no fue normal.

Para la sensibilidad al cambio se calculó el coeficiente de correlación de Spearman entre la clasificación del cambio indicada en el CGI y la diferencia de medias en los puntajes obtenidos en las dos mediciones de cada subescala de la RCTQ-13. Además, se calculó el AUROC para toda la escala, tomando como referencia la presencia de cambio; se consideró adecuada si tenía valores por encima de 0,7 (16).

Se empleó teoría de respuesta al ítem estimando la dificultad y la discriminación para cada ítem aplicando un modelo de crédito parcial generalizado (MCPG) (24)(25). También se obtuvo la curva característica de las categorías (CCS) para cada ítem. El ajuste al modelo se evaluó para cada ítem a partir de los valores de los estadísticos de ajuste próximo (*infit*) y lejano (*outfit*), que se consideraron aceptables si estaban entre 0,5 y 1,5 (26).

El análisis estadístico se realizó con el programa STATA versión 15. Para el análisis factorial y la evaluación por teoría de respuesta al ítem se utilizó el programa R y R Studio con los paquetes *lavaan* y *gpcm* respectivamente.

## **RESULTADOS**

## **Traducción, adaptación y prueba piloto**

Se obtuvo una versión en español del RCQT-13 que fue aprobada por el comité de revisión y que en la prueba piloto mostró ser fácilmente aplicable, aunque se requirió supervisión para algunos sujetos con baja escolaridad, por lo que se decidió que los participantes debían haber cursado por lo menos hasta quinto de primaria para participar en el resto del estudio. La duración promedio de aplicación de la escala fue de 5,1 minutos. En la entrevista cognitiva se encontraron dificultades en la comprensión de algunos ítems que llevaron a modificaciones. En el ítem 2, cuya traducción literal fue *“Mis pensamientos van a 200km/h”* se cambió por *“Mis pensamientos van muy rápido”* debido a que se consideró que las siglas utilizadas podrían confundir. También se modificó el ítem 5 *“Mi cerebro no puede manejar todos los pensamientos que me surgen al mismo tiempo”*, por *“mi cerebro no puede controlar todos los pensamientos cuando me surgen al mismo tiempo”*, ya que a algunos participantes se les dificultó comprender la palabra *“manejar”* asociada a la capacidad mental. El ítem 6 *“me siento angustiado en mi vida diaria por la gran cantidad de pensamientos o por la velocidad de estos en mi mente”*, se cambió por *“me angustia tener tantos pensamientos en la mente y/o que vayan tan rápido”*, pues a los participantes les pareció que era un ítem largo y complejo. Estas modificaciones fueron puestas a prueba en un nuevo grupo de 10 pacientes, donde se determinó que fueron fáciles de comprender y fue la versión sometida a validación (Suplemento 1).

## **Proceso de validación**

Se incluyeron 249 participantes, de los cuales el 21,7% fueron de sexo masculino y la mediana de edad fue 37.5 años y de escolaridad fue 11 años. Por entrevista clínica, se diagnosticó TB en 174 pacientes (69.8%). Otras características clínicas y demográficas se pueden observar en la Tabla 1. No se encontraron ítems sin responder y todas las opciones de respuesta fueron utilizadas por los participantes (Tabla 1 – Material suplementario).

### ***Validez estructural***

En el AFC se confirmó la hipótesis sobre la estructura de tres factores propuesta por los desarrolladores de la escala (Figura 1), con estadísticos de bondad de ajuste adecuados para ese modelo (RMSEA=0,051 [IC90%: 0,33– 0,68], CFI=0,9, TLI=0,9 y SRMSR=0,04).

### ***Confiabilidad***

La consistencia interna fue buena para el total de la escala y cada uno de los factores (Tabla 2). En cuanto a la confiabilidad test-retest, el CCI para el RCTQ-13 total fue de 0,82 IC (IC95% 0,70-0,88), para el factor 1 fue de 0,79 (IC95% 0,68-0,86), el factor 2 de 0,80 (IC95% 0,70-0,87) y para el factor 3 de 0,77 (IC95% 0,66-0,85). El gráfico de Bland y Altman para toda la escala y cada uno de los factores mostró que hay pequeñas diferencias entre las dos aplicaciones con un puntaje ligeramente superior en la primera evaluación, especialmente en el rango medio de puntajes, sin observarse ninguna tendencia sistemática (Figura 2).

### ***Validez de constructo***

En la validez convergente se encontró una correlación negativa baja de la escala RCTQ-13 con los puntajes del ítem 7 de la YMRS (Tabla 3). En cuanto a la divergente, la escala total y los tres factores tuvieron, como se esperaba, una correlación positiva baja con la escala de Montgomery-Asberg y el STAI, pero con el CPP y la ERR se obtuvieron correlaciones positivas moderadas (Tabla 3). En cuanto a la validez discriminativa se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el puntaje total de la escala y en todos los factores entre los pacientes con los diferentes episodios afectivos. Las puntuaciones totales de la escala fueron mayores en el grupo de pacientes con episodio depresivo y mixto, frente a los grupos con episodio maniaco y eutímicos. Estos dos grupos también puntuaron más alto en el factor 2 con respecto a los demás grupos en tanto que el grupo con eutimia puntuó más bajo en el total de la escala y todos los factores (Tabla 4).

### ***Sensibilidad al cambio***

La correlación entre el cambio en la CGI y la diferencia de medias en los puntajes del RCTQ-13 fue moderada y negativa (CCI = -0,31). Tomando como base los puntajes totales de la escala RCTQ-13 y como desenlace el cambio o no cambio, según la CGI, el área bajo la curva ROC fue de 0,71 (IC95% 0,50 a 0,92).

### ***Teoría de respuesta al ítem***

Al analizar el nivel de dificultad de los ítems se encuentra que el ítem 1 *“tengo demasiados pensamientos al mismo tiempo”* fue el más fácil, mientras que el ítem 10 *“No tengo tiempo suficiente para comprender el significado de un pensamiento, porque inmediatamente me surge otro”* fue el más difícil. Las CCR para cada ítem se presenta en Suplemento 2. En general, las opciones de respuesta se observan que los umbrales de respuesta se encuentran organizados. Por su parte, el *infit* fue adecuado para todos los ítems y el *outfit* fue aceptable, salvo para los ítems 3, 4 y 7 (Tabla 2 – Material suplementario).

## **DISCUSIÓN**

Se realizó la adaptación lingüística y cultural de la versión corta del RCTQ-13 y se encontró que en pacientes con trastornos afectivos tiene una estructura coherente con el desarrollo teórico del constructo, adecuada consistencia interna y confiabilidad test-retest. También se encontró evidencia de su validez de constructo discriminativa por cuanto se cumplió la hipótesis de diferencias entre pacientes eutímicos y aquellos con episodios afectivos. En nuestro estudio la mayoría de los participantes cursaba con un episodio de manía, a diferencia del estudio de validación del RCTQ-13 original, donde no incluyeron pacientes con manía y tuvieron una muestra más grande de pacientes con hipomanía (10). A pesar de esto, las diferencias observadas entre los grupos sugieren que se está midiendo el constructo que se pretende medir.

En cuanto a la validez de constructo divergente del RCTQ-13, se encontró una correlación positiva moderada con el CPP, especialmente con las puntuaciones del factor 2 “sobrecarga de activación del pensamiento”, que se vio elevada principalmente en pacientes con estados depresivos o mixtos. Esto pudiera llegar a considerarse esperable, ya que, en estudios anteriores se ha planteado la idea de que los pensamientos acelerados en depresión generan gran malestar emocional y se relacionan con la preocupación y la rumiación del pensamiento (27–29). Esto es similar a lo que se ha encontrado previamente en los estados mixtos, donde hay una aceleración del pensamiento de tipo “amontonado” que el paciente suele describir como que su cabeza estuviera llena de pensamientos que no puede detener (27). Es importante recalcar que la correlación con otras manifestaciones de ansiedad fue baja por lo que consideramos que no fueron los estados ansiosos los que aportaron a la correlación con la preocupación representada con el CPP. En esa medida es posible que la experiencia en sí misma sí pueda constituir un foco de preocupación específico para el sujeto.

A diferencia de lo encontrado en estudios previos, en cuanto a los pensamientos acelerados evaluados por los clínicos en el punto 7 de la YMRS, vemos que la correlación con la versión en español de la RCTQ-13 fue pequeña y negativa. Creemos que esta diferencia tiene que ver con la experiencia subjetiva de la aceleración del pensamiento que viven los pacientes, que pudiera ser diferente a lo que percibe el clínico al calificar la YMRS. Es posible que el paciente tenga una percepción de sobrecarga de activación del pensamiento, pero el clínico en su evaluación del lenguaje no la haya alcanzado a percibir. También es posible que, para los pacientes en estado de manía, que fueron la mayoría, esta experiencia de aceleración resulte placentera o normalizada y sus puntajes en la escala no reflejen el grado de alteración que percibe el clínico. Otra posible explicación es que algunos pacientes hubieran estado bajo efectos de medicamentos sedantes, dado que el reclutamiento fue en manejo intrahospitalario del episodio agudo y en esa medida a pesar de tener la experiencia de aceleración, el clínico no alcanzara a percibirlo por el embotamiento o la disartria. A pesar de lo anterior, no consideramos que se haya encontrado un indicio de falta de validez de constructo, sino que existe, al contrario, una oportunidad de investigación para ahondar en



la aceleración del pensamiento como experiencia subjetiva y cómo se ve reflejada en el examen clínico. También es importante advertir que en los estudios previos con la escala no se aplicó la escala a pacientes con manía, sino con hipomanía, en donde la introspección y la vivencia anormal del pensamiento acelerado puede estar mejor conservada.

También encontramos que el RCTQ-13 tiene una adecuada sensibilidad al cambio cuando se aplica luego del mes de la primera evaluación. Este hallazgo resulta novedoso ya que sus autores no habían analizado esta propiedad psicométrica en pacientes con trastornos del estado de ánimo (8,10). En esa medida, es posible utilizar los puntajes de esta escala para la medición de cambios en los pacientes antes y después de intervenciones o para seguimiento en el tiempo.

En este estudio también se realizó un análisis de la versión en español del RCTQ-13 bajo la teoría de respuesta al ítem, que hasta ahora no se había hecho. Una de las principales ventajas de este modelamiento es que permite el conocer la dificultad de los ítems y el nivel del rasgo de los individuos medidos y determinar qué tanto de la experiencia de aceleración se requiere para responder cada ítem. Con esta información es posible seleccionar ítems para distintos propósitos y poblaciones. Si se quisiera, por ejemplo, la tamización de la experiencia en población general, donde la cantidad del rasgo se espera baja, pudieran utilizarse los ítems más fáciles, como el ítem 1 y el ítem 2 que ahondan de forma genérica en la sobreactivación del pensamiento. Para la evaluación de la gravedad y clasificación de pacientes con episodios de exaltación afectiva, en cambio, se requerirán ítems más difíciles como el ítem 10, que requiere mucho más del rasgo para responderlo. Es importante advertir que los ítems 3,4 y 7, tuvieron un *outfit* bajo. Esto indicaría que estos ítems no se ajustan bien al modelo y no representan las respuestas lejanas (*ouliers*), lo cual puede deberse a que por los participantes cometieron errores por descuido o adivinación, esperable hasta cierto punto por el mismo episodio de manía que fue el más frecuente. Podríamos sugerir entonces en estos pacientes se pudiera requerir la supervisión del clínico en este subgrupo de pacientes, o que se revise la posible eliminación de estos ítems.

Una limitación importante en nuestro estudio fue la poca representación de pacientes con episodio de hipomanía lo que dificulta la comparación directa con los estudios de desarrollo de la versión original de la escala y no permite establecer diferencias en la vivencia subjetiva de la aceleración del pensamiento entre pacientes con estos episodios y otros estados de afectivos.

## CONCLUSIÓN

La versión del RCTQ-13 traducida y adaptada al español en población colombiana cuenta con adecuada confiabilidad y validez de constructo, además de ser sensible al cambio, por lo que puede utilizarse en la medición de la experiencia de los pensamientos acelerados en los pacientes con trastornos afectivos. Es importante continuar con el estudio del constructo de aceleración del pensamiento, teniendo en cuenta su relación con la rumiación y preocupación.

## REFERENCIAS

1. Piguet C, Dayer A, Kosel M, Desseilles M, Vuilleumier P, Bertschy G. Phenomenology of racing and crowded thoughts in mood disorders: A theoretical reappraisal. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. 2010;121(3):189–98. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.05.006>
2. Goodwin, F.K., Jamison KR. *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression*. Oxford University Press, editor. USA; 2007.
3. Braden W. Racing Thoughts in Psychiatric Inpatients. *Archives of General Psychiatry*. 2011;38(1):71.
4. Benazzi F. Depression with racing thoughts. *Psychiatry Research*. 2003;120(3):273–82.
5. Benazzi F. Unipolar depression with racing thoughts: A bipolar spectrum disorder? *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2005;59(5):570–5.
6. Martz E, Bertschy G, Kraemer C, Weibel S, Weiner L. Beyond motor hyperactivity: Racing thoughts are an integral symptom of adult attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Research*. 2021 Jul 1;301.

7. Bertschy G, Weibel S, Giersch A, Weiner L. Racing and crowded thoughts in mood disorders: A data-oriented theoretical reappraisal. *Encephale*. 2020 Jun 1;46(3):202–8.
8. Weiner L, Weibel S, de Sousa Gurgel W, Keizer I, Gex-Fabry M, Giersch A, et al. Measuring racing thoughts in healthy individuals: The Racing and Crowded Thoughts Questionnaire (RCTQ). *Comprehensive Psychiatry*. 2018;82:37–44.
9. de Dios C, Goikolea JM, Colom F, Moreno C, Vieta E. Los trastornos bipolares en las nuevas clasificaciones: DSM-5 y CIE-11. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2014;7(4):179–85.
10. Weiner L, Ossola P, Causin J baptiste, Desseilles M, Keizer I, Metzger J yves, et al. Journal of Affective Disorders Racing thoughts revisited : A key dimension of activation in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2019;255(March):69–76.
11. Weiner L, Martz E, Kilic-Huck Ü, Siegel N, Bertschy G, Geoffroy PA, et al. Investigating racing thoughts in insomnia: A neglected piece of the mood-sleep puzzle? *Comprehensive Psychiatry*. 2021 Nov 1;111.
12. Patrick DL, Burke LB, Gwaltney CJ, Leidy NK, Martin ML, Molsen E, et al. Content Validity — Establishing and Reporting the Evidence in Newly Developed Patient-Reported Outcomes ( PRO ) Instruments for Medical Product Evaluation : ISPOR PRO Good Research Practices Task Force Report : Part 2 — Assessing Respondent Understanding. *JVAL [Internet]*. 2011;14(8):978–88. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2011.06.013>.
13. American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. DSM-5. Primera Ed.* Editorial Médica Panamericana, editor. Madrid; 2013.
14. Vet HCW de, Terwee CB, Mokkink LB, Knol DL. *Measurement in Medicine A Practical Guide.* Department of Epidemiology and Biostatistics EMGO Institute for Health and Care Research VU University Medical Center, Amsterdam; 2011.
15. Machin D, Campbell M, Fayers P PA. Sample size tables for clinical studies. In: 2nd ed. Blackwell Science; 1997. .
16. Hanley JA MB. The meaning and use of the area under a receiver operating characteristic (ROC) curve. *Radiology*. 1982;143(1):29–36. .
17. Colom F, Vieta E, Martínez-arán A. Versión española de una escala de evaluación de la manía : validez y fiabilidad de la Escala de Young the Young Mania Rating Scale. *Med Clin (Barc) [Internet]*. 2002;119(10):366–71. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)73419-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(02)73419-2).

18. Fernando J, Gomez C. Validación en Colombia del instrumento para evaluación de la depresión Montgomery - Åsberg Depression Rating Scale ( MADRS ) &. 2015;5(3):146–55. .
19. Ruiz, F. J. R., Falcón, J. C. S. S., Sierra, M. A., Montero, K. D. B., Martín, M. B. G., Bernal, P. A. B., & Ramírez, E. S. (2017). Propiedades psicométricas y la estructura factorial de la Escala-Formulario Corto Respuestas Ruminative en Colombia. *International journal of psychology and psychological therapy*, 17(2), 199-208.
20. Ruiz FJ, Monroy-cifuentes A, Suárez-falcón JC. Penn State Worry Questionnaire-11 validity in Colombia and factorial equivalence across gender and nonclinical and clinical samples. .
21. Castrillón Moreno, D. A., & Borrero Copete, P. E. . Validación del inventario de ansiedad estado-rasgo (STAIC) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años. *Acta colombiana de psicología*, 2005; 8(1), 79-90.
22. Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., Garcia-Garcia, M., Reinares, M., Torrent, C., ... Salamero, M. (2002). Versión española de una escala de evaluación de la manía: validez y fiabilidad de la Escala de Young. *Medicina Clínica*, 119(10), 366–371. doi:10.1016/s0025-7753(02)73419-2 .
23. Casas E. Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial Assessment in psychosocial rehabilitation. 2010;XXX(2):25–47. .
24. Desjardins, Christopher D., and Okan Bulut. *Handbook of educational measurement and psychometrics using R*. CRC Press, 2018.
25. Paek, Insu, and Ki Cole. *Using R for item response theory model applications*. Routledge, 2019.
26. Linacre, M.: Teaching Rasch measurement. *Trans. Rasch Meas.* 31, 1630–1631 (2017).
27. Koukopoulos A. Agitated Depression As a Mixed State and the. *Psychiatr Clin North Am.* 1999;22(3):547–64.
28. Benazzi F, Akiskal HS. Psychometric delineation of the most discriminant symptoms of depressive mixed states. *Psychiatry Research.* 2006;141(1):81–8.
29. Balázs J, Benazzi F, Rihmer Z, Rihmer A, Akiskal KK, Akiskal HS. The close link between suicide attempts and mixed (bipolar) depression: Implications for suicide prevention. *Journal of Affective Disorders.* 2006;91(2–3):133–8.

## TABLAS

**Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los participantes (n=250)**

Característica	Frecuencia	Porcentaje
Sexo masculino	54	21.7
Procedencia urbana	197	79.1
Ocupación		
<i>Desempleado</i>	56	22.5
<i>Empleado</i>	79	31.7
<i>Ama de casa</i>	73	29.3
Estado civil soltero	162	65.0
Diagnóstico		
<i>Diagnóstico Trastorno afectivo bipolar</i>	174	69.8
<i>Diagnostico Trastorno depresivo mayor</i>	60	28.1
<i>Diagnóstico Ciclotimia</i>	5	2.0
Tipo de episodio		
<i>Eutimia</i>	20	8.2
<i>Maníaco</i>	123	50.2
<i>Hipomaniaco</i>	3	1.2
<i>Depresivo</i>	73	28.8
<i>Mixto</i>	26	10.6
Comorbilidad*		
<i>Trastorno por uso de sustancias</i>	57	23.8
<i>Trastorno de ansiedad</i>	20	8.0
<i>Trastorno de la personalidad</i>	12	4.8
<i>Otros</i>	6	2.4
Medicamentos		
<i>Estabilizadores</i>	179	71.9
<i>Antipsicóticos</i>	195	78.3
<i>Antidepresivos</i>	59	23.7
	<b>Mediana</b>	<b>Rango intercuartílico</b>
Edad	37.5	27.0 - 56.0
Escolaridad	11	6.0 - 11.0
Escala de Young	25	0.0 - 36.0
Escala de Respuestas Rumiativas	53	34.0 - 66.0
Cuestionario de preocupación de Penn	35	24.0 - 46.0
Cuestionario de Ansiedad -Estado	29	23.0 - 32.0

\* No son mutuamente excluyentes

**Tabla 2. Consistencia interna de la versión en español del RCTQ-13 evaluada en población colombiana (n=249)**

		Correlación ítem - total	Alfa de Cronbach (IC95%)	Omega de Mc Donald (IC95%)
Factor 1	Ítem 1	0.73		
	Ítem 2	0.76	0.92	0.95
	Ítem 3	0.77	(0,89 – 0,94)	(0,89 - 0,94)
	Ítem 4	0.78		
Factor 2	Ítem 5	0.76		
	Ítem 6	0.69	0.88	0.89
	Ítem 7	0.73	(0,85 - 0,91)	(0,84 - 0,90)
	Ítem 8	0.73		
Factor 3	Ítem 9	0.73		
	Ítem 10	0.81		
	Ítem 11	0.78	0.88	0.94
	Ítem 12	0.77	(0,88 – 0,92)	(0,88 - 0,92)
	Ítem 13	0.73		
Total escala			0.95 (0,94 - 0,96)	0.95 (0,94 - 0,96)

**Tabla 3. Validez de constructo convergente y divergente de la versión al español del RCTQ-13 en población colombiana**

Puntaje	RCTQ total	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Escala de manía de Young	-0.10	-0.05	-0.17	-0.08
Ítem 7 de escala de manía de Young	-0.12	-0.01	-0.18	-0.06
Escala de Depresión de Montgomery	0.23	-0.08	0.29	0.19
Escala de respuestas rumiativas	0.42	0.11	0.47	0.38
Cuestionario de preocupación de Penn	0.55	0.38	0.60	0.48
Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo	0.09	0.01	0.20	0.05

Nota: el valor presentado corresponde al coeficiente rho de Spearman

**Tabla 4. Validez de constructo discriminativa de la versión en español del RCTQ-13 en población colombiana con distintos episodios afectivos.**

Puntaje	Eutimia (n=20)	Maníaco (n=123)	Depresivo (n=73)	Mixto (n=26)	Valor de p
	Mediana (RIC)	Mediana (RIC)	Mediana (RIC)	Mediana (RIC)	
RCTQ total	15 (2.5 – 29.0)	26 (9.0 – 37.0)	32 (26.0 – 42.0)	33 (17.0 – 41.0)	0.0001
Factor 1	7 (1.5 – 11.5)	11 (4.0 – 15.0)	12 (9.0 – 16.0)	11.5 (10.0 – 15.0)	0.0029
Factor 2	3 (0.0 – 9.0)	4 (1.0 – 11.0)	11 (7.0 – 14.0)	6 (2.0 – 14.0)	0.0001
Factor 3	6 (1.0 – 10.0)	10 (1.0 – 15.0)	11 (7.0 – 16.0)	11 (7.0 – 15.0)	0.0016

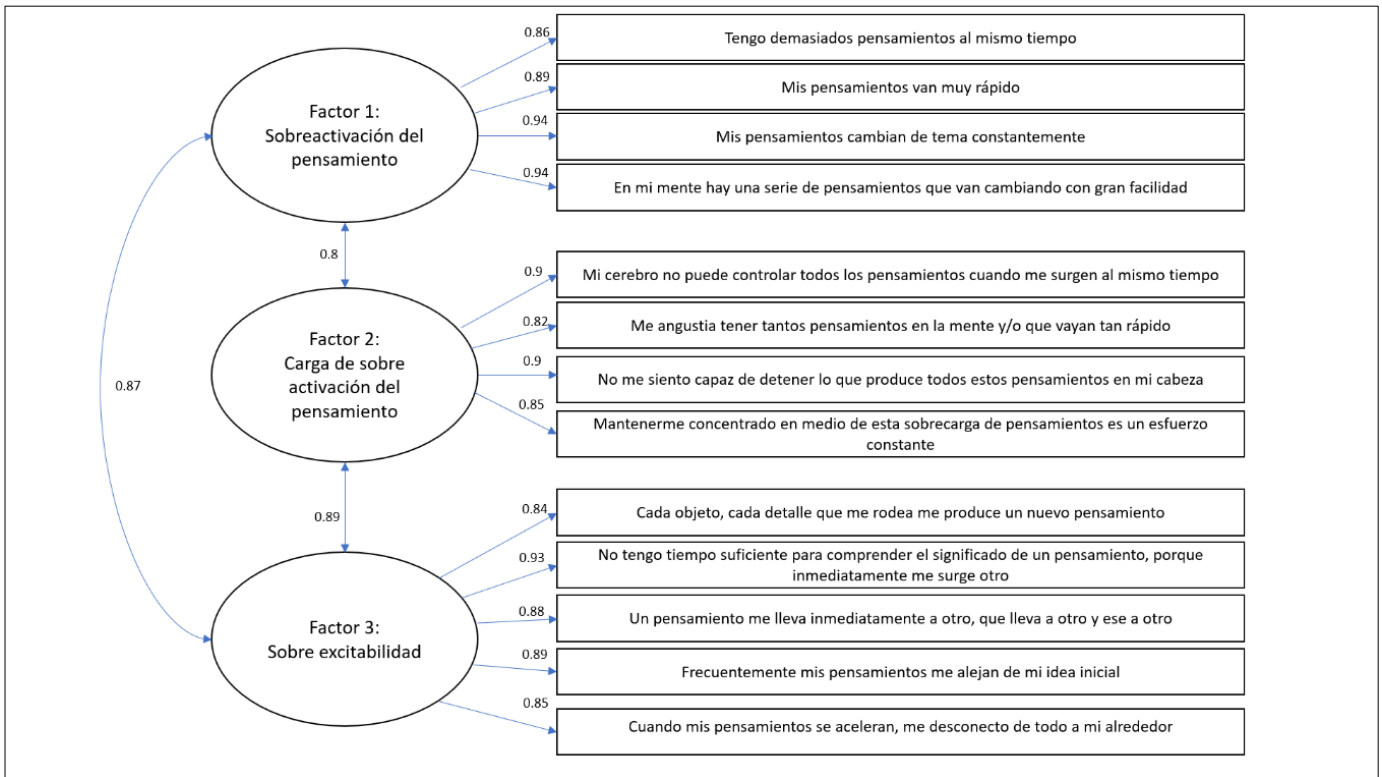
Abreviaturas: RIC = Rango intercuartílico



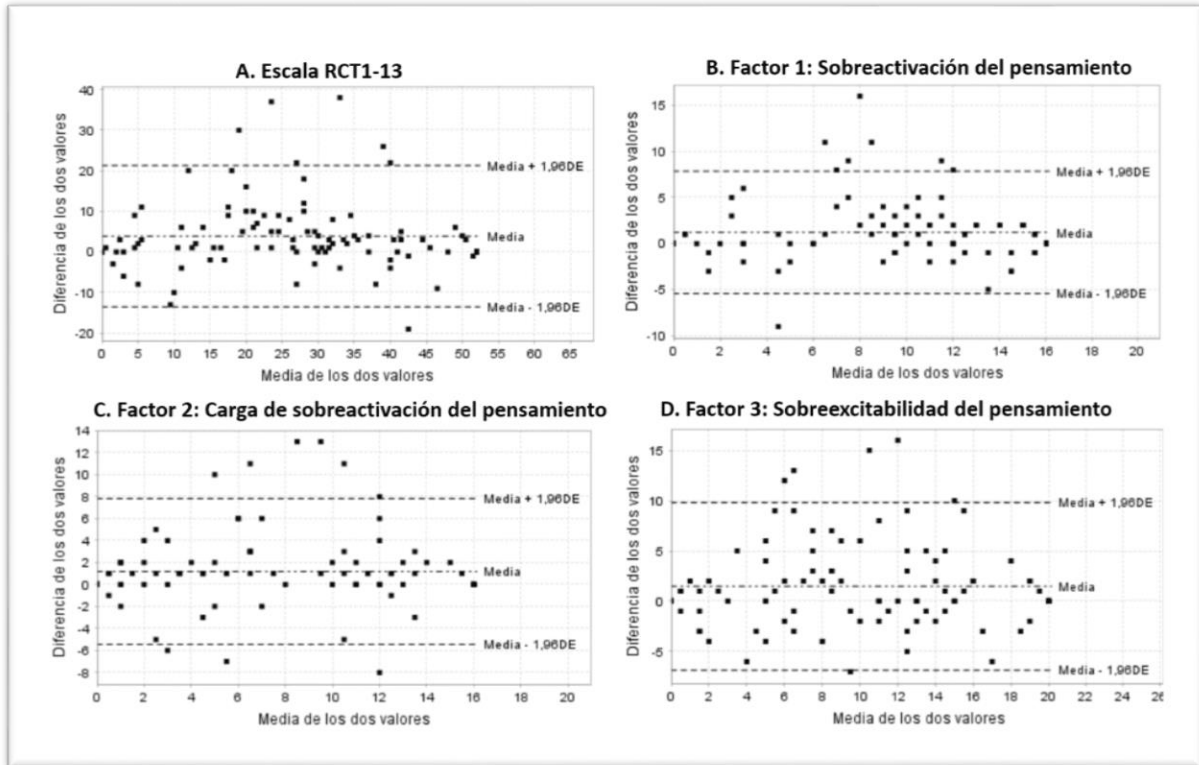
**Tabla 2 (Material Suplementario). Parámetros por Teoría de respuesta al ítem de la versión en español del RCQT-13 en población colombiana**

RCQT-13	Dificultad	<i>Infit</i>	<i>Outfit</i>	
Factor 1	Ítem 1	-0.45	0.94	0.78
	Ítem 2	-0.34	0.94	0.72
	Ítem 3	-0.26	0.70	0.43
	Ítem 4	-0.31	0.68	0.43
Factor 2	Ítem 5	0.19	0.81	0.59
	Ítem 6	0.18	0.85	0.63
	Ítem 7	0.25	0.69	0.43
	Ítem 8	-0.07	0.88	0.70
Factor 3	Ítem 9	0.09	0.90	0.80
	Ítem 10	0.26	0.86	0.62
	Ítem 11	-0.11	0.78	0.57
	Ítem 12	-0.09	0.84	0.58
	Ítem 13	-0.04	0.93	0.69

## FIGURAS



**Figura 1. Análisis factorial confirmatorio de la versión en español del RCTQ -13.** Se presenta la estructura de tres factores con las correlaciones entre ítems y dimensiones, cuya bondad del ajuste fue buena (*Root Mean Square Error of Approximation* de 0.051, *Comparative Fit Index* de 0.9, *Tucker-Lewis Index* de 0.9 y *Standardized Root Mean Square Residual* de 0,04).



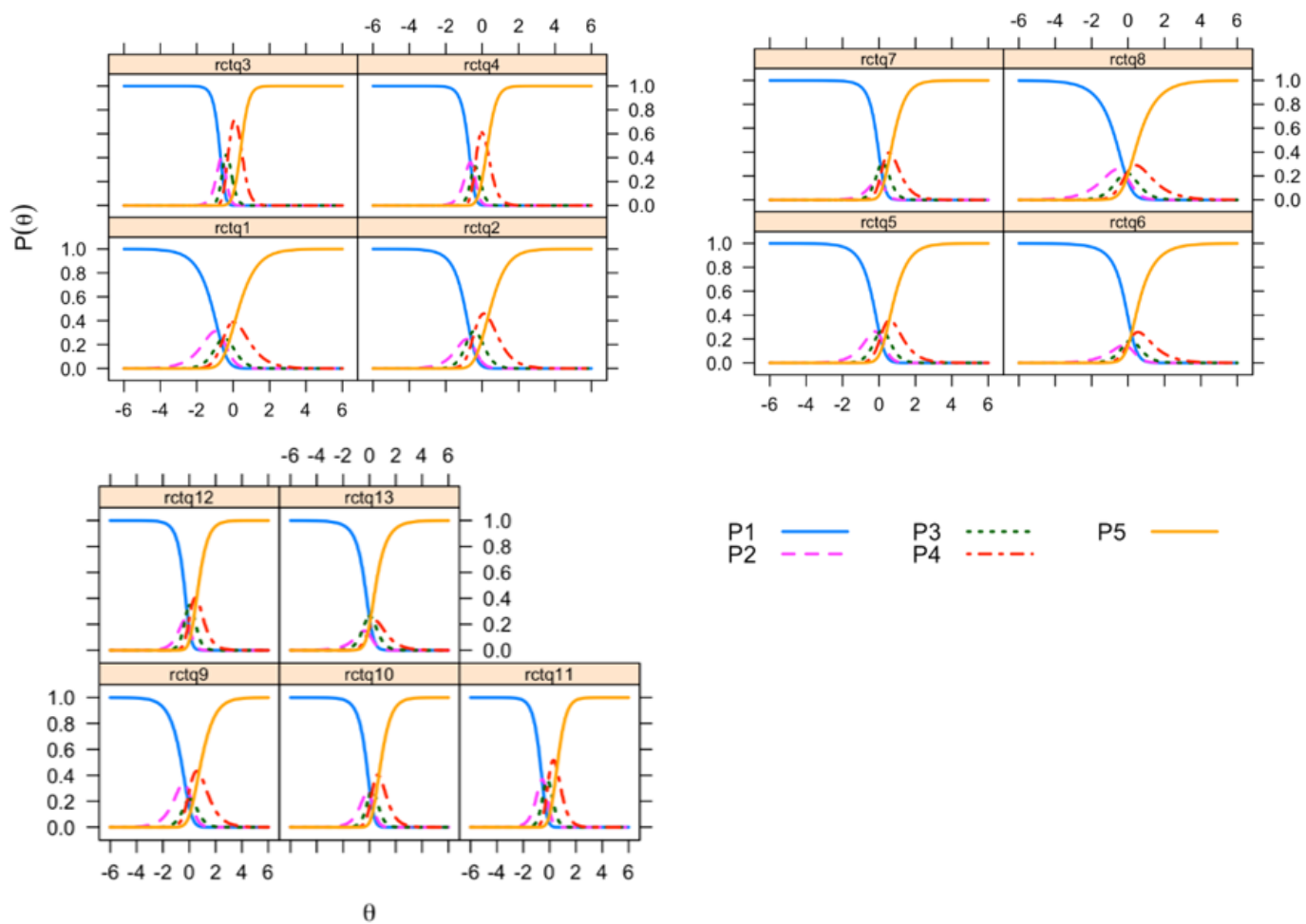
**Figura 2. Gráficos de Bland y Altman para la confiabilidad test-retest de la versión en español del RCTQ.13 y sus dimensiones.** **A.** Escala total (*Racing and crowd thoughts questionnaire 13 items*): media de las diferencias: 3.8 (IC95%: 2.1 a 5.6). Límites de acuerdo: -13.5 (IC95%: -16.5 a -10.5) y 21.2 (IC95%: 18.3 a 24.2). **B.** Para el factor 2: Media de las diferencias: 1.2 (IC95%: 0.5 a 1.8). Límites de acuerdo: -5.4 (IC95%: -6.5 a -4.2) y 7.8 (IC95%: 6.7 a 8.9). **C.** Para el factor 3: Media de las diferencias: 1.1 (IC95%: 0.5 a 1.8). Límites de acuerdo: -5.4 (IC95%: -6.5 a -4.3) y 7.8 (IC95%: 6.6 a 8.9). **D.** Media de las diferencias: 1.4 (IC95%: 0.6 a 2.3). Límites de acuerdo: -6.8 (IC95%: -8.2 a -5.4) y 8.8 (IC95%: 8.3 a 11.2).

## MATERIAL SUPLEMENTARIO

**Tabla 1 (Material suplementario). Frecuencia de respuestas a cada ítem de la versión en español del RCTQ-13 (n=250)**

Ítem	Opciones de respuesta				
	No estoy de acuerdo	Algo de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
1	38 (15.3)	28 (11.2)	31 (12.4)	58 (23.3)	94 (37.8)
2	45 (18.1)	21 (8.4)	36 (14.5)	64 (25.8)	86 (33.3)
3	52 (21.0)	21 (8.4)	30 (12.0)	68 (27.3)	78 (31.3)
4	52 (21.0)	21 (8.4)	24 (9.7)	61 (24.5)	91 (36.5)
5	91 (36.5)	32 (13.0)	31 (12.4)	38 (15.2)	57 (23.0)
6	104 (42.0)	20 (8.0)	24 (9.7)	31 (12.4)	70 (28.1)
7	109 (44.0)	17 (7.0)	30 (12.0)	37 (14.9)	56 (22.5)
8	67 (27.0)	33 (13.2)	32 (13.0)	41 (16.4)	76 (30.5)
9	70 (28.1)	45 (18.1)	30 (12.1)	52 (21.0)	52 (21.0)
10	98 (39.3)	34 (14.0)	32 (13.0)	37 (15.0)	48 (19.2)
11	56 (22.4)	32 (13.0)	39 (16.0)	58 (23.2)	64 (26.0)
12	83 (33.3)	26 (10.4)	40 (16.0)	42 (17.0)	58 (23.2)
13	89 (36.0)	20 (8.0)	36 (14.5)	29 (11.7)	75 (30.1)

**Figura 1 (Material suplementario): Curva característica de las categorías para cada ítem de la versión en español del RCQT-13**



## Suplemento 1: Versión para Colombia del cuestionario de pensamientos acelerados y atestados

### Questionario de pensamientos acelerados y amontonados

En este cuestionario se describen experiencias que suceden frecuentemente en el pensamiento de personas que cursan con algún trastorno del ánimo. Estas experiencias tienen que ver con la velocidad con la que se mueven sus pensamientos y la cantidad de pensamientos que ha tenido en las últimas 24 horas. Para llenar el cuestionario, usted deberá marcar con una X en la casilla que usted considere que se acomoda más al grado de acuerdo que usted tiene con la frase que describe lo que ha usted ha estado experimentando durante el último día.

	Ítem	No estoy de acuerdo	Algo de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
1	Tengo demasiados pensamientos al mismo tiempo					
2	Mis pensamientos van muy rápido					
3	Mis pensamientos cambian de tema constantemente					
4	En mi mente hay una serie de pensamientos que van cambiando con gran facilidad					
5	Mi cerebro no puede controlar todos los pensamientos cuando me surgen al mismo tiempo					
6	Me angustia tener tantos pensamientos en la mente y/o que vayan tan rápido					
7	No me siento capaz de detener lo que produce todos estos pensamientos en mi cabeza					
8	Mantenerme concentrado en medio					

	Ítem	No estoy de acuerdo	Algo de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
	de esta sobrecarga de pensamientos es un esfuerzo constante					
9	Cada objeto, cada detalle que me rodea me produce un nuevo pensamiento					
10	No tengo tiempo suficiente para comprender el significado de un pensamiento, porque inmediatamente me surge otro					
11	Un pensamiento me lleva inmediatamente a otro, que lleva a otro y ese a otro					
12	Frecuentemente mis pensamientos me alejan mucho de mi idea inicial					
13	Cuando mis pensamientos se aceleran, me desconecto de todo a mi alrededor					

