

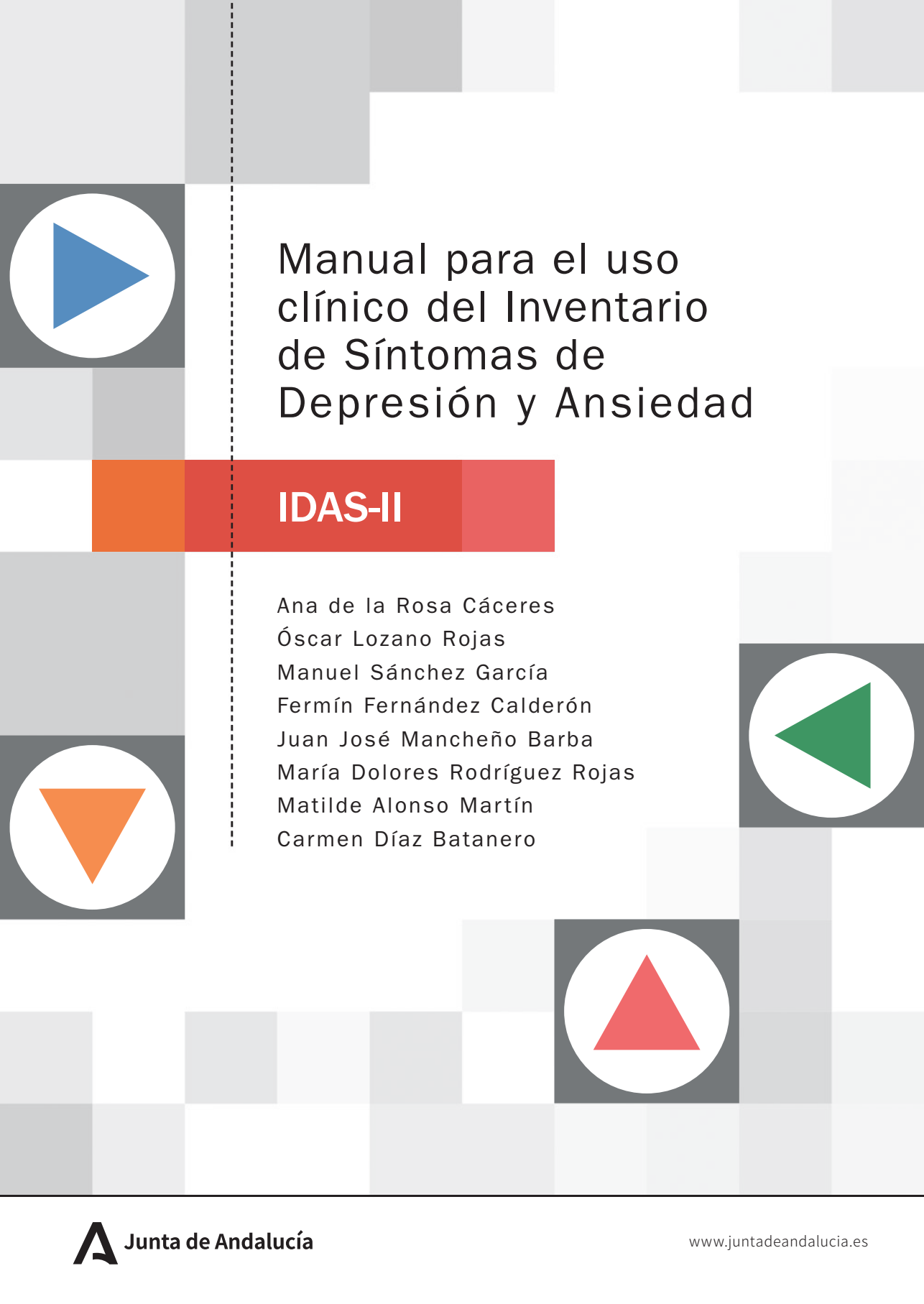


Manual para el uso clínico del Inventario de Síntomas de Depresión y Ansiedad

IDAS - II

 **Junta
de Andalucía**

Hospital Universitario
JUAN RAMÓN JIMÉNEZ



Manual para el uso clínico del Inventario de Síntomas de Depresión y Ansiedad

IDAS-II

Ana de la Rosa Cáceres
Óscar Lozano Rojas
Manuel Sánchez García
Fermín Fernández Calderón
Juan José Mancheño Barba
María Dolores Rodríguez Rojas
Matilde Alonso Martín
Carmen Díaz Batanero

Ana de la Rosa Cáceres
Universidad de Huelva

Óscar M. Lozano Rojas
Universidad de Huelva

Manuel Sánchez García
Universidad de Huelva

Fermín Fernández Calderón
Universidad de Huelva

Juan José Mancheño Barba
USM Plaza Houston, UGC Salud Mental Huelva. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

María Dolores Rodríguez Rojas
Distrito Sanitario Huelva-Costa UGC Los Rosales, Huelva

Matilde Alonso Martín
USM Plaza Houston, UGC Salud Mental Huelva. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Carmen Díaz Batanero
Universidad de Huelva

"Esta guía de uso clínico ha sido elaborada con cargo al Proyecto PID2020-116187RB-I00 financiado por MICIU/AEI/10.13039/501100011033 y ayuda FPU19/00144 financiada por MICIU/AEI/10.13039/501100011033 y por FSE invierte en tu futuro".



Hospital Universitario
JUAN RAMÓN JIMÉNEZ - HUELVA

ISBN
978-84-09-67875-4

Depósito Legal
H 737-2024

Diseño y Maquetación
Art&maña Publicitaria (artimana.com)

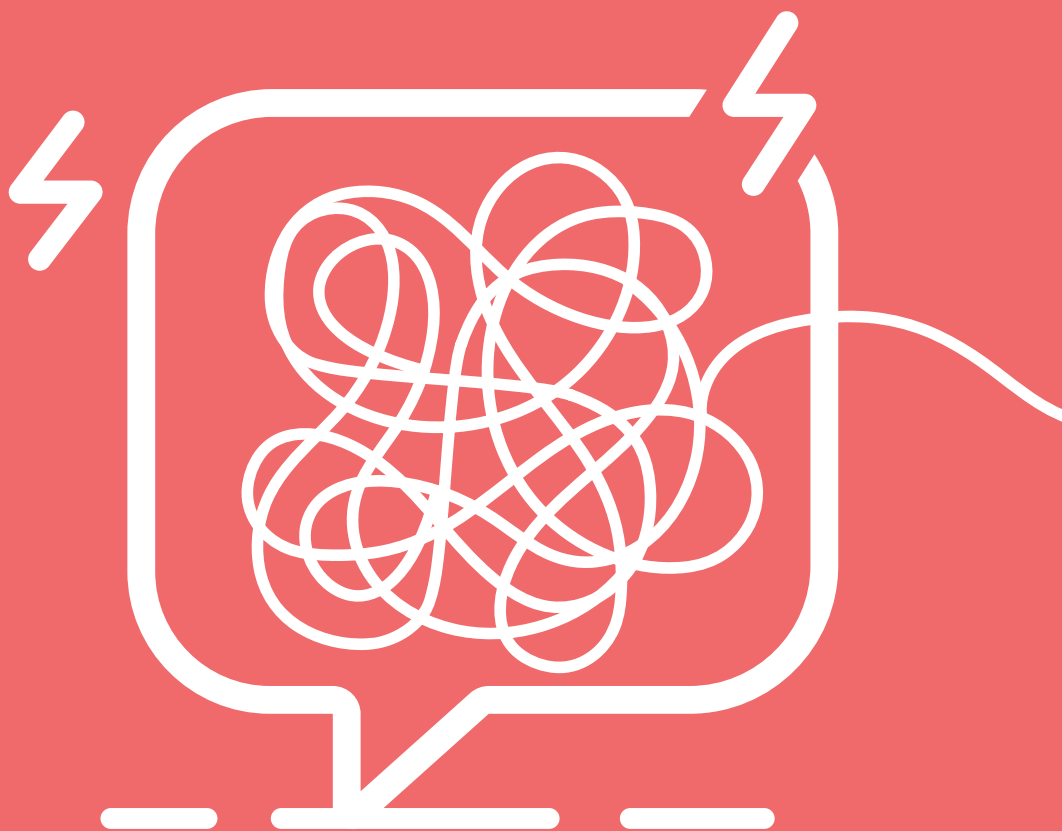
Índice

Capítulo 1. Contextualización	9
1. Introducción a la conceptualización de “trastornos internalizantes”	11
2. Prevalencia e impacto de los trastornos internalizantes.....	12
3. Sistemas de clasificación DSM/CIE y nuevas aproximaciones transdiagnósticas.....	14
4. La Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología (HiTOP)	21
4.1. Delimitación y organización de los trastornos internalizantes dentro de la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología.....	26
4.2. Potenciales ventajas de la integración de la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología en el ámbito clínico	30
Capítulo 2. Medición de trastornos internalizantes: El Inventario de Síntomas de Depresión y Ansiedad (IDAS-II)	35
1. Descripción del IDAS-II	37
1.1. Instrucciones para la administración del IDAS-II	43
1.2. Cálculo de las puntuaciones del IDAS-II.....	45
1.3. Ejemplo del cálculo de las puntuaciones del IDAS-II.....	47

Capítulo 3. Interpretación clínica de puntuaciones de las puntuaciones del IDAS-II	57
1. Metodología para la obtención de los estadísticos de utilidad clínica del presente manual	59
2. Severidad de los síntomas	60
2.1. Ejemplo del cálculo de la severidad de los síntomas	67
3. Puntuaciones de síntomas que deberían ser objeto de atención clínica	71
4. Identificación de síntomas asociados a diagnósticos clínicos del DSM-5	74
5. Identificación de síntomas que interfieren en las actividades de la vida diaria.....	77
5.1. Ejemplo del cálculo de puntuaciones de síntomas que interfieren en las actividades de la vida diaria	83
6. Determinación de la evolución del paciente: índice de cambio fiable e identificación de deterioro, no cambio o mejora del paciente	88
6.1. Ejemplo del cálculo de puntuaciones al analizar el cambio en los pacientes	93
Capítulo 4. Referencias.....	97
Anexos	129

Capítulo 1

Contextualización







1. Introducción a la conceptualización de “trastornos internalizantes”

El concepto *internalizante* fue utilizado por primera vez por Achenbach en el año 1966, para hacer referencia a un conjunto de síntomas psicopatológicos que implican problemas con uno mismo (i.e., self; e.g., síntomas de depresión, ansiedad, obsesiones o miedos), en contraposición a la psicopatología *externalizante*, que se caracteriza por generar conflictos con el entorno (i.e., los demás; e.g., síntomas de desobediencia, robo o vandalismo; Achenbach, 1966). En la actualidad, el término internalizante se emplea para describir un conjunto de síntomas y trastornos que se caracterizan principalmente por una disfunción emocional y/o conductas de evitación relacionadas. De forma análoga se ha utilizado también otro término, *trastornos emocionales*, para referirse a aquellos trastornos en los que el sujeto experimenta emociones negativas fuertes e intensas a las que reacciona de forma aversiva, y realiza esfuerzos para amortiguar, escapar o evitar (ya sea de forma preventiva o como reacción a la aparición de un estado emocional negativo; Bullis et al., 2019). En la línea de esta definición, se ha observado que los trastornos internalizantes se relacionan generalmente con un excesivo control, por el cual el individuo intenta controlar o regular sus propias emociones (Donnellan & Robins, 2010; Klimstra et al., 2010; Rossi et al., 2021).

Los trastornos tradicionalmente enmarcados dentro del concepto “internalizante” son los siguientes: el trastorno de depresión mayor (TDM), la distimia, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el trastorno de estrés postraumático (TEPT), el trastorno de la personalidad límite (TPL), la fobia social, la agorafobia, las fobias específicas, el trastorno de ansiedad por separación, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el trastorno bipolar I y trastorno bipolar II. También se incluyen dentro de este término trastornos de la conducta alimentaria –la bulimia nerviosa, anorexia nerviosa y trastorno por atracón– y los

problemas sexuales –bajo deseo sexual, dificultades con la activación, baja función orgásmica y dolor relacionado con el sexo–. Los síntomas característicos de estos trastornos se consideran síntomas internalizantes (e.g. insomnio, fatiga, irritabilidad, disforia). La organización de este conjunto de síntomas y trastornos en el llamado *espectro internalizante* encuentra apoyo tanto en evidencias empíricas basadas en análisis factoriales como en otras fuentes de evidencias, que se resumen en el trabajo de Watson et al. (2022). En concreto, las evidencias científicas muestran que estos trastornos tienen en común factores genéticos (e.g., Kendler et al., 2011; Wade et al., 2015), factores de riesgo ambientales (e.g., Albott et al., 2018; Conway et al., 2018; Vachon et al., 2015), alteraciones afectivas y cognitivas (e.g., Gruner & Pittenger, 2017; Quilty et al., 2014) y alteraciones neurobiológicas (e.g., Coloigner et al., 2019; Shen et al., 2017; Siehl et al., 2018), entre otros. Todos estos indicios ponen de relieve las características etiológicas y fenotípicas comunes de un grupo amplio de pacientes. Estas características comunes permiten establecer procedimientos de evaluación específicos y comunes, como el que se aborda en esta guía, que permitan posteriormente planificar intervenciones terapéuticas orientadas a la resolución de los problemas asociados a estos síntomas.

2. Prevalencia e impacto de los trastornos internalizantes

Los trastornos internalizantes suponen hoy en día un gran reto para los gobiernos, profesionales sanitarios y entidades científicas a nivel internacional. Según la OMS (2020), en 2019, 301 millones de personas vivían con un trastorno de ansiedad y 280 millones de personas tenían un trastorno depresivo, suponiendo un 5% de la población mundial. Además estos trastornos presentan una mayor incidencia en mujeres que en hombres (Otten et al., 2021; Salk et al., 2017). Según datos de la OMS, en el año 2017, un 5.1% de las mujeres presentaba depresión y un 4.6% ansiedad, mientras que en el caso de los hombres este porcentaje descendía al 3.6% y al 2.6%, respectivamente (WHO, 2017). Esta diferencia en las tasas de prevalencia de depresión y ansiedad en función del sexo alcanza su máximo pico en la adolescencia ($OR = 3.02$ para edades comprendidas entre los 13 y los 15 años; Salk et al., 2017).

Cabe recalcar que la pandemia del COVID-19 no ha hecho más que incrementar estos datos. La revisión sistemática de Santomauro et al. (2021) estima que ha habido un incremento de 53.2 millones de casos de depresión en todo el mundo a consecuencia de la pandemia, donde la prevalencia asciende a 3,152.9 casos de depresión por cada 100,000 habitantes. Este incremento se ha observado, no sólo a nivel global, sino también en encuestas nacionales (García-Fernández et al., 2021).

Además de la elevada prevalencia y su incremento, los trastornos internalizantes tienen un alto impacto negativo en la población, por su repercusión en términos de discapacidad, calidad de vida, la economía y llegando en su forma más extrema, hasta el fallecimiento (GBD Mental Disorders Collaborators, 2022; Vieta et al., 2021; Wilmer et al., 2021). En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) apunta a la depresión como primera causa de discapacidad en todo el mundo (WHO, 2017, 2021), y la ansiedad como el sexto factor que más contribuye a la pérdida de salud global a nivel mundial (WHO, 2017). En el año 2019, la depresión fue el trastorno que contribuyó a una mayor proporción de años de vida ajustados por discapacidad (37.3%), seguido por la ansiedad (22.9%; GBD Mental Disorders Collaborators, 2022). Más aún, la depresión resistente al tratamiento se asocia no solo con una peor calidad de vida (Corral et al., 2022; Johnston et al., 2019), sino también con una mayor tasa de intentos de suicidio (Corral et al., 2022; Gronemann et al., 2021) y de mortalidad (Reutfors et al., 2018). En términos generales, algunos autores señalan que la depresión aumenta el riesgo de mortalidad en más del 50%, encontrándose que los pacientes con depresión presentan un riesgo relativo de mortalidad del 1.52 en comparación con las personas sin depresión (Cuijpers et al., 2014).

La depresión y la ansiedad también conllevan un aumento significativo del gasto sanitario. König et al. (2020) miden este incremento en Ratio of Means (RoM); esto es, el ratio del promedio de los gastos sanitarios de pacientes con depresión frente a los gastos sanitarios de pacientes sin depresión, que se puede interpretar como el porcentaje de cambio en el gasto sanitario promedio entre los grupos (con depresión vs. sin depresión). Los resultados mostraron que el mayor incremento del gasto sanitario directo por depresión se da en la adolescencia (RoM = 2.79), seguido de la adultez (RoM = 2.59) y la vejez (RoM = 1.73). Este aumento del gasto directo para los pacientes con depresión deriva de gastos relacionados con el tratamiento, la medicación y la hospitalización (König et al., 2020).

Tan solo en España, se estima que el coste económico total de los pacientes con depresión en el año 2017 fue de 223.9 millones de euros (con un promedio de 3,235.3 euros anuales por paciente), de los cuales el 18.4% derivaba de gastos directos de tratamiento, y el 81.6% de gastos indirectos como la incapacidad laboral (Vieta et al., 2021).

A la vista del notable impacto que los trastornos de depresión y ansiedad tienen en la sociedad, durante los últimos años la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha recalcado el papel de la salud mental en la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible a nivel global (United Nations, 2015). Más recientemente, la OMS ha lanzado un llamamiento a todos los países para intensificar los servicios, el apoyo y los recursos en materia de salud mental (WHO, 2022). Así es de especial relevancia aunar los avances que se han conseguido a nivel científico para la mejor comprensión de estos trastornos y trasladarlos con estrategias concretas que puedan implementarse en los servicios de salud.

3. Sistemas de clasificación DSM/CIE y nuevas aproximaciones transdiagnósticas

Los sistemas de clasificación de trastornos mentales que han sustentado el diagnóstico de los trastornos internalizantes durante décadas, y hasta la actualidad, son el DSM (e.g., APA, 1980, 1987, 1994, 2000, 2013) y la CIE (e.g., WHO, 1975, 1979, 1993, 2019). Ambas aproximaciones nosológicas están basadas en sistemas de diagnósticos categoriales, lo que significa que cada diagnóstico se determina como una etiqueta (presencia/ausencia de un trastorno). La asignación de un diagnóstico se realiza en base a la observación o la evaluación de la presencia (o ausencia) de un determinado número de criterios diagnósticos que se derivan de un conjunto de síntomas más amplio.

A modo de ejemplo, para el diagnóstico de Trastorno de Depresión Mayor (en adelante TDM), el DSM-5 (APA, 2013) exige que cinco (o más) síntomas (de entre un listado de nueve) hayan estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y hayan representado un cambio del funcionamiento previo en la persona. Además, se requiere que al menos uno de los síntomas sea estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer.

Los nueve síntomas que constituyen los criterios para el TDM según el DSM-5 (APA, 2013)

son los siguientes:



1

Estado de ánimo deprimido

la mayor parte del día, casi todos los días.

2

Disminución importante del interés

o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.

3

Pérdida importante de peso sin hacer dieta

o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

4

Insomnio o hipersomnia

casi todos los días.

5

Agitación o retraso psicomotor

casi todos los días.

6

Fatiga o pérdida de energía

casi todos los días.

7

Sentimiento de inutilidad o culpabilidad

excesiva o inapropiada casi todos los días.

8

Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse,

o para tomar decisiones, casi todos los días.

9

Pensamientos de muerte recurrentes,

ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

De acuerdo a estos criterios, un paciente que haya presentado cuatro síntomas de este listado no recibiría el diagnóstico de TDM, mientras que un paciente que haya presentado cinco síntomas sí sería diagnosticado con TDM.

Si bien tanto el DSM como la CIE están basadas en un sistema de clasificación categorial, existen múltiples diferencias entre ambos modelos, así como entre las diferentes versiones que se han publicado para cada uno de ellos. Se muestra a continuación las categorías de trastornos internalizantes recogidas por las distintas versiones de DSM y CIE publicadas hasta la fecha (Tabla 1 y Tabla 2).

TABLA 1 | Categorías globales que incluyen trastornos internalizantes en cada versión del DSM

Versión DSM (año)	DSM-I (1952)	DSM-II (1968)	DSM-III (1980)	DSM-III-R (1987)	DSM-IV (1994)	DSM-IV-TR (2000)	DSM-5 (2013)
Categorías enmarcadas en diagnósticos de trastornos internalizantes	Trastornos psicóticos (17)	Psicosis no atribuidas a condicio- nes físicas previamente enunciadas (26)	Trastornos del estado de ánimo (9)	Trastornos del estado de ánimo (9)	Trastornos del estado de ánimo (16)	Trastornos del estado de ánimo (16)	Trastornos depresivos (8) Trastorno bipolar y trastornos relacionados (7)
	Trastornos psiconeu- róticos (7)	Neurosis (9)	Trastornos de ansiedad (10)	Trastornos de ansiedad (9)	Trastornos de ansiedad (12)	Trastornos de ansiedad (12)	Trastornos de ansiedad (11) Trastorno obsesivo- compulsivo y trastornos relacionados (9)
							Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés (7)
	Trastornos psicofisio- lógicos, autonómicos y viscerales (10)	Síntomas especiales (10)	Trastornos de la conducta alimentaria (5)	Trastornos de la conducta alimentaria (5)	Trastornos de la conducta alimentaria (3)	Trastornos de la conducta alimentaria (3)	Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (8)

NOTA. El número de diagnósticos que engloba cada categoría se muestra entre paréntesis.

TABLA 2 | Categorías globales que incluyen trastornos internalizantes en cada versión de la CIE

Versión ICD (año)	ICD-6 (1948)	ICD-7 (1958)	ICD-8 (1968)	ICD-9 (1975)	ICD-9-CM (1979)	ICD-10 (1993)	ICD-11 (2019)
Categorías enmarcadas diagnósticos de trastornos internalizantes	Trastornos psico-neuróticos (9)	Trastornos psico-neuróticos (9)	Trastornos neuróticos, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos (10)	Trastornos neuróticos, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos (17)	Trastornos neuróticos, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos (17)	Trastornos del humor [afectivos] (7) Trastornos de ansiedad, disociativos, relacionados con el estrés y otros trastornos mentales somato-morfos no psicóticos (7)	Trastornos del estado de ánimo (5) Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo (12) Trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos relacionados (11)
	Trastornos del carácter, el comportamiento y la inteligencia (7)	Trastornos del carácter, el comportamiento y la inteligencia (7)	Neurosis, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos (10)	Trastornos neuróticos, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos (17)	Trastornos neuróticos, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos (17)	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somato-morfos (7)	Trastornos específicamente relacionados con el estrés (8)
	Síntomas referidos a sistemas u órganos (10)	Síntomas referidos a sistemas u órganos (10)	Síntomas referidos a sistemas u órganos (10)	Síntomas relacionados con la nutrición, metabolismo y desarrollo (10)	Síntomas relacionados con la nutrición, metabolismo y desarrollo (10)	Síndromes del comportamiento asociados a trastornos fisiológicos y factores físicos (7)	Trastornos del comportamiento alimentario (8)

NOTA. El número de diagnósticos que engloba cada categoría se muestra entre paréntesis.

A pesar de las diferencias que pueden observarse entre ambas clasificaciones, también se puede advertir una correspondencia entre las categorías globales que incluyen los trastornos internalizantes en las versiones más recientes del DSM (APA, 2013) y la CIE (WHO, 2019), si bien emplean denominaciones ligeramente diferentes entre sí (ver Tabla 3).

TABLA 3 | Equivalencia de las categorías diagnósticas del DSM-5 y la ICD-11 que incluyen trastornos internalizantes

Trastornos internalizantes DSM-5	Trastornos internalizantes ICD-11
Trastornos depresivos Trastorno bipolar y trastornos relacionados	Trastornos del estado de ánimo
Trastornos de ansiedad	Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo
Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados	Trastorno obsesivo compulsivos y otros trastornos relacionados
Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés	Trastornos específicamente relacionados con el estrés
Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos	Trastornos del comportamiento alimentario

Esta equivalencia ha facilitado la integración de los avances acontecidos en los contextos clínicos y de investigación, además de la comunicación y la transmisión del conocimiento en los ámbitos de la psicología y la medicina, donde ambos modelos han sido aplicados a lo largo de las últimas décadas (Clark et al., 2017; Surís et al., 2016). A pesar de ello, se ha acumulado un conjunto de evidencias que ponen de manifiesto algunas limitaciones de estos sistemas de clasificación, que podrían resumirse en:

- I) **Observación de altas tasas de comorbilidad entre trastornos.**
De acuerdo con algunos autores, la aplicación de las aproximaciones diagnósticas categoriales podría estar favoreciendo a sobreestimar las tasas de comorbilidad entre estos trastornos, favorecidas por la superposición de síntomas entre diferentes trastornos (e.g., Dell’Osso & Pini, 2012; Forbes, Tackett, et al., 2016; Krueger & Markon, 2011).

- II) **Inadecuada cobertura que ofrecen las categorías diagnósticas.**
Así, el propio manual del DSM-5 (APA, 2013) indica que existen determinados trastornos (e.g., trastornos alimentarios o trastornos de la personalidad) cuya categoría diagnóstica más frecuente es la categoría residual (“no especificado”). Esta categoría residual engloba a las personas cuyos síntomas no están adecuadamente representados por ninguna de las categorías diagnósticas individuales incluidas en el manual.

- III) **Arbitrariedad en los límites que separan la normalidad de la patología en los sistemas nosológicos categoriales,** en la medida en que éstos se han determinado a partir de un consenso entre las opiniones subjetivas de expertos, sin una base empírica clara (Hofmann, 2014; Kendler & Solomon, 2016; Kraemer et al., 2004; Widiger & Trull, 2007).

- IV) **Alta heterogeneidad sintomatológica entre personas que comparten el mismo diagnóstico** (Fried, 2017; Krueger & Bezdjian, 2009; Widiger & Trull, 2007; Zimmerman et al., 2015). Esta alta heterogeneidad deriva de la configuración categorial política del propio sistema diagnóstico (Daggleish et al., 2020; Krueger & Bezdjian, 2009), por el cual la mayoría de trastornos se diagnostican en base a la presencia de un determinado número de síntomas de entre un listado más amplio, pero no se requiere ningún

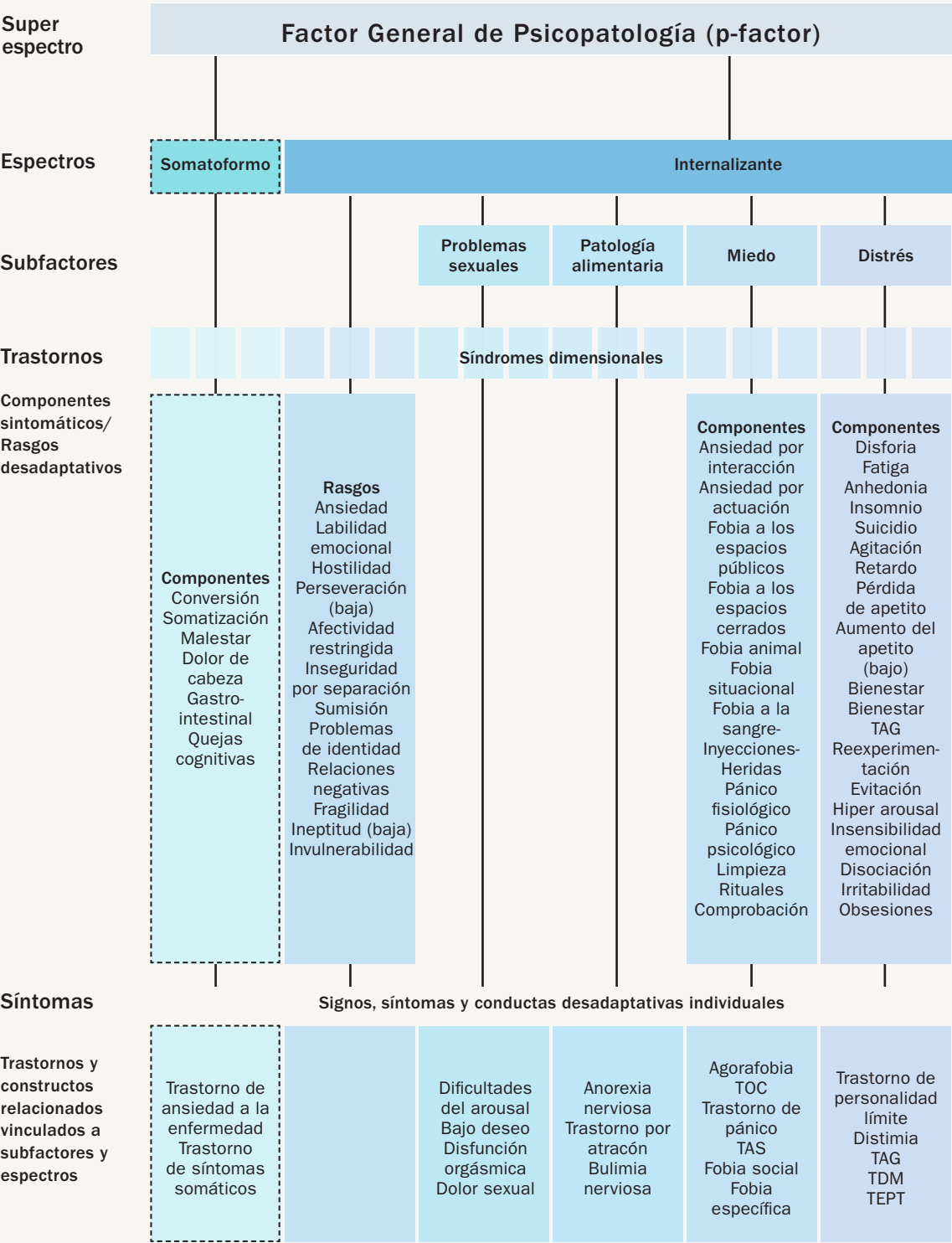
síntoma en concreto para el diagnóstico. Por ejemplo, una persona debe presentar tres (o más) síntomas, de entre un listado de seis posibles, para ser diagnosticada con TAG de acuerdo con el DSM-5 (APA, 2013). En consecuencia, existe la posibilidad de que dos personas diagnosticadas con TAG no presenten ningún síntoma común, pues cada persona podría presentar tres síntomas completamente diferentes.

Estas limitaciones señaladas a los sistemas nosológicos categoriales ha generado un incremento de la preocupación y el interés por desarrollar clasificaciones y modelos alternativos que estén basados en la evidencia y que resuelvan estas limitaciones (e.g., First, 2017; Hengartner & Lehmann, 2017). En este sentido, diversas investigaciones (Kotov et al., 2020; Krueger et al., 2021; Watson et al., 2022) muestran que la psicopatología no se ajusta adecuadamente a categorías discretas, sino que, por el contrario, se comporta como espectros transdiagnósticos de naturaleza continua dimensional que trascienden las categorías diagnósticas (Caspi & Moffitt, 2018; Forbes, Tackett, et al., 2016; Krueger & Markon, 2011; Markon & Krueger, 2005). Uno de estos modelos transdiagnósticos, de relativa reciente incorporación es la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología (en adelante HiTOP por sus siglas en inglés). Seguidamente, se detallan las características principales de este modelo y su potencial utilidad en la práctica clínica.

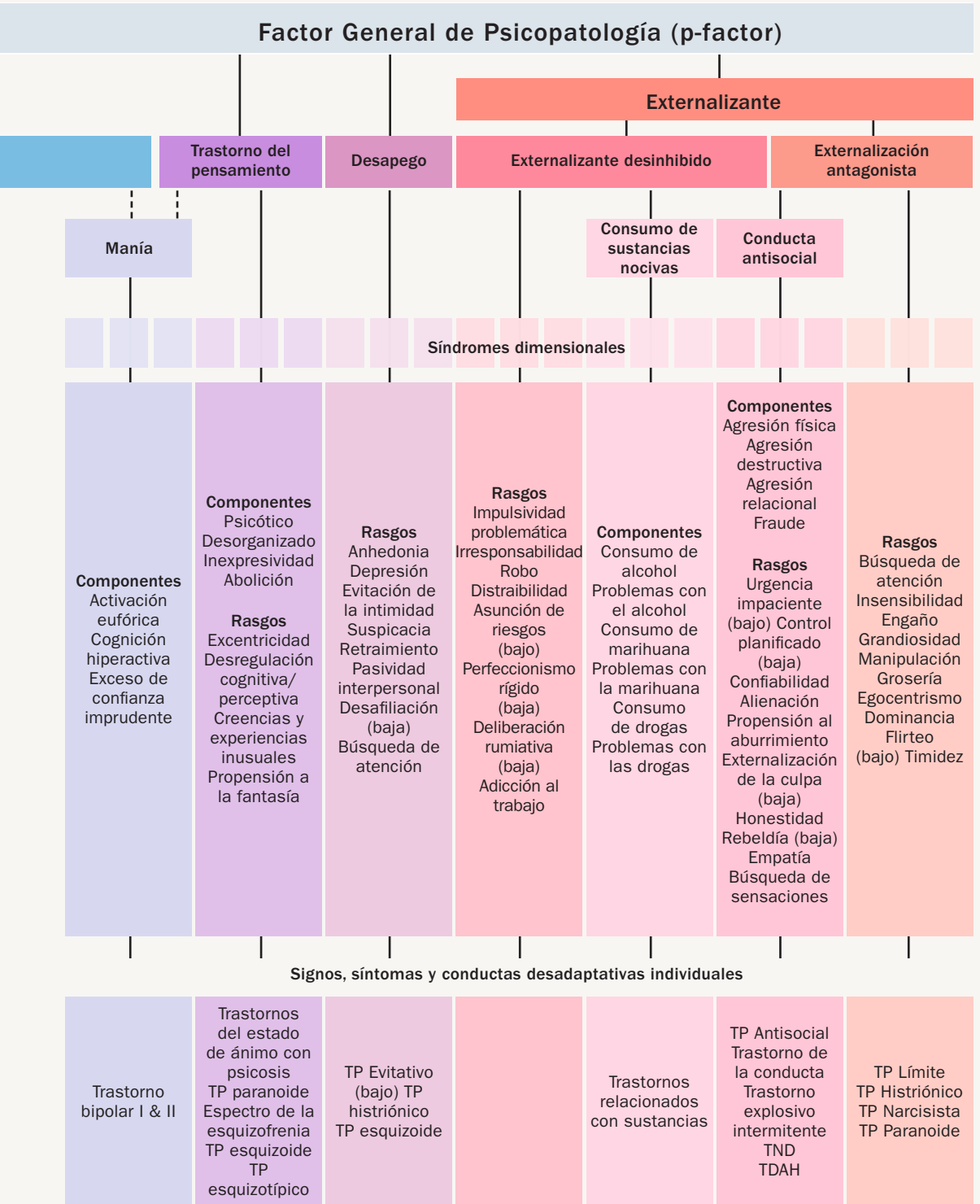
4. La Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología (HiTOP)

El sistema nosológico HiTOP (Kotov et al., 2017) es desarrollado por un consorcio de investigadores a partir de la evidencia acumulada por trabajos que, durante décadas, han analizado la organización empírica de los trastornos mentales (e.g., Kotov, 2011; Markon, 2010; Pianowski et al., 2019; Ringwald et al., 2021; Røysamb et al., 2011; Wright & Simms, 2015). El modelo HiTOP reorganiza y reconceptualiza la clasificación de los trastornos mentales integrando los trastornos y los síntomas en una jerarquía conformada por seis niveles ordenados de mayor a menor amplitud: super espectro, espectros, subfactores, trastornos,

FIGURA 1
Estructura actual de la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología (HiTOP)



NOTA. Las líneas discontinuas indican elementos del modelo que se incluyeron de forma provisional y requieren más estudio. TOC = trastorno obsesivo-compulsivo, TAS = trastorno de ansiedad por separación, TAG = trastorno de ansiedad generalizada, TDM = trastorno depresivo mayor, TEPT =



trastorno de estrés postraumático, TP = trastorno de la personalidad, TND = trastorno negativista desafiante, TDAH = trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Adaptado de “Current HiTOP model” por HiTOP Consortium, 2022, Center for Open Science

componentes y síntomas. Cada nivel superior de la estructura constituye una dimensión amplia que engloba un conjunto de dimensiones más específicas altamente relacionadas entre sí. La Figura 1 muestra la organización de este modelo, que pasamos a resumir a continuación.

El nivel inferior de la jerarquía está conformado por más de 100 **signos y síntomas** (Kotov et al., 2017), donde los signos hacen referencia a conductas observables, y los síntomas a experiencias subjetivas (Conway, Forbes, et al., 2022; DeYoung, Chmielewski, et al., 2022). Los signos y síntomas que contempla el modelo HiTOP coinciden con los signos y síntomas que el DSM enumera como criterios diagnósticos (Conway et al., 2021). Sin embargo, estos son conceptualizados de forma diferente en cada sistema. Mientras que el DSM los conceptualiza de forma categorial (presente vs. ausente), el modelo HiTOP los conceptualiza en un continuo dimensional de severidad.

El modelo HiTOP agrupa los signos y síntomas en diferentes **componentes sintomáticos y rasgos desadaptativos** en base a la evidencia cuantitativa (Conway et al., 2021). Los componentes sintomáticos son definidos como conjuntos de comportamientos sintomáticos altamente relacionados, mientras que los rasgos desadaptativos constituyen disposiciones de personalidad relativamente específicas. Seguidamente en la jerarquía se sitúan los **trastornos**, definidos como tendencias dimensionales a experimentar síntomas y rasgos desadaptativos relacionados. Así, el modelo HiTOP abandona la definición categorial del trastorno (presente vs. ausente), pasando a definirlo como un constructo que se distribuye de forma dimensional a lo largo de un continuo de severidad (Conway et al., 2021). Ascendiendo en la jerarquía, los trastornos que han mostrado estar empíricamente relacionados entre sí se agrupan en **subfactores**. Por ejemplo, los trastornos fobia social, agorafobia, fobia específica, trastorno de ansiedad por separación, trastorno de pánico y TOC se agrupan en el subfactor “Miedo”, puesto que todos estos trastornos tienen en común formas de distrés específicas condicionadas por el contexto, y con frecuencia presentan evitación conductual (Watson et al., 2022). A su vez, los subfactores altamente relacionados entre sí se agrupan en un mismo **espectro** que, definido como un conjunto de trastornos, constituyen las formas de psicopatología más amplias que pueden distinguirse entre sí (Kotov et al., 2017; Sauer-Zavala, 2021). El HiTOP contempla seis espectros diferentes: Somatomorfo, Internalizante, Trastorno del Pensamiento, Desapego, Externalizante Desinhibido y Externalizante Antagonista (Kotov et al., 2017).

Finalmente, el nivel superior de la jerarquía lo conforma el **super espectro**, que corresponde con el factor general de psicopatología o factor p (Kotov et al., 2021). Este factor p resume la propensión común de los individuos a desarrollar todas y cada una de las formas de psicopatología comunes (Caspi & Moffitt, 2018). En este sentido, se ha observado que las puntuaciones en el factor p predicen la psicopatología futura (e.g., Cervin et al., 2021; Lahey et al., 2012; Patalay et al., 2015). Además, de acuerdo con varios autores (Caspi & Moffitt, 2018; Oltmanns et al., 2018; Smith et al., 2020; Widiger & Oltmanns, 2017), el factor p podría entenderse como un índice de discapacidad general de la persona, pues altas puntuaciones en este factor correlacionan significativamente con altas puntuaciones en discapacidad (e.g., Caspi et al., 2014; Cervin et al., 2021).

Así, se pueden señalar dos características generales del modelo HiTOP:

- 1) **Se conceptualizan los constructos psicopatológicos de forma dimensional**, de modo que se considera que estos pueden variar a lo largo de un continuo dimensional que abarca diferentes niveles de severidad, desde la normalidad hasta la patología (Kotov et al., 2017).
- 2) **Los constructos psicopatológicos se organizan de acuerdo con una estructura jerárquica**, donde cada trastorno puede ser analizado en diferentes niveles de especificidad, de mayor a menor amplitud. Esta aproximación analítica a distintos niveles resulta óptima para diferentes objetivos (e.g., los niveles más amplios capturan la comorbilidad, y los más específicos la heterogeneidad; Kotov et al., 2021; Ruggero et al., 2019).

El modelo HiTOP con estas dos características da respuesta a tres de las limitaciones señaladas a los sistemas categoriales: la arbitrariedad de los límites establecidos entre la patología y la normalidad, la elevada comorbilidad entre trastornos y la heterogeneidad entre personas con un mismo trastorno (Kotov et al., 2017, 2021).

4.1. Delimitación y organización de los trastornos internalizantes dentro de la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología

Dentro de la jerarquía establecida por el HiTOP, los trastornos internalizantes ocupan un nivel intermedio a través del espectro internalizante. Éste es el espectro más amplio y complejo del modelo (Watson et al., 2022), agrupando los trastornos de depresión, ansiedad, trastorno de estrés post-traumático, trastorno obsesivo compulsivo (en adelante TOC) y otros trastornos que covarían entre sí (Levin-Aspenson et al., 2019; Martel et al., 2017; Scott et al., 2020). Para una mejor comprensión de la organización de los trastornos internalizantes en el modelo HiTOP, en este apartado, se detallan los componentes de los diferentes niveles de la jerarquía psicopatológica relacionados con los trastornos internalizantes de menor a mayor especificidad. Los espectros Internalizante y Somatomorfo quedan englobados bajo el super espectro Disfunción Emocional, que comprende las diferencias individuales en afecto negativo/neuroticismo comunes a ambos espectros, contribuyendo así a explicar la comorbilidad entre los trastornos internalizantes y somatomorfos (Watson et al., 2022).

El espectro internalizante es, junto al externalizante, uno de los primeros espectros en ser identificados (Achenbach, 1966), y destaca por ser uno de los espectros que reúne mayor acumulación de evidencias en diferentes rangos de edad (Hoertel et al., 2015; McElroy, Belsky, et al., 2018; Olinio et al., 2018; Sunderland et al., 2013), sexos (Eaton et al., 2012), etnias (Eaton, Keyes, et al., 2013; He & Li, 2021), orientaciones sexuales (Eaton, 2014) y culturas (Krueger et al., 2003). Agrupa, a su vez, cinco subfactores: Distrés, Miedo, Manía, Patología Alimentaria y Problemas Sexuales (Watson et al., 2022). Cada subfactor está conformado por un grupo de trastornos internalizantes que covarían estrechamente entre sí. Distrés y Miedo son los subfactores del espectro internalizante que se han identificado de forma más consistente en la literatura (Kotov et al., 2017). No obstante, si bien estos síntomas son separados en el modelo, cabe señalar que también existen estudios que encuentran que los subfactores Distrés y Miedo se muestran altamente correlacionados entre sí, llegando a resultar indistinguibles en algunos casos (e.g., Kessler et al., 2011; Kotov, 2011; Røysamb et al., 2011).

El primer subfactor, distrés, engloba trastornos que implican una emocionalidad negativa dominante (Watson, 2005); estos son, trastorno depresivo mayor (en adelante TDM), distimia, trastorno de ansiedad generalizada (en adelante TAG),

trastorno de estrés post-traumático (en adelante TEPT) y rasgos del trastorno de la personalidad límite (en adelante TPL) (e.g., Beesdo-baum et al., 2009; Eaton, Krueger, Keyes, et al., 2011; Eaton, Krueger, et al., 2013; Keyes et al., 2013; Kim & Eaton, 2015; Miller et al., 2012). Entre los componentes sintomáticos que se engloban bajo el subfactor de distrés se encuentran disforia, insomnio, suicidio e irritabilidad entre otros (Watson et al., 2022).

El segundo subfactor, miedo, engloba trastornos que implican formas de distrés más específicas condicionadas por el contexto y que incluyen evitación conductual con frecuencia (Watson et al., 2022). Ejemplos de trastornos englobados en este subfactor son el trastorno de pánico, las fobias específicas y la agorafobia (e.g., Beesdo-baum et al., 2009; Eaton, Krueger, et al., 2013; Eaton, Krueger, Keyes, et al., 2011; Keyes et al., 2013; Kim & Eaton, 2015; Miller et al., 2012). Entre los componentes sintomáticos que se relacionan con el subfactor miedo en un nivel inferior de la jerarquía se encuentran pánico, ansiedad por interacción y fobia a los espacios cerrados entre otros.

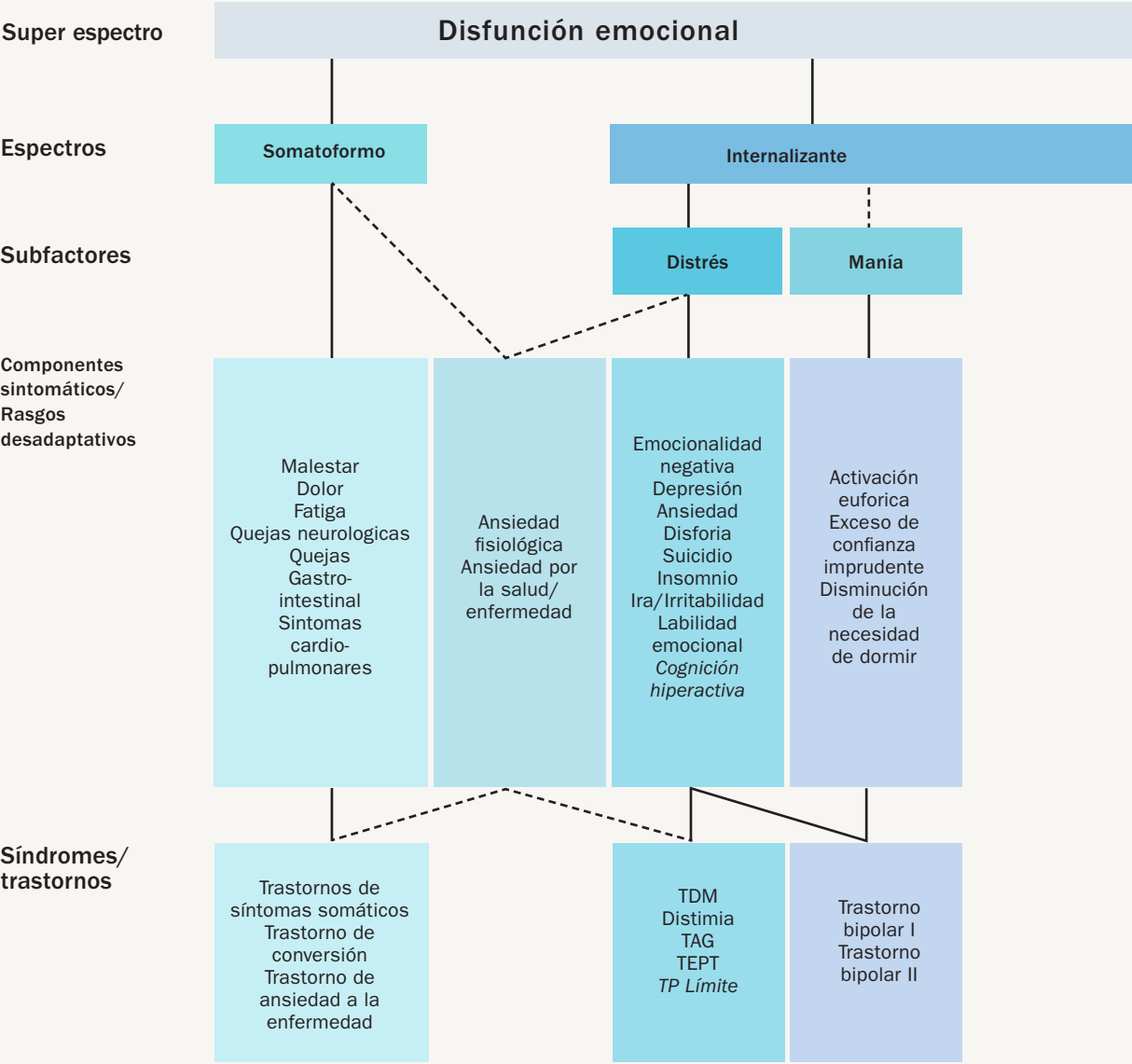
El tercer subfactor del espectro internalizante, patología alimentaria, incluye trastornos como la bulimia nerviosa, la anorexia nerviosa y el trastorno por atracón (Forbush et al., 2010; Forbush & Watson, 2013). Trabajos previos han identificado ocho componentes sintomatológicos relacionados con este subfactor que han sido replicados en diferentes poblaciones (pacientes, estudiantes universitarios y comunitaria). Estos son: insatisfacción corporal, atracón alimentario, restricción cognitiva, purga, excesivo ejercicio, restricción alimentaria, musculación y actitudes negativas hacia la obesidad (Forbush et al., 2013, 2014; Tang et al., 2015).

El cuarto subfactor, problemas sexuales, engloba componentes sintomatológicos de disfunción sexual, como bajo deseo sexual, dificultades con la excitación, baja función orgásmica y distrés relacionado con el sexo (Forbes, Baillie, et al., 2016a, 2016b; Forbes & Schniering, 2013). Cabe señalar que, de acuerdo con Kotov et al. (2021), este subfactor reúne evidencias moderadas sobre su inclusión en la estructura, siendo uno de los subfactores que menos se han estudiado hasta la actualidad.

Finalmente, el quinto subfactor que se integra en el espectro internalizante del modelo es manía (Kotov et al., 2017). No obstante, de acuerdo con estudios previos, la estructura jerárquica refleja que la dimensión de manía se relaciona no solo con el espectro internalizante (Blanco et al., 2015; Forbush & Watson, 2013;

FIGURA 2

Modelo conceptual del super espectro Disfunción Emocional de la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología (HiTOP)



NOTA. Las líneas discontinuas representan la inclusión provisional. Los componentes sintomáticos y los diagnósticos con una ubicación estructural ambigua o incoherente aparecen en cursiva. HiTOP: Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología, TDM: trastorno depresivo mayor, TP: trastorno de la personalidad, TOC = trastorno obsesivo-compulsivo, TAS = trastorno de ansiedad por separación, TORS = trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, TDSHV = trastorno del deseo sexual hipoactivo en el varón, TIEXF = trastorno del interés/excitación sexual femenino, TE =

Disfunción emocional

Internalizante

Miedo

Evitación conductual
 Sensibilidad a la ansiedad
 Fobia situacional
 Fobia animal
 Fobia a la sangre-inyecciones-heridas
 Pánico fisiológico
 Pánico psicológico
 Ansiedad por actuación
 Ansiedad por interacción
 Fobia a los espacios públicos
 Fobia a los espacios cerrados

Trastorno de pánico
 Agorafobia
 Fobia social
 Fobia específica

Obsesiones
 Comprobación compulsiva
 Rituales compulsivos
 Limpieza compulsiva
 Inseguridad por separación
 Sumisión

TOC
 TAS
 TP Dependiente
 TOCRs
TP Paranoide
TP obsesivo-compulsivo
TP Evitativo

Patología alimentaria

Insatisfacción corporal
 Atracón alimentario
 Restricción cognitiva
 Purga
 Excesivo ejercicio
 Restricción alimentaria
 Musculación
 Actitudes negativas hacia la obesidad

Anorexia nerviosa
 Bulimia nerviosa
 Trastorno por atracón

Problemas sexuales

Bajo deseo sexual
 Dificultades con el arousal
 Baja función orgásmica
 Distrés relacionado con el sexo

TDSHV
 TIEXF
 TE
 EP
 ER
 TOF
 TDGPP

trastorno eréctil, EP = eyaculación prematura, ER = eyaculación retardada, TOF = trastorno orgásmico femenino, TDGPP = trastorno de dolor genito- pélvico/penetración. Adaptado de "Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): III. Emotional Dysfunction superspectrum" por D. Watson, H. F. Levin-Aspensson, M. A. Waszczuk, C. C. Conway, T. Dalgleish, M. N. Dretsch, N. R. Eaton, M. K. Forbes, K. T. Forbush, K. A. Hobbs, G. Michelini, B. D. Nelson, M. Sellbom, T. Slade, S. C. South, M. Sunderland, I. Waldman, M. Witthöft, A. G. C. Wright, ... R. E. Zinbarg, 2022, *World Psychiatry*, 21(1), 26-54, p. 33.

Keyes et al., 2013; Kotov et al., 2015), sino también con el espectro trastorno del pensamiento (Caspi et al., 2014; Keyes et al., 2013; Kotov, 2011; Miller et al., 2012). Los componentes sintomatológicos que componen el subfactor Manía son la activación eufórica, el exceso de confianza imprudente y la disminución de la necesidad de dormir (Kotov et al., 2017; Ruggero et al., 2014; Watson et al., 2022), relacionados con el trastorno bipolar I y el trastorno bipolar II.

4.2. Potenciales ventajas de la integración de la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología en el ámbito clínico

Las características del modelo HiTOP implica algunas potenciales ventajas para implementarse para la planificación y el desarrollo de las intervenciones clínicas (Kotov et al., 2022; Ruggero et al., 2019). Concretamente, se pueden enumerar los siguientes:

- I El modelo se alinea con las intervenciones transdiagnósticas, que pretenden abordar la comorbilidad entre trastornos a partir de la intervención sobre aspectos comunes a diferentes trastornos (i.e., dimensiones superiores de la jerarquía) (Barlow et al., 2011; Schaeuffele et al., 2021). Por ejemplo, intervenciones transdiagnósticas, como el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders; en adelante UP) (Barlow et al., 2011), han mostrado ser eficaces en la reducción de la severidad de síntomas de diferentes trastornos internalizantes (ej., depresión y ansiedad) interviniendo sobre mecanismos comunes a estos trastornos (Barlow et al., 2017; Carlucci et al., 2021).
- II El modelo sirve de guía para determinar el nivel de intervención óptimo (e.g., Hopwood et al., 2020; Kotov et al., 2022; Ruggero et al., 2019). Así, el/la clínico/a puede optar por intervenir sobre

los niveles más amplios (ej., espectros) o más específicos (ej., síntomas) de la jerarquía, en función de las necesidades de cada paciente. La intervención sobre niveles más amplios de la jerarquía permitirá abordar la comorbilidad, en la medida en que se tratan aspectos comunes a diferentes trastornos (Kotov et al., 2021). En esta línea, intervenciones transdiagnósticas como el UP (Barlow et al., 2017), se han mostrado eficaces para la reducción de la severidad de una amplia variedad de síntomas de diferentes trastornos (Carlucci et al., 2021; Farchione et al., 2012; Osma et al., 2021; Schaeuffele et al., 2022). Por el contrario, la intervención sobre niveles más específicos de la jerarquía sería de interés en aquellos casos que requieran abordar un número reducido de síntomas clínicamente relevantes (e.g., suicidio o consumo de cannabis), o cuando sea necesario realizar una intervención especializada (e.g., prescripción de un fármaco para tratar el insomnio; Kotov et al., 2022).

- III Permite **describir la severidad sintomatológica** de cada paciente utilizando baremos (e.g., Kotov et al., 2022; Ruggero et al., 2019). La distinción entre diferentes rangos de severidad para cada síntoma permite planificar un tratamiento acorde a las necesidades de cada paciente. Por ejemplo, un/a paciente con severidad sintomática leve se beneficiaría de tratamientos preventivos, mientras otro/a que presente una severidad sintomática grave requerirá de tratamiento ambulatorio (Kotov et al., 2022). Asimismo, la evaluación de la severidad de los síntomas durante y tras la intervención resulta útil para monitorear los cambios de severidad que acontecen en cada síntoma. Esto puede resultar de especial interés en el caso de intervenciones dirigidas al tratamiento de un determinado síntoma en particular (Ruggero et al., 2019). De la misma forma, la evaluación de la severidad de cada síntoma podría contribuir a identificar cuáles son los síntomas sobre los que la intervención genera un mayor impacto.

- IV Ha mostrado ser **útil para predecir el pronóstico y los resultados clínicos** de los/as pacientes (e.g., Kotov et al., 2021, 2022; Ruggero et al., 2019). Un trabajo reciente de Waszczuk et al. (2021) muestra que los rasgos de personalidad del modelo HiTOP predicen significativamente los primeros brotes de trastornos psiquiátricos (incremento en R^2 al introducirlos: $\Delta R^2 = .06-.15$), la cronicidad de los síntomas ($\Delta R^2 = .03-.06$) y el funcionamiento ($\Delta R^2 = .02-.07$) en mayor medida que los diagnósticos psiquiátricos pasados y actuales. Paralelamente, se ha observado que las puntuaciones dimensionales que proporciona el modelo HiTOP muestran, frente a los diagnósticos categoriales, una predicción superior del pronóstico sobre los diagnósticos futuros (Eaton, Krueger, et al., 2013; Morey et al., 2012), los intentos de suicidio (Eaton, Krueger, et al., 2013; Morey et al., 2012), el funcionamiento (Morey et al., 2012), el uso de medicación (Morey et al., 2012), el riesgo de mortalidad (Kim et al., 2021) y la discapacidad (Forbush et al., 2017).
- V La **utilidad diferencial que aportan los síntomas y rasgos** del modelo para el pronóstico. Así, mientras que los síntomas son características psicopatológicas que se manifiestan durante un periodo específico de tiempo, los rasgos son constructos disposicionales que describen tendencias persistentes a manifestar características psicopatológicas (DeYoung, Chmielewski, et al., 2022). Esto es, mientras que los síntomas capturan los problemas actuales del paciente (ej., durante las últimas dos semanas), los rasgos proporcionan información sobre características más duraderas que sugieren cronicidad (DeYoung, Chmielewski, et al., 2022; Kotov et al., 2021, 2022). Por ejemplo, un/a paciente que presenta alta severidad en el síntoma disforia y un rango de severidad normal en el rasgo de depresión sugiere un problema agudo con buen pronóstico, mientras que si este mismo paciente presentara una alta severidad de rasgo de depresión, sugeriría una mayor cronicidad (Kotov et al., 2022). En

definitiva, la evaluación de los rasgos de personalidad suponen un valor añadido al modelo por su aporte de información adicional en cuanto al pronóstico del paciente y la predicción de los resultados clínicos (Waszczuk et al., 2021).

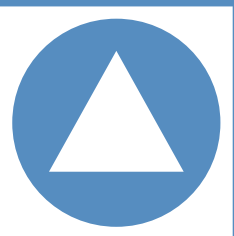
- VI Ofrece un **carácter más exhaustivo de evaluación** de las dimensiones del modelo (ej., Bagby et al., 2016; Kotov et al., 2022). Permite detectar tanto las dimensiones psicológicas que presentan niveles de severidad patológicos, como aquellas otras que se encuentran comprendidas en un rango adaptativo (Kotov et al., 2022). Toda esta información permite trazar expectativas más realistas sobre la alianza terapéutica o la adherencia y adaptar los objetivos del tratamiento entre otras ventajas (Bagby et al., 2016). Por ejemplo, se ha observado que una alta puntuación en el dominio amabilidad de la personalidad se asocia a un establecimiento de la alianza terapéutica más rápido y fuerte (Hirsh et al., 2012; Johansen et al., 2013). El neuroticismo, por su parte, es el dominio de personalidad más asociado a la inflexibilidad psicológica (Latzman & Masuda, 2013).

Trabajos que comparan la utilidad clínica de las descripciones dimensionales (adoptadas por el HiTOP) y las descripciones categoriales (adoptadas por los sistemas nosológicos tradicionales), encuentran que los/as clínicos/as consideran que las descripciones dimensionales son mejores para la comunicación con el paciente (Balling et al., 2023; Bornstein & Natoli, 2019; Glover et al., 2012; Hansen et al., 2019; Morey et al., 2014), la planificación del tratamiento (Balling et al., 2023; Bornstein & Natoli, 2019; Hansen et al., 2019), la comprensión de los síntomas de los/as pacientes (Bornstein & Natoli, 2019; Hansen et al., 2019; Mościcki et al., 2013) y la descripción de los problemas del paciente de forma más exhaustiva (Balling et al., 2023; Bornstein & Natoli, 2019; Hansen et al., 2019; Morey et al., 2014) frente a las descripciones categoriales. No obstante, se obtienen resultados mixtos cuando se compara la facilidad de uso de las categorías y las dimensiones (Balling et al., 2023; Glover et al., 2012; Hansen et

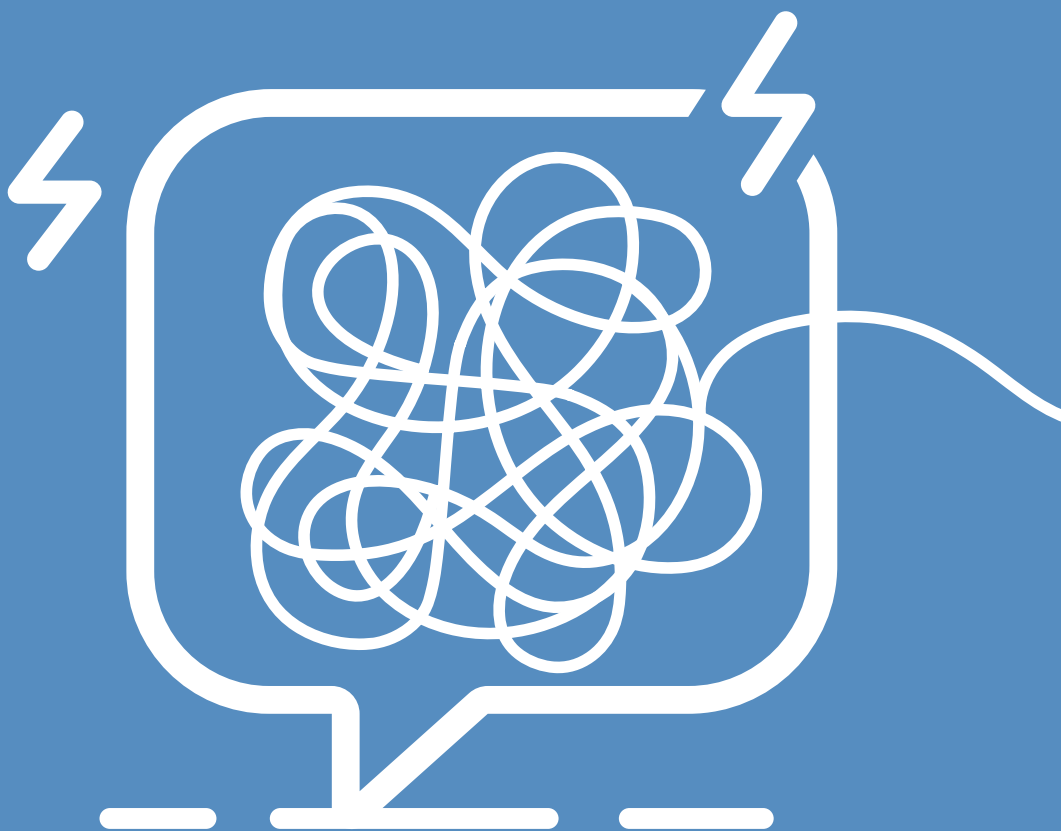
al., 2019; Mościcki et al., 2013). Profesionales clínicos/as entrenados/as en el empleo del modelo HiTOP consideran que este modelo es más útil frente al DSM-5 para construir la alianza terapéutica (0% DSM-5 vs. 67% HiTOP), seleccionar el tratamiento (44% vs. 89%), evaluar un pronóstico probable (67% vs. 100%) y educar a los/as pacientes y/o las familias sobre los diagnósticos (78% vs. 89%), e igual de útil que el DSM-5 para la comunicación con otros profesionales de la salud (89%), atendiendo a los porcentajes de acuerdo sobre la utilidad de cada sistema (Kotov et al., 2022).

En términos generales, los resultados anteriores reflejan una mayor utilidad clínica del HiTOP frente a los sistemas categoriales tradicionales. Más aún, la utilidad clínica de los sistemas categoriales viene siendo cuestionada por trabajos como el de First et al. (2018), que informan sobre la escasa guía para la selección del tratamiento que aportan los diagnósticos categoriales. De acuerdo con los resultados obtenidos por First et al. (2018) los profesionales clínicos afirman que emplean los criterios diagnósticos categoriales principalmente por cuestiones pragmáticas asociadas a la comunicación del trastorno. La amplia heterogeneidad de pacientes que son diagnosticados con el mismo trastorno, podría ser el motivo por el que los profesionales clínicos encuentran que las categorías diagnósticas resultan poco útiles para la selección del tratamiento. Además, en el ámbito de la psiquiatría, cada diagnóstico puede ser tratado con diversos medicamentos, y la mayoría de las medicaciones son empleadas para tratar múltiples trastornos. Es por ello que la medicación psiquiátrica es prescrita en base a los síntomas específicos, o bien transdiagnósticos, y no necesariamente según los diagnósticos, de modo que el sistema de clasificación jerárquico del modelo HiTOP resulta más efectivo que los diagnósticos tradicionales para guiar del tratamiento farmacológico (Waszczuk, Zimmerman, et al., 2017). Así pues, considerando que estas posibles ventajas auguran una contribución relevante del modelo HiTOP en la práctica clínica, es necesario dotar a los profesionales de herramientas de evaluación y guías de interpretación como el presente manual.

Capítulo 2



Medición de trastornos internalizantes: El Inventario de Síntomas de Depresión y Ansiedad (IDAS-II)







1. Descripción del IDAS-II

El IDAS-II (Watson et al., 2012) es un instrumento de evaluación de síntomas internalizantes relacionados con depresión, ansiedad y trastorno bipolar. Este instrumento se desarrolla a partir de la primera versión del IDAS (Watson et al., 2007), que se compone de 2 escalas generales (Depresión general y Disforia) y 10 escalas específicas (Bienestar, Pánico, Fatiga, Insomnio, Suicidio, Ansiedad social, Irritabilidad, Intrusiones traumáticas, Pérdida de apetito y Aumento de apetito). El IDAS-II añade 7 escalas específicas a la primera versión del instrumento para ampliar su cobertura y evaluar también otros síntomas de ansiedad (Evitación traumática, Comprobación, Ordenación, Limpieza, Claustrofobia) y trastorno bipolar (Manía y Euforia).

Así, la versión actual del IDAS-II se compone de un total de 17 escalas específicas y 2 escalas globales, comprendiendo un total de 99 ítems. Todas las escalas están conformadas por ítems que no se superponen entre sí a excepción de depresión general, que está conformada por ítems de otras escalas. Por lo que respecta a las escalas generales, la escala de depresión general ofrece una medida de depresión similar a la de los instrumentos de evaluación de depresión tradicionales. La otra escala general, de disforia, evalúa los principales síntomas emocionales y cognitivos de depresión y ansiedad. La Tabla 4 enumera las 19 escalas que conforman la versión final del IDAS-II (Watson et al., 2012), junto a su definición (Jonas et al., 2022) y un ejemplo de ítem:

TABLA 4 | Definición y Ejemplos de Ítems de las Escalas del IDAS-II

Escala (nº de ítems)	Definición	Ejemplo de ítem
ESCALAS GENERALES		
Depresión general (20)	Sentirse deprimido, miserable y/o desesperanzado; dificultad para recuperarse de esos estados de ánimo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza y/o culpabilidad generalizada; sentimientos de inferioridad; pensamientos y comportamiento suicidas.	<i>“Me he sentido deprimido/a”</i>
Disforia (10)	Sentirse triste, melancólico, abatido, infeliz, desgraciado y desanimado. Las personas que obtienen puntuaciones altas son pesimistas sobre su futuro. Los síntomas pueden expresarse conductualmente como lagrimeo y llanto.	<i>“Me he desanimado por cosas”</i>
ESCALAS ESPECÍFICAS		
Fatiga (6)	Sensación de sueño, cansancio, pereza, somnolencia y agotamiento; sensación de fatiga y falta de energía; dificultad para levantarse de la cama por la mañana; dificultad para ponerse en marcha y sensación de que se necesita un esfuerzo adicional para hacer las cosas. Este constructo también incluye la hipersomnia, es decir, una sensación excesiva de somnolencia y dormir más de lo habitual.	<i>“Me he sentido agotado/a”</i>

Escala (nº de ítems)	Definición	Ejemplo de ítem
-------------------------	------------	-----------------

ESCALAS ESPECÍFICAS

Insomnio (6)	Problemas que provocan una reducción de la cantidad y/o la calidad del sueño. Incluye problemas para conciliar el sueño (insomnio inicial), despertarse con frecuencia durante la noche y tener problemas para volver a dormirse (insomnio intermedio), despertarse temprano por la mañana (insomnio terminal), y sensación subjetiva de dormir mal y dormir menos (o peor) de lo habitual.	<i>"He tenido problemas para quedarme dormido/a"</i>
Suicidio (6)	Pensamientos generales sobre la muerte, así como pensamientos más específicos sobre el suicidio. Estos últimos pueden incluir planes específicos para suicidarse. Las personas que obtienen puntuaciones altas creen que el mundo estaría mejor sin ellas.	<i>"He pensado que el mundo estaría mejor sin mí"</i>
Pérdida de apetito (3)	Reducción o pérdida de apetito, menor interés por la comida, saltarse comidas y comer menos de lo habitual. Debido a estos síntomas, suele producirse una pérdida de peso repentina e involuntaria.	<i>"He perdido el apetito"</i>
Aumento de apetito (3)	Aumento del apetito, mayor interés por la comida, comer cuando no se tiene hambre y comer más de lo habitual. Debido a estos síntomas, puede producirse un aumento repentino de peso.	<i>"He pensado mucho en comida"</i>

Escala (nº de ítems)	Definición	Ejemplo de ítem
-------------------------	------------	-----------------

ESCALAS ESPECÍFICAS

Bienestar (8)	Sentimiento general de satisfacción y estabilidad. Las personas con puntuaciones altas son entusiastas, optimistas, enérgicas y alegres, que se interesan por muchas cosas y se mantienen ocupadas con ellas. Las puntuaciones bajas indican anhedonia y pesimismo.	<i>“He sentido que he conseguido muchas cosas”</i>
-------------------------	---	--

Irritabilidad (5)	Manifestaciones subjetivas y conductuales de ira, irritabilidad y hostilidad.	<i>“Me he sentido furioso/a”</i>
-----------------------------	---	----------------------------------

Manía (5)	Excitación que se manifiesta por hiperactividad mental y física, desorganización del comportamiento y elevación del estado de ánimo.	<i>“Mis pensamientos han saltado rápidamente de una idea a otra”</i>
---------------------	--	--

Euforia (5)	Estado en el que el individuo se siente extremadamente “animado”, eufórico y “en la cima del mundo”. Este estado de ánimo elevado también se asocia con sentirse “hiperactivo” y experimentar niveles excesivos de energía y activación. A nivel conductual, el individuo puede mostrar un nivel de energía y actividad que los demás no pueden igualar.	<i>“Me he sentido eufórico/a sin ningún motivo en especial”</i>
-----------------------	--	---

Escala (nº de ítems)	Definición	Ejemplo de ítem
-------------------------	------------	-----------------

ESCALAS ESPECÍFICAS

Pánico (8)	Los síntomas incluyen dificultad para respirar, sensación de desmayo o mareo, sentir el corazón acelerado o palpitaciones fuertes, sudoración, temblores, dolor en el pecho, entumecimiento u hormigueo, y sofocos o escalofríos, miedo a que algo vaya terriblemente mal en uno mismo, o a perder el control, volverse loco o morir.	<i>"He sentido que me desmayaba"</i>
Ansiedad social (6)	Miedo y evitación relacionados con las interacciones sociales. Las personas con puntuaciones altas se sienten tímidas y retraídas en presencia de otras personas; se sienten incómodas al conocer gente nueva, hablar con personas que no conocen bien y establecer contacto visual con otras personas.	<i>"He sentido ansiedad de hablar en público"</i>
Claustrofobia (5)	Miedo y evitación de espacios pequeños, estrechos y cerrados. Las situaciones temidas incluyen puentes, túneles, ascensores, habitaciones y armarios pequeños, sótanos y cuevas.	<i>"He evitado sitios estrechos y cerrados"</i>
Intrusiones traumáticas (4)	Experiencias en las que la persona revive ciertos aspectos de un trauma. Esto incluye flashbacks, pensamientos o recuerdos perturbadores del suceso, y desencadenantes, sueños y pesadillas que le recuerdan el suceso a la persona. Las personas que obtienen puntuaciones altas afirman sentirse alteradas y angustiadas cuando piensan en el suceso.	<i>"He tenido recuerdos de algo aterrador que ha pasado"</i>

Escala (nº de ítems)	Definición	Ejemplo de ítem
ESCALAS ESPECÍFICAS		
Evitación traumática (4)	Intentos de evitar pensar en el suceso traumático. Esto incluye evitar pensamientos o sentimientos sobre el suceso, evitar personas o conversaciones que puedan recordar al suceso y evitar lugares o actividades que recuerden al suceso.	<i>“He intentado ignorar recuerdos molestos”</i>
Comprobación (3)	Comprobar ciertas cosas una y otra vez (por ejemplo, si se han apagado las luces o los electrodomésticos, si se han cerrado las puertas); comprobar repetidamente si las cosas se han hecho correctamente; preocuparse por si una actividad prevista se ha realizado realmente; y tener dudas persistentes sobre si algo se ha hecho o no (o si se ha hecho correctamente).	<i>“He comprobado las cosas una y otra vez”</i>
Ordenación (5)	Síntomas como contar objetos repetidamente (por ejemplo, baldosas, dinero); tener la necesidad de realizar ciertas actividades en un orden fijo y definido con precisión; necesitar realizar actividades un número determinado de veces; seguir ciertos rituales (por ejemplo, ordenar las cosas de una manera determinada) al realizar actividades cotidianas; tener que reorganizar las cosas para que estén “en su sitio”; necesitar comenzar actividades nuevamente cuando se interrumpe la rutina; y alterarse cuando se interrumpen los rituales, el orden o los preparativos propios por cualquier motivo.	<i>“He tenido la necesidad de reorganizar las cosas para que estuvieran de la forma correcta”</i>

Escala	Definición	Ejemplo de ítem
(nº de ítems)		

ESCALAS ESPECÍFICAS

Limpieza (7)	Preocuparse por la suciedad, los gérmenes y la contaminación; sentir la necesidad de lavarse las manos (u otras partes del cuerpo) una y otra vez; evitar el contacto físico con personas u objetos por miedo contaminarse; evitar manipular cosas que hayan sido tocadas por otros; evitar situaciones y lugares (por ejemplo, baños públicos) en los que es probable que haya gérmenes; sentirse sucio y contaminado con frecuencia; y preocuparse excesivamente por la limpieza.	<i>“Me ha sido difícil tocar cosas que estaban sucias”</i>
-----------------	---	--

El proceso de adaptación así como las propiedades psicométricas de la versión en español del IDAS-II han sido publicadas en revistas científicas de prestigio, pudiéndose encontrar la información sobre la fiabilidad y validez en el trabajo de De la Rosa-Cáceres et al. (2020). En términos generales, los resultados obtenidos sobre la versión española muestra su equivalencia con los resultados psicométricos encontrados para las versiones del IDAS-II en inglés (Watson et al., 2012), turco (Irak & Albayrak, 2020), alemán (Wester et al., 2022), rumano (Petre et al., 2023) y brasileño (Machado et al., 2024).

1.1. Instrucciones para la administración del IDAS-II

El IDAS-II es una prueba autoadministrada y es recomendable que se administre de manera individualizada. A pesar de ser autoadministrada, las puntuaciones deben ser interpretadas por clínicos/as y es altamente desaconsejable que las personas

sin la adecuada formación interpreten las puntuaciones. Así pues, la persona evaluada debe leer las instrucciones que aparecen al inicio de la prueba y responder a los ítems por sí misma, absteniéndose de hacer ninguna interpretación.

El IDAS-II se presenta en el anexo I de este manual. En las instrucciones del IDAS-II se observa que el objeto de evaluación son sentimientos, sensaciones y experiencias que a veces pueden experimentar las personas. Estos sentimientos, sensaciones y experiencias están referidas a un periodo temporal de las dos últimas semanas. Así pues, es necesario que cada persona evaluada se sitúe en el marco temporal de las dos semanas previas a la administración del IDAS-II, y a partir de ahí conteste a lo expresado en los ítems. Por ejemplo, en el ítem “*he comido sin tener hambre*”, la persona evaluada debe considerar si ha realizado esta conducta en las dos últimas semanas. Para responder a cada ítem, las personas evaluadas disponen de cinco alternativas de respuestas numeradas entre los valores 1 y 5. Como se muestra en las instrucciones, cada alternativa de respuesta son cuantificadores que expresan el grado en el que las personas han sentido o vivido estas experiencias. La puntuación más baja (valor 1) se corresponde con la etiqueta verbal “en absoluto” y la puntuación más alta (valor 5) se corresponde con la etiqueta verbal “extremadamente”. Así, por ejemplo, si al ítem anterior “*he comido sin tener hambre*” una persona responde con el valor 4, esto quiere decir que la persona considera que ha realizado *bastante* este comportamiento en las dos semanas previas a la evaluación.

Una vez la persona evaluada ha leído las instrucciones, es necesario que el/la evaluador/a se cerciore de si la persona a evaluar tiene alguna duda y se asegurará de que todas queden resueltas antes de que la persona comience a responder a la prueba, en la página 1. Tras iniciarse la administración de la prueba, el/la evaluador/a permanecerá accesible para que la persona evaluada pueda consultarle cualquier duda respecto a la comprensión de los ítems. El/la evaluador/a deberá dar respuestas concretas a las dudas que se planteen, sin dirigir las respuestas y sin hacer valoraciones ni apreciaciones sobre los ítems.

El tiempo medio que las personas tardan en responder el IDAS-II es de aproximadamente 10 minutos. No obstante, se puede optar por administrar solo los ítems de aquellas escalas que se considere de interés, dada su interpretabilidad como refleja el trabajo de Sánchez-García et al. (2021).

Una vez la persona haya terminado de responder las preguntas, es conveniente que el/la evaluador/a revise si ha habido algún ítem que no se ha contestado

o en el que se ha marcado más de una respuesta. En tal caso, el/la evaluador/a recordará las instrucciones del instrumento a la persona evaluada para que esta proceda a marcar una única respuesta a dicho/s ítem/s, conforme a lo establecido en las instrucciones.

1.2. Cálculo de las puntuaciones del IDAS-II

Para calcular manualmente la puntuación directa de cada escala del IDAS-II es necesario sumar las puntuaciones de los ítems que conforman cada escala. A continuación, se presenta el listado de ítems (#) que componen cada escala del instrumento.

ESCALAS GENERALES

Depresión general (20 ítems)	#1, #2, #5, #6, #8, #9, #11, #13, #21, #26, #27*, #30, #31, #40, #48, #51, #52, #57, #61, #64*
Disforia (10 ítems)	#2, #5, #8, #9, #21, #31, #40, #48, #57, #61

* ÍTEMS INVERTIDOS: para invertir la puntuación de los ítems se aplica la siguiente regla: las puntuaciones de 1 se transforman en puntuaciones de 5, las puntuaciones de 2 se transforman en puntuaciones de 4, las puntuaciones de 3 se mantienen igual, las puntuaciones de 4 se transforman en puntuaciones de 2, y las puntuaciones de 5 se transforman en puntuaciones de 1.

ESCALAS PARA EVALUAR SÍNTOMAS ESPECÍFICOS

Fatiga (6 ítems)	#6, #29, #30, #43, #54, #55
Insomnio (6 ítems)	#4, #11, #17, #25, #36, #51

ESCALAS PARA EVALUAR SÍNTOMAS ESPECÍFICOS

Suicidio (6 ítems)	#13, #22, #33, #38, #46, #52
Pérdida de apetito (3 ítems)	#1, #26, #60
Aumento de apetito (3 ítems)	#19, #24, #63
Bienestar (8 ítems)	#3, #10, #23, #27, #50, #53, #59, #64
Irritabilidad (5 ítems)	#12, #35, #37, #44, #62
Manía (5 ítems)	#67, #71, #77, #83, #87
Euforia (5 ítems)	#72, #78, #88, #92, #97
Pánico (8 ítems)	#7, #16, #32, #39, #45, #49, #56, #58
Ansiedad social (6 ítems)	#15, #18, #20, #41, #47, #99
Claustrofobia (5 ítems)	#74, #80, #84, #90, #94
Intrusiones traumáticas (4 ítems)	#14, #28, #34, #42
Evitación traumática (4 ítems)	#73, #79, #89, #93
Comprobación (3 ítems)	#68, #75, #81
Ordenación (5 ítems)	#65, #69, #82, #85, #95
Limpieza (7 ítems)	#66, #70, #76, #86, #91, #96, #98

El sistema de puntuaciones del IDAS-II está diseñado para que puntuaciones más altas indiquen una mayor severidad sintomatológica en todas las escalas, excepto en la escala de bienestar, en la que puntuaciones más altas indican mayor bienestar. Por otro lado, es necesario tener en cuenta que las puntuaciones de los ítems 27 y 64 deben ser invertidas exclusivamente para la escala de depresión general (para que una mayor puntuación sea indicativa de una mayor depresión). En la escala de bienestar, de la que también forman parte estos ítems, las puntuaciones de los ítems no deben ser invertidas.

Para facilitar el cálculo de las puntuaciones del IDAS-II se facilita en el presente documento como anexo II una hoja de corrección y cálculo de puntuaciones.

1.3. Ejemplo del cálculo de las puntuaciones del IDAS-II

A continuación se describe el procedimiento general de aplicación de la escala IDAS-II en soporte de papel, imprimiendo o fotocopiando los anexos I y II adjuntados en el presente manual.

En la primera página del test, el/la evaluador/a debe reflejar el nombre y apellidos de la persona que responde, así como su edad, género y fecha de aplicación (o, en su defecto, asegurarse de que la persona que responde lo rellena). En el caso de que se considere oportuno que la administración sea anónima, especificar un código en lugar de la edad y apellidos.

Se aconseja que el/la evaluador/a le recuerde al/la paciente que debe responder a todas las cuestiones que se le plantean en el IDAS-II. Por ello, es necesario que lea detenidamente y que responda rodeando la opción de respuesta (de 1 a 5) que mejor refleja el grado en el que el/ella ha sentido y/o vivido las situaciones que se recogen en los ítems durante las últimas dos semanas, incluido el día de evaluación.

Para ejemplificar todo el proceso, se utilizarán las respuestas de la paciente número 462 de una base de datos. Es una mujer de 29 años. Sus respuestas a los 99 ítems de la escala se muestran a continuación:

FIGURA 3 | Ejemplo de respuesta de una paciente a los 99 ítems del IDAS-II

1	He perdido el apetito	1	2	3	4	5
2	He tenido poco interés en mis hobbies y actividades habituales	1	2	3	4	5
3	Me he sentido optimista	1	2	3	4	5
4	He dormido menos de lo normal	1	2	3	4	5
5	Me he sentido nervioso/a, inquieto/a	1	2	3	4	5
6	Me he sentido agotado/a	1	2	3	4	5
7	He sentido dolor en mi pecho	1	2	3	4	5
8	Me he sentido deprimido/a	1	2	3	4	5
9	Me ha costado tomar decisiones	1	2	3	4	5
10	He estado orgulloso/a de mí mismo/a	1	2	3	4	5
11	He tenido problemas para quedarme dormido/a	1	2	3	4	5
12	Me he sentido furioso/a	1	2	3	4	5
13	He tenido pensamientos suicidas	1	2	3	4	5
14	He tenido pensamientos perturbadores de algo malo que me ha sucedido	1	2	3	4	5
15	Me he sentido inseguro/a sabiendo que otros me observaban	1	2	3	4	5
16	Me he sentido mareado/a o aturdido/a	1	2	3	4	5

17	Me he desvelado temprano sin poder recuperar el sueño	1	2	3	4	5
18	He estado preocupado/a por hacer el ridículo ante otras personas	1	2	3	4	5
19	He estado pensando mucho en comida	1	2	3	4	5
20	Me he angustiado en lugares públicos con mucha gente	1	2	3	4	5
21	Me he culpado a mí mismo/a por diferentes cosas	1	2	3	4	5
22	Me he cortado o quemado intencionalmente	1	2	3	4	5
23	He sentido que he conseguido muchas cosas	1	2	3	4	5
24	He comido sin tener hambre	1	2	3	4	5
25	Me he estado despertando mucho más temprano que lo habitual	1	2	3	4	5
26	He tenido menos ganas de comer que lo habitual	1	2	3	4	5
27	He tenido realmente ganas de hacer cosas	1	2	3	4	5
28	He tenido pesadillas con cosas malas que me han sucedido	1	2	3	4	5
29	He dormido más que lo habitual	1	2	3	4	5
30	Me ha costado mucho esfuerzo ponerme en marcha	1	2	3	4	5
31	He sentido que no encajaba	1	2	3	4	5
32	He estado tembloroso/a o agitado/a	1	2	3	4	5
33	He pensado que el mundo estaría mejor sin mí	1	2	3	4	5

34	He tenido recuerdos de algo aterrador que ha pasado	1	2	3	4	5
35	He tenido ganas de romper cosas	1	2	3	4	5
36	Me he despertado frecuentemente durante la noche	1	2	3	4	5
37	Me he sentido enfurecido/a	1	2	3	4	5
38	Me he hecho daño a propósito	1	2	3	4	5
39	He sentido que me desmayaba	1	2	3	4	5
40	Me he desanimado por cosas	1	2	3	4	5
41	Me ha costado mirar a los ojos a las personas	1	2	3	4	5
42	Me he sentido perturbado/a pensando en algo malo que me ha sucedido	1	2	3	4	5
43	Me ha costado despertarme por las mañanas	1	2	3	4	5
44	He perdido los nervios y le he gritado a la gente	1	2	3	4	5
45	He sentido que mi corazón estaba acelerado	1	2	3	4	5
46	He pensado en mi propia muerte	1	2	3	4	5
47	Me ha resultado difícil hablar con personas con las que no tengo confianza	1	2	3	4	5
48	He estado preocupado/a gran parte del tiempo	1	2	3	4	5
49	He sentido la boca muy seca	1	2	3	4	5
50	He sentido esperanza en el futuro	1	2	3	4	5

51	He dormido muy mal	1	2	3	4	5
52	He pensado en hacerme daño	1	2	3	4	5
53	He creído que tengo muchas cosas buenas que esperar	1	2	3	4	5
54	Me he sentido mucho peor por las mañanas que durante el resto del día	1	2	3	4	5
55	Me he sentido somnoliento/a, adormilado/a	1	2	3	4	5
56	Me ha faltado el aliento	1	2	3	4	5
57	He hablado más despacio que lo habitual	1	2	3	4	5
58	He sentido como si estuviera ahogándome	1	2	3	4	5
59	He sentido que tengo muchas cosas interesantes que hacer	1	2	3	4	5
60	He tenido poco apetito	1	2	3	4	5
61	He tenido problemas para concentrarme	1	2	3	4	5
62	Me he enfadado por cosas sin importancia	1	2	3	4	5
63	He comido más que lo habitual	1	2	3	4	5
64	He sentido que he tenido mucha energía	1	2	3	4	5
65	He reorganizado las cosas para que estuvieran en un orden determinado	1	2	3	4	5
66	Me he lavado las manos excesivamente	1	2	3	4	5
67	He estado corriendo de una actividad a otra	1	2	3	4	5

68	He comprobado las cosas una y otra vez	1	2	3	4	5
69	He sentido la necesidad de reorganizar las cosas para que estuvieran de la forma correcta	1	2	3	4	5
70	Me he preocupado mucho por los gérmenes	1	2	3	4	5
71	He hablado tan rápido que otras personas no podían entenderme	1	2	3	4	5
72	Me he sentido eufórico/a sin ningún motivo en especial	1	2	3	4	5
73	He evitado pensar en cosas malas de mi pasado	1	2	3	4	5
74	He evitado espacios pequeños	1	2	3	4	5
75	Me he encontrado a mí mismo/a revisando cosas, a pesar de que sabía que no era necesario	1	2	3	4	5
76	He evitado manosear cosas sucias	1	2	3	4	5
77	He sentido que mi cabeza iba a “mil por hora”	1	2	3	4	5
78	Me he sentido como si estuviera en la cima del mundo	1	2	3	4	5
79	He evitado situaciones que me traen malos recuerdos	1	2	3	4	5
80	He sentido miedo de quedarme atrapado/a en una multitud	1	2	3	4	5
81	He sentido la necesidad de revisar algo que ya he hecho	1	2	3	4	5
82	He seguido un mismo orden fijo al realizar las tareas cotidianas	1	2	3	4	5
83	Mis pensamientos han saltado rápidamente de una idea a otra	1	2	3	4	5

84	He sentido ansiedad en espacios pequeños	1	2	3	4	5
85	He sentido la obligación de seguir ciertos rituales	1	2	3	4	5
86	Me ha sido difícil tocar cosas que estaban sucias	1	2	3	4	5
87	Mis pensamientos han ido tan rápido que me costaba fijar las ideas	1	2	3	4	5
88	Me he sentido tan enérgico que no he podido quedarme quieto/a	1	2	3	4	5
89	He intentado ignorar recuerdos molestos	1	2	3	4	5
90	He tenido miedo a los túneles	1	2	3	4	5
91	Me he tenido que lavar porque me he sentido contaminado/a	1	2	3	4	5
92	Me he sentido capaz de hacer cosas que otras personas no podían	1	2	3	4	5
93	He evitado hablar de malas experiencias de mi pasado	1	2	3	4	5
94	He evitado sitios estrechos y cerrados	1	2	3	4	5
95	He tenido pequeños rituales o hábitos que me han quitado mucho tiempo	1	2	3	4	5
96	He evitado usar baños públicos	1	2	3	4	5
97	He tenido mucha más energía que lo habitual	1	2	3	4	5
98	He utilizado objetos (p.e. una toalla o un guante) para evitar tocar cosas directamente	1	2	3	4	5
99	He sentido ansiedad de hablar en público	1	2	3	4	5

Una vez la paciente ha respondido a los 99 ítems del IDAS-II es necesario calcular las puntuaciones directas de todas y cada una de las escalas. Las puntuaciones directas en las escalas se generan sumando las puntuaciones de cada uno de los ítems que las componen, según lo especificado en el anexo II. De acuerdo con éste, al generar las puntuaciones directas se ha de tener en cuenta que la dimensión 'depresión general' está integrada por ítems que forman y dan contenido a otras escalas. Por lo tanto, los ítems que se suman para obtener la puntuación de 'depresión general' aparecerán en dos dimensiones distintas. Por ejemplo, el ítem 2 forma parte de la dimensión 'depresión general' y también forma parte de la escala de 'disforia'. O, también, el ítem 6, que está integrado en 'depresión general', también forma parte de la escala de fatiga. Además, al sumar las puntuaciones de los ítems de la escala 'depresión general' debemos tener en cuenta que dos de los ítems (el ítem 27 y el ítem 64, también incluidos en la escala 'bienestar') se han de recodificar antes de sumar sus puntuaciones en 'depresión general' (pero no se recodifican para generar las puntuaciones en 'bienestar'). El procedimiento de recodificación aparece descrito en el apartado 1.2 del presente capítulo: si la persona evaluada dice haber tenido realmente ganas de hacer cosas (ítem 27) elegirá la opción 5. Para generar la puntuación de 'bienestar' al utilizar el ítem 27 se sumará el valor 5. Sin embargo, para generar la puntuación de 'depresión general', al utilizar el ítem 27 se sumará el valor 1. Es decir, se utilizará la puntuación opuesta, para que así el ítem tenga el significado opuesto asociado a depresión general (i.e., que la persona no ha tenido en absoluto ganas de hacer cosas).

Siguiendo con el ejemplo, a continuación se va a generar la puntuación total en la escala de 'depresión general'. Como se indica en el apartado 1.2 del presente capítulo esta escala está integrada por 20 ítems, a saber: ítems 1, 2, 5, 6, 8, 9, 11, 13, 21, 26, 27(*), 30, 31, 40, 48, 51, 52, 57, 61, 64(*). A partir de la figura 3 se aprecia que los valores de las respuestas a los 10 primeros ítems anteriores son: 1, 4, 5, 5, 5, 4, 4, 1, 4, 1 (ítems del 1 al 26). Por lo tanto, en la siguiente figura se marcan estos valores en los ítems correspondientes.

FIGURA 4 | Asignación de puntuaciones a los 10 primeros ítems de la escala ‘depresión general’

Cálculo de puntuaciones del IDAS-II

Para calcular la puntuación total de cada escala es necesario sumar las respuestas dadas a los ítems que la conforman.

Depresión general =

ítem	1	2	5	6	8	9	11	13	21	26
Respuesta	1	4	5	5	5	4	4	1	4	1

ítem	27*	30	31	40	48	51	52	57	61	64*
Respuesta										

*Las respuestas de los ítems 27 y 64 de la escala Depresión general deben recodificarse antes de ser sumadas.
Para recodificar las respuestas de los ítems 27 y 64, aplicar la siguiente transformación:

Respuesta original	1	2	3	4	5
Respuesta recodificada*	5	4	3	2	1

Por ejemplo, si una persona ha respondido “2” en el ítem 27, en la casilla de la respuesta al ítem 27 debe indicarse “4”.
Esta transformación solo se aplica a los ítems 27 y 64 de la escala Depresión general.

Para calcular la puntuación del ítem 27 en la escala de ‘depresión general’, como ya se ha indicado, se debe recodificar la puntuación elegida. La paciente expresa que ‘en absoluto’ ha tenido ganas de hacer cosas. Por ello, ha elegido el valor 1. Por lo tanto, en el ítem 27(*) se deberá indicar un ‘5’ (“extremadamente”), para que así la respuesta al ítem sea interpretada como depresión general “extrema”:

FIGURA 5 | Asignación de puntuación al ítem 27 en la escala ‘depresión general’

Depresión general =

ítem	1	2	5	6	8	9	11	13	21	26
Respuesta	1	4	5	5	5	4	4	1	4	1

ítem	27*	30	31	40	48	51	52	57	61	64*
Respuesta	5									

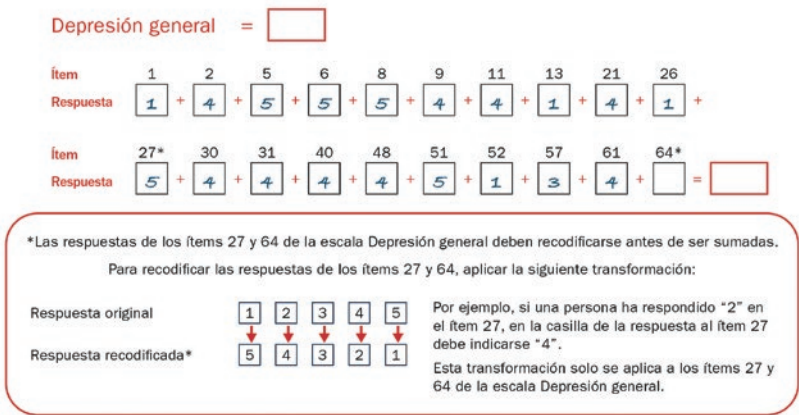
*Las respuestas de los ítems 27 y 64 de la escala Depresión general deben recodificarse antes de ser sumadas.
Para recodificar las respuestas de los ítems 27 y 64, aplicar la siguiente transformación:

Respuesta original	1	2	3	4	5
Respuesta recodificada*	5	4	3	2	1

Por ejemplo, si una persona ha respondido “2” en el ítem 27, en la casilla de la respuesta al ítem 27 debe indicarse “4”.
Esta transformación solo se aplica a los ítems 27 y 64 de la escala Depresión general.

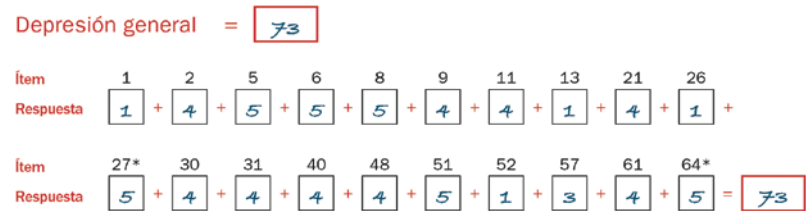
Tras asignar la puntuación al ítem 27, se seguirán asignando las puntuaciones correspondientes a los ítems 30 a 61, tal y como se muestra en la figura 6

FIGURA 6 | Asignación de puntuaciones de los ítems 30 al 61 de la escala ‘depresión general’



Finalmente, en el ítem 64(*), siguiendo los criterios de recodificación, se pondrá una puntuación de ‘5’, tal y como se muestra en la siguiente figura.

FIGURA 7 | Asignación de puntuaciones al ítem 64 de la escala ‘depresión general’



Al sumar las puntuaciones de los ítems que componen la escala de ‘depresión general’, se obtiene que la puntuación de esta persona en la escala es de 73 (figura 7). Del mismo modo se procederá a calcular la puntuación total del resto de las escalas según se muestra en el anexo II.

Capítulo 3

Interpretación clínica de las puntuaciones de las escalas del IDAS-II







1. Metodología para la obtención de los estadísticos de utilidad clínica del presente manual

En el presente capítulo se van a ofrecer una serie de indicadores estadísticos y psicométricos que son útiles para realizar una interpretación clínica fundamentada empíricamente. Los datos que sustentan los valores aportados han sido obtenidos a través de dos muestras:

- 1) **Muestra obtenida de la población general.** Se realizó un muestreo aleatorio estratificado proporcional, entre adultos de 18 a 75 años (media de 44.32; desviación típica de 14.68) residentes en el área geográfica de España y por sexo (49.9% mujeres). La administración de esta prueba fue online a través de una empresa especializada y con estándares de calidad certificados en este campo. Esta muestra está compuesta de 1.072 adultos.
- 2) **Muestra clínica de pacientes.** A través de un muestreo por accesibilidad se reclutó un total de 645 pacientes atendidos en diferentes servicios de salud: unidades de salud mental comunitaria dependiente de los servicios de salud mental, centros de salud públicos y clínicas psicológicas privadas. Todas las personas de esta muestra tienen en común que son pacientes solicitantes de ayuda profesional por problemas asociados a la salud mental. Esta muestra heterogénea fue reclutada explícitamente con el

objetivo de detectar variabilidad en la gravedad de los síntomas. En función de los análisis que se muestran a continuación, es posible que intervengan un grupo y otro de pacientes.

2. Severidad de los síntomas

La evaluación de la severidad de los síntomas, a través de sus respectivas escalas, posibilita obtener perfiles psicopatológicos de los pacientes. Esto puede realizarse comparando las puntuaciones de los pacientes con sus correspondientes grupos normativos. No obstante, es necesario advertir que la comparación no debe realizarse a través de las puntuaciones directas de cada escala. Comparar sólo la media y la desviación estándar para establecer las comparaciones podría llevar a conclusiones erróneas. Por ejemplo, en la escala de Suicidio del IDAS-II, la media en la población general es 7.27 y la desviación típica es 2.86. Si asumimos que las puntuaciones siguen una distribución normal, podríamos suponer que una persona con una puntuación directa de 8 tendría un riesgo de suicidio ligeramente superior al observado, de media, en la población. Esto es porque, en una distribución normal, una puntuación ligeramente por encima de la media correspondería a un percentil algo mayor al 50%. Sin embargo, la realidad es que en esa escala las puntuaciones se distribuyen de forma marcadamente asimétrica, donde la mayor parte de la población se sitúa en valores inferiores de la escala. En consecuencia, una persona con una puntuación de 8 reflejaría que sólo aproximadamente un 15% de la población general tienen puntuaciones iguales o superiores, por lo que sería un indicador de la gravedad ante el riesgo de suicidio que presenta esta persona.

Para determinar cuándo las puntuaciones de un síntoma pueden ser objeto de atención clínica es necesario usar los baremos. Los baremos son herramientas que indican la posición (o percentil) que ocupa un sujeto en el continuo de severidad respecto a su población o grupo de referencia, mostrándose en el presente manual para cada una de las escalas del IDAS-II. A través de la comparación de las puntuaciones de un/a paciente con las puntuaciones de su grupo normativo, se pueden detectar aquellos síntomas que muestran puntuaciones elevadas y que son objeto de intervenciones terapéuticas (Nelson et al., 2018). Esto es, se trata de conocer el percentil que corresponde a las puntuaciones de cada paciente para

saber si se encuentra por debajo, en la media, o por encima del promedio de su grupo normativo. Los baremos se presentan en tablas que relacionan las puntuaciones obtenidas en una prueba con puntuaciones percentiles o con puntuaciones típicas estandarizadas, como las puntuaciones z o T . Para comprenderlo, se puede poner como ejemplo que una mujer de 52 años obtiene una puntuación directa de 44 en la escala de 'depresión general'. Para interpretar esta puntuación, se acude a la tabla de baremos proporcionada para su grupo normativo (tabla 8). Observando la tabla se aprecia que una puntuación directa de 43 en 'depresión general' corresponde aproximadamente al percentil 70. Esto significa que esta paciente tiene una puntuación que es igual o superior al 70% de su grupo equivalente. En otras palabras, solo el 30% de las personas en la muestra tienen una puntuación más alta que la suya en esta escala, lo que es indicativo de su gravedad. Si se interpreta en puntuaciones T , la tabla 8 indica que una puntuación directa de 43 equivale a una puntuación T de aproximadamente 55. Las puntuaciones T están estandarizadas con una media de 50 y una desviación estándar de 10, lo que coloca al paciente ligeramente por encima del promedio de la población en términos de síntomas depresivos.

La identificación de los síntomas objeto de atención clínica permiten establecer un perfil psicopatológico, estando en consonancia con el procedimiento requerido en las intervenciones transdiagnósticas (e.g., the Unified Protocol -UP; Barlow et al., 2011). Este enfoque terapéutico busca intervenir en los mecanismos compartidos de distintos trastornos, asumiendo que la severidad de los síntomas puede variar entre personas, y posibilita realizar ajustes en el enfoque terapéutico. Por ello, identificar la severidad de los síntomas y trazar un perfil puede ayudar a adaptar la intervención a las necesidades individuales de cada paciente. Además, una evaluación de la severidad previa a la intervención y tras un periodo de tiempo ejecutándose, permite medir el impacto que la intervención está teniendo, permitiendo ajustar la estrategia terapéutica según la respuesta del paciente, permitiendo que la intervención sea efectiva y relevante a medida que los síntomas cambian (Bullis et al., 2019). Por otro lado, el uso de baremos no solo permite una interpretación más detallada y comprensiva de las puntuaciones, sino que también proporciona un marco de referencia para la toma de decisiones clínicas. El terapeuta puede usar un baremo para identificar a individuos que están en el extremo superior del continuo de severidad, aconsejando intervenciones más intensivas o especializadas en las dimensiones con una mayor severidad.

La evidencia empírica señala además que el sexo y la edad mantienen una estrecha relación con los trastornos emocionales. En términos grupales, las mujeres obtienen puntuaciones más elevadas en las escalas que evalúan depresión y ansiedad, siendo España uno de los países donde se observan mayores diferencias entre las puntuaciones por sexo (odds ratio = 2.7) ponen de manifiesto la necesidad de desarrollar baremos diferenciados considerando estas variables. Estas evidencias motivan que los baremos sean presentados por sexo y edad, mostrándose en las tablas 3.1 a 3.4. Esto es, las tablas indicadas anteriormente muestran los percentiles, las puntuaciones T normalizadas y las puntuaciones directas obtenidas en cuatro grupos: hombres de 18 a 44 años, hombres de 45 a 75 años, mujeres de 18 a 44 años y mujeres de 45 a 75 años. Esta información facilita la interpretación de las puntuaciones directas de cada escala, comparando las puntuaciones individuales con la distribución general en cada grupo de referencia. En cada tabla, los percentiles permiten ver en qué posición se encuentra un paciente en relación con su grupo normativo de población general, mientras que las puntuaciones T proporcionan una medida estandarizada de la puntuación del individuo, lo que permite comparaciones más precisas entre diferentes escalas y estudios. Las puntuaciones directas corresponden a los valores brutos obtenidos en cada subescala, que luego se interpretan a través de los baremos para situar adecuadamente al individuo dentro del continuo de severidad. Para ayudar a la lectura e interpretación de las puntuaciones, en cada uno de los síntomas se han establecido marcas para los valores correspondientes a la media en puntuaciones T ($T=50$, $P50$) y a la media más/menos una y dos desviaciones típicas (valores T de 60-40 y de 70-30, respectivamente), que corresponden con los P_{85} , P_{15} , $P_{97.75}$ y $P_{2.25}$.

TABLA 5 | Percentiles. Puntuaciones T Normalizadas y Puntuaciones Directas en las Escalas IDAS-II. Hombres de 18 a 44 Años (n = 188)

Percentiles	Depresión general	Disforia	Fatiga	Insomnio	Suicidio	Pérdida de apetito	Aumento de apetito	Bienestar	Irritabilidad	Manía	Euforia	Pánico	Ansiedad Social	Claustrofobia	Intrusiones traumáticas	Evitación traumática	Comprobación	Orden	Limpieza	Punt. T normalizadas
1	24							10												27
2.25	25	10	6	6				11											7	30
5	26	11						13	5									5		34
10	27		7				3	15		5	5		6			4				37
15	28	12		7				16				8			4		3		8	40
20	30	13	8			3		18										6		42
25	31	14	9	8	6			19	6					5					9	43
30	33	15		9						6			7					7		45
35	34	16	10				4	20	7		6					5	4	8	10	46
40	36	17						21		7		9	8			6				47
45	37			10															11	49
50	38	18	11	11			5	22	8	8	7	10	9		5	7	5	9	12	50
55	39	19				4		23			8							10		51
60	40	20	12	12			6	24	9	9		11	10	6		8			13	53
65	42	21	13	13		5		25			9		11	7	6		6	11	14	54
70	44	22	14	14	7		7		10	10	10	12		8		9		12		55
75	47	24				6		26	11	11		13	12	9	7	10	7	13	15	57
80	49	26	15	15	8		8	27	12	12	11	15	14	10	8	11		14	16	58
85	55	28	16	18	9	7	9	28	14	14	13	16	15	12	10	13	8	15	17	60
90	59	30	18	20	13	9		30	15	15	14	20	17	14	11		9		18	63
95	63	34		23	17		10	32	17	17	16	24	21	16		16	10	17	21	66
97	67	35	21		18		13				17	27	22		13		11	18	23	69
97.75	68	36	22	24	19	10		33	19		18	28		17	14	17	12		24	70
99	71	39	25	26	21	12	14	34	22	18	20	30	23	19	19	18	13	19	25	73

NOTA. Subrayado: P_{2.25}, P₁₅, P₅₀, P₈₅, P_{97.75}

TABLA 6 | Percentiles. Puntuaciones T Normalizadas y Puntuaciones Directas en las Escalas IDAS-II. Hombres de 45 a 75 Años (n = 349)

Percentiles	Depresión general	Disforia	Fatiga	Insomnio	Suicidio	Pérdida de apetito	Aumento de apetito	Bienestar	Irritabilidad	Manía	Euforia	Pánico	Ansiedad Social	Claustrofobia	Intrusiones traumáticas	Evitación traumática	Comprobación	Orden	Limpieza	Punt. T normalizadas
1	22							9												27
2.25	23	10						10												30
5	24							12										5	7	34
10	25		6	6				15			5									37
15	26	11					3	16	5	5			6			4	3	6		40
20								18				8							8	42
25	28	12		7				19							4					43
30	29		7		6	3								5				7	9	45
35	30	13		8				20												46
40	31		8	9				21	6		6					5		8	10	47
45		14						22		6						6	4			49
50	32	15		10			4	23					7					9	11	50
55	34		9	11				24	7	7	7	9				7				51
60	35	16																10	12	53
65	36	17	10	12		4	5	25	8		8	10	8	6	5	8	5			54
70	39	18		13	7			26		8				7		9		11	13	55
75	40	19	11	14		5		27	9	9	9	11	10		6		6		14	57
80	43	21	12	15			6	28	10			12		8		10		12		58
85	46	22		16	8	6		29	11	10	10	13	12	9	7	11	7	13	15	60
90	48	24	14	18		7	7	30		11	12	15	13	11	8	12		14	17	63
95	56	29	16	21	12	9			15	13	14	19	16	14	11	15	9	16	20	66
97	57	30	18	23	14		9	32	16	15	15	22	17		12	16	10	17		69
97.75	61	31		24	15	10						23	18	16	13				21	70
99	67	35	20	26	18	11	11	34	20	17	18	25	20	19	14	17	12	18	23	73

NOTA. Subrayado: P_{2.25}, P₁₅, P₅₀, P₈₅, P_{97.75}

TABLA 7 | Percentiles. Puntuaciones T Normalizadas y Puntuaciones Directas en las Escalas IDAS-II. Mujeres de 18 a 44 Años (n = 379)

Percentiles	Depresión general	Disforia	Fatiga	Insomnio	Suicidio	Pérdida de apetito	Aumento de apetito	Bienestar	Irritabilidad	Manía	Euforia	Pánico	Ansiedad Social	Claustrofobia	Intrusiones traumáticas	Evitación traumática	Comprobación	Orden	Limpieza	Punt. T normalizadas
1	23																			27
2.25	24	10	6	6				10										5	7	30
5	27	11					3	12	5	5	5		6			4				34
10	30		7					14				8								37
15	31	13	8	7		3		16									3	6	8	40
20	33							17	6	6				5	4					42
25	34	15	9	8			4	18	7							5		7	9	43
30	36	17		9	6			19			6	9	7							45
35	37		10	10				20		7						6		8	10	46
40	38	18					5		8				8			7	4		11	47
45	40	19	11	11				21				10						9		49
50	41	20	12	12		4	6	22	9	8	7		9	6	5				12	50
55	43	21				5		23		9		11				8	5	10	13	51
60	45	22	13	13			7	24	10		8	12	10	7	6					53
65	47	24		14				25	11	10		13	11			9	6	11	14	54
70	49	25	14	15	7	6	8	26		11	9	14	12	8	7			12	15	55
75	51	27	15	16				27	12	12		15	13	9	8	10	7	13	16	57
80	53	28	16	17	8		9	28	14	13	10	16	14	10	9	11	8	14	18	58
85	57	30	17	19	9	7	10	29	15	14	12	18	15	11	10	13	9	15	19	60
90	60	33	19	22	11	8	11	30	17	16	13	20	17	13	11	14	10	16	20	63
95	69	38	21	24	13	9	13	32	19	18	15	24	19	17	14	16	12	17	22	66
97	77	43	23	27	16	10	14	34	20		17	27	22	18	15	17	13	19	24	69
97.75	78	44	24	28	18	11	15	35	21	19		28	23	19	17				25	70
99	85	45	26	29	20	12		37	25	22	19	33	26	24	18	19	14	21	26	73

NOTA. Subrayado: P_{2.25}, P₁₅, P₅₀, P₈₅, P_{97.75}

TABLA 8 | Percentiles. Puntuaciones T Normalizadas y Puntuaciones Directas en las Escalas IDAS-II. Mujeres de 45 a 75 Años (n = 156)

Percentiles	Depresión general	Disforia	Fatiga	Insomnio	Suicidio	Pérdida de apetito	Aumento de apetito	Bienestar	Irritabilidad	Manía	Euforia	Pánico	Ansiedad Social	Claustrofobia	Intrusiones traumáticas	Evitación traumática	Comprobación	Orden	Limpieza	Punt. T normalizadas
1	24							10												27
2.25	25	10	6					11										5	7	30
5	27	11		6			3	12	5	5						4				34
10	28							14			5	8	6							37
15	30	12	7					16						5			3	6	8	40
20	31	13	8	7				17											9	42
25	33	14		8		3		18	6						4	5		7		43
30	34			9	6		4			6									10	45
35		15	9	10				20	7			9	7			6		8		46
40	35	16						21		7	6					7			11	47
45	36	17		11										6			4	9		49
50	38	18	10	12			5	23	8			10	8			8			12	50
55	39					4				8	7			7	5			10	13	51
60	40	19	11	13				24				11	9	8		9	5		14	53
65	42	20				5	6		9	9	8			9	6			11		54
70	43	22	12	14	7			26		10		12	10			10	6		15	55
75	48	24		15		6	7		10		9	13	11	10	7			12		57
80	50	26	13	17				27	11	11	10	14	12	11		11	7		16	58
85	53	27	14	19	8	7	8	28	12	12		16	13	13	8	12	8	13	19	60
90	57	31	16	21	9	8	9	29	13		11	19	16	14	10	13		15	21	63
95	64	34	18	24	13	9	10		16	15	13	22	18	16	13	15		16	23	66
97	70	35	20		16	11	12	31	17	17	14	25	19	18	16	17	10		24	69
97.75	73	37	21	25					18	18	15	26		20				17		70
99	83	44	24	29	21	13	14	36	22	21	17	28	21	24	17	19	12	21	26	73

NOTA. Subrayado: P_{2.25}, P₁₅, P₅₀, P₈₅, P_{97.75}

2.1. Ejemplo del cálculo de la severidad de los síntomas

Continuando con el ejemplo del caso descrito en el capítulo 2 (apartado 1.3) se obtiene la información que aparece recogida en la siguiente figura.

FIGURA 8 | Ejemplo de puntuaciones directas en las escalas del IDAS-II

Baremo: Mujeres de 18 - 44 años								
Persona responsable de la aplicación: Ejemplo de caso (pre)								
			Percentiles					
	PD	Pc	1	3	16	33	50	67
Depresión general	73							
Disforia	41							
Fatiga	19							
Insomnio	25							
Suicidio	6							
Pérdida apetito	3							
Aumento apetito	15							
Irritabilidad	19							
Manía	18							
Euforia	5							
Pánico	25							
Ansiedad social	21							
Claustrofobia	6							
Intrusiones traumáticas	15							
Evitación traumática	14							
Comprobación	4							
Ordenación	5							
Limpieza	11							
Bienestar	12							

Para interpretar mejor estas puntuaciones directas, como ya se ha indicado en el texto, se recomienda transformarlas a percentiles a partir de la tabla baremo correspondiente. Para ello se buscará el valor percentil que corresponde a cada una de las puntuaciones directas. Al ser una mujer de 29 años, se debe obtener esos valores de percentiles de la tabla de baremos de mujeres de 18-44 años (Tabla 7). Es posible que el valor de la puntuación directa no coincida exactamente con algunos de los valores percentiles que aparecen en la columna situada más a la izquierda (en negrita, con valores de 1 a 99). En ese caso, se le asignará el percentil correspondiente a la puntuación directa inmediatamente inferior. Por ejemplo, en este caso, para la dimensión ‘depresión general’, la puntuación 73 no aparece en la tabla. La puntuación inmediatamente inferior es 69, a la que le corresponde el percentil 95. Por lo tanto, se le asignará el percentil 95 a la puntuación directa 73. Lo mismo ocurre con la puntuación directa de ‘disforia’: la puntuación directa es de 41, que no aparece en la tabla. Como a la puntuación directa inmediatamente inferior (38) le corresponde el percentil 95, se le asignará el percentil 95 a la puntuación directa 41. Para la puntuación de ‘fatiga’ de 19 se observa que le corresponde el percentil 90.

Toda la información se puede registrar en la tabla de perfiles que está disponible como anexo III en este manual.

FIGURA 9 | Ejemplo parcial de tabla para la elaboración de perfiles de los pacientes (I)

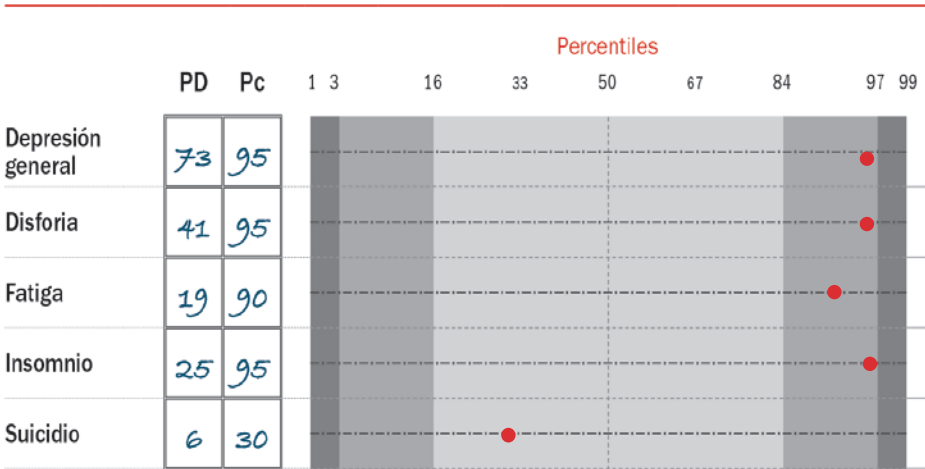
Baremo: Mujeres de 18 - 44 años

Persona responsable de la aplicación: Ejemplo de caso (pre)

		Percentiles						
	PD	Pc	1	3	16	33	50	67
Depresión general	73	95						
Disforia	41	95						
Fatiga	19	90						

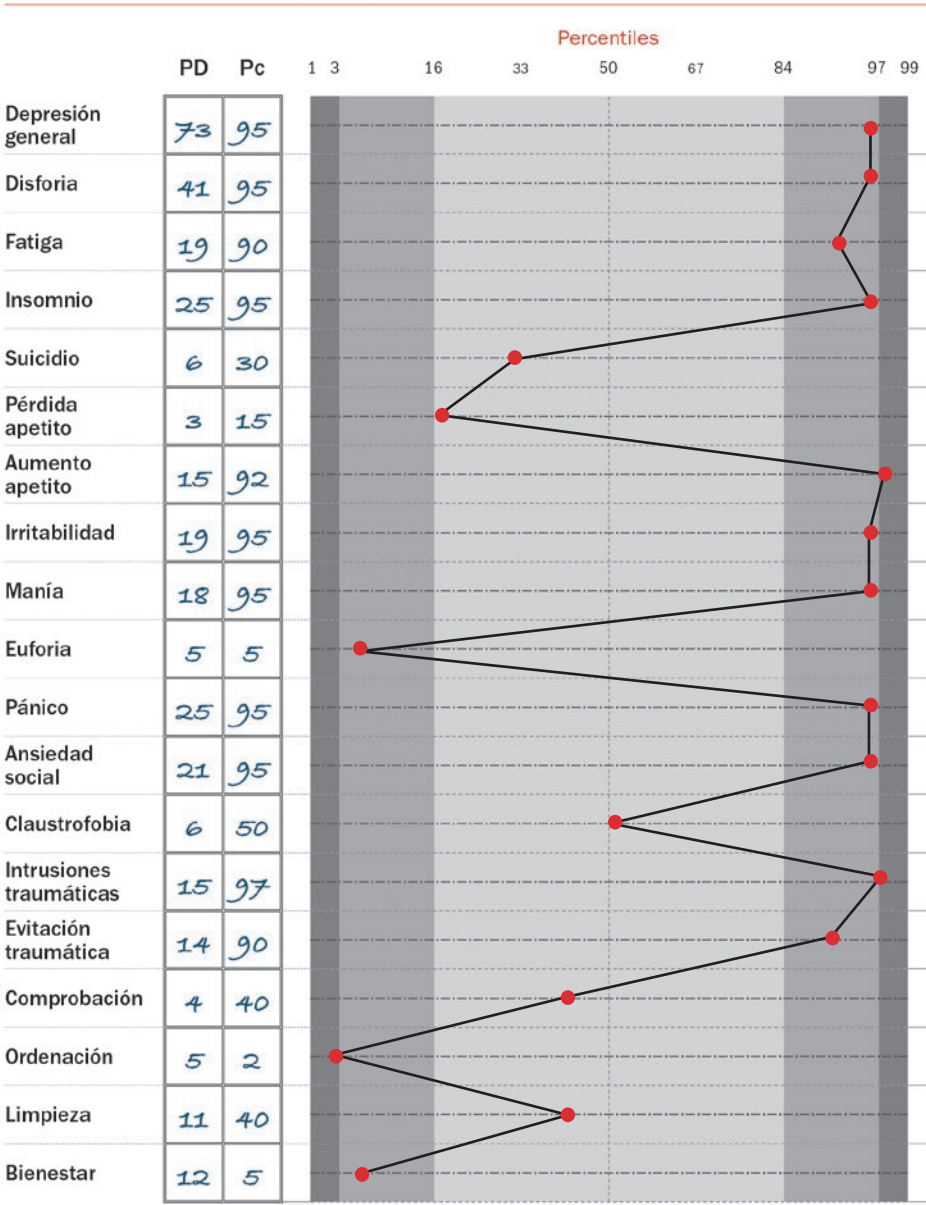
Siguiendo esta lógica se completará toda la tabla del perfil del/la paciente. Para transformar esa información numérica en información gráfica, en la misma tabla aparecen los valores de percentiles más significativos: desde un punto de vista estadístico, se consideran valores percentiles dentro de la ‘normalidad’ (normalidad estadística) aquellos que se encuentra entre 16 y 84 (serían puntuaciones situadas a una desviación típica por debajo o por encima, respectivamente, de la media de la población de referencia). Los valores más extremos corresponderían a los valores percentiles superiores a 97 o inferiores a 3.

FIGURA 10 | Ejemplo parcial de tabla para la elaboración de perfiles de los pacientes (II)



Para la representación gráfica, se dibujará un punto, lo más aproximado posible, a la posición del valor percentil en el continuo de 1 a 99. Por ejemplo, para la dimensión ‘depresión general’ se pondrá ese punto muy cerca del 97. Si, además, se unen los puntos correspondientes a cada dimensión, se obtendrá una representación gráfica del perfil de esta persona, tal y como se muestra en la figura 11.

FIGURA 11 | Ejemplo parcial de tabla para la elaboración de perfiles de los pacientes (III)



3. Puntuaciones de síntomas que deberían ser objeto de atención clínica

Como se ha descrito en el apartado anterior, los baremos obtenidos en muestras de la población general permiten a los clínicos inferir la gravedad del trastorno de un paciente al situar su puntuación en los percentiles del grupo de referencia del paciente. Sin embargo, también es plausible realizar un cribado acerca de qué pacientes obtienen puntuaciones situadas en un umbral clínico y, por lo tanto, pueden requerir atención especializada. En el cribado, de nuevo, la evaluación no debe limitarse a una dimensión única, sino que debe contemplar un enfoque multidimensional que abarque el conjunto de síntomas. Este enfoque reconoce la complejidad de los trastornos emocionales y permite una mejor comprensión del perfil psicopatológico de cada paciente (Kazdin, 2009).

La evidencia científica señala que ciertos síntomas tienen un alto poder discriminativo entre muestras clínicas y muestras obtenidas en la población general. En concreto, los síntomas que más diferencian las muestras clínicas de las no clínicas incluyen la fatiga y la disforia para la depresión (Stasik-O'Brien et al., 2019; Watson et al., 2012; Watson & O'Hara, 2017), o los ataques de pánico y claustrofobia en el caso de los síntomas de ansiedad (Irak & Albayrak, 2020). Contar con puntos de corte que discriminen adecuadamente cada síntoma no solo facilita el cribado inicial, sino que también potencia que los pacientes reciban una atención adaptada a la gravedad de sus síntomas, evitando intervenciones innecesarias (Bullis et al., 2019; Nelson et al., 2018).

Al establecer puntos de corte para discriminar entre un grupo de personas que requieren atención clínica en un síntoma y otro que no, es fundamental considerar la sensibilidad y especificidad de los instrumentos. La sensibilidad se refiere a la capacidad de identificar correctamente a quienes realmente presentan síntomas clínicos, mientras que la especificidad se refiere a la precisión para descartar a quienes no los tienen. Un baremo con alta sensibilidad reducirá el riesgo de falsos negativos, asegurando que los pacientes que necesitan intervención sean identificados. Por otro lado, la especificidad minimiza los falsos positivos, evitando etiquetar a individuos sin necesidad clínica de intervención. Para la identificación de estos puntos de corte en las escalas del IDAS-II se ha escogido el punto de mayor balance entre estos dos parámetros (sensibilidad y especificidad), con el objetivo de usar un valor que maximice la eficacia del cribado clínico (Power et al., 2013).

La tabla 9 muestra diferentes estadísticos que aportan información sobre la capacidad discriminativa de los síntomas evaluados a través de las escalas del IDAS-II. Las medias y desviaciones típicas de las escalas son presentadas en tres grupos de muestra distintos: la muestra total, la muestra de población general y la muestra clínica. En la tabla se observa que la puntuación media de la muestra clínica es superior (mayor severidad de los síntomas) en todas las dimensiones evaluadas con el IDAS-II, lo que puede interpretarse como una adecuada capacidad discriminativa del instrumento. Por otro lado, los valores de “d” de Cohen indican la magnitud de las diferencias o tamaños del efecto entre los grupos. En la tabla se observa que la mayoría de las escalas del IDAS-II muestran tamaños del efecto de moderados a altos al comparar la muestra comunitaria con la de pacientes, siendo las escalas de Depresión General, Disforia, Manía o Intrusiones traumáticas las que presentan los tamaños del efecto más grandes. Los síntomas que menos discriminan serían Bienestar, Limpieza, Orden, Aumento de apetito o Euforia. Finalmente, en la tabla se observan los puntos de corte y los intervalos de confianza de estos, que permiten la detección de puntuaciones en las escalas de objeto de atención clínica.

TABLA 9 | Estadísticos descriptivos de muestra clínica y comunitaria y puntos de corte de screening

	Muestra total (N = 1390)	Muestra población general (n = 1072)	Muestra de pacientes (n = 318)	d	Puntos de Corte	IC inferior	IC superior
	M (SD)	M (SD)	M (SD)				
Depresión general	43.92 (15.33)	39.82 (12.17)	57.73 (16.80)	1.22	47.34	46.57	48.11
Disforia	21.73 (9.22)	19.18 (7.44)	30.33 (9.46)	1.31	24.09	23.64	24.54
Fatiga	12.08 (4.79)	11.13 (4.25)	15.32 (5.10)	0.89	13.03	12.78	13.28
Insomnio	13.14 (6.17)	12.02 (5.37)	16.92 (7.14)	0.78	14.12	13.79	14.46

	Muestra total (N = 1390)	Muestra población general (n = 1072)	Muestra de pacientes (n = 318)	<i>d</i>	Puntos de Corte	IC inferior	IC superior
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>				
Suicidio	7.94 (3.91)	7.27 (2.86)	10.22 (5.71)	0.65	8.25	8.02	8.49
Pérdida de apetito	4.94 (2.59)	4.57 (2.19)	6.20 (3.35)	0.58	5.21	5.06	5.36
Aumento de apetito	5.81 (2.88)	5.59 (2.69)	6.56 (3.36)	0.32	6.03	5.87	6.19
Bienestar	21.82 (6.25)	22.41 (5.83)	19.84 (7.19)	0.19	21.26	20.91	21.60
Irritabilidad	9.72 (4.61)	8.91 (3.98)	12.48 (5.47)	0.75	10.41	10.16	10.66
Manía	9.58 (4.48)	8.46 (3.69)	13.38 (4.84)	1.14	10.58	10.36	10.81
Euforia	8.17 (3.45)	7.87 (3.20)	9.24 (4.03)	0.38	8.47	8.28	8.66
Pánico	13.41 (6.89)	11.53 (4.92)	19.77 (8.61)	1.18	14.53	14.16	14.89
Ansiedad Social	10.44 (5.06)	9.44 (4.11)	13.84 (6.35)	0.82	11.17	10.89	11.45
Claustrofobia	8.15 (4.54)	7.35 (3.66)	10.88 (5.96)	0.71	8.69	8.43	8.95
Intrusiones traumáticas	7.06 (4.05)	6.02 (2.99)	10.58 (5.07)	1.10	7.71	7.49	7.93
Evitación traumática	8.50 (4.06)	7.76 (3.70)	11.01 (4.21)	0.82	9.28	9.07	9.49
Comprobación	5.65 (2.81)	5.19 (2.44)	7.24 (3.36)	0.70	6.05	5.90	6.21
Orden	10.01 (3.97)	9.70 (3.69)	11.07 (4.66)	0.33	10.31	10.09	10.53
Limpieza	11.47 (5.05)	11.84 (5.06)	10.20 (4.82)	0.33	11.00	10.74	11.26

NOTA. *d*: valor absoluto de la “*d*” de Cohen.

Ejemplificando lo presentado en la tabla anterior, en la dimensión de 'depresión general' la media en la muestra comunitaria es 39.82 ($SD = 12.17$), mientras que en la muestra clínica es significativamente más alta, con una media de 57.73 ($SD = 16.80$). El punto de corte para esta dimensión se establece en 47.34, con un intervalo de confianza que va de 46.57 a 48.11. Por lo tanto, puntuaciones alrededor de 47.34 puede estar indicando un nivel de severidad de depresión considerablemente mayor que el observado en la muestra comunitaria, por lo que requeriría de atención clínica. Del mismo modo, en la escala de 'suicidio' se observa una media de 10.22 ($SD = 5.71$) en la muestra clínica, frente a la media de 7.27 ($SD = 2.86$) en la muestra de población general. Al observar el punto de corte, valores alrededor de 8.25 indicaría que este paciente presenta un nivel en esa escala compatible con el observado en la muestra clínica, por lo que este síntoma requiere atención clínica.

Así pues, los puntos de corte generados para cada síntoma permiten identificar los síntomas que podrían requerir atención clínica, mejorando la eficacia del abordaje terapéutico.

4. Identificación de síntomas asociados a diagnósticos clínicos del DSM-5

Aunque la evaluación dimensional de la gravedad de los trastornos ha emergido como una propuesta valiosa para capturar la variabilidad y la intensidad de los síntomas, es necesario requerir herramientas que conecten esta información con la probabilidad de tener un diagnóstico específico. Esto es, para tomar decisiones clínicas informadas y personalizadas, los profesionales de salud mental necesitan comprender cómo los niveles de gravedad se asocian a una mayor probabilidad de tener un trastorno específico. En este sentido, la integración de puntos de corte diagnósticos basados en modelos dimensionales con las tradicionales categorías diagnósticas del DSM-5 puede ayudar a alinear mejor las evaluaciones con las necesidades de tratamiento específicas y la intervención (Haslam et al., 2020; Marcus et al., 2023). Este enfoque combinado facilita una mayor precisión en el diagnóstico y una orientación más clara para el tratamiento (Shedler, 2018).

La Tabla 10 presenta los resultados de aplicar curvas ROC (acrónimo de Receiver Operating Characteristic) de cada una de las escalas del IDAS-II para pre-

decir su diagnóstico clínico con el que teóricamente se encuentra más asociado (por ejemplo, el punto de corte para la escala de ‘ansiedad social’ en la detección del ‘trastorno de ansiedad social’; el punto de corte para la escala de ‘pánico’ en la detección del ‘trastorno de pánico’). Considerando que las escalas de ‘depresión general’ y ‘disforia’ son generales, y que algunos síntomas específicos se superponen entre los criterios del DSM-5 para trastornos de depresión y ansiedad (APA, 2013), se desarrollaron puntos de corte para estas escalas con el fin de predecir tanto el trastorno de ansiedad generalizada como el trastorno depresivo mayor. Esto es, para estas escalas se ha calculado puntos de corte tanto para predecir los trastornos de depresión y ansiedad, mientras que para el resto de las escalas específicas se utilizan los trastornos que teóricamente se encuentran más relacionados.

Por otro lado, en el presente manual se ofrecen los datos de las escalas que tienen una capacidad diagnóstica al menos aceptable, que se corresponde con aquellas con valores del área bajo la curva (en adelante AUC) de $>.70$ o superiores. Para estas escalas se ofrecen los siguientes puntos de corte: a) punto de corte para diagnóstico, que priorizan obtener una elevada especificidad (probabilidad de detectar a personas sin el trastorno en las escalas del IDAS-II cuando no presentan el trastorno según el gold-standard); b) puntos de corte balanceados, que muestra el punto de equilibrio entre sensibilidad y especificidad; y, c) puntos de corte para cribado, que se caracterizan por tener una elevada sensibilidad (probabilidad de detectar a personas que tienen el trastorno a partir de las escalas del IDAS-II cuando presentan el trastorno según el gold-standar). Además, se informa del valor predictivo positivo (PPV; que representa la probabilidad de un/a paciente que tenga valores positivos de cursar el trastorno) y valor predictivo negativo (NPV; que representa la probabilidad de un/a paciente que tenga valores negativos de estar libre del trastorno) para cada diagnóstico previsto por las escalas del IDAS-II.

Para ejemplificar la interpretación, se puede utilizar el diagnóstico de trastorno depresivo mayor (en adelante MDD) evaluado a través de la MINI del DSM-5 con la escala de Depresión General. Como se observa, esta última escala muestra un AUC de $.78$, indicando una capacidad moderada para discriminar entre personas con y sin MDD. El punto de corte diagnóstico es de 76.5 , correspondiendo una alta especificidad (0.911) y una sensibilidad baja (0.283). En consecuencia, si se seleccionan a pacientes con este valor o superior se va a tener una alta seguridad de que estos pacientes presentan el trastorno MDD (pocos falsos positivos). No obstante, probablemente haya pocos pacientes con el trastorno que alcancen este

valor o superior en la escala. Así pues, usando este punto de corte probablemente sólo se van a detectar a los casos más graves de pacientes con MDD. Los puntos de corte balanceados (65.5) y de cribado (52.5) mejoran la sensibilidad, alcanzando hasta .913, pero con una reducción notable en la especificidad. Así pues, estos puntos de corte detectarán más pacientes cuyas puntuaciones hacen plausible que tengan el trastorno MDD. Sin embargo, es probable que muchos de estos pacientes realmente no presenten el trastorno (mayor para el punto de corte de cribado que para el punto de corte balanceado). Por otro lado, su valor predictivo positivo (PPV) es de .735, lo que representa la probabilidad de que con ese punto de corte, una persona con dicha puntuación curse el trastorno de MDD. La escala de ‘disforia’ tiene una AUC de .76 para MDD, con un punto de corte diagnóstico de 40.5. Los parámetros de sensibilidad y especificidad son similares a los observados en la escala de ‘depresión general’ con el trastorno MDD. Otra escala que sirve de ejemplo es la de Suicidio. Esta escala tiene un alto valor de AUC (.84) para el trastorno de comportamiento suicida (SBD). El punto de corte diagnóstico de 15.5 con una sensibilidad de .900 y un buen valor predictivo negativo (NPV), sugiriendo su utilidad para identificar correctamente a quienes no tienen el trastorno.

TABLA 10 | Puntos de corte de las escalas IDAS-II y utilidad para predecir diagnósticos DSM-5 obtenidos a través de la MINI

Escala del IDAS-II	Diagnóstico del DSM-5	AUC [95% CI]	Puntos de corte	Sens	Spec.	PPV	NPV	
Depresión general	MDD	.78 [.73/.84]	Diagnóstico	76.5	.283	.911	.735	.594
			Balanceado	65.5	.693	.767	.721	.742
			Cribado	52.5	.913	.500	.614	.869
	GAD	.70 [.64/.76]	Diagnóstico	75.5	.299	.904	.759	.562
			Balanceado	61.5	.672	.662	.667	.667
			Cribado	43.5	.920	.199	.536	.711
Disforia	MDD	.76 [.70/.82]	Diagnóstico	40.5	.291	.918	.755	.598
			Balanceado	33.5	.709	.719	.687	.739
			Cribado	26.5	.906	.425	.578	.838
	GAD	.69 [.63/.75]	Los valores de AUC no alcanzaron el valor suficiente para computer puntos de corte					

Escala del IDAS-II	Diagnóstico del DSM-5	AUC [95% CI]	Puntos de corte	Sens	Spec.	PPV	NPV	
Suicidio	SBD	.84 [.75/.93]	Diagnóstico	15.5	.545	.900	.188	.979
			Balanceado	11.5	.727	.723	.100	.984
			Cribado	8.5	1	.569	.089	1
Pánico	PD	.71 [.63/.78]	Diagnóstico	31.5	.208	.927	.407	.829
			Balanceado	21.5	.755	.609	.317	.912
			Cribado	12.5	.925	.218	.222	.923
Ansiedad Social	SAD	.83 [.77/.89]	Diagnóstico	23.5	.450	.927	.514	.908
			Balanceado	16.5	.875	.690	.327	.970
			Cribado	13.5	.900	.530	.247	.969
Claustrofobia	Agorafobia	.77 [.70/.85]	Diagnóstico	18.5	.375	.920	.500	.873
			Balanceado	11.5	.708	.720	.351	.920
			Cribado	5.5	.938	.333	.231	.962
Intrusiones traumáticas	PTSD	.76 [.69/.83]	Diagnóstico	16.5	.351	.903	.488	.841
			Balanceado	11.5	.772	.634	.358	.913
			Cribado	8.5	.912	.449	.304	.951

NOTA. MDD = Trastorno Depresivo Mayor; GAD = Trastorno de Ansiedad Generalizada; SBD = Trastorno de Comportamiento suicida; PD = Trastorno de Pánico; SAD = Trastorno de Ansiedad Social; PTSD = Trastorno de Estrés Post-traumático; Sens. = Sensibilidad; Spec. = Especificidad; PPV = Valor Predictivo Positivo; NPV = Valor Predictivo Negativo.

5. Identificación de síntomas que interfieren en las actividades de la vida diaria

La interpretación de las puntuaciones basada en grupos normativos y puntos de corte para diferenciar lo que puede ser un síntoma que requiera atención clínica son enfoques complementarios, y ambos proporcionan información útil que enriquece el juicio clínico (Trivedi, 2009). Además de esto, para la presente escala se aporta información de en qué medida las puntuaciones alteran el desarrollo de la vida diaria de las personas, analizando la relación las puntuaciones del IDAS-II con indicadores de la calidad de vida y el deterioro funcional (Fried et al., 2022; McKnight & Kashdan, 2009). Las evidencias obtenidas de la práctica clínica diaria reflejan que

el uso de medidas de resultados informadas por los pacientes (PROM, por sus siglas en inglés) tales como su calidad de vida y funcionalidad son implementada por menos del 20% de los/as clínicos/as (Lewis et al., 2020), a pesar de las recomendaciones existentes (Frampton et al., 2017; Knaup et al., 2009; Shimokawa et al., 2010). La falta de comprensión de su utilidad así como el esfuerzo requerido para administrar estas pruebas son factores que pueden obstaculizar su uso regular en las sesiones clínicas (Campbell et al., 2022; Gelkopf et al., 2021). Por ello, resulta útil proporcionar a los/as clínicos/as información sobre la asociación entre los síntomas internalizantes evaluados por el IDAS-II con medidas PROM. De esta forma, y en consonancia con los Estándares Basados en el Consenso para la Selección de Instrumentos de Medición de Salud (COSMIN; Mokkink, Prinsen, Bouter, de Vet y Terwee, 2016), las puntuaciones de las escalas del IDAS-II también permitirían una interpretación cualitativa en términos de deterioro.

Las medidas PROMs habitualmente incluyen escalas y tests que miden la calidad de vida y funcionalidad. Por ello, es necesario identificar y seleccionar las medidas de funcionalidad adecuadas para establecer sus relaciones con las puntuaciones de las escalas del IDAS-II. De esta forma se pretende conocer como los síntomas evaluados a través del IDAS-II y su tratamiento impactan en diversos aspectos de la vida diaria (Lloyd et al., 2014; Yorkston & Baylor, 2019). Los PROMs son instrumentos que han demostrado su utilidad para el seguimiento de pacientes en los servicios de salud mental (Knaup et al., 2009; Øvretveit et al., 2017; Shimokawa et al., 2010). Entre los PROMs, tanto el DSM-5 (APA, 2013) como algunos autores (Obbarius et al., 2017) destacan la utilidad del WHODAS 2.0 (WHO, 2000) para evaluar la capacidad funcional de las personas. El WHODAS 2.0 es un instrumento que diferencia entre diferentes niveles de deterioro según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (ICF). Además, el WHODAS 2.0 está adaptado a numerosos idiomas y ha mostrado propiedades psicométricas adecuadas en diversas poblaciones (por ejemplo, Federici et al., 2022; Ćwirlej-Sozańska et al., 2020; Koumpouros et al., 2018; Saltychev et al., 2021). Por otro lado, para evaluar la calidad de vida uno de los instrumentos más utilizados es la SF-36. El SF-36 consta de 36 ítems con escalas de múltiples ítems que miden ocho dominios del estado de salud (Funcionamiento Físico, Rol-Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Funcionamiento Social, Rol-Emocional y Salud Mental), pudiendo agruparse en un dominio de salud física y en otro de salud mental. En el caso que nos ocupa, dado que interesa el deterioro

mental, se utilizaron las puntuaciones del dominio de salud mental, aplicando un punto de corte para diferenciar entre personas con una calidad de vida pobre (puntuaciones $T \leq 35$) y personas con una calidad de vida promedio buena (puntuaciones $T > 35$).

Considerando lo anteriormente expuesto, en la Tabla 11 se presentan los resultados de los análisis ROC y los puntos de corte estimados en las escalas del IDAS-II para determinar el deterioro funcional moderado y severo basándose en los criterios de la WHODAS 2.0. Dicho de otra forma, esta tabla proporciona un análisis de la capacidad de cada escala del IDAS-II para distinguir entre individuos con deterioro moderado en su capacidad funcional (puntuación superior a 25 en WHODAS 2.0) y deterioro severo (puntuación superior a 50 en WHODAS 2.0). A través de los valores de AUC se aprecia la capacidad de cada escala para discriminar entre ambos grupos. Como se observa en la tabla, los valores de AUC para la mayoría de las escalas del IDAS-II son adecuados. La escala de ‘depresión general’, por ejemplo, muestra un AUC de .872 para el identificar un deterioro moderado de la capacidad funcional y de .946 para el deterioro severo, reflejando una excelente capacidad discriminativa en ambos casos, con alta sensibilidad y especificidad, especialmente para el deterioro severo. También se observa que la sensibilidad y la especificidad presenta valores más altos para detectar el deterioro severo en comparación con el deterioro moderado/severo. Es decir, las puntuaciones del IDAS-II muestran una mayor sensibilidad y especificidad al identificar a aquellos con mayor deterioro.

Cabe señalar que cinco escalas no logran discriminar entre personas sin deterioro y personas con deterioro moderado/severo (aumento del apetito, ordenación, euforia, limpieza y bienestar). Llamar la atención sobre la escala de ‘bienestar’, que tiene un AUC significativamente bajo (.312 para el deterioro moderado y .204 para el severo), lo que sugiere una capacidad limitada para diferenciar entre los grupos y una menor utilidad clínica en estos contextos. Por el contrario, escalas como ‘disforia’ y ‘pánico’, además de la ‘depresión general’, muestran un rendimiento notable con altos valores de AUC y sensibilidad para detectar tanto el deterioro moderado como el severo. Estos datos sugieren que algunas escalas del IDAS-II, como ‘depresión general’ y ‘disforia’, son particularmente efectivas para identificar el deterioro en diferentes niveles, mientras que otras, como “Euforia” y “Limpieza”, presentan un rendimiento más limitado, especialmente en detectar el deterioro severo.

TABLA 11 | Resultados de los análisis ROC y puntos de corte estimados según los criterios de deterioro moderado y grave (N = 1390)

	DETERIORO MODERADO (puntuación > 25 WHODAS 2.0)				DETERIORO SEVERO (puntuación > 50 WHODAS 2.0)			
	AUC [95%CI]	Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	AUC [95%CI]	Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad
Depresión general	.872 [.85, .90]	43.5	.864	.705	.946 [.92, .97]	48.5	.959	.706
Disforia	.863 [.84, .89]	21.5	.844	.701	.943 [.92, .97]	24.5	.980	.705
Fatiga	.808 [.78, .84]	12.5	.762	.705	.885 [.85, .92]	13.5	.898	.704
Insomnio	.788 [.76, .82]	14.5	.690	.744	.855 [.80, .91]	15.5	.857	.719
Suicidio	.783 [.75, .82]	7.5	.667	.828	.872 [.82, .93]	7.5	.878	.746
Pérdida de apetito	.720 [.69, .76]	5.5	.616	.740	.754 [.68, .83]	6.5	.612	.791
Aumento de apetito	.657 [.62, .69]	6.5	.503	.739	.610 [.52, .70]	7.5	.388	.776
Bienestar	.312 [.28, .35]	26.5	.119	.714	.204 [.13, .28]	26.5	.061	.743
Irritabilidad	.762 [.73, .80]	10.5	.667	.761	.794 [.73, .86]	11.5	.755	.742
Manía	.805 [.78, .83]	9.5	.782	.703	.790 [.73, .85]	11.5	.694	.730
Euforia	.594 [.56, .63]	9.5	.374	.766	.518 [.43, .61]	9.5	.306	.738
Pánico	.855 [.83, .88]	12.5	.803	.738	.938 [.92, .96]	14.5	.980	.733
Ansiedad Social	.812 [.78, .84]	10.5	.759	.734	.876 [.83, .93]	11.5	.837	.702
Claustrofobia	.754 [.72, .79]	7.5	.701	.712	.834 [.77, .90]	8.5	.816	.702
Intrusiones traumáticas	.831 [.80, .86]	6.5	.793	.720	.915 [.89, .95]	7.5	.959	.702
Evitación traumática	.719 [.69, .75]	9.5	.592	.714	.710 [.64, .78]	9.5	.653	.730
Comprobación	.723 [.69, .76]	6.5	.544	.775	.741 [.67, .82]	6.5	.673	.721
Orden	.638 [.60, .68]	10.5	.476	.730	.606 [.52, .69]	12.5	.408	.757
Limpieza	.548 [.51, .59]	13.5	.401	.705	.590 [.49, .68]	14.5	.429	.735

Por otro lado, tras aplicar curvas ROC a las escalas del IDAS-II en la predicción de la calidad de vida medida por el SF-36, 12 de las escalas mostraron una adecuada capacidad discriminativa ($AUC > .70$). La tabla 12 incluye valores de AUC, sensibilidad y especificidad de las escalas con adecuada capacidad discriminativa en relación con el dominio del SF-36 de salud mental. También se incluyen en función de tres tipos de puntos de corte: diagnóstico, balanceado y de cribado. Para la escala de 'depresión general', por ejemplo, el punto de corte diagnóstico es 60.5, con un AUC de 0.90, lo que indica una alta capacidad predictiva para identificar a personas con calidad de vida pobre, con una sensibilidad del 69.5% y una especificidad del 94.2%. En contraste, el punto de corte de cribado para la misma escala es 49.5, mostrando una sensibilidad que alcanza el 91.6% pero una especificidad menor del 63.8%, lo que sugiere que es más efectivo para identificar personas con baja calidad de vida, aunque asumiendo un mayor riesgo de falsos positivos. Otros ejemplos, como la escala de 'disforia', muestran un AUC de 0.87 con puntos de corte que varían según el tipo de evaluación, con sensibilidad y especificidad variables que reflejan diferentes balances entre la capacidad de detectar casos y evitar falsos positivos. Estos resultados proporcionan información valiosa sobre cómo ajustar los puntos de corte para mejorar la precisión en la identificación de deterioro de la calidad de vida.

TABLA 12 | Puntos de corte de las escalas IDAS-II y utilidad para predecir la Salud Mental SF-36

	AUC [95% CI]	Puntos de corte	Sensibilidad	Especificidad	
Depresión general	.90 [.86/.94]	Diagnóstico	60.5	.695	.942
		Balanceado	53.5	.833	.855
		Cribado	49.5	.916	.638
Disforia	.87 [.83/.91]	Diagnóstico	32.5	.665	.913
		Balanceado	29.5	.793	.768
		Cribado	24.5	.906	.522

	AUC [95% CI]	Puntos de corte		Sensibilidad	Especificidad
Fatiga	.75 [.68/.82]	Diagnóstico	18.5	.374	.913
		Balanceado	14.5	.675	.710
		Cribado	10.5	.931	.290
Insomnio	.76 [.69/.82]	Diagnóstico	24.5	.286	.913
		Balanceado	15.5	.729	.725
		Cribado	9.5	.901	.333
Suicidio	.76 [.70/.82]	Diagnóstico	9.5	.468	.913
		Balanceado	7.5	.645	.739
		Cribado	5	.995	.000
Pérdida de apetito	.72 [.66/.79]	Diagnóstico	7.5	.458	.913
		Balanceado	5.5	.650	.652
		Cribado	2	1	.000
Bienestar	.80 [.74/.85]	Diagnóstico	32.5	.498	.913
		Balanceado	28.5	.709	.681
		Cribado	22.5	.941	.406
Irritabilidad	.75 [.68/.81]	Diagnóstico	17.5	.320	.928
		Balanceado	10.5	.709	.638
		Cribado	6.5	.931	.232
Pánico	.81 [.75/.87]	Diagnóstico	26.5	.360	.913
		Balanceado	17.5	.704	.754
		Cribado	12.5	.921	.507
Ansiedad Social	.71 [.64/.77]	Diagnóstico	19.5	.340	.928
		Balanceado	12.5	.690	.623
		Cribado	7.5	.906	.188
Claustrofobia	.70 [.63/.77]	Diagnóstico	13.5	.369	.913
		Balanceado	7.5	.645	.652
		Cribado	4	.995	.000
Intrusiones traumáticas	.74 [.68/.81]	Diagnóstico	15.5	.276	.913
		Balanceado	9.5	.660	.725
		Cribado	5.5	.936	.319

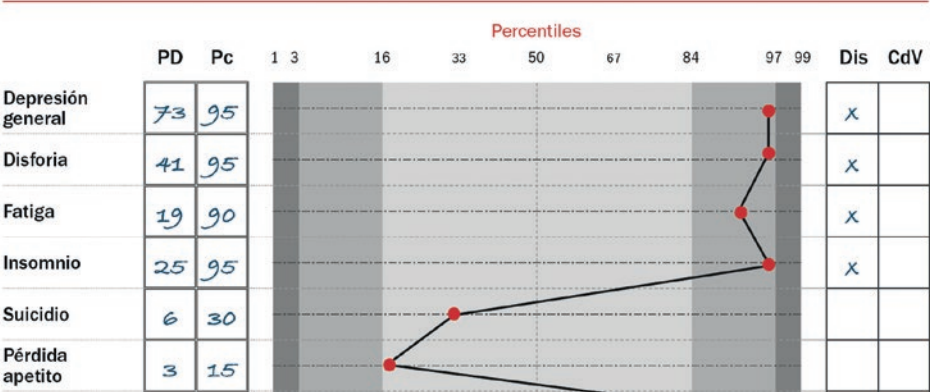
5.1. Ejemplo del cálculo de puntuaciones de síntomas que interfieren en las actividades de la vida diaria

Si se continúa con el ejemplo utilizado en este texto, en el anexo III se puede observar que las dos últimas columnas de la tabla del perfil permiten indicar valores asociados a la discapacidad funcional evaluada con la WHODAS 2.0 (columna 'Dis') y con la calidad de vida evaluada a través del SF.36 (columna 'CdV'). En este caso concreto, es recomendable indicar si la puntuación en una escala concreta se asocia (reflejado con una "X") con niveles de discapacidad moderada o severa (columna Dis). Por otro lado, en la columna CdV, se asignará una "X" cuando la puntuación directa es igual o superior a un punto de corte asociado a una deficiente calidad de vida. Las medidas de funcionalidad/disfuncionalidad y de calidad de vida han sido descritas y explicadas en las páginas anteriores.

FIGURA 12 | Ejemplo parcial de tabla para la elaboración de perfiles de los pacientes (IV)

Para cumplimentar la columna correspondiente a la disfuncionalidad (Dis) o discapacidad es necesario seguir las puntuaciones de corte que aparecen en la tabla 11. Para asignar ‘X’ o no a cada una de las escalas se compara la puntuación directa de la escala con el punto de corte correspondiente a deterioro moderado. Si la puntuación directa es mayor que el punto de corte se asignará una ‘X’ en esa fila, lo que implicará que esa puntuación puede estar reflejando un deterioro moderado o severo en las actividades de la vida diaria. Así, por ejemplo, se muestra una figura que representa las seis primeras puntuaciones (figura 13).

FIGURA 13 | Ejemplo parcial de tabla para la elaboración de perfiles de los pacientes (V)

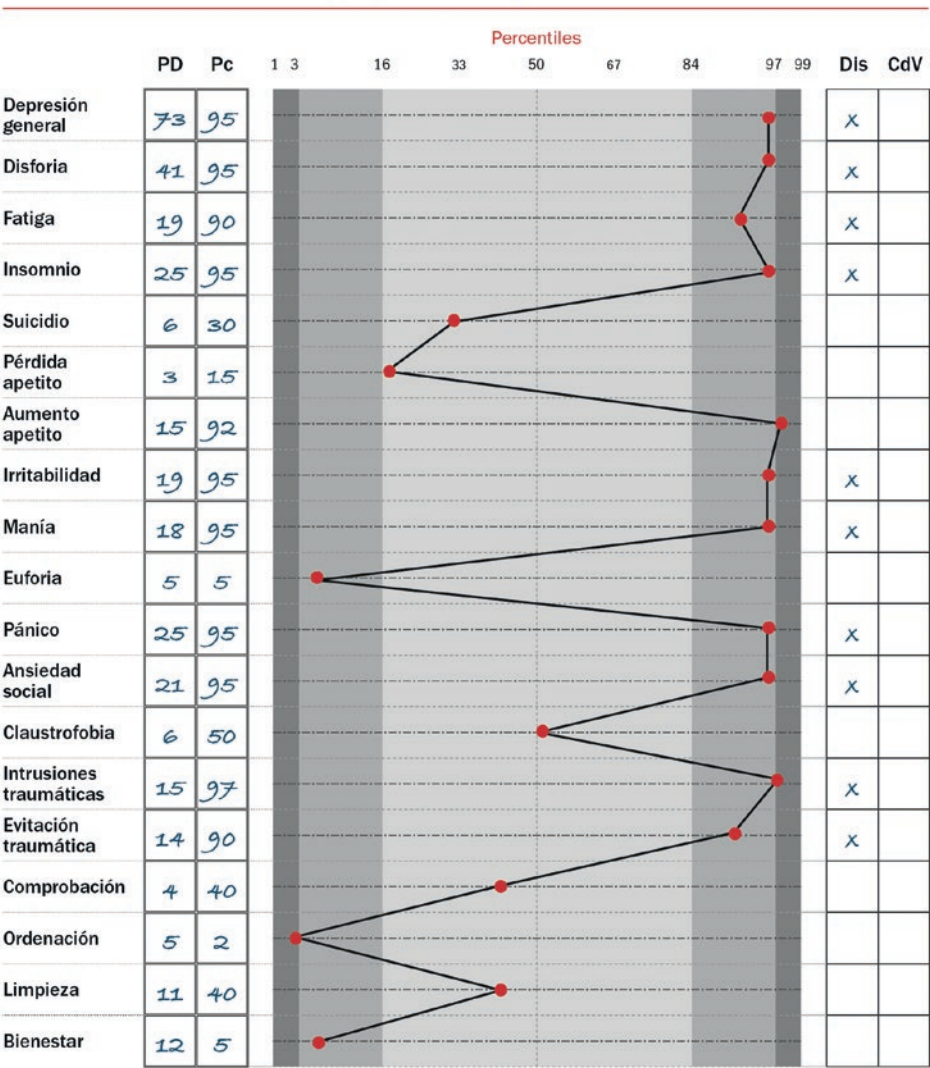


Se observa que la puntuación directa en ‘depresión general’ (73) es mayor que el punto de corte (43.5) lo que indica que está asociado, al menos, a un deterioro moderado. Lo mismo ocurre con las puntuaciones en la escala de ‘disforia’ (41 > 21.5), ‘fatiga’ (19 > 12.5), ‘insomnio’ (25 > 14.5). Sin embargo, no se marca con ‘X’ ni ‘suicidio’ ni ‘pérdida de apetito’ ya que, en ambos casos, la puntuación directa está por debajo del punto de corte.

Así se procederá con todas las escalas, excepto aquellas con valores AUC inferiores a .70, tal y como ya hemos referido previamente. Por lo tanto, no es

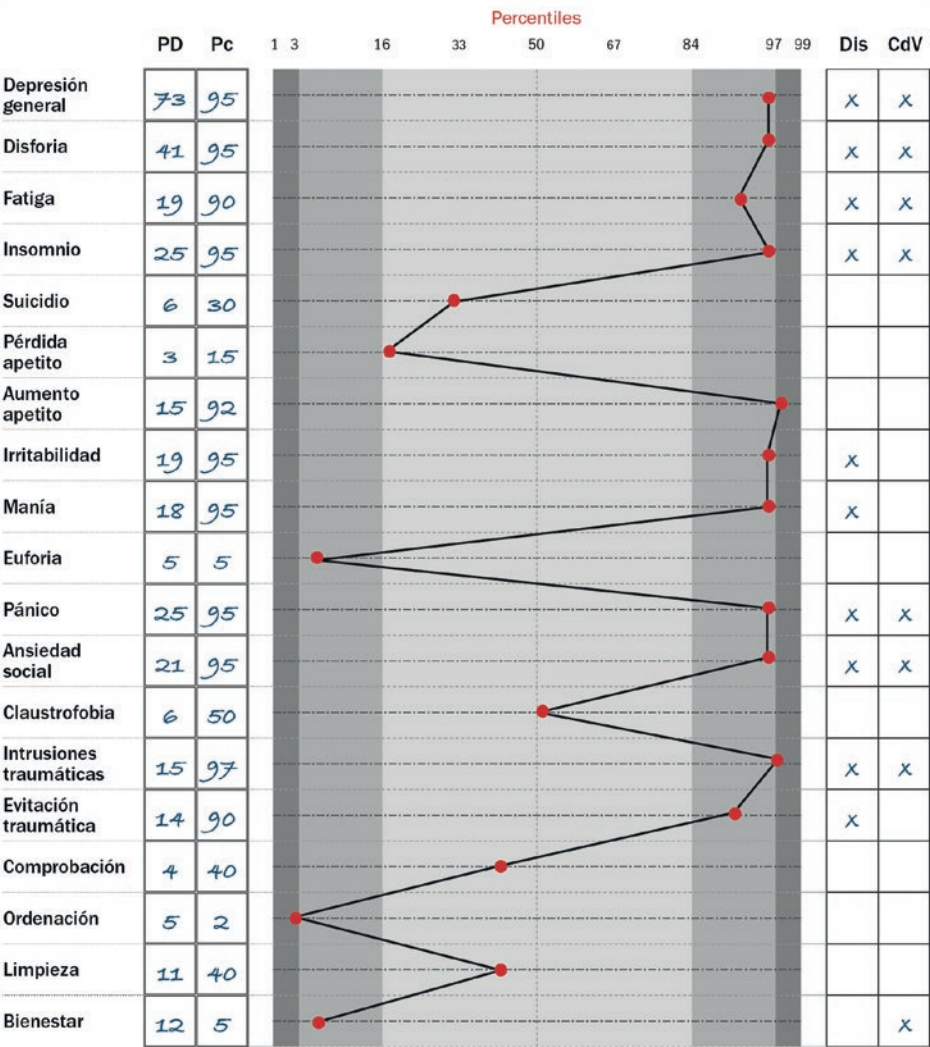
aconsejable realizar esta comparación con las puntuaciones de las escalas de ‘bienestar’, ‘limpieza’, ‘euforia’, ‘orden’ y ‘aumento de apetito’. Al final de este proceso nos quedará dibujado un perfil, como se ilustra en la figura 14.

FIGURA 14 | Ejemplo de perfil de una paciente (I)



Respecto a la columna relativa a la calidad de vida 'CdV', se procederá del siguiente modo: para identificar aquellas escalas cuyas puntuaciones reflejan una calidad de vida 'pobre' se comparará la puntuación directa de cada escala con el valor correspondiente al punto de corte equilibrado correspondiente a esa escala y que se observa en la en la tabla 12. Si la puntuación directa es superior a ese valor se asignará 'X' en esa columna a esa escala. Por ejemplo, se aprecia que la puntuación directa de 'depresión general' es mayor que el punto de corte balanceado ($73 > 53.5$), por lo que la marcaremos con una 'X'. También se puede apreciar, por ejemplo, que la puntuación directa de la escala de 'insomnio' (25) es mayor que el punto de corte equilibrado (15.5). Al completar esta columna se ha de tener en cuenta que: a) en la tabla 12 no aparecen todas las escalas, están recogidas solo aquellas que han mostrado tener una evidente relación con calidad de vida -valores AUC iguales o superiores a .70-; y, b) la puntuación en la escala 'bienestar' se interpreta al revés (puntuaciones bajas se asocian con baja calidad de vida). Por lo tanto, se marcará con 'X' cuando la puntuación directa en esta escala sea inferior que el valor del punto de corte equilibrado correspondiente en la tabla 12 En la siguiente figura se muestra un ejemplo de cómo queda el perfil para la paciente del ejemplo.

FIGURA 15 | Ejemplo de perfil de una paciente (II)



De la tabla anterior al interpretar los resultados aportados por el IDAS-II, se sugiere que la paciente presenta una alta severidad en síntomas asociados a varios trastornos, especialmente depresión (disforia, insomnio, aumento de

apetito e irritabilidad), trastorno bipolar (manía), pánico, ansiedad social y trastorno estrés postraumático (intrusiones traumáticas y evitación traumática). Este perfil indica una afectación transdiagnóstica y la posible presencia de comorbilidad. De acuerdo con los puntos de corte empíricos, todos estos síntomas requieren atención clínica y podrían estar asociados a una discapacidad significativa, interfiriendo en su funcionamiento diario, y asociada en una pobre calidad de vida.

6. Determinación de la evolución del paciente: índice de cambio fiable e identificación de deterioro, no cambio o mejora del paciente

Una vez el/la paciente empieza la intervención es necesario supervisar los cambios que se van produciendo en los síntomas. De esta forma se puede detectar tanto el deterioro que están experimentando los/as pacientes como las mejoras producidas por la intervención. Asimismo, es posible identificar síntomas que inicialmente no requerían intervención clínica, pero que hayan podido tener un deterioro.

En los contextos de investigación, es habitual que para determinar la efectividad de una intervención se utilicen técnicas analíticas basadas en la significación estadística (Gkintoni et al., 2024; Guo et al., 2024; Yang et al., 2024). No obstante, hay que advertir que estos métodos se basan en el promedio del grupo de pacientes o en la variabilidad de sus puntuaciones para determinar la significación estadística. Sin embargo, estas técnicas no proporcionan información acerca de si un/a paciente particular ha experimentado cambios significativos entre dos evaluaciones (por ejemplo, al inicio y al final de una intervención). Así pues, un grupo de pacientes puede mostrar cambios significativos por efecto de una intervención, lo que sugiere la efectividad de la intervención, pero un/a paciente dentro de ese grupo podría presentar cambios que indiquen un deterioro en su estado de salud o simplemente que no ha experimentado cambios (Blampied, 2022; Mancheño et al., 2018). Por lo tanto, los/as profesionales de la salud necesitan recursos para evaluar los cambios individuales en los síntomas dentro de la práctica clínica diaria. Esto es, determinar si una terapia es efectiva o beneficiosa para un paciente

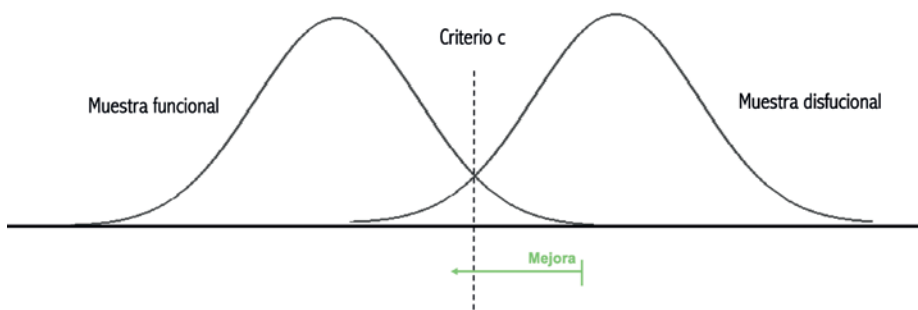
en particular. En este caso se acuña el término de “significación clínica” de un tratamiento para determinar la capacidad de una intervención en la consecución de los criterios terapéuticos establecidos por el/la paciente, los/as clínicos/as o los/as investigadores/as.

De acuerdo a Kendall y Grove (1988), una intervención debe tener un valor práctico, produciendo cambios que mejoren el funcionamiento del paciente. También Jacobson et al. (1999) partieron de la suposición de que la significación clínica tenía que ver con la vuelta al funcionamiento normal. Así, una manera de operacionalizar la significación clínica de una intervención es establecer que el nivel de funcionamiento del paciente después de la terapia le acerca a un funcionamiento similar al de la población normativa. Ello conlleva hipotetizar puntuaciones de las escalas correspondientes a un funcionamiento normal, y que conforma la distribución para la población general, y puntuaciones de las escalas correspondientes a un funcionamiento disfuncional que son atribuibles a las personas con mayor severidad en las escalas. Así pues, si se dispone de datos de cómo se distribuyen los síntomas internalizantes en la población general, se puede establecer un punto de corte (punto de corte ‘c’) a partir del cual la puntuación en cada síntoma indique un mayor acercamiento a la distribución de la muestra funcional que a la distribución de la muestra disfuncional, propia de un/a paciente. Se entenderá que la intervención ha sido clínicamente significativa en el caso de que una puntuación posterior al tratamiento caiga más cerca de la media de la población funcional en el síntoma evaluado (Iraurgi, 2009). Este punto c se determina de acuerdo a:

$$C = \frac{s_0 M_1 + s_1 M_0}{s_0 + s_1}$$

siendo s_0 y s_1 las desviaciones típicas respectivas de la población normativa y de la población disfuncional y siendo M_0 y M_1 , respectivamente, la media de la población normativa (o funcional) y la media de la población disfuncional.

FIGURA 16 | Criterio 'c' para la evaluación de la significación clínica



Además de definir un resultado clínicamente significativo de acuerdo al estado final del paciente, es importante conocer cuánto ha podido cambiar el paciente en el transcurso de la intervención. Así, Jacobson y Truax (1992) propusieron el índice de cambio fiable (en adelante ICF). El ICF tiene en cuenta las puntuaciones individuales de los pacientes y los posibles errores de medición, permitiendo determinar si los cambios observados son reales o simplemente producto de errores en la medición (Blampied, 2022; Liu & Adrian, 2019). El índice de cambio fiable se determina:

$$ICF = \frac{x_2 + x_1}{S_{dif}}$$

donde x_1 representa la puntuación de un sujeto en el pretest, x_2 representa la puntuación de un sujeto en el post-test y S_{dif} sería el error típico de la diferencia de ambas puntuaciones. S_{dif} describe la variabilidad de las puntuaciones si no se hubiera producido ningún cambio por efecto del tratamiento y se calcula a partir del error típico de medida SE (para el que es necesario conocer el coeficiente de fiabilidad del instrumento con el que se han obtenido las puntuaciones, r_{xx}).

$$S_{diff} = \sqrt{2 (S_E)^2}$$

$$S_E = S_1 \sqrt{1 - r_{xx}}$$

La tabla 13 muestra los valores de punto de corte "c" y del ICF para cada escala del IDAS-II. Además, tanto los valores de los puntos de corte "c" como los valores

del ICF se muestran para hombres y mujeres. Por ejemplo, supongamos un paciente (hombre) con una puntuación inicial en la escala de Depresión General de 60. Este hombre tiene una puntuación que se encuentra por encima del punto de corte “c” (44.01 puntos), por lo que probablemente su puntuación refleja que la gravedad es superior a la que se observa en la población general. Supongamos que este paciente sigue una intervención de 6 meses, y que después de la intervención su puntuación ha bajado a 46 puntos; es decir, la puntuación ha bajado 14 puntos desde la evaluación inicial. Dado que el cambio observado supera al ICF (cambio mayor de 12,10 puntos), se puede asumir que el cambio observado está más allá del error de medición y que, por lo tanto, sus síntomas han mejorado. A pesar de ello, la puntuación de este paciente sigue por encima del punto de corte “c”, por lo que se refleja que su puntuación aún no se encuentra en la propia de la muestra general de la población.

TABLA 13 | Valores de punto de corte C e ICF en función del sexo

	Hombre		Mujer	
	ICF	Puntos de corte	ICF	Puntos de corte
Depresión general	12.10	44.01	10.94	49.84
Disforia	7.09	22.12	7.02	25.76
Fatiga	5.69	12.08	6.54	13.75
Insomnio	6.31	13.08	5.89	14.69
Suicidio	4.89	7.92	4.88	8.11
Pérdida de apetito	2.89	4.90	3.43	5.47
Aumento de apetito	3.63	5.32	4.22	6.46
Bienestar	7.36	21.22	7.28	20.86
Irritabilidad	5.28	9.85	5.18	10.98
Manía	5.13	9.68	5.38	11.28
Euforia	3.96	8.19	5.59	8.36
Pánico	5.88	12.82	6.44	15.54

	Hombre		Mujer	
	ICF	Puntos de corte	ICF	Puntos de corte
Ansiedad social	6.40	10.60	6.82	11.83
Claustrofobia	4.28	7.56	5.78	8.93
Intrusiones traumáticas	4.18	6.91	4.48	8.18
Evitación traumática	4.51	8.57	4.67	9.47
Comprobación	3.67	6.09	3.91	6.43
Ordenación	5.65	10.01	6.37	10.72
Limpieza	6.18	12.17	5.77	12.95

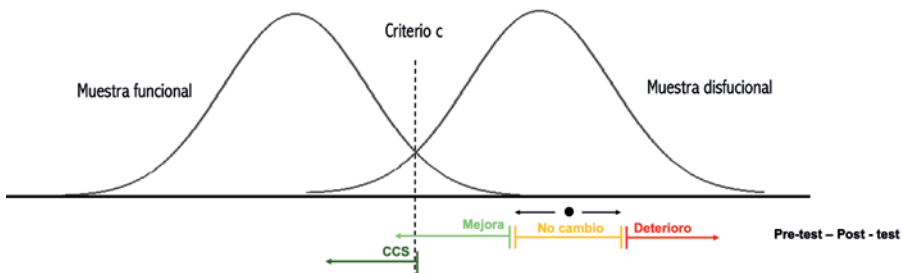
De acuerdo a Jacobson y Truax, sólo cuando se cumplen las dos condiciones se puede considerar un cambio clínicamente significativo: 1) la magnitud del cambio sea fiable y, 2) la puntuación obtenida alcanza un nivel de funcionalidad. Para otros autores, el cambio clínicamente significativo podría darse cuando se alcanza un cambio relevante, aunque no llegue a un nivel normativo de funcionamiento (Kazdin, 1999).

Independientemente del criterio considerado, algunos autores plantean que cuando se evalúa el cambio en las puntuaciones de los pacientes y se dispone de valores de puntos de corte que diferencian la muestra funcional de una disfuncional, las variaciones de las puntuaciones pueden ser clasificadas en varios estados (Kupler, 1991):

- a)
- “**Remisión clínica**”. Se incluye en esta categoría aquellas situaciones en las que la diferencia entre una evaluación (por ejemplo M1) respecto a la puntuación en una evaluación anterior (por ejemplo M0) supera al índice de cambio fiable establecido para cada escala, y la puntuación de la variable de interés alcance un nivel normativo.

- b) **“Mejorado”**. En esta categoría se incluyen aquellos casos en los que la diferencia entre M_0 y M_1 es superior al índice de cambio fiable, aunque a pesar de que la puntuación de la variable de interés haya mejorado, no se alcanza el nivel de funcionamiento normativo.
- c) **“No cambio”**, cuando no se observe un cambio significativo de acuerdo al índice de cambio fiable.
- d) **“Deteriorado”**, cuando se observa un valor superior al índice de cambio fiable y la puntuación de la variable de interés se incrementen/disminuyan hacia niveles de disfuncionalidad.

FIGURA 17 | Figura que ejemplifica las variaciones en el cambio de puntuaciones



6.1. Ejemplo del cálculo de puntuaciones al analizar el cambio en los pacientes

Siguiendo con el ejemplo anterior de la paciente 462 (mujer de 29 años), se observa una disminución general en las puntuaciones de las escalas, de modo que las puntuaciones de la evaluación de basal (M_0) son generalmente superiores a las de la evaluación de seguimiento (M_1) (Figura 18).

FIGURA 18 | Puntuaciones en la evaluación basal y en la evaluación de seguimiento

	Evaluación basal		Evaluación de seguimiento	
	PD	Pc	PD	Pc
Depresión general	73	96	33	20
Disforia	41	96	14	20
Fatiga	19	90	9	25
Insomnio	25	95	9	30
Suicidio	6	30	5	15
Pérdida apetito	3	15	7	85
Aumento apetito	15	92	6	50
Irritabilidad	19	95	5	5
Manía	18	95	7	35
Euforia	5	5	5	5
Pánico	25	95	9	30
Ansiedad social	21	95	11	65
Claustrofobia	6	50	5	20
Intrusiones traumáticas	15	97	5	50
Evitación traumática	14	90	9	65
Comprobación	4	40	3	15
Ordenación	5	2	5	2
Limpieza	11	40	9	25
Bienestar	12	5	27	75

Si bien la disminución de puntuaciones observadas en este ejemplo puede indicar una mejoría de los síntomas, es preciso tener en cuenta el valor del ICF para determinar si dicha disminución corresponde con una mejoría real o simplemente es producto del error de medida. De acuerdo con los valores de ICF mostrados en la tabla 13, el cambio de puntuación observado en la escala de ‘disforia’ corresponde con una mejoría fiable, pues la puntuación de la evaluación de seguimiento (14) ha disminuido más de 7.02 puntos (valor del ICF para las mujeres) respecto a la puntuación de la evaluación de basal (41). Algo similar ocurre para la escala de ‘fatiga’, donde la puntuación de seguimiento (9) ha disminuido 10 puntos respecto a la puntuación de la evaluación basal (19), siendo el valor de cambio de la puntuación (10) superior al valor del ICF para esta escala en mujeres (6.54).

Tras observar que el cambio en estas escalas corresponde con una mejoría, es igualmente oportuno examinar si se está ante un caso de remisión, donde la puntuación de la evaluación basal se sitúa por encima del punto de corte ‘c’ (indicativo de una puntuación más propia de pacientes) y la puntuación de la evaluación de seguimiento por debajo del punto de corte ‘c’ (indicativo de una puntuación más propia de la población general). Este es el caso de la escala de ‘disforia’, pues la puntuación de la evaluación inicial (41) era superior al punto de corte “c” (25.76) y la puntuación de la evaluación de seguimiento (14) inferior. Ocurre lo mismo para la escala de ‘fatiga’, donde la puntuación basal (19) y la puntuación de seguimiento (9) se sitúan, respectivamente, por encima y por debajo del punto de corte ‘c’ para la escala en mujeres (13.75). Por tanto, es correcto afirmar que se observa una remisión clínica tanto para la escala de ‘disforia’ como para la de ‘fatiga’ en esta paciente. Si bien este patrón de mejoría y remisión se observa para la mayoría de las escalas, el cambio en la puntuación de la escala ‘pérdida de apetito’, refleja, en cambio, un deterioro, pues la puntuación de la evaluación de seguimiento (7) ha aumentado más de 3.43 puntos (valor del ICF para esa escala en mujeres) respecto a la puntuación de la evaluación basal (3).

Capítulo 4

Referencias







- Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(7), 1-37. <https://doi.org/10.1037/h0093906>
- Albott, C. S., Forbes, M. K., & Anker, J. J. (2018). Association of childhood adversity with differential susceptibility of transdiagnostic psychopathology to environmental stress in adulthood. *JAMA Network Open*, 1(7), e185354.
- American Psychiatric Association(1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*.
 - (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., rev.)*.
 - (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*.
 - (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*.
 - (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bagby, R. M., Gralnick, T. M., Al-Dajani, N., & Uliaszek, A. A. (2016). The role of the five-factor model in personality assessment and treatment planning. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23(4), 365–381. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12175>

-
- Balling, C. E., South, S. C., Lynam, D. R., & Samuel, D. B. (2023). Clinician perception of the clinical utility of the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) system. *Clinical Psychological Science*, 216770262211388. <https://doi.org/10.1177/21677026221138818>

 - Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875–884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>

 - Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C., Ellard, K. K., Boisseau, C., Allen, L., & Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.

 - Beesdo-baum, K., Höfler, M., Gloster, A. T., Klotsche, J., Lieb, R., Beauducel, A., Bühner, M., Kessler, R. C., & Wittchen, H. (2009). The structure of common mental disorders: A replication study in a community sample of adolescents and young adults. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 18(4), 204–220. <https://doi.org/10.1002/mpr.293>

 - Blampied, N. M. (2022). Reliable change and the reliable change index: Still useful after all these years? *The Cognitive Behaviour Therapist*, 15, e50. <https://doi.org/10.1017/S1754470X22000484>

 - Blanco, C., Wall, M. M., He, J. P., Krueger, R. F., Olfson, M., Jin, C. J., Burstein, M., & Merikangas, K. R. (2015). The space of common psychiatric disorders in adolescents: Comorbidity structure and individual latent liabilities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(1), 45–52. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.007>

- Bornstein, R. F., & Natoli, A. P. (2019). Clinical utility of categorical and dimensional perspectives on personality pathology: A meta-analytic review. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(6), 479–490. <https://doi.org/10.1037/per0000365>
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Hu, C., Iwata, N., Karam, A. N., Kaur, J., Kostyuchenko, S., Lépine, J. P., Levinson, D., Matschinger, H., Mora, M. E. M., Browne, M. O., Posada-Villa, J., ... Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9(1), 90. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-90>
- Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2019). What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(2), e12278. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12278>
- Campbell, R., Ju, A., King, M. T., & Rutherford, C. (2022). Perceived benefits and limitations of using patient-reported outcome measures in clinical practice with individual patients: A systematic review of qualitative studies. *Quality of Life Research*, 31(6), 1597-1620. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-03003-z>
- Carlucci, L., Saggino, A., & Balsamo, M. (2021). On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 87, 101999. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101999>
- Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2018). All for one and one for all: Mental disorders in one dimension. *American Journal of Psychiatry*, 175(9), 831–844. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17121383>

-
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., Meier, M. H., Ramrakha, S., Shalev, I., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2014). The p factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science*, 2(2), 119–137. <https://doi.org/10.1177/2167702613497473>

 - Cervin, M., Norris, L. A., Ginsburg, G., Gosch, E. A., Compton, S. N., Piacentini, J., Albano, A. M., Sakolsky, D., Birmaher, B., Keeton, C., Storch, E. A., & Kendall, P. C. (2021). The p factor consistently predicts long-term psychiatric and functional outcomes in anxiety-disordered youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(7), 902-912.e5. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.08.440>

 - Clark, L. A., Cuthbert, B., Lewis-Fernández, R., Narrow, W. E., & Reed, G. M. (2017). Three approaches to understanding and classifying mental disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). *Psychological Science in the Public Interest*, 18(2), 72–145. <https://doi.org/10.1177/1529100617727266>

 - Coloigner, J., Batail, J.-M., Commowick, O., Corouge, I., Robert, G., Barillot, C., & Drapier, D. (2019). White matter abnormalities in depression: A categorical and phenotypic diffusion MRI study. *NeuroImage: Clinical*, 22, 101710. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2019.101710>

 - Conway, C. C., Forbes, M. K., & South, S. C. (2022). A Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) primer for mental health researchers. *Clinical Psychological Science*, 10(2), 236–258. <https://doi.org/10.1177/21677026211017834>

 - Conway, C. C., Krueger, R. F., & HiTOP Consortium Executive Board (2021). Rethinking the diagnosis of mental disorders: Data-driven psychological dimensions, not categories, as a framework for mental health research, treatment, and training. *Current Directions in Psychological Science*, 30(2), 151–158. <https://doi.org/10.1177/0963721421990353>

- Conway, C. C., Raposa, E. B., Hammen, C., & Brennan, P. A. (2018). Transdiagnostic pathways from early social stress to psychopathology: A 20-year prospective study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(8), 855-862. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12862>
- Corral, R., Alessandria, H., Agudelo Baena, L. M., Ferro, E., Duque, X., Quarantini, L., Caldieraro, M. A., Cabrera, P., & Kanevsky, G. (2022). Suicidality and quality of life in treatment-resistant depression patients in Latin America: Secondary interim analysis of the TRAL study. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 812938. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.812938>
- Cuijpers, P., Vogelzangs, N., Twisk, J., Kleiboer, A., Li, J., & Penninx, B. W. (2014). Comprehensive meta-analysis of excess mortality in depression in the general community versus patients with specific illnesses. *American Journal of Psychiatry*, 171(4), 453-462. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13030325>
- Ćwirlej-Sozańska, A., Sozański, B., Kotarski, H., Wilmowska-Pietruszyńska, A., & Wiśniowska-Szurlej, A. (2020). Psychometric properties and validation of the polish version of the 12-item WHODAS 2.0. *BMC Public Health*, 20(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09305-0>
- Dalglish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179–195. <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- De la Rosa-Cáceres, A., Stasik-O'Brien, S. M., Rojas, A. J., Sanchez-García, M., Lozano, O. M., & Díaz-Batanero, C. (2020). Spanish adaptation of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II) and a study of its psychometric properties. *Journal of Affective Disorders*, 271, 81–90. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.187>

-
- Dell'Osso, L., & Pini, S. (2012). What did we learn from research on comorbidity in psychiatry? Advantages and limitations in the forthcoming DSM-V era. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 8(1), 180–184. <https://doi.org/10.2174/1745017901208010180>

 - DeYoung, C. G., Chmielewski, M., Clark, L. A., Condon, D. M., Kotov, R., Krueger, R. F., Lynam, D. R., Markon, K. E., Miller, J. D., Mullins-Sweatt, S. N., Samuel, D. B., Sellbom, M., South, S. C., Thomas, K. M., Watson, D., Watts, A. L., Widiger, T. A., Wright, A. G. C., & the HiTOP Normal Personality Workgroup. (2022). The distinction between symptoms and traits in the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). *Journal of Personality*, 90(1), 20–33. <https://doi.org/10.1111/jopy.12593>

 - Donnellan, M. B., & Robins, R. W. (2010). Resilient, overcontrolled, and undercontrolled personality types: Issues and controversies. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(11), 1070-1083. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00313.x>

 - Eaton, N. R. (2014). Transdiagnostic psychopathology factors and sexual minority mental health: Evidence of disparities and associations with minority stressors. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(3), 244–254. <https://doi.org/10.1037/sgd0000048>

 - Eaton, N. R., Keyes, K. M., Krueger, R. F., Balsis, S., Andrew, E., Markon, K. E., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2012). An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorder prevalence: Evidence from a national sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 282–288. <https://doi.org/10.1037/a0024780>

 - Eaton, N. R., Keyes, K. M., Krueger, R. F., Noordhof, A., Skodol, A. E., Markon, K. E., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2013). Ethnicity and psychiatric comorbidity in a national sample: Evidence for latent comorbidity factor invariance and connections with disorder prevalence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(5), 701–710. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0595-5>

- Eaton, N. R., Krueger, R. F., Keyes, K. M., Skodol, A. E., Markon, K. E., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2011). Borderline personality disorder co-morbidity: Relationship to the internalizing–externalizing structure of common mental disorders. *Psychological Medicine*, 41(5), 1041–1050. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001662>
- Eaton, N. R., Krueger, R. F., Markon, K. E., Keyes, K. M., Skodol, A. E., Wall, M., Hasin, D. S., & Grant, B. F. (2013). The structure and predictive validity of the internalizing disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 86–92. <https://doi.org/10.1037/a0029598>
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M. W., & Barlow, D. H. (2012). Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 43(3), 666–678. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.001>
- Federici, S., Balboni, G., Buracchi, A., Barbanera, F., & Pierini, A. (2022). WHODAS Child: Psychometric properties of the WHODAS 2.0 for children and youth among Italian children with autism spectrum disorder. *Disability and Rehabilitation*, 8, 1-7. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2071481>
- First, M. B. (2017). The DSM revision process: Needing to keep an eye on the empirical ball. *Psychological Medicine*, 47(1), 19–22. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002129>
- First, M. B., Rebello, T. J., Keeley, J. W., Bhargava, R., Dai, Y., Kulygina, M., Matsumoto, C., Robles, R., Stona, A.-C., & Reed, G. M. (2018). Do mental health professionals use diagnostic classifications the way we think they do? A global survey. *World Psychiatry*, 17(2), 187–195. <https://doi.org/10.1002/wps.20525>

-
- Forbes, M. K., & Schniering, C. A. (2013). Are sexual problems a form of internalizing psychopathology? A structural equation modeling analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 42(1), 23–34. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-9948-0>

 - Forbes, M. K., Baillie, A. J., & Schniering, C. A. (2016a). Should sexual problems be included in the internalizing spectrum? A comparison of dimensional and categorical models. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 42(1), 70–90. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.996928>

 - Forbes, M. K., Baillie, A. J., & Schniering, C. A. (2016b). Where do sexual dysfunctions fit into the meta-structure of psychopathology? A factor mixture analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 45(8), 1883–1896. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0613-2>

 - Forbes, M. K., Tackett, J. L., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2016). Beyond comorbidity: Toward a dimensional and hierarchical approach to understanding psychopathology across the life span. *Development and Psychopathology*, 28(4), 971–986. <https://doi.org/10.1017/S0954579416000651>

 - Forbush, K. T., & Watson, D. (2013). The structure of common and uncommon mental disorders. *Psychological Medicine*, 43(1), 97–108. <https://doi.org/10.1017/S0033291712001092>

 - Forbush, K. T., Hagan, K. E., Kite, B. A., Chapa, D. A. N., Bohrer, B. K., & Gould, S. R. (2017). Understanding eating disorders within internalizing psychopathology: A novel transdiagnostic, hierarchical-dimensional model. *Comprehensive Psychiatry*, 79, 40–52. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.06.009>

- Forbush, K. T., South, S. C., Krueger, R. F., Iacono, W. G., Clark, L. A., Keel, P. K., Legrand, L. N., & Watson, D. (2010). Locating eating pathology within an empirical diagnostic taxonomy: Evidence from a community-based sample. *Journal of Abnormal Psychology, 119*(2), 282–292. <https://doi.org/10.1037/a0019189>
- Forbush, K. T., Wildes, J. E., & Hunt, T. K. (2014). Gender norms, psychometric properties, and validity for the Eating Pathology Symptoms Inventory. *International Journal of Eating Disorders, 47*(1), 85–91. <https://doi.org/10.1002/eat.22180>
- Forbush, K. T., Wildes, J. E., Pollack, L. O., Dunbar, D., Luo, J., Patterson, K., Petruzzi, L., Pollpeter, M., Miller, H., Stone, A., Bright, A., & Watson, D. (2013). Development and validation of the Eating Pathology Symptoms Inventory (EPSI). *Psychological Assessment, 25*(3), 859–878. <https://doi.org/10.1037/a0032639>
- Frampton, S. B., S. Guastello, L. Hoy, M. Naylor, S. Sheridan, and M. Johnston-Fleece. (2017). Harnessing Evidence and Experience to Change Culture: A Guiding Framework for Patient and Family Engaged Care. *NAM Perspectives*. Discussion Paper, National Academy of Medicine. <https://doi.org/10.31478/201701f>
- Fried, E. I. (2017). Moving forward: How depression heterogeneity hinders progress in treatment and research. *Expert Review of Neurotherapeutics, 17*(5), 423–425. <https://doi.org/10.1080/14737175.2017.1307737>
- Fried, E. I., Flake, J. K., & Robinaugh, D. J. (2022). Revisiting the theoretical and methodological foundations of depression measurement. *Nature Reviews Psychology, 1*, 358–368. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00050-2>

-
- **García-Fernández, L., Romero-Ferreiro, V., Padilla, S., David López-Roldán, P., Monzó-García, M., & Rodríguez-Jimenez, R. (2021).** Gender differences in emotional response to the COVID-19 outbreak in Spain. *Brain and Behavior*, 11(1), e01934. <https://doi.org/10.1002/brb3.1934>

 - **GBD Mental Disorders Collaborators (2022).** Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137–150. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(21)00395-3)

 - **Gelkopf, M., Mazor, Y., & Roe, D. (2021).** A systematic review of patient-reported outcome measurement (PROM) and provider assessment in mental health: Goals, implementation, setting, measurement characteristics, and barriers. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(1), 1-15. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz133>

 - **Gkintoni, E., Kourkoutas, E., Yotsidi, V., Stavrou, P. D., & Prinianaki, D. (2024).** Clinical efficacy of psychotherapeutic interventions for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: A systematic review and analysis. *Children*, 11(5), 579. <https://doi.org/10.3390/children11050579>

 - **Glover, N. G., Crego, C., & Widiger, T. A. (2012).** The clinical utility of the Five Factor Model of personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(2), 176–184. <https://doi.org/10.1037/a0024030>

 - **Gronemann, F. H., Jørgensen, M. B., Nordentoft, M., Andersen, P. K., & Osler, M. (2021).** Treatment-resistant depression and risk of all-cause mortality and suicidality in Danish patients with major depression. *Journal of Psychiatric Research*, 135, 197–202. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.01.014>

- Gruner, P., & Pittenger, C. (2017). Cognitive inflexibility in obsessive-compulsive disorder. *Neuroscience*, 345, 243-255. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2016.07.030>
- Guo, Q., Guo, L., Wang, Y., & Shang, S. (2024). Efficacy and safety of eight enhanced therapies for treatment-resistant depression: A systematic review and network meta-analysis of RCTs. *Psychiatry Research*, 339, 116018. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116018>
- Hansen, S. J., Christensen, S., Kongerslev, M. T., First, M. B., Widiger, T. A., Simonsen, E., & Bach, B. (2019). Mental health professionals' perceived clinical utility of the ICD-10 vs. ICD-11 classification of personality disorders. *Personality and Mental Health*, 13(2), 84–95. <https://doi.org/10.1002/pmh.1442>
- Haslam, N., Mcgrath, M. J., Viechtbauer, W., & Kuppens, P. (2020). Dimensions over categories: A meta-analysis of taxometric research. *Psychological Medicine*, 50(9), 1418-1432. <https://doi.org/10.1017/S003329172000183X>
- He, Q., & Li, J. J. (2021). Factorial invariance in hierarchical factor models of mental disorders in African American and European American youths. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 62(3), 289–298. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13243>
- Hengartner, M. P., & Lehmann, S. N. (2017). Why psychiatric research must abandon traditional diagnostic classification and adopt a fully dimensional scope: Two solutions to a persistent problem. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 7–11. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00101>
- Hirsh, J. B., Quilty, L. C., Bagby, R. M., & McMain, S. F. (2012). The relationship between agreeableness and the development of the working alliance in patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26(4), 616–627. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.4.616>

-
- Hoertel, N., McMahon, K., Olfson, M., Wall, M. M., Rodríguez-Fernández, J. M., Lemogne, C., Limosin, F., & Blanco, C. (2015). A dimensional liability model of age differences in mental disorder prevalence: Evidence from a national sample. *Journal of Psychiatric Research*, 64, 107–113. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.03.017>
- Hofmann, S. G. (2014). Toward a cognitive-behavioral classification system for mental disorders. *Behavior Therapy*, 45(4), 576–587. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.03.001>
- Hopwood, C. J., Bagby, R. M., Gralnick, T., Ro, E., Ruggero, C., Mullins-Sweatt, S., Kotov, R., Bach, B., Cicero, D. C., Krueger, R. F., Patrick, C. J., Chmielewski, M., DeYoung, C. G., Docherty, A. R., Eaton, N. R., Forbush, K. T., Ivanova, M. Y., Latzman, R. D., Pincus, A. L., ... Zimmermann, J. (2020). Integrating psychotherapy with the hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP). *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(4), 477–497. <https://doi.org/10.1037/int0000156>
- Irak, M., & Albayrak, E. O. (2020). Psychometric properties of the expanded version of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms in a Turkish population. *Psychological Reports*, 123(2), 517–545. <https://doi.org/10.1177/0033294118813844>
- Iraurgi, I. (2009). Evaluación de resultados clínicos (y III): Índices de Cambio Fiable (ICF) como estimadores del cambio clínicamente significativo. *Norte de Salud Mental*, 8(36), 6.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19. <https://doi.org/10.1037//0022006x.59.1.12>

- Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B. & McGlinchey, J. B. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 300—307. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.3.300>
- Johansen, R., Melle, I., Iversen, V. C., & Hestad, K. (2013). Personality traits, interpersonal problems and therapeutic alliance in early schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 54(8), 1169–1176. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.05.016>
- Jonas, K. G., Stanton, K., Simms, L., Mullins-sweatt, S. N., Gillett, D., Dainer, E., Nelson, B. D., Ma, J. R. C., Bs, T. G., Kotov, R., Cicero, D., & Ruggero, C. (2022). HiTOP Digital Assessment and Tracker (HiTOP-DAT) Manual. OSF, <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/8HNGD>
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19(4–5), 418–428. <https://doi.org/10.1080/10503300802448899>
- Kendall, P. C. & Grove, W. M. (1988). Normative comparisons in therapy outcome. *Behavioral Assessment*, 10, 147-158.
- Kendler, K. S., & Solomon, M. (2016). Expert consensus v. evidence-based approaches in the revision of the DSM. *Psychological Medicine*, 46(11), 2255–2262. <https://doi.org/10.1017/S003329171600074X>
- Kendler, K. S., Aggen, S. H., Knudsen, G. P., Røysamb, E., Neale, M. C., & ReichbornKjennerud, T. (2011). The structure of genetic and environmental risk factors for syndromal and subsyndromal common DSM-IV Axis I and all Axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 168(1), 29-39. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10030340>
- Kessler, R. C., Ormel, J., Petukhova, M., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Russo, L. J., Stein, D. J., Zaslavsky, A. M., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso,

- J., Andrade, L., Benjet, C., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Fayyad, J., Haro, J. M., Hu, C. yi, Karam, A., ... Üstün, T. B. (2011). Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Archives of General Psychiatry*, 68(1), 90–100. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.180>
- Kessler, R. C., Sampson, N. A., Berglund, P., Gruber, M. J., Al-Hamzawi, A., Andrade, L., Bunting, B., Demyttenaere, K., Florescu, S., De Girolamo, G., Gureje, O., He, Y., Hu, C., Huang, Y., Karam, E., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Levinson, D., Medina Mora, M. E., ... Wilcox, M. A. (2015). Anxious and non-anxious major depressive disorder in the World Health Organization world mental health surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(3), 210–226. <https://doi.org/10.1017/S2045796015000189>
- Keyes, K. M., Eaton, N. R., Krueger, R. F., Skodol, A. E., Wall, M. M., Grant, B., Siever, L. J., & Hasin, D. S. (2013). Thought disorder in the meta-structure of psychopathology. *Psychological Medicine*, 43(8), 1673–1683. <https://doi.org/10.1017/S0033291712002292>
- Kim, H., & Eaton, N. R. (2015). The hierarchical structure of common mental disorders: Connecting multiple levels of comorbidity, bifactor models, and predictive validity. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(4), 1064–1078. <https://doi.org/10.1037/abn0000113>
- Kim, H., Turiano, N. A., Forbes, M. K., Kotov, R., Krueger, R. F., Eaton, N. R., & HiTOP Utility Workgroup. (2021). Internalizing psychopathology and all-cause mortality: A comparison of transdiagnostic vs. diagnosis-based risk prediction. *World Psychiatry*, 20(2), 276–282. <https://doi.org/10.1002/wps.20859>

- Klimstra, T. A., Hale, W. W., Raaijmakers, Q. A. W., Branje, S. J. T., & Meeus, W. H. J. (2010). A developmental typology of adolescent personality. *European Journal of Personality*, 24(4), 309-323. <https://doi.org/10.1002/per.744>
- Klose, M., & Jacobi, F. (2004). Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? *Archives of Women's Mental Health*, 7(2), 133-148. <https://doi.org/10.1007/s00737-004-0047-7>
- Knap, C., Koesters, M., Schoefer, D., Becker, T., & Puschner, B. (2009). Effect of feedback of treatment outcome in specialist mental healthcare: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 195(1), 15-22. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.053967>
- König, H., König, H.-H., & Konnopka, A. (2020). The excess costs of depression: A systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e30. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000180>
- Kotov, R. (2011). New dimensions in the quantitative classification of mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 68(10), 1003-1011. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.107>
- Kotov, R., Cicero, D. C., Conway, C. C., DeYoung, C. G., Dombrovski, A., Eaton, N. R., First, M. B., Forbes, M. K., Hyman, S. E., Jonas, K. G., Krueger, R. F., Latzman, R. D., Li, J. J., Nelson, B. D., Regier, D. A., Rodriguez-Seijas, C., Ruggero, C. J., Simms, L. J., Skodol, A. E., ... Wright, A. G. C. (2022). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) in psychiatric practice and research. *Psychological Medicine*, 52(9), 1666-1678. <https://doi.org/10.1017/S0033291722001301>

-
- Kotov, R., Jonas, K. G., Carpenter, W. T., Dretsch, M. N., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Hobbs, K., Reininghaus, U., Slade, T., South, S. C., Sunderland, M., Waszczuk, M. A., Widiger, T. A., Wright, A. G. C., Zald, D. H., Krueger, R. F., & Watson, D. (2020). Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): I. Psychosis superspectrum. *World Psychiatry*, 19(2), 151–172. <https://doi.org/10.1002/wps.20730>

 - Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Cicero, D. C., Conway, C. C., DeYoung, C. G., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Hallquist, M. N., Latzman, R. D., Mullins-Sweatt, S. N., Ruggero, C. J., Simms, L. J., Waldman, I. D., Waszczuk, M. A., & Wright, A. G. C. (2021). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A quantitative nosology based on consensus of evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17(1), 83–108. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-093304>

 - Kotov, R., Perlman, G., Gámez, W., & Watson, D. (2015). The structure and short-term stability of the emotional disorders: A dimensional approach. *Psychological Medicine*, 45(8), 1687–1698. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002815>

 - Kotov, R., Waszczuk, M. A., Krueger, R. F., Forbes, M. K., Watson, D., Clark, L. A., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Ivanova, M. Y., Michael Bagby, R., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Moffitt, T. E., Eaton, N. R., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., ... Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454–477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>

 - Koumpouros, Y., Papageorgiou, E., Sakellari, E., Prapas, X., Perifanou, D., & Ligiou, A. (2018). Adaptation and psychometric properties evaluation of the Greek version of WHODAS 2.0. Pilot application in Greek elderly population. *Health Services and Outcomes Research Methodology*, 18(1), 63-74. <https://doi.org/10.1007/s10742-017-0176-x>

- Kraemer, H. C., Noda, A., & O'Hara, R. (2004). Categorical versus dimensional approaches to diagnosis: Methodological challenges. *Journal of Psychiatric Research*, 38(1), 17–25. [https://doi.org/10.1016/S0022-3956\(03\)00097-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3956(03)00097-9)
- Krueger, R. F., & Bezdjian, S. (2009). Enhancing research and treatment of mental disorders with dimensional concepts: Toward DSM-V and ICD-11. *World Psychiatry*, 8(1), 3–6. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00197.x>
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2011). A dimensional-spectrum model of psychopathology: Progress and opportunities. *Archives of General Psychiatry*, 68(1), 10–11. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001662.5>
- Krueger, R. F., Chentsova-Dutton, Y. E., Markon, K. E., Goldberg, D., & Ormel, J. (2003). A cross-cultural study of the structure of comorbidity among common psychopathological syndromes in the general health care setting. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(3), 437–447. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.112.3.437>
- Krueger, R. F., Hobbs, K. A., Conway, C. C., Dick, D. M., Dretsch, M. N., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Keyes, K. M., Latzman, R. D. R. D., Zimmermann, J., Zinbarg, R. E. R. E., Michelini, G., Patrick, C. J., Sellbom, M., Slade, T., South, S. C., Sunderland, M., Tackett, J., ... Zinbarg, R. E. (2021). Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): II. Externalizing superspectrum. *World Psychiatry*, 20(2), 171-193. <https://doi.org/10.1002/wps.20844>
- Kupler, D.J. (1991). Long-term of treatment of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, (suppl.5), 28-34.

-
- Lahey, B. B., Applegate, B., Hakes, J. K., Zald, D. H., Hariri, A. R., & Rathouz, P. J. (2012). Is there a general factor of prevalent psychopathology during adulthood? *Journal of Abnormal Psychology*, 121(4), 971–977. <https://doi.org/10.1037/a0028355>
 - Latzman, R. D., & Masuda, A. (2013). Examining mindfulness and psychological inflexibility within the framework of Big Five personality. *Personality and Individual Differences*, 55(2), 129–134. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.02.019>
 - Levin-Aspenson, H. F., Khoo, S., & Kotelnikova, Y. (2019). Hierarchical Taxonomy of Psychopathology across development: Associations with personality. *Journal of Research in Personality*, 81, 72-78. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2019.05.006>
 - Lewis, C. C., Washington, K. P., Boyd, M., Puspitasari, A., Navarro, E., Howard, J., Kassab, H., Hoffman, M., Scott, K., Lyon, A., Douglas, S., & Simon, G. (2020). Implementing measurement-based care in behavioral health: A review. *JAMA Psychiatry*, 76(3), 324–335. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3329>
 - Liu, F. F., & Adrian, M. C. (2019). Is Treatment Working? Detecting Real Change in the Treatment of Child and Adolescent Depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(12), 1157–1164. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.02.011>
 - Lloyd, H., Jenkinson, C., Hadi, M., Gibbons, E., & Fitzpatrick, R. (2014). Patient reports of the outcomes of treatment: A structured review of approaches. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-125>
 - Machado, G. M., Valentini, F., Watson, D., & Carvalho, L. D. F. (2024). The Brazilian version of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms–Expanded Version: Internal structure, invariance by sex and race, and associations with pathological personality traits. *Psychological Assessment*, 36(5), e13-e26. <https://doi.org/10.1037/pas0001312>

- Mancheño, J. J., Cupani, M., Gutiérrez-López, M., Delgado, E., Moraleda, E., Cáceres-Pachón, P., Fernández-Calderón, F., & Lozano, Ó. M. (2018). Classical test theory and item response theory produced differences on estimation of reliable clinical index in World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Journal of Clinical Epidemiology*, 103, 51–59. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2018.07.002>
- Marcus, M., Yasamy, M. T., van Ommerman, M., Chisholm, D., & Saxena, S. (2012). Depression: A global public health concern. *WHO Department of Mental Health and Substance Use*, 1(6-8), 6-8.
- Markon, K. E. (2010). Modeling psychopathology structure: A symptom-level analysis of Axis I and II disorders. *Psychological Medicine*, 40(2), 273–288. <https://doi.org/10.1017/S0033291709990183>
- Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2005). Categorical and continuous models of liability to externalizing disorders: A direct comparison in NESARC. *Archives of General Psychiatry*, 62(12), 1352–1359. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.12.1352>
- Martel, M. M., Pan, P. M., Hoffmann, M. S., Gadelha, A., do Rosário, M. C., Mari, J. J., Manfro, G. G., Miguel, E. C., Paus, T., Bressan, R. A., Rohde, L. A., & Salum, G. A. (2017). A general psychopathology factor (P factor) in children: Structural model analysis and external validation through familial risk and child global executive function. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(1), 137–148. <https://doi.org/10.1037/abn0000205>
- McElroy, E., Belsky, J., Carragher, N., Fearon, P., & Patalay, P. (2018). Developmental stability of general and specific factors of psychopathology from early childhood to adolescence: Dynamic mutualism or p-differentiation? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(6), 667–675. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12849>

-
- McKnight, P. E., & Kashdan, T. B. (2009). The importance of functional impairment to mental health outcomes: A case for reassessing our goals in depression treatment research. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 243–259. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.01.005>

 - Miller, M. W., Wolf, E. J., Reardon, A., Greene, A., Ofrat, S., & McInerney, S. (2012). Personality and the latent structure of PTSD comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(5), 599–607. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.02.016>

 - Mokkink, L. B., Prinsen, C. A., Bouter, L. M., de Vet, H. C., & Terwee, C. B. (2016). The COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments (COSMIN) and how to select an outcome measurement instrument. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 20(2), 105–113. <https://doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0143>

 - Morey, L. C., Hopwood, C. J., Markowitz, J. C., Gunderson, J. G., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Yen, S., Sanislow, C. A., Ansell, E. B., & Skodol, A. E. (2012). Comparison of alternative models for personality disorders, II: 6-, 8- and 10-year follow-up. *Psychological Medicine*, 42(8), 1705–1713. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002601>

 - Morey, L. C., Skodol, A. E., & Oldham, J. M. (2014). Clinician judgments of clinical utility: A comparison of DSM-IV-TR personality disorders and the alternative model for DSM-5 personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(2), 398–405. <https://doi.org/10.1037/a0036481>

 - Mościcki, E. K., Clarke, D. E., Kuramoto, S. J., Kraemer, H. C., Narrow, W. E., Kupfer, D. J., & Regier, D. A. (2013). Testing DSM-5 in routine clinical practice settings: Feasibility and clinical utility. *Psychiatric Services*, 64(10), 952–960. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300098>

- Nelson, G. H., O'Hara, M. W., & Watson, D. (2018). National norms for the expanded version of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II). *Journal of Clinical Psychology*, 74(6), 953–968. <https://doi.org/10.1002/jclp.22560>
- Obbarius, A., Van Maasakkers, L., Baer, L., Clark, D. M., Crocker, A. G., Beurs, E. D., Emmelkamp, P. M. G., Langford, L., Pilkonis, P. A., Sherbourne, C., Woolaway-bickel, K., & Rose, M. (2017). Standardization of health outcomes assessment for depression and anxiety: Recommendations from the ICHOM depression and anxiety working group. *Quality of Life Research*, 26(12), 3211–3225. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1659-5>
- Olino, T. M., Bufferd, S. J., Dougherty, L. R., Dyson, M. W., Carlson, G. A., & Klein, D. N. (2018). The development of latent dimensions of psychopathology across early childhood: Stability of dimensions and moderators of change. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46(7), 1373–1383. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0398-6>
- Oltmanns, J. R., Smith, G. T., Oltmanns, T. F., & Widiger, T. A. (2018). General factors of psychopathology, personality, and personality disorder: Across domain comparisons. *Clinical Psychological Science*, 6(4), 581–589. <https://doi.org/10.1177/2167702617750150>
- Osma, J., Martínez-García, L., Peris-Baquero, Ó., Navarro-Haro, M. V., González-Pérez, A., & Suso-Ribera, C. (2021). Implementation, efficacy and cost effectiveness of the unified protocol in a blended format for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A study protocol for a multicentre, randomised, superiority controlled trial in the Spanish national health system. *BMJ Open*, 11(12), e054286. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054286>

-
- Otten, D., Tibubos, A. N., Schomerus, G., Brähler, E., Binder, H., Kruse, J., Ladwig, K. H., Wild, P. S., Grabe, H. J., & Beutel, M. E. (2021). Similarities and differences of mental health in women and men: A systematic review of findings in three large German cohorts. *Frontiers in Public Health*, 9, 553071. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.553071>

 - Øvretveit, J., Zubkoff, L., Nelson, E. C., Frampton, S., Knudsen, J. L., & Zimlichman, E. (2017). Using patient-reported outcome measurement to improve patient care. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(6), 874-879. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx108>

 - Patalay, P., Fonagy, P., Deighton, J., Belsky, J., Vostanis, P., & Wolpert, M. (2015). A general psychopathology factor in early adolescence. *British Journal of Psychiatry*, 207(1), 15–22. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.149591>

 - Patten, S. B., Williams, J. V. A., Lavorato, D. H., Wang, J. L., Bulloch, A. G. M., & Sajobi, T. (2016). The association between major depression prevalence and sex becomes weaker with age. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(2), 203–210. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1166-3>

 - Petre, L. M., Gheorghe, D. A., Watson, D., & Mitrofan, L. (2023). Romanian Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II). *Frontiers in Psychology*, 14, 1159380. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1159380>

 - Pianowski, G., Carvalho, L. de F., & Miguel, F. K. (2019). Investigating the spectra constellations of the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) model for personality disorders based on empirical data from a community sample. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 41(2), 148–152. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0015>

 - Power, M., Fell, G., & Wright, M. (2013). Principles for high-quality, high-value testing. *Evidence-Based Medicine*, 18(1), 5-10. <https://doi.org/10.1136/eb-2012100645>

- Quilty, L. C., Mackew, L., & Bagby, R. M. (2014). Distinct profiles of behavioral inhibition and activation system sensitivity in unipolar vs bipolar mood disorders. *Psychiatry Research*, 219(1), 228-231. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.007>
- Reutfors, J., Andersson, T. M.-L., Brenner, P., Brandt, L., DiBernardo, A., Li, G., Hägg, D., Wingård, L., & Bodén, R. (2018). Mortality in treatment-resistant unipolar depression: A register-based cohort study in Sweden. *Journal of Affective Disorders*, 238, 674–679. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.030>
- Ringwald, W. R., Forbes, M. K., & Wright, A. G. C. (2021). Meta-analysis of structural evidence for the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) model. *Psychological Medicine*, 14, 1–14. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001902>
- Rossi, G., Weekers, L. C., & Hutsebaut, J. (2021). Resilient, undercontrolled, and overcontrolled personality types based upon DSM-5 maladaptive personality traits. *Heliyon*, 7(5), e06938. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e06938>
- Røysamb, E., Kendler, K. S., Tambs, K., Ørstavik, R. E., Neale, M. C., Aggen, S. H., Torgersen, S., & Reichborn-Kjennerud, T. (2011). The joint structure of DSM-IV Axis I and Axis II disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(1), 198–209. <https://doi.org/10.1037/a0021660>
- Ruggero, C. J., Kotov, R., Hopwood, C. J., First, M., Clark, L. A., Skodol, A. E. E., Mullins-Sweatt, S. N. N., Patrick, C. J. J., Bach, B., Cicero, D. C., Wright, A. G. C. G. C., Zimmermann, J., Docherty, A., Simms, L. J., Bagby, R. M., Krueger, R. F., Callahan, J., Chmielewski, M., Conway, C. C., ... Zimmermann, J. (2019). Integrating the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) into clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(12), 1069–1084. <https://doi.org/10.1037/ccp0000452>

-
- Ruggero, C. J., Kotov, R., Watson, D., Kilmer, J. N., Perlman, G., & Liu, K. (2014). Beyond a single index of mania symptoms: Structure and validity of subdimensions. *Journal of Affective Disorders*, 161, 8–15. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.044>

 - Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*, 143(8), 783-822. <https://doi.org/10.1037/bul0000102>

 - Saltychev, M., Katajapuu, N., Bärlund, E., & Laimi, K. (2021). Psychometric properties of 12-item self-administered World Health Organization disability assessment schedule 2.0 (WHODAS 2.0) among general population and people with nonacute physical causes of disability—systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 43(6), 789-794. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1643416>

 - Sanchez-Garcia, M., De la Rosa-Cáceres, A., Stasik-O'Brien, S., Mancheño-Barba, J.J., Lozano, O. M., & Díaz-Batanero, C. (2021). Norms according to age and gender for the Spanish version of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II). *Frontiers in Psychology*, 12, 748025. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.748025>

 - Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., Abbafati, C., Adolph, C., Amlag, J. O., Aravkin, A. Y., Bang-Jensen, B. L., Bertolacci, G. J., Bloom, S. S., Castellano, R., Castro, E., Chakrabarti, S., Chattopadhyay, J., Cogen, R. M., Collins, J. K., ... Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700–1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)

 - Sauer-Zavala, S. (2021). Measurement to improve treatment delivery: A commentary on the HiTOP measure development project. *Assessment*, 29(1), 93–98. <https://doi.org/10.1177/10731911211050952>

- Schaeuffele, C., Homeyer, S., Perea, L., Scharf, L., Schulz, A., Knaevelsrud, C., Renneberg, B., & Boettcher, J. (2022). The unified protocol as an internet-based intervention for emotional disorders: Randomized controlled trial. *PLOS ONE*, 17(7), e0270178. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270178>
- Schaeuffele, C., Schulz, A., Knaevelsrud, C., Renneberg, B., & Boettcher, J. (2021). CBT at the crossroads: The rise of transdiagnostic treatments. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14(1), 86–113. <https://doi.org/10.1007/s41811-020-00095-2>
- Scott, L. N., Victor, S. E., Kaufman, E. A., Beeney, J. E., Byrd, A. L., Vine, V., Pilonis, P. A., & Stepp, S. D. (2020). Affective dynamics across internalizing and externalizing dimensions of psychopathology. *Clinical Psychological Science*, 8(3), 412–427. <https://doi.org/10.1177/2167702619898802>
- Shedler, J. (2018). Where Is the Evidence for “Evidence-Based” Therapy? *Psychiatric Clinics of North America*, 41(2), 319–329. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.02.001>
- Shen, X., Reus, L. M., Cox, S. R., Adams, M. J., Liewald, D. C., Bastin, M. E., Smith, D. J., Deary, I. J., Whalley, H. C., & McIntosh, A. M. (2017). Subcortical volume and white matter integrity abnormalities in major depressive disorder: Findings from UK biobank imaging data. *Scientific Reports*, 7(1), 5547. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-05507-6>
- Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 298–311. <https://doi.org/10.1037/a0019247>

-
- Siehl, S., King, J. A., Burgess, N., Flor, H., & Nees, F. (2018). Structural white matter changes in adults and children with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *NeuroImage: Clinical*, 19, 581-598. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2018.05.013>

 - Smith, G. T., Atkinson, E. A., Davis, H. A., Riley, E. N., & Oltmanns, J. R. (2020). The general factor of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 75–98. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071119-115848>

 - Stasik-O'Brien, S. M., Brock, R. L., Chmielewski, M., Naragon-Gainey, K., Koffel, E., McDade-Montez, E., O'Hara, M. W., & Watson, D. (2019). Clinical utility of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS). *Assessment*, 26(5), 944–960. <https://doi.org/10.1177/1073191118790036>

 - Sunderland, M., Slade, T., Carragher, N., Batterham, P., & Buchan, H. (2013). Age-related differences in internalizing psychopathology amongst the Australian general population. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(4), 1010–1020. <https://doi.org/10.1037/a0034562>

 - Surís, A., Holliday, R., & North, C. (2016). The evolution of the classification of psychiatric disorders. *Behavioral Sciences*, 6(1), 1–10. <https://doi.org/10.3390/bs6010005>

 - Tang, X., Forbush, K. T., & Lui, P. P. (2015). Development and validation of the Chinese-language version of the eating pathology symptoms inventory: Development and validation of CEPPI. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 1016–1023. <https://doi.org/10.1002/eat.22423>

 - Trivedi, M. H. (2009). Tools and strategies for ongoing assessment of depression: A measurement-based approach to remission. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70 Suppl. 6, 26-31. <https://doi.org/10.4088/JCP8133su1c.04>

- United Nations (2015). *Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development*.
- Vachon, D. D., Krueger, R. F., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2015). Assessment of the harmful psychiatric and behavioral effects of different forms of child maltreatment. *JAMA Psychiatry*, 72(11), 1135-1142. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1792>
- Vieta, E., Alonso, J., Pérez-Sola, V., Roca, M., Hernando, T., Sicras-Mainar, A., Sicras-Navarro, A., Herrera, B., & Gabilondo, A. (2021). Epidemiology and costs of depressive disorder in Spain: The EPICO study. *European Neuropsychopharmacology*, 50, 93–103. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.04.022>
- Wade, T. D., Fairweather-Schmidt, A. K., Zhu, G., & Martin, N. G. (2015). Does shared genetic risk contribute to the co-occurrence of eating disorders and suicidality?: Shared genetic risk for ED and suicidality. *International Journal of Eating Disorders*, 48(6), 684-691. <https://doi.org/10.1002/eat.22421>
- Waszczuk, M. A., Hopwood, C. J., Luft, B. J., Morey, L. C., Perlman, G., Ruggero, C. J., Skodol, A. E., & Kotov, R. (2021). The prognostic utility of personality traits versus past psychiatric diagnoses: Predicting future mental health and functioning. *Clinical Psychological Science*, 10, 734–751. <https://doi.org/10.1177/21677026211056596>
- Waszczuk, M. A., Kotov, R., Ruggero, C., Gamez, W., & Watson, D. (2017). Hierarchical structure of emotional disorders: From individual symptoms to the spectrum. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(5), 613-634. <https://doi.org/10.1037/abn0000264>
- Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 522–536. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.522>

-
- Watson, D., & O'Hara, M. W. (2017). *Understanding the emotional disorders: A symptom level approach based on the IDAS-II*. Oxford University Press.
- Watson, D., Levin-Aspenson, H. F., Waszczuk, M. A., Conway, C. C., Dalgleish, T., Dretsch, M. N., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Hobbs, K. A., Michelini, G., Nelson, B. D., Sellbom, M., Slade, T., South, S. C., Sunderland, M., Waldman, I., Witthöft, M., Wright, A. G. C., ... Zinbarg, R. E. (2022). Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): III. Emotional dysfunction superspectrum. *World Psychiatry*, 21(1), 26–54. <https://doi.org/10.1002/wps.20943>
- Watson, D., O'Hara, M. W., Naragon-Gainey, K., Koffel, E., Chmielewski, M., Kotov, R., Stasik-O'Brien, S. M., & Ruggero, C. J. (2012). Development and validation of new anxiety and bipolar symptom scales for an expanded version of the IDAS (the IDAS-II). *Assessment*, 19(4), 399–420. <https://doi.org/10.1177/1073191112449857>
- Watson, D., O'Hara, M. W., Simms, L. J., Kotov, R., Chmielewski, M., McDade-Montez, E. A., Gamez, W., & Stuart, S. (2007). Development and validation of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS). *Psychological Assessment*, 19(3), 253–268. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.3.253>
- Wester, R. A., Rubel, J., Zimmermann, J., Hall, M., Kaven, L., & Watson, D. (2022). Development and validation of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II – German version. *Psychological Assessment*, 34(12), e88–e99. <https://doi.org/10.1037/pas0001185>
- Widiger, T. A., & Oltmanns, J. R. (2017). The general factor of psychopathology and personality. *Clinical Psychological Science*, 5(1), 182–183. <https://doi.org/10.1177/2167702616657042>

- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62(2), 71–83. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.71>
- Wilmer, M. T., Anderson, K., & Reynolds, M. (2021). Correlates of quality of life in anxiety disorders: Review of recent research. *Current Psychiatry Reports*, 23(77), 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01290-4>
- World Health Organization (1975). *International statistical classification of diseases and related health problems* (9th ed.).
 - (1979). *International statistical classification of diseases and related health problems, clinical modification* (9th ed.).
 - (1993). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th ed.).
<https://icd.who.int/browse10/2016/en>
 - (2017). *Depression and other common mental disorders. Global health estimates*.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>
 - (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.).
<https://icd.who.int/>
 - (2020, septiembre 13). *Depression*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
 - (2022, March 2). *Mental health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief*.
https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1

-
- Wright, A. G. C., & Simms, L. J. (2015). A metastructural model of mental disorders and pathological personality traits. *Psychological Medicine*, 45(11), 2309-2319. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000252>

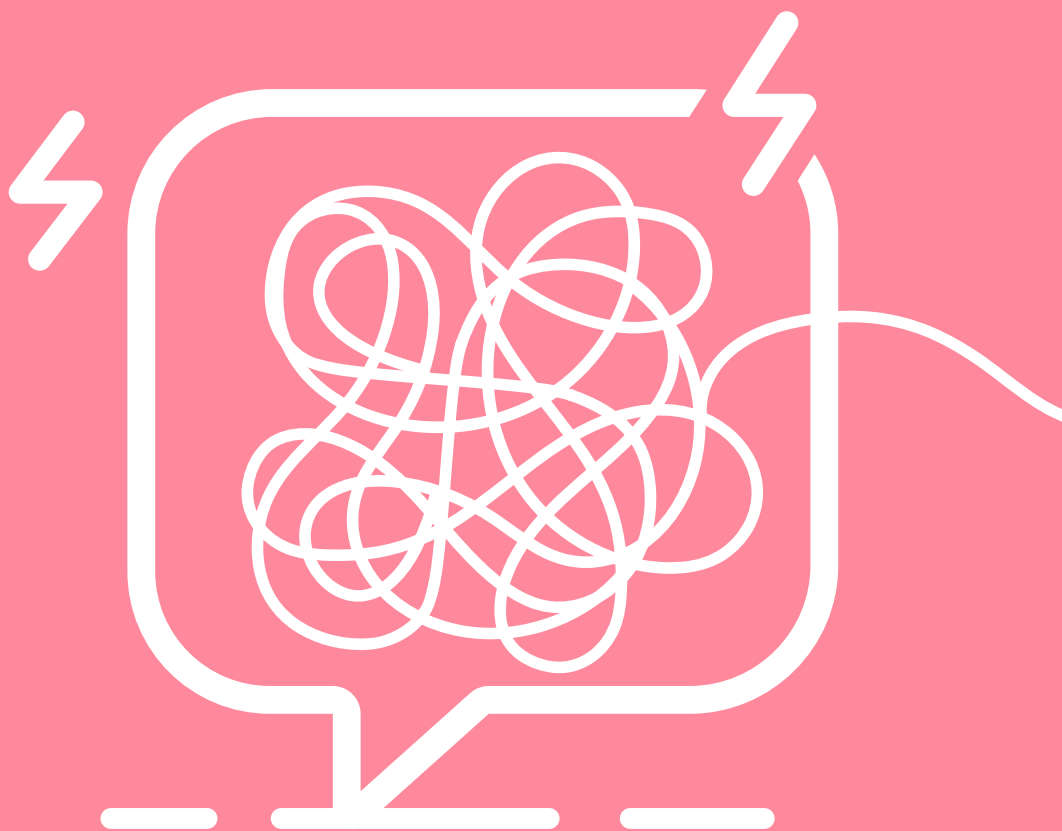
 - Yang, Y., Ye, Z., Li, W., Sun, Y., & Dai, L. (2024). Efficacy of psychosocial interventions to reduce affective symptoms in sexual and gender minorities: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Psychiatry*, 24(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05451-y>

 - Yorkston, K., & Baylor, C. (2019). Patient-reported outcomes measures: An introduction for clinicians. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 4(9), 1-8. https://doi.org/10.1044/2018_PERS-ST-2018-0001

 - Zimmerman, M., Ellison, W., Young, D., Chelminski, I., & Dalrymple, K. (2015). How many different ways do patients meet the diagnostic criteria for major depressive disorder? *Comprehensive Psychiatry*, 56, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.09.007>



Anexos







[ANEXO I]

IDAS – II

Nombre y apellidos:

Edad:

Sexo:

Fecha de la evaluación:

/

/

INSTRUCCIONES

Al dorso de esta página se enumera una lista de sentimientos, sensaciones y experiencias que a veces presentan las personas. Lee cada frase para decidir lo bien que describe tus sentimientos y tus experiencias recientes. Después, marca la opción que describe mejor en qué grado te has sentido o has vivido las cosas de este modo durante las últimas dos semanas, incluido el día de hoy. Utilice esta escala para responder:

1	2	3	4	5
En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

Observe el siguiente ejemplo:

He sentido que me desmayaba

1

2

3

4

5

En el ejemplo, la persona ha respondido BASTANTE, rodeando el 4, debido a que durante las últimas dos semanas ha sentido que se desmayaba bastante.

SI HA COMPRENDIDO LAS INSTRUCCIONES, DÉ LA VUELTA A LA
PÁGINA Y COMIENCE A CONTESTAR.

NO DEJE NINGUNA AFIRMACIÓN SIN RESPONDER.

Indica en qué grado te has sentido o has vivido las cosas de este modo durante las últimas dos semanas, incluido el día de hoy.

1

 En absoluto

2

 Un poco

3

 Moderadamente

4

 Bastante

5

 Extremadamente

1	He perdido el apetito	1	2	3	4	5
2	He tenido poco interés en mis hobbies y actividades habituales	1	2	3	4	5
3	Me he sentido optimista	1	2	3	4	5
4	He dormido menos de lo normal	1	2	3	4	5
5	Me he sentido nervioso/a, inquieto/a	1	2	3	4	5
6	Me he sentido agotado/a	1	2	3	4	5
7	He sentido dolor en mi pecho	1	2	3	4	5
8	Me he sentido deprimido/a	1	2	3	4	5
9	Me ha costado tomar decisiones	1	2	3	4	5
10	He estado orgulloso/a de mí mismo/a	1	2	3	4	5
11	He tenido problemas para quedarme dormido/a	1	2	3	4	5
12	Me he sentido furioso/a	1	2	3	4	5
13	He tenido pensamientos suicidas	1	2	3	4	5

Indica en qué grado te has sentido o has vivido las cosas de este modo durante las últimas dos semanas, incluido el día de hoy.

1 En absoluto 2 Un poco 3 Moderadamente 4 Bastante 5 Extremadamente

14	He tenido pensamientos perturbadores de algo malo que me ha sucedido	1	2	3	4	5
15	Me he sentido inseguro/a sabiendo que otros me observaban	1	2	3	4	5
16	Me he sentido mareado/a o aturdido/a	1	2	3	4	5
17	Me he desvelado temprano sin poder recuperar el sueño	1	2	3	4	5
18	He estado preocupado/a por hacer el ridículo ante otras personas	1	2	3	4	5
19	He estado pensando mucho en comida	1	2	3	4	5
20	Me he angustiado en lugares públicos con mucha gente	1	2	3	4	5
21	Me he culpado a mí mismo/a por diferentes cosas	1	2	3	4	5
22	Me he cortado o quemado intencionalmente	1	2	3	4	5
23	He sentido que he conseguido muchas cosas	1	2	3	4	5
24	He comido sin tener hambre	1	2	3	4	5
25	Me he estado despertando mucho más temprano que lo habitual	1	2	3	4	5
26	He tenido menos ganas de comer que lo habitual	1	2	3	4	5

Indica en qué grado te has sentido o has vivido las cosas de este modo durante las últimas dos semanas, incluido el día de hoy.

1

 En absoluto

2

 Un poco

3

 Moderadamente

4

 Bastante

5

 Extremadamente

27	He tenido realmente ganas de hacer cosas	1	2	3	4	5
28	He tenido pesadillas con cosas malas que me han sucedido	1	2	3	4	5
29	He dormido más que lo habitual	1	2	3	4	5
30	Me ha costado mucho esfuerzo ponerme en marcha	1	2	3	4	5
31	He sentido que no encajaba	1	2	3	4	5
32	He estado tembloroso/a o agitado/a	1	2	3	4	5
33	He pensado que el mundo estaría mejor sin mí	1	2	3	4	5
34	He tenido recuerdos de algo aterrador que ha pasado	1	2	3	4	5
35	He tenido ganas de romper cosas	1	2	3	4	5
36	Me he despertado frecuentemente durante la noche	1	2	3	4	5
37	Me he sentido enfurecido/a	1	2	3	4	5
38	Me he hecho daño a propósito	1	2	3	4	5
39	He sentido que me desmayaba	1	2	3	4	5

Indica en qué grado te has sentido o has vivido las cosas de este modo durante las últimas dos semanas, incluido el día de hoy.

1 En absoluto 2 Un poco 3 Moderadamente 4 Bastante 5 Extremadamente

40	Me he desanimado por cosas	1	2	3	4	5
41	Me ha costado mirar a los ojos a las personas	1	2	3	4	5
42	Me he sentido perturbado/a pensando en algo malo que me ha sucedido	1	2	3	4	5
43	Me ha costado despertarme por las mañanas	1	2	3	4	5
44	He perdido los nervios y le he gritado a la gente	1	2	3	4	5
45	He sentido que mi corazón estaba acelerado	1	2	3	4	5
46	He pensado en mi propia muerte	1	2	3	4	5
47	Me ha resultado difícil hablar con personas con las que no tengo confianza	1	2	3	4	5
48	He estado preocupado/a gran parte del tiempo	1	2	3	4	5
49	He sentido la boca muy seca	1	2	3	4	5
50	He sentido esperanza en el futuro	1	2	3	4	5
51	He dormido muy mal	1	2	3	4	5
52	He pensado en hacerme daño	1	2	3	4	5

Indica en qué grado te has sentido o has vivido las cosas de este modo durante las últimas dos semanas, incluido el día de hoy.

1

 En absoluto

2

 Un poco

3

 Moderadamente

4

 Bastante

5

 Extremadamente

53	He creído que tengo muchas cosas buenas que esperar	1	2	3	4	5
54	Me he sentido mucho peor por las mañanas que durante el resto del día	1	2	3	4	5
55	Me he sentido somnoliento/a, adormilado/a	1	2	3	4	5
56	Me ha faltado el aliento	1	2	3	4	5
57	He hablado más despacio que lo habitual	1	2	3	4	5
58	He sentido como si estuviera ahogándome	1	2	3	4	5
59	He sentido que tengo muchas cosas interesantes que hacer	1	2	3	4	5
60	He tenido poco apetito	1	2	3	4	5
61	He tenido problemas para concentrarme	1	2	3	4	5
62	Me he enfadado por cosas sin importancia	1	2	3	4	5
63	He comido más que lo habitual	1	2	3	4	5
64	He sentido que he tenido mucha energía	1	2	3	4	5
65	He reorganizado las cosas para que estuvieran en un orden determinado	1	2	3	4	5

Indica en qué grado te has sentido o has vivido las cosas de este modo durante las últimas dos semanas, incluido el día de hoy.

1 En absoluto 2 Un poco 3 Moderadamente 4 Bastante 5 Extremadamente

66	Me he lavado las manos excesivamente	1	2	3	4	5
67	He estado corriendo de una actividad a otra	1	2	3	4	5
68	He comprobado las cosas una y otra vez	1	2	3	4	5
69	He sentido la necesidad de reorganizar las cosas para que estuvieran de la forma correcta	1	2	3	4	5
70	Me he preocupado mucho por los gérmenes	1	2	3	4	5
71	He hablado tan rápido que otras personas no podían entenderme	1	2	3	4	5
72	Me he sentido eufórico/a sin ningún motivo en especial	1	2	3	4	5
73	He evitado pensar en cosas malas de mi pasado	1	2	3	4	5
74	He evitado espacios pequeños	1	2	3	4	5
75	Me he encontrado a mí mismo/a revisando cosas, a pesar de que sabía que no era necesario	1	2	3	4	5
76	He evitado manosear cosas sucias	1	2	3	4	5
77	He sentido que mi cabeza iba a “mil por hora”	1	2	3	4	5
78	Me he sentido como si estuviera en la cima del mundo	1	2	3	4	5

Indica en qué grado te has sentido o has vivido las cosas de este modo durante las últimas dos semanas, incluido el día de hoy.

1

 En absoluto

2

 Un poco

3

 Moderadamente

4

 Bastante

5

 Extremadamente

79	He evitado situaciones que me traen malos recuerdos	1	2	3	4	5
80	He sentido miedo de quedarme atrapado/a en una multitud	1	2	3	4	5
81	He sentido la necesidad de revisar algo que ya he hecho	1	2	3	4	5
82	He seguido un mismo orden fijo al realizar las tareas cotidianas	1	2	3	4	5
83	Mis pensamientos han saltado rápidamente de una idea a otra	1	2	3	4	5
84	He sentido ansiedad en espacios pequeños	1	2	3	4	5
85	He sentido la obligación de seguir ciertos rituales	1	2	3	4	5
86	Me ha sido difícil tocar cosas que estaban sucias	1	2	3	4	5
87	Mis pensamientos han ido tan rápido que me costaba fijar las ideas	1	2	3	4	5
88	Me he sentido tan enérgico que no he podido quedarme quieto/a	1	2	3	4	5
89	He intentado ignorar recuerdos molestos	1	2	3	4	5
90	He tenido miedo a los túneles	1	2	3	4	5
91	Me he tenido que lavar porque me he sentido contaminado/a	1	2	3	4	5

Indica en qué grado te has sentido o has vivido las cosas de este modo durante las últimas dos semanas, incluido el día de hoy.

1 En absoluto **2** Un poco **3** Moderadamente **4** Bastante **5** Extremadamente

92	Me he sentido capaz de hacer cosas que otras personas no podían	1	2	3	4	5
93	He evitado hablar de malas experiencias de mi pasado	1	2	3	4	5
94	He evitado sitios estrechos y cerrados	1	2	3	4	5
95	He tenido pequeños rituales o hábitos que me han quitado mucho tiempo	1	2	3	4	5
96	He evitado usar baños públicos	1	2	3	4	5
97	He tenido mucha más energía que lo habitual	1	2	3	4	5
98	He utilizado objetos (p.e. una toalla o un guante) para evitar tocar cosas directamente	1	2	3	4	5
99	He sentido ansiedad de hablar en público	1	2	3	4	5

FIN DE LA PRUEBA. COMPRUEBE QUE HA RESPONDIDO A TODAS LAS AFIRMACIONES.





[ANEXO II]

Cálculo de puntuaciones del IDAS-II

Para calcular la puntuación total de cada escala es necesario sumar las respuestas dadas a los ítems que la conforman.

Depresión general =

Ítem 1 2 5 6 8 9 11 13 21 26
Respuesta + + + + + + + + + +

Ítem 27* 30 31 40 48 51 52 57 61 64*
Respuesta + + + + + + + + + =

*Las respuestas de los ítems 27 y 64 de la escala Depresión general deben recodificarse antes de ser sumadas.

Para recodificar las respuestas de los ítems 27 y 64, aplicar la siguiente transformación:

Respuesta original	1	2	3	4	5
	↓	↓	↓	↓	↓
Respuesta recodificada*	5	4	3	2	1

Por ejemplo, si una persona ha respondido “2” en el ítem 27, en la casilla de la respuesta al ítem 27 debe indicarse “4”.

Esta transformación solo se aplica a los ítems 27 y 64 de la escala Depresión general.

Disforia =

Ítem	2	5	8	9	21	31	40	48	57	61			
Respuesta		+		+		+		+		+		=	

Fatiga =

Ítem	6	29	30	43	54	55					
Respuesta		+		+		+		+		=	

Insomnio =

Ítem	4	11	17	25	36	51					
Respuesta		+		+		+		+		=	

Suicidio =

Ítem	13	22	33	38	46	52					
Respuesta		+		+		+		+		=	

Pérdida de apetito =

Ítem	1	26	60				
Respuesta		+		+		=	

Aumento de apetito =

Ítem	19	24	63
------	----	----	----

Respuesta + + =

Irritabilidad =

Item	12	35	37	44	62
------	----	----	----	----	----

Respuesta + + + + =

Manía =

Ítem	67	71	77	83	87
------	----	----	----	----	----

Respuesta + + + + =

Euforia =

Ítem	72	78	88	92	97
------	----	----	----	----	----

Respuesta + + + + =

Pánico =

Ítem	7	16	32	39	45	49	56	58
------	---	----	----	----	----	----	----	----

[illegible]

Ansiedad social =

Ítem	15	18	20	41	47	99							
Respuesta		+		+		+		+		+		=	

Claustrofobia =

Ítem	74	80	84	90	94						
Respuesta		+		+		+		+		=	

Intrusiones traumáticas =

Ítem	4	28	34	42					
Respuesta		+		+		+		=	

Evitación traumática =

Ítem	73	79	89	93					
Respuesta		+		+		+		=	

Comprobación =

Ítem	68	75	81				
Respuesta		+		+		=	

Respuesta + + + + + + + =





[ANEXO III]

_____ IDAS – II _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Fecha aplicación: _____

Baremo: _____

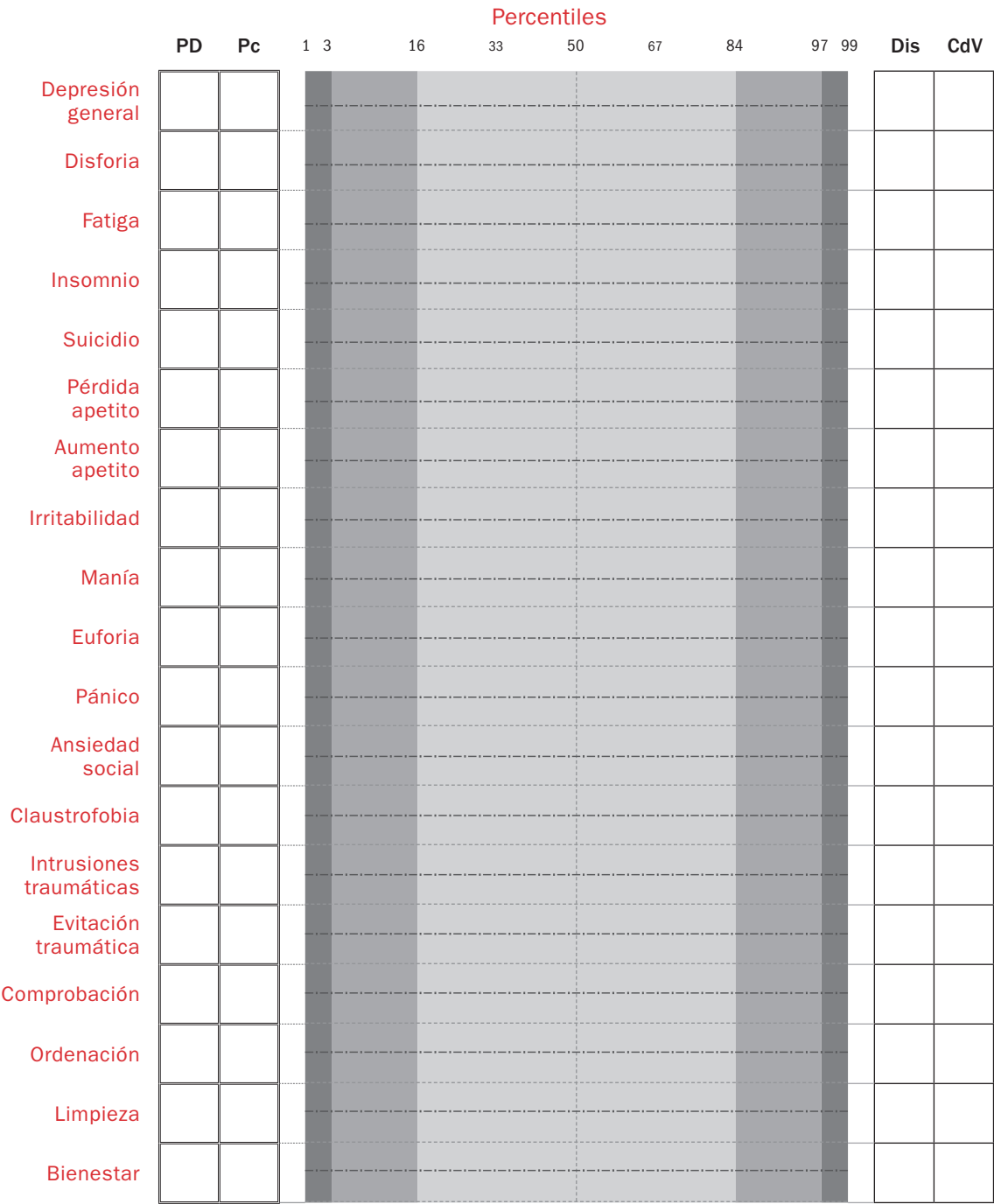
Persona responsable de la aplicación: _____

Tabla para la elaboración de perfiles de los pacientes

PD	Puntuación directa	Dis	Discapacidad
Pc	Percentil	CdV	Calidad de Vida

La “X” en la columna **Dis** indican que la puntuación se asocia a discapacidad moderada o severa.

La “X” en la columna **CdV** indica que la puntuación supera el punto de corte clínico correspondiente a una calidad de vida deficiente.





Junta de Andalucía



MINISTERIO
DE CIENCIA, INNOVACIÓN
Y UNIVERSIDADES



AGENCIA
ESTATAL DE
INVESTIGACIÓN



MINISTERIO
DE CIENCIA, INNOVACIÓN
Y UNIVERSIDADES



UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo
El FSE invierte en tu futuro



AGENCIA
ESTATAL DE
INVESTIGACIÓN