

Alba Blanca Quílez Orden

Avances en la evaluación dimensional de los trastornos emocionales

Director/es
Osma López, Jorge Javier

EXTRACTO

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>

El presente documento es un extracto de la tesis original depositada en el Archivo Universitario.

En cumplimiento del artículo 14.6 del Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado, los autores que puedan verse afectados por alguna de las excepciones contempladas en la normativa citada deberán solicitar explícitamente la no publicación del contenido íntegro de su tesis doctoral en el repositorio de la Universidad de Zaragoza. Las situaciones excepcionales contempladas son:

- Que la tesis se haya desarrollado en los términos de un convenio de confidencialidad con una o más empresas o instituciones.
- Que la tesis recoja resultados susceptibles de ser patentados.
- Alguna otra circunstancia legal que impida su difusión completa en abierto.



Universidad
Zaragoza

Tesis Doctoral

[Extracto]

AVANCES EN LA EVALUACIÓN DIMENSIONAL DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES

Autor

Alba Blanca Quílez Orden

Director/es

Osma López, Jorge Javier

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
Escuela de Doctorado

Programa de Doctorado en Psicología

2023



**Universidad
Zaragoza**

TESIS DOCTORAL
PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

Título: "Avances en la evaluación dimensional de los trastornos emocionales"

Title: "Advances in the dimensional assessment of emotional disorders"

Alumna: Alba Blanca Quilez Orden

NIA: 699298

Director: Jorge Javier Osma López

AÑO ACADÉMICO 2022/2023



**Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel**
Universidad Zaragoza

*“Lo que más amo de la ciencia es que a medida que aprendes,
realmente no obtienes respuestas, solo tienes mejores preguntas”*

John Green

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo es el broche final que expone el esfuerzo realizado durante los tres años previos. En este tiempo, he vivido experiencias inolvidables, enriquecedoras, que me han aportado muchísima experiencia a nivel profesional, pero sobre todo, a nivel personal. Esto es así gracias a todas las personas que me han acompañado en el proceso, así que, si estás leyendo estas líneas, formas parte de él de algún modo, y quiero expresarte mi agradecimiento.

Quienes habéis estado ahí, sabéis que no todo han sido momentos bonitos y agradables. Han habido momentos complicados y de agobio que, si no hubiese sido por vuestro apoyo, hubiesen sido mucho más amargos y menos llevaderos.

Sin duda, la persona más importante en este viaje ha sido mi director de tesis.

Jorge, muchísimas gracias por la confianza, la paciencia y el cariño que has depositado en mí. Eres mi referente, todo un ejemplo de dedicación, constancia, y trabajo bien hecho. Siempre tienes las palabras para motivarme cuando más lo necesito, y haces magia para que las cosas parezcan sencillas. Gracias por creer en mí, por saber expresar mi interés y curiosidad, y por haber hecho todo esto posible, adaptándote a mis necesidades laborales y personales. Qué suerte que hace ya unos años, por medio del Trabajo de Fin de Grado, pudiera comenzar el camino de la investigación a tu lado. Me has hecho disfrutar muchísimo del proceso, y aunque esta tesis cierra un capítulo, aún nos queda mucho por avanzar. Muchísimas gracias por la oportunidad.

A mi pequeño gran grupo de investigación, IPES, por el trabajo en equipo. Gracias por las reuniones semanales, y por las escapadas en las que me duele la tripa de tanto reírme. Me hacéis sentir parte de algo muy bonito, y habéis sido una parte fundamental de esta tesis. A Vero, Laura, Oscar y Vane, por estar ahí, codo con codo, por todas las horas de apoyo. Sois unos compañeros increíbles.

A mi familia. A mis padres, Blanca y Tomás, y a mi hermano, Marco Antonio. Sois la base de todo. Gracias a vuestro esfuerzo y cariño, tengo los valores que me definen y que me han permitido llegar hasta aquí. Gracias por el amor incondicional, el cuidado, y por saber siempre qué es lo que necesito. Formáis una parte importantísima de mi vida, y os tengo presentes día a día. También a mi familia extensa, y a los que se han unido después, gracias por cada momento compartido, por el apoyo y los ratitos de desconexión.

A mi familia política, por ser mis segundos padres y hermanos. Gracias por hacerme sentir una más, por vuestro cariño y preocupación, sois mucho más de lo que os corresponde. Gracias por cada celebración, y por el calor y la cercanía en los momentos más difíciles.

A mis amigos, la familia que sigo eligiendo día a día. Especialmente a Sofía y Paula, por estar, por acompañar, por celebrar y llorar juntas. Gracias a todos los demás, a los que siempre estáis ahí. Con vosotros los momentos de desconexión han sido increíbles, y siempre me habéis ayudado, acompañado y respetado en los momentos complicados. Gracias por cada fiesta, cada brindis, cada baile, sin duda la vida es mucho más amena a vuestro lado.

A la Psicología. A mis compañeras de batalla, de despacho, por el trabajo en equipo y el tiempo compartido. A mis pacientes, por hacerme amar mi profesión, y dar sentido a todos los años de formación (y los que quedan). Me dais la motivación para mejorar como profesional y persona cada día.

A mi compañero de vida, Dani. Todo concluye en ti, también estos agradecimientos. Y no puede ser de otra manera, porque me haces la vida más fácil. Gracias por el amor, la pasión y la honestidad con la que me miras, me haces sentir inmensamente feliz. Gracias por confiar siempre en mí, por aportarme calma y tranquilidad cuando más la necesito. En todo este proceso, me has acompañado y apoyado con los gestos más sinceros que podría haber imaginado. Eres un pilar fundamental en mi vida, y me encanta la familia que hemos construido. Me has enseñado poquito a poco el significado de la palabra amar.

Índice general

PRESENTACIÓN	7
RESUMEN	11
SUMMARY	13
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN GENERAL	15
1.1. Clasificación en psicopatología	17
1.2. Métodos para la clasificación en psicopatología	18
1.2.1. <i>El enfoque categorial en psicopatología</i>	18
1.2.2. <i>El modelo de redes en psicopatología</i>	21
1.2.3. <i>El enfoque dimensional en psicopatología</i>	24
1.2.4. <i>Enfoques híbridos en psicopatología</i>	29
1.3. Evolución del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales	30
1.4. Hacia una nueva propuesta de clasificación: el enfoque híbrido y el transdiagnóstico	32
1.5. Modelo híbrido y enfoque transdiagnóstico en los Trastornos Emocionales	36
1.5.1. <i>Evaluación e intervención dimensional en los TEs</i>	42
1.6. El Sistema Nacional de Salud español	45
1.7. Instrumentos dimensionales para la evaluación de los Trastornos Emocionales	49
1.8. Otros constructos dimensionales: la significación clínica	52
1.9. Objetivos generales de la tesis	56
1.10. Descripción y esquema de la tesis	57
1.11. Referencias	59
CAPÍTULO 2. EVALUACIÓN DIMENSIONAL DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES	69
2.1. Multidimensional Emotional Disorders Inventory: Reliability and Validity in a Spanish Clinical Sample	71
Abstract	71
Introduction	72
Method	74
Results	78
Discussion	84
Limitations	86
Conclusions	87
References	88

2.2. Validity Evidence of the Multidimensional Emotional Disorders Inventory among non-clinical Spanish University Students.....	91
<i>Abstract</i>	91
<i>Introduction</i>	92
<i>Materials and Methods</i>	95
<i>Results</i>	100
<i>Discussion</i>	104
<i>Conclusions</i>	107
<i>Supplementary Materials:</i>	109
<i>Appendix</i>	113
<i>References</i>	116
2.3. Descripción del Inventario Multidimensional para los Trastornos Emocionales (MEDI) para la evaluación y diagnóstico dimensional	121
<i>Resumen</i>	121
<i>Introducción</i>	123
<i>Método</i>	128
<i>Discusión</i>	138
<i>Conclusiones</i>	141
<i>Apéndice 1. Cuestionario en castellano disponible en Osma et al. (2021).</i>	142
<i>Referencias</i>	145
CAPÍTULO 3. EVALUACIÓN LONGITUDINAL EN LA INTERVENCIÓN TRANSDIAGNÓSTICA	149
3.1. Psychometric properties and validation of the Spanish versions of the overall anxiety and depression severity and impairment scales	151
<i>Abstract</i>	151
<i>Introduction</i>	152
<i>Method</i>	154
<i>Data analysis</i>	160
<i>Results</i>	161
<i>Discussion</i>	165
<i>Conclusions</i>	168
<i>Appendix 1</i>	170
<i>References</i>	174

3.2. Spanish Adaptation of the Overall Anxiety and Depression Severity and Impairment Scales in University Students	179
<i>Abstract</i>	179
<i>Introduction</i>	180
<i>Materials and Methods</i>	181
<i>Results</i>	185
<i>Discussion</i>	189
<i>Conclusions</i>	191
<i>References</i>	192
 CAPÍTULO 4. OTROS CONSTRUCTOS DIMENSIONALES:	
LA SIGNIFICACIÓN CLÍNICA	197
 CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN GENERAL	199
5.1. Discusión general	201
5.1.1. <i>Evaluación dimensional de los Trastornos Emocionales</i>	205
5.1.2. <i>Evaluación longitudinal en la intervención transdiagnóstica</i>	207
5.1.3. <i>Evaluación de la significación clínica</i>	208
5.2. Resultados y aportaciones clave	209
5.2.1. <i>Evaluación de constructos dimensionales</i>	209
5.2.2. <i>Validación con población clínica y no clínica</i>	210
5.2.3. <i>Atención a las necesidades del Sistema Nacional de Salud español</i>	211
5.3. Limitaciones generales	211
5.4. Implicaciones y líneas futuras	213
5.4.1. <i>Implicaciones a nivel de investigación científica</i>	213
5.4.2. <i>Recomendaciones para futuras investigaciones</i>	215
5.4.3. <i>Líneas futuras de investigación</i>	216
5.4.4. <i>Implicaciones para la práctica clínica</i>	217
5.5. Referencias	220
 CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES GENERALES	227
6.1. Conclusiones Generales.....	229
 CAPÍTULO 7. APÉNDICES	231
7.1. Apéndice 1. Compendio de publicaciones, datos sobre los trabajos incluidos en la tesis.....	233

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.2.1. Matriz de los Research Domain Criteria (RDoC; Insel et al., 2010).....	25
Tabla 1.3.1. Principales hitos de las diferentes ediciones del DSM	31
Tabla 1.4.1. Conceptos y procesos transdiagnósticos.	33
Tabla 1.5.1. Prevalencia trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.....	36
Tabla 1.5.2. Modelo de clasificación dimensional de Brown y Barlow (2009).....	41
Tabla 1.7.1. Prevalencia de los trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo en población joven (20-24 años).....	51
Tabla 1.10.1. Descripción de las limitaciones principales detectadas a nivel de evaluación dimensional, de las que se derivan los objetivos específicos de la tesis.	58
Table 2.1.1. Sociodemographic data and participants' clinical diagnoses	75
Table 2.1.2. Item factor loadings, discrimination indices and reliability for the MEDI subscales.....	80
Table 2.1.3. Pearson correlations between the baseline MEDI subscales and 1-week follow-up.....	81
Table 2.1.4. Pearson correlations between the baseline MEDI subscales and comparison scales.	82
Table 2.1.5. Data for the MEDI scales in clinical populations.....	83
Table 2.2.1. Socio-demographic characteristics of the participants ($n = 455$).	96
Table 2.2.2. Instruments to evaluate the validity of MEDI constructs.	97
Table 2.2.3. Factor loadings and discrimination indices of the MEDI items ($n = 455$).	101
Table 2.2.4. Sex differences in MEDI scales total scores.	103
Table 2.2.5. Normative data for the MEDI scales.	103
Tabla 2.3.1. Medias, desviaciones típicas y datos de consistencia de las dimensiones del MEDI en los diferentes estudios.	127
Table 3.1.1. Socio-demographic Characteristics of Participants ($N = 339$)	154
Table 3.1.2. Correlations of the OASIS and the ODSIS and Measures of Convergent and Discriminant Validity and Internal Consistency Estimates.....	162
Table 3.1.3. Factor Loadings with the 5-Factor Model without Correlating the Error Variance for the OASIS	163
Table 3.2.1. Socio-demographic characteristics of the participants.	182
Table 3.2.2. OASIS factor loadings, discrimination indices and discrimination parameter α	185
Table 3.2.3. ODSIS factor loadings, discrimination indices and discrimination parameter α	186
Table 3.2.4. Correlations between OASIS, ODSIS, DASS-14-A, DASS-14-D and VAS-EuroQol.....	186
Tabla 5.4.1. Recomendaciones para futuras investigaciones	215

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.2.1. Evolución histórica y correspondencia entre los sistemas diagnósticos CIE y DSM.	19
Figura 1.2.2. Red de asociación de síntomas basada en un caso.....	22
Figura 1.2.3. Red de comorbilidad hipotética entre sintomatología de Trastorno de Estrés Postraumático y Trastorno Depresivo Mayor.	23
Figura 1.2.4. Espectros correspondientes a la HiTOP.	27
Figura 1.4.1. Representación esquemática de la teoría cognitivo conductual transdiagnóstica para los trastornos de la conducta alimentaria.	35
Figura 1.5.1. Modelo de triple vulnerabilidad e influencia sobre el desarrollo y mantenimiento del neuroticismo.	38
Figura 1.5.2. Modelo funcional de los Trastornos Emocionales.....	39
Figura 1.5.3. Modelo estructural de las interrelaciones de los constructos de afecto negativo, afecto positivo y activación autónoma con los trastornos del DSM-IV (APA, 1994).	40
Figura 1.8.1. Conceptualización del caso	55
Figure 2.2.1. Profiles of two participants according to their scores in each MEDI.	104
Figura 2.3.1. Perfil obtenido a través del MEDI para el Participante 1 y puntos de corte en población clínica	129
Figura 2.3.2. Perfil obtenido a través del MEDI para el Participante 2 y puntos de corte en población clínica	130
Figura 2.3.3. Perfil obtenido a través del MEDI para el Participante 3 y puntos de corte en población clínica	132
Figura 2.3.4. Perfil obtenido a través del MEDI para el Participante 4 y puntos de corte en población clínica	133
Figura 2.3.5. Perfil obtenido a través del MEDI para el Participante 5 y puntos de corte en población clínica	135
Figura 2.3.6. Perfil obtenido a través del MEDI para el Participante 6. y puntos de corte en población clínica	136
Figura 2.3.7. Perfil obtenido a través del MEDI para el Participante 7 y puntos de corte en población clínica	137
Figure 3.1.1. ROC curve for OASIS and ODSIS.....	164
Figure 3.2.1. Receiver operating characteristic curve of the OASIS (A) and ODSIS (B). .	187
Figure 3.2.2. Information function of the OASIS (A) and ODSIS (B). The solid line represents the information function and the dotted line represents the standard error.....	188

PRESENTACIÓN

Los avances en la clasificación en psicopatología han llevado al desarrollo de enfoques transdiagnósticos, especialmente para aquellos grupos de trastornos que presentan altas tasas de comorbilidad, síntomas subclínicos o alta prevalencia del diagnóstico no especificado, para los cuales, las limitaciones del enfoque categorial tradicional son más evidentes.

Es innegable cierto nivel de categorías en la clasificación, ya que facilitan la comunicación entre profesionales y aportan un sentido unitario a la psicopatología. Por ello, desde el enfoque transdiagnóstico no se pretende negar la existencia de estas etiquetas, más bien se fomenta centrar la atención en los componentes nucleares compartidos por diferentes trastornos, en lugar de centrarla en las características diferenciales de cada uno de ellos.

Los trastornos emocionales, que incluyen trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y relacionados, son los trastornos mentales más prevalentes a nivel mundial, con casi 600 millones de personas afectadas. Tan solo en España, los últimos datos de prevalencia muestran que aproximadamente un 13% de la población sufre al menos un trastorno emocional, lo que implica alrededor de 5 millones de personas. Tanto en la investigación como en la práctica clínica, se encuentran barreras para el manejo de este grupo de trastornos, derivadas precisamente de sus altas tasas de comorbilidad, que no se contemplan por medio de las herramientas y protocolos derivados de los sistemas categóricos tradicionales.

Por todo ello, desde hace años, Brown y Barlow desarrollaron una aproximación híbrida-transdiagnóstica para los trastornos emocionales, identificando diferentes mecanismos compartidos, que se encuentran en la base de la aparición, mantenimiento y desarrollo de estos problemas. A raíz de esta aproximación, hace aproximadamente 12 años surgió un programa de tratamiento, el Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales, pero no será hasta muchos años después, en 2019, cuando comenzaron a aparecer las primeras medidas de evaluación que seguían este enfoque híbrido-transdiagnóstico.

La ciencia avanza por medio de datos empíricos. Para poder obtener datos de este tipo, es fundamental disponer de herramientas de evaluación validadas, y con adecuadas propiedades psicométricas.

Contar con datos de medidas que evalúen constructos dimensionales-transdiagnósticos, y que puedan ser aplicadas a los trastornos emocionales, ayudará a que millones de personas en el mundo obtengan una adecuada evaluación psicológica, fomentando la realización de investigaciones para este tipo de problemas y sintomatología y, sobre todo, facilitando la detección precoz y la correcta derivación, para que cada persona reciba la atención especializada que necesita.

El objetivo de la presente tesis doctoral es realizar avances en la evaluación dimensional de los trastornos emocionales. Como resultados clave de la misma, se obtienen datos acerca de las propiedades psicométricas de tres herramientas de evaluación que se dirigen a explorar constructos transdiagnósticos.

El capítulo 1 sirve para introducir y contextualizar el panorama de la clasificación en psicopatología, de los trastornos emocionales, y del Sistema Nacional de Salud español. A lo largo del mismo, se detectan las limitaciones y necesidades principales, que se pretende superar y cubrir por medio de los objetivos de la tesis. Al final de este capítulo aparecen redactados los objetivos específicos del presente trabajo, que se engloban en el objetivo general de avanzar en la evaluación dimensional/transdiagnóstica de los trastornos emocionales.

Después de este capítulo introductorio, los cinco manuscritos que forman parte de la presente tesis, están distribuidos en los capítulos 2-4. El capítulo 2 incluye los tres primeros manuscritos, que hacen referencia a la validación y exploración de las propiedades psicométricas de una escala que evalúa diferentes dimensiones de los trastornos emocionales, llamada Inventario Multidimensional para los Trastornos Emocionales (MEDI; Rosellini y Brown, 2019). El capítulo 3 contiene el cuarto manuscrito del compendio de publicaciones, que se centra en evaluar dos herramientas transdiagnósticas para el screening y la evaluación longitudinal de sintomatología ansiosa y depresiva, concretamente explora las propiedades de las Escalas Generales de Gravedad e Interferencia de Ansiedad y Depresión (OASIS y ODSIS; Norman et al., 2006; Bentley et al., 2014). Y, por último, el capítulo 4 (eliminado en esta versión de la tesis por incluir contenido protegido) contendría el último manuscrito, todavía en proceso de evaluación, y que explora las propiedades psicométricas de una escala que evalúa la significación clínica, es decir, la interferencia de la sintomatología y los problemas en diferentes áreas vitales de la persona, y que se llama Escala de Interferencia (EI; Echeburúa et al., 2000).

El capítulo 5 incluye una discusión general, con los resultados y aportaciones clave de la tesis, las principales limitaciones, y las implicaciones para la investigación y la práctica clínica, así como recomendaciones y futuras líneas de investigación en este ámbito. En el capítulo 6 se exponen las principales conclusiones de la tesis, teniendo en cuenta todo lo comentado en la discusión y en cada uno de los estudios. Por último, el capítulo 7 incluye los apéndices requeridos desde la Escuela de Doctorado, a saber, información fundamental sobre las diferentes publicaciones del compendio: factor de impacto de las revistas, áreas temáticas correspondientes a las publicaciones y justificación de la doctoranda en caso de coautoría.

Cada capítulo contiene su propia bibliografía. En la siguiente página, aparecen los artículos que comprenden el compendio de publicaciones, y se especifica en qué capítulo estará recogido cada uno de ellos.

LISTADO DE PUBLICACIONES DE LA TESIS

La presente tesis doctoral, de acuerdo con el informe correspondiente, autorizado por el Directo de la Tesis y el Órgano Responsable del Programa de Doctorado, se presenta como un **compendio publicaciones**, con cuatro trabajos previamente publicados, y uno que se encuentra en proceso de evaluación. Las referencias completas de los artículos que constituyen el cuerpo de la tesis son los siguientes:

Manuscrito I (Capítulo 2)

Osma, J., Martínez-Loredo, V., Quilez-Orden, A., Peris-Baquero, O., Ferreres-Galán, V., Prado-Abril, J., Torres-Alfosea, M.A. y Rosellini, A. J. (2022). Multidimensional emotional disorders inventory: Reliability and validity in a Spanish clinical sample. *Journal of Affective Disorders*, 320, 65-73. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.140>

Factor de Impacto (JCR 2021): 6.533 (Q1)

Manuscrito II (Capítulo 2)

Osma, J., Martínez-Loredo, V., Quilez-Orden, A., Peris-Baquero, Ó., y Suso-Ribera, C. (2021). Validity evidence of the multidimensional emotional disorders inventory among non-clinical Spanish University students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8251. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168251>

Factor de Impacto (JCR 2021): 4.614 (Q1)

Manuscrito III (Capítulo 2)

Quilez-Orden, A., Prado-Abril, J., Ferreres-Galán, V., Torres-Alfosea, M. Á., Santos-Goñi, M. A., Peris-Baquero, Ó. y Osma, J. (2020) Descripción del inventario multidimensional para los trastornos emocionales (MEDI) para la evaluación y diagnóstico dimensional. *Acción Psicológica*, 19(2), 15-32. <https://doi.org/10.5944/ap.19.2.36992>

Factor de Impacto (JCR): 0.09 (Q4)

Manuscrito IV (Capítulo 3)

Osma, J., Martínez-Loredo, V., Díaz-García, A., Quilez-Orden, A., y Peris-Baquero, Ó. (2021). Spanish Adaptation of the Overall Anxiety and Depression Severity and Impairment Scales in University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 345. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010345>

Factor de Impacto (JCR 2021): 4.614 (Q1)

Manuscrito V (Capítulo 4, contenido protegido)

Osma, J., Quilez-Orden, A., Ordoñez, J.L., Peris-Baquero, O. y Echeburúa, E. (enviado).
Psychometric properties of the Maladjustment Inventory in a Spanish clinical and student sample. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*.

Factore de Impacto (JCR 2021): 6.795 (Q1)

Esta tesis ha sido aceptada por los coautores de todas las publicaciones aquí mencionadas, que han renunciado al derecho de presentarlas como parte de otra tesis doctoral. Los documentos de renuncia firmados fueron entregados en el proceso de depósito de la tesis.

RESUMEN

La clasificación, responde a una necesidad del ser humano de ordenar y simplificar la realidad que le rodea. En el ámbito de la psicopatología, la clasificación se convierte en un proceso fundamental, y su objetivo es la realización de un adecuado diagnóstico, que facilite comprender cómo es el comportamiento de un ser humano, en función de a qué categoría pertenezca.

El proceso de clasificación en psicopatología no ha estado exento de controversias, y aunque el enfoque categorial es el más extendido y asentado, cuenta con limitaciones prácticas que dificultan su ajuste a circunstancias de la realidad clínica. Por ejemplo, desde esta aproximación se han desarrollado múltiples herramientas de evaluación y protocolos de intervención específicos para cada categoría, lo que resulta potencialmente artificial, y no se ajusta a los casos de comorbilidad, subclínicos y no especificados, que son los más prevalentes.

A raíz de estas dificultades ampliamente discutidas en la literatura, a lo largo de los años, han surgido otras aproximaciones, como la teoría de redes o los enfoques dimensionales. Sin embargo, estos nuevos enfoques tienen sus propias desventajas, ya que hacen mucho más complejo el proceso diagnóstico y la comunicación entre profesionales.

A pesar de las limitaciones mencionadas de los enfoques categoriales, en este momento es imposible renunciar a las categorías en su totalidad, ya que facilitan la comunicación entre profesionales y dan un sentido unitario a la psicopatología. En este sentido, el enfoque que más evidencia científica y más apoyo está recibiendo, es el transdiagnóstico. Este enfoque no niega la existencia de categorías, pero centra su atención en explorar diferentes componentes nucleares transdiagnósticos, compartidos por un grupo de diferentes trastornos. Así, supone un enfoque híbrido, que acepta cierto nivel de categorización, pero explora diferentes constructos transdiagnósticos que pueden ser graduados en un continuo desde el enfoque dimensional.

Los trastornos emocionales son los trastornos mentales más prevalentes a nivel mundial, afectando a millones de personas. Este grupo de categorías diagnósticas, compuesto por trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y relacionados, presenta altas tasas de comorbilidad, haciendo mucho más evidentes las limitaciones del sistema categorial a la hora de abordarlos.

Por ello, los principales avances referentes a los trastornos emocionales, se ha dado desde un enfoque transdiagnóstico. El neuroticismo es el componente central que más evidencia empírica acumula en su aparición, mantenimiento y desarrollo pero, además, se han detectado otros constructos transdiagnósticos y dimensiones importantes para este grupo de trastornos.

A raíz de estos avances en el enfoque transdiagnóstico de los trastornos emocionales, apareció hace años el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales, que ya acumula amplia literatura sobre su efectividad, convirtiéndose en un tratamiento de primera elección. Sin embargo, no se han dado los mismos avances a nivel de evaluación transdiagnóstica. La mayoría de los estudios desde este enfoque utilizan amplias baterías de evaluación formadas por cuestionarios específicos categoriales para evaluar los diferentes constructos y dimensiones.

El objetivo de la presente tesis es avanzar en la evaluación dimensional de los trastornos emocionales, explorando las propiedades psicométricas de herramientas que evalúan diferentes constructos desde un enfoque transdiagnóstico. A través de este trabajo, se detectan las necesidades fundamentales para la evaluación dimensional, y en base a ellas, se establecen los objetivos específicos. En los manuscritos del compendio, aparecen resultados y aportaciones clave sobre diferentes escalas para la evaluación transdiagnóstica en población española clínica y no clínica.

Además de tener un enfoque transdiagnóstico, las herramientas exploradas son breves, rápidas de aplicar, y no requieren formación específica. Estas características, las convierte en herramientas potencialmente aplicables en el Sistema Nacional de Salud español, donde existen largas listas de espera, gran presión asistencial, escaso tiempo para las consultas, y poca periodicidad de las mimas.

Los trastornos emocionales también son los más prevalentes dentro del sistema sanitario, y los profesionales expresan dificultades para el manejo de los mismos, especialmente derivadas de sus tasas de comorbilidad. Esto hace que aproximadamente la mitad de personas que tienen este tipo de trastornos, no estén correctamente diagnosticadas y no reciban un tratamiento basado en la evidencia para su problemática.

En este sentido, contar con datos actuales sobre herramientas de evaluación dimensional para los trastornos emocionales en España, implica fomentar la investigación y la práctica clínica centrada en herramientas con evidencias de validez, que permitan evaluar correctamente a millones de personas, para que puedan recibir un tratamiento basado en la evidencia, y ajustado a sus necesidades y sintomatología específica.

SUMMARY

Classification responds to the need of human beings to order and simplify the reality that surrounds them. In the field of psychopathology, classification becomes a fundamental process, and its objective is to carry out an adequate diagnosis, which facilitates the understanding of a human being's behaviour, depending on the category to which he or she belongs.

The classification process in psychopathology has not been exempt of controversy, and although the categorical approach is the most widespread and established, it has practical limitations that make it difficult to adjust to the circumstances of clinical reality. For example, from this approach, multiple assessment tools and specific intervention protocols have been developed for each category, which is potentially artificial, and does not adjust to cases of comorbidity, subclinical and unspecified, which are the most prevalent.

As a result of these difficulties widely discussed in the literature, other approaches have emerged over the years, such as network theory or dimensional approaches. However, these new approaches have their own disadvantages, as they make the diagnostic process and communication between professionals much more complex.

Despite the aforementioned limitations of categorical approaches, it is impossible at this time to renounce categories in their totality, as they facilitate communication between professionals and give a unitary meaning to psychopathology. In this sense, the transdiagnostic approach is the one that is receiving the most scientific evidence and support. This approach does not deny the existence of categories, but focuses on exploring different transdiagnostic core components shared by a group of different disorders. Thus, it is a hybrid approach, which accepts a certain level of categorisation, but explores different transdiagnostic constructs that can be graded on a continuum from the dimensional approach.

Emotional disorders are the most prevalent mental disorders worldwide, affecting millions of people. This group of diagnostic categories, consisting of anxiety, mood and related disorders, has high rates of comorbidity, making the limitations of the categorical system in addressing them much more evident.

Therefore, the main advances concerning emotional disorders have been made from a transdiagnostic approach. Neuroticism is the central component that accumulates the most empirical evidence in its appearance, maintenance and development; but other transdiagnostic constructs and important dimensions have also been detected for this group of disorders.

As a result of these advances in the transdiagnostic approach to emotional disorders, the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders appeared years ago, which has already accumulated extensive literature on its effectiveness, becoming a treatment of first choice. However, the same advances have not been made at the level of transdiagnostic evaluation. Most studies from this approach use extensive assessment complex consisting of specific categorical questionnaires to assess the different constructs and dimensions.

The aim of this thesis is to advance in the dimensional evaluation of emotional disorders, exploring the psychometric properties of tools that assess different constructs from a transdiagnostic approach. Through this work, the fundamental needs for dimensional assessment are detected, and based on them, the specific objectives are established. In the manuscripts of the compendium, results and key contributions on different scales for transdiagnostic assessment in the Spanish clinical and non-clinical population are presented.

In addition to having a transdiagnostic approach, the tools explored are brief, quick to apply, and do not require specific training. These characteristics make them potentially applicable in the Spanish National Health System, where there are long waiting lists, high pressure on care, limited time for consultations, and low frequency of consultations.

Emotional disorders are also the most prevalent within the health system, and professionals express difficulties in managing them, especially due to their comorbidity rates. This means that approximately half of the people who have this type of disorder are not correctly diagnosed and do not receive evidence-based treatment for their problems.

In this sense, having current data on dimensional assessment tools for emotional disorders in Spain involves the fundamental implication of promoting research and clinical practice focused on tools with evidence of validity, which allow millions of people to be correctly assessed, so that they can receive evidence-based treatment, adjusted to their specific needs and symptomatology.

CAPÍTULO 1.
INTRODUCCIÓN GENERAL

1. INTRODUCCIÓN GENERAL

1.1. Clasificación en psicopatología

Ordenar la realidad que rodea al ser humano se convierte en una necesidad que le permite facilitar su vida cotidiana, y ofrecer una visión coherente y estructurada del mundo (Lemos, 2008). El proceso de clasificación es definido por Lemos (2008) como “cualquier procedimiento utilizado para construir agrupaciones o categorías y para asignar entidades a dichas categorías, en base a atributos o relaciones comunes” (p. 94), y su propósito fundamental es, precisamente, reducir la complejidad de los estímulos para facilitar la comprensión del contexto. De este modo, la clasificación se convierte en una necesidad del ser humano, y a nivel científico, supone un proceso imprescindible para la construcción de cualquier disciplina de conocimiento (Belloch et al., 2020).

La psicopatología se centra en describir, interpretar y predecir las experiencias anómalas del ser humano (Vázquez et al., 2014), y la clasificación en esta área de conocimiento pretende organizar y categorizar dichas experiencias, ofreciendo términos comunes que faciliten la comunicación y permitan hacer predicciones (Lemos, 2008). El objetivo final de la clasificación en psicopatología consiste en la realización de un adecuado diagnóstico, que nos permita identificar en qué categoría debe incluirse un individuo en función de sus características (Vázquez et al., 2011). Por tanto, la creación de categorías pasa por dos principios básicos: aportar el máximo nivel de información reduciendo el esfuerzo para procesarla; y estructurar los datos para que su percepción sea correlacional y no arbitraria (Lemos, 2008).

Hay que tener en cuenta que las categorías diagnósticas resultantes del proceso de clasificación son construcciones teóricas que intentan organizar la información y, por tanto, no son realidades en sí mismas (Vázquez et al., 2011).

La clasificación en psicopatología debe responder a diferentes propósitos científicos, entre los que destacan (Belloch et al., 2020):

- Organización de signos y síntomas
- Comunicación entre profesionales
- Determinación del proceso de evaluación o tratamiento para cada categoría
- Determinación del estatus legal del paciente en base a su funcionamiento

En base a estos propósitos, contar con un sistema de clasificación en psicopatología, ofrece diferentes ventajas (Belloch et al., 2020; Vázquez et al., 2014):

- Favorecer la comunicación entre profesionales implicados en la salud mental, ofreciendo términos comunes
- Facilitar la organización de la información y documentación

- Facilitar la codificación, memorización y evocación de la información
- Facilitar los procesos administrativos relacionados con la salud mental
- Avanzar en la investigación sobre la etiología de los problemas de salud mental
- Facilitar la selección de un adecuado tratamiento
- Facilitar la realización de predicciones sobre el curso clínico o respuesta a los diferentes tratamientos
- Favorecer el desarrollo de la disciplina, otorgándole unidad
- Servir de base acumulativa de información para cada una de las categorías

Sin embargo, los sistemas de clasificación también suponen desventajas, entre las que destacan los efectos de estigmatización o yatrogénicos, y problemas metodológicos relativos a su fiabilidad, validez y utilidad para comprender las características de una categoría y tomar decisiones acerca de la misma (Lemos, 2008).

En resumen:

- La clasificación supone un proceso fundamental para la psicopatología, entendida como disciplina y rama de conocimiento.
- El fin último de la clasificación en psicopatología es la realización de un adecuado diagnóstico, que permita comprender el funcionamiento de un individuo en función de la categoría a la que pertenezca.
- Se derivan ventajas y desventajas del proceso de clasificación, dando lugar a diferentes controversias sobre el mismo.

1.2. Métodos para la clasificación en psicopatología

Existen diferentes métodos para la creación de categorías en psicopatología, cada uno con sus propias ventajas e inconvenientes, siendo los más conocidos el modelo categorial y el dimensional (Belloch et al., 2020).

1.2.1. *El enfoque categorial en psicopatología*

El enfoque categorial ha sido el modelo dominante en psicopatología, y supone un proceso dicotómico y cualitativo, según el cual un individuo pertenece o no a una categoría diagnóstica, en función de si cumple o no una serie de criterios (Belloch et al., 2020). Se basa en la hipótesis de que existen diferentes categorías diferenciadas entre sí (Lemos, 2008). De hecho, a nivel teórico, un sistema de clasificación categórico supone una serie de requisitos entre los que destacan: que existan límites claros entre las diferentes categorías; que las categorías sean mutuamente excluyentes; y que exista homogeneidad entre los individuos de una misma categoría (Chorot et al., 2020).

Los sistemas de clasificación predominantes en psicopatología, representados por las diferentes ediciones del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM; American Psychiatric Association [APA]) y la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE; Organización Mundial de la Salud [OMS]), siguen un enfoque categorial (Vázquez et al., 2011) (ver Figura 1.2.1).

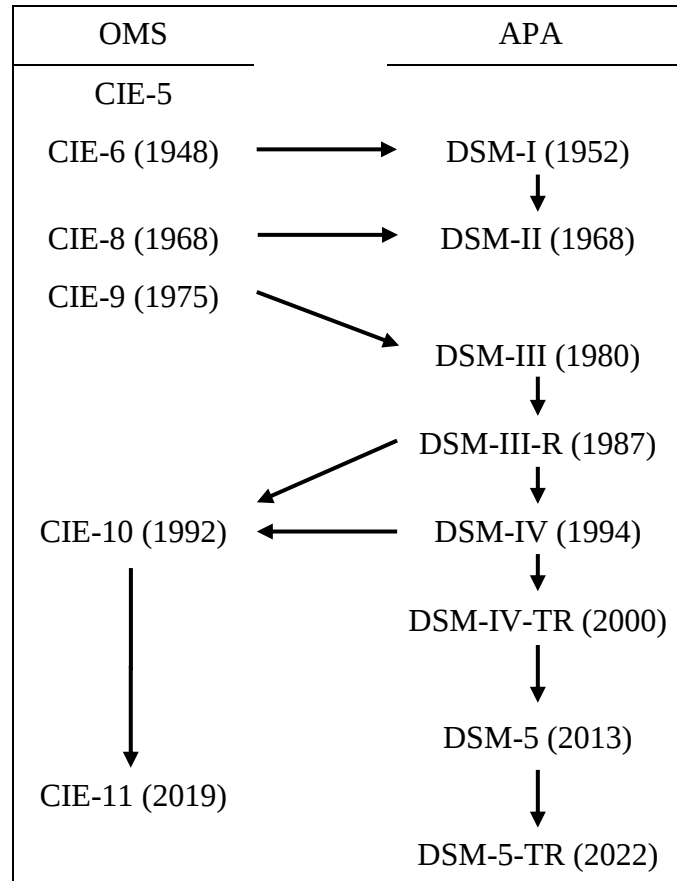


Figura 1.2.1. Evolución histórica y correspondencia entre los sistemas diagnósticos CIE y DSM.

Adaptada de Vázquez et al. (2014).

Las ventajas principales del modelo categorial son: (1) facilitar la comunicación entre clínicos e investigadores, dado que se comparte un mismo vocabulario psicopatológico; (2) ofrecer un sentido unitario a la psicopatología, característica relacionada con la anterior que hace referencia a que, tanto clínicos como investigadores, entienden de la misma manera la agrupación y descripción de los síndromes y síntomas descritos en las clasificaciones diagnósticas; (3) y, por último, favorecer el diseño de investigaciones y tratamientos estandarizados, algo fundamental en nuestro desarrollo como disciplina científica (p. ej., criterios diagnósticos claros de inclusión y exclusión en los ensayos clínicos) (Vázquez et al., 2011).

Sin embargo, también presenta desventajas o inconvenientes:

- Plantean que las categorías son entidades discretas, cuando en realidad son conceptos para facilitar la organización de la información, en este sentido, no existen límites claros entre los distintos síndromes, ni ningún paciente cumple los criterios exactamente tal y como aparecen en las clasificaciones.
- Suponen una pérdida importante de información al no identificar o incluir aspectos particulares de la conducta, por ejemplo, intencionalidad, motivación o variables contextuales.
- Aumentan la homogeneidad de las categorías utilizando criterios restrictivos, que crean la necesidad de contar con categorías no especificadas o mixtas para poder incluir los casos atípicos o subclínicos.
- Por último, y en relación a las desventajas descritas previamente, el número teórico de categorías al que da lugar suele ser menor a la diversidad de diferencias entre los individuos que se encuentra en la práctica clínica diaria (Lemos, 2008).

Además, se han descrito otras limitaciones del enfoque categorial a nivel asistencial (Lemos, 2008; Vázquez et al., 2014):

- Distinción artificial entre lo normal y lo patológico que no se corresponde con la realidad, es decir, las demandas que atendemos en los centros clínicos no se ven reflejadas en las categorías descritas en los sistemas de clasificación.
- Problemas de fiabilidad interjueces y validez diagnóstica de las categorías. La fiabilidad interjueces se refiere al grado de acuerdo mostrado en la valoración entre diferentes profesionales para una finalidad concreta como, por ejemplo, acuerdo para asignar a una persona, en una determinada categoría diagnóstica. La validez diagnóstica hace referencia a la medida en que una categoría o una etiqueta, evalúa e incluye lo que se desea cuantificar.
- No contemplar las altas tasas de comorbilidad ni la superposición existente entre características de diferentes categorías, cuando es más la norma que la excepción, ya que la literatura científica ha demostrado que las tasas de comorbilidad en el momento presente o a lo largo de la vida son muy elevadas (Saha et al., 2021).
- No prestar atención a síntomas subclínicos, es decir, no considerar aquellos casos en los que las personas presentan síntomas que generan dificultades en su funcionalidad, aunque no lleguen a estar definidos como criterios clínicos.
- Las categorías no siempre reflejan los avances en investigación, un ejemplo lo podemos encontrar en el grupo de trastornos conocidos como trastornos emocionales, grupo amplio de trastornos que comparten mecanismos etiológicos y de mantenimiento (Barlow et al., 2004), y de los que hablaremos con más detalle en el apartado 1.5.

Ante las controversias a las que da lugar la clasificación categorial, se han desarrollado alternativas desde diferentes enfoques, como el de redes (Blanco et al., 2019) o el dimensional (Chorot et al., 2020), que serán comentados a continuación.

En resumen:

- La clasificación categórica implica un proceso dicotómico y cualitativo.
- Cuenta con diferentes ventajas prácticas, pero numerosas limitaciones teóricas.
- Ha dado lugar a controversias, por las que se han generado enfoques alternativos de clasificación.

1.2.2. El modelo de redes en psicopatología

El modelo de redes supone un cambio radical de perspectiva con respecto a los modelos categoriales para la comprensión de la naturaleza del diagnóstico, ya que su objetivo no es llegar a etiquetar ni buscar trastornos subyacentes a la sintomatología manifiesta, sino encontrar interacciones dinámicas entre los diferentes síntomas (Vázquez et al., 2017).

El enfoque de redes propone que las categorías diagnósticas no son reales y, por tanto, no deben ser el objetivo de la psicopatología, sino que existen diferentes síntomas manifiestos, que en función de cómo interaccionan entre sí, dan lugar a combinaciones en forma de redes (Blanco et al., 2019). Así, los síntomas se agrupan porque se influyen entre sí con poder autónomo, y no necesariamente porque haya un trastorno subyacente que los conecte entre sí (Fonseca-Pedrero, 2017).

En este enfoque, los síntomas son presentados como *nodos*, es decir, variables observables; y se conectan entre sí por medio de *nexos*, que serían las interacciones estadísticas que se dan entre ellos (Blanco et al., 2019). Esta concepción permite evaluar diferentes características concretas de las interacciones entre los síntomas, que ayudarán a decidir la relevancia o importancia de cada nodo dentro de la red (Vázquez et al., 2017). La Figura 1.2.2, expone una red de síntomas hipotética.

El hecho de centrar la atención en los síntomas evita problemas de fiabilidad y validez propios de las categorías diagnósticas; y aporta un énfasis dimensional, valorando en un continuo cada síntoma presente (Vázquez et al., 2017).

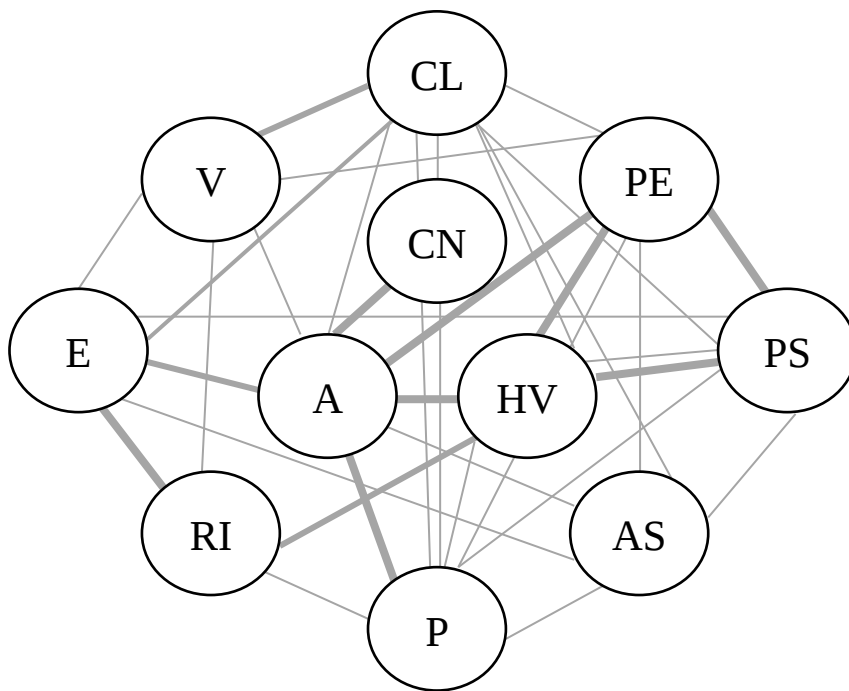


Figura 1.2.2. Red de asociación de síntomas basada en un caso.
Adaptada de Blanco et al. (2019).

Nota: el grosor de las líneas representa la magnitud de la asociación entre los síntomas. V = Vergüenza; CL = Culpa; PE = Pesadillas; CN = Creencias Nucleares; E = Evitación; A = Ansiedad; HV = Hipervigilancia; PS = Problemas de Sueño; RI = Recuerdos Intrusivos; P = Preocupaciones; AS = Aislamiento Social.

Además, el modelo de redes contempla la comorbilidad por medio de *síntomas puente*, que son los que conectan diferentes redes de síntomas entre sí, haciendo referencia a la existencia de relaciones funcionales entre determinados síntomas de diferentes redes (Vázquez et al., 2017). En la Figura 1.2.3, aparecen los problemas de sueño y la fatiga actuando como síntomas puente que conectan las dos redes de síntomas.

El modelo de redes es un enfoque prometedor, que ofrece una herramienta conceptual y de investigación para superar algunas de las limitaciones del modelo categorial, y aporta información importante para diferentes fenómenos como la comorbilidad (Fonseca-Pedrero, 2017). Sin embargo, la investigación de este enfoque en psicopatología se encuentra en sus fases iniciales, por lo que es necesario continuar explorando sus potencialidades y puntos débiles (Fonseca-Pedrero, 2017).

Una de las limitaciones principales de este modelo, es que utiliza análisis matemáticos complejos, dificultando procesos estadísticos que permitan valorar su bondad de ajuste con respecto a la de otros enfoques (Vázquez et al., 2017). Además, presenta información “instantánea” y no valora la evolución de la sintomatología a lo largo del tiempo; y existen campos poco explorados, sobre cómo variables ajenas a la red de síntomas pueden afectar a la estructura y dinámica de la propia red, por ejemplo, variables familiares o sociales (McNally, 2020).

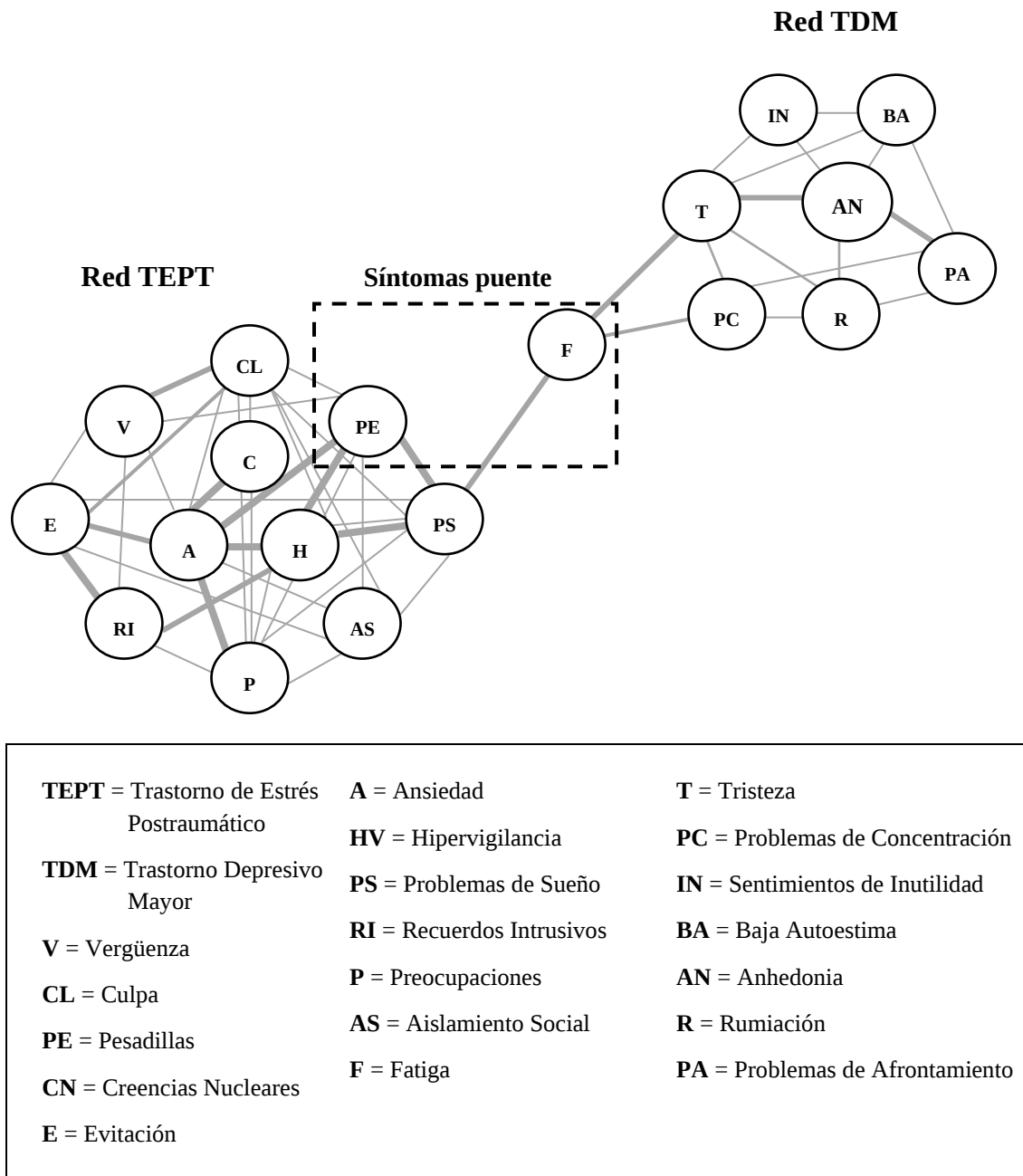


Figura 1.2.3. Red de comorbilidad hipotética entre sintomatología de Trastorno de Estrés Postraumático y Trastorno Depresivo Mayor.
Extraída de Vázquez et al. (2017).

En resumen:

- El modelo de redes supone un cambio radical con respecto al enfoque categorial, proponiendo que las categorías diagnósticas no son reales.
- Representa redes de síntomas que interaccionan entre sí con poder autónomo y no como consecuencia de un trastorno subyacente que les conecta.
- Es un enfoque prometedor, pero necesita mayor exploración y no incluye valoraciones longitudinales.

1.2.3. El enfoque dimensional en psicopatología

El enfoque dimensional supone un proceso continuo y cuantitativo, en el que una característica puede presentar diferentes grados de relevancia clínica sin límites precisos (Belloch et al., 2020).

Un ejemplo de modelo dimensional sería el *Research Domain Criteria* (RDoC; Insel et al., 2010), que integra diferentes niveles de información con la finalidad de entender qué dimensiones básicas de funcionamiento subyacen a la conducta humana en un continuo de normalidad-anormalidad (Insel et al., 2010). Pretende incorporar datos de neurociencia que permitan identificar objetivos para el tratamiento, detectar perfiles para los mismos, y proporcionar mayor replicabilidad en investigación y en la toma de decisiones clínicas (Insel et al., 2010).

Es un sistema de clasificación que nace desde la medicina, y se basa en dimensiones médicas, utilizando unidades de análisis biológicas que van dirigidas principalmente al área de la investigación (Cuthbert, 2014). Propone una matriz de dos dimensiones: unidades de análisis y constructos, y en la Tabla 1.2.1, se puede observar cómo aparecen diferentes niveles de análisis, desde genéticos, hasta a nivel de individuo o entorno (Insel et al., 2010). Por medio de esta matriz dimensional, se pretende ofrecer una guía provisional para la investigación (Lilienfeld, 2014).

En el eje horizontal están las unidades de análisis que varían gradualmente en complejidad biológica (desde los genes hasta los autoinformes o paradigmas); y en el eje vertical se encuentran los cinco dominios/constructos, que son más amplios y que se corresponden con circuitos cerebrales ampliamente estudiados y relevantes para el campo de la psicopatología (Insel et al., 2010).

Este modelo supone diferentes ventajas, ya que adopta un enfoque dimensional consistente con los modelos transdiagnósticos y pretende incorporar los avances de la neurociencia (Chorot et al., 2020).

Así mismo, cuenta con diferentes críticas, por ejemplo, las referentes a la validez de las unidades de análisis propuestas, y a la utilidad clínica de los dominios más allá de la investigación, ya que se cuestiona si éstas facilitan y orientan en la toma de decisiones o no (Weinberger y Terry, 2014). También se critica el hecho de que no aparezca en la matriz ninguna información referente a la diferencia salud-enfermedad, o al propio curso de la enfermedad, ya que se considera que esto también dificulta la toma de decisiones clínica (Vilar et al., 2019).

Tabla 1.2.1. Matriz de los Research Domain Criteria (RDoC; Insel et al., 2010). Adaptada de Cuthbert (2014).

Dominios/constructos	UNIDADES DE ANÁLISIS							Paradigmas
	Genes	Moléculas	Células	Circuitos	Fisiología	Conducta	Autoinformes	
Sistemas de valencia negativa								
Amenaza aguda (miedo)								
Miedo potencial (ansiedad)								
Miedo mantenido								
Pérdida								
Frustración por no reforzamiento								
Sistemas de valencia positiva								
Motivación de aproximación								
Responsividad inicial al reforzamiento								
Responsividad mantenida al reforzamiento								
Aprendizaje por reforzamiento								
Hábito								
Sistemas cognitivos								
Atención								
Percepción								
Memoria operativa								
Memoria declarativa								
Lenguaje								
Control cognitivo (esfuerzo)								
Sistemas para los procesos sociales								
Imitación; teoría de la mente								
Dominación social								
Identificación de la expresión social								
Miedo de apego/separación								
Áreas de autorepresentación								
Sistemas de arousal/regulatorios								
Arousal y regulación (múltiple)								
Actividad de estado de reposo								

La crítica principal que se ha hecho a los modelos RDoC, hace referencia al excesivo énfasis en los factores puramente biológicos o médicos, convirtiendo los trastornos mentales en trastornos de los circuitos cerebrales (Sandín, 2013). De hecho, este es el primero de los supuestos de la clasificación RDoC, seguido de que estas alteraciones de los circuitos pueden detectarse desde técnicas propias de la neurociencia, por ejemplo, un trastorno de ansiedad podría identificarse por pruebas de imágenes funcionales o pruebas genéticas (Insel et al., 2010). A pesar de ser una de las críticas principales, hay que tener en cuenta que este modelo sí reconoce el papel de las variables psicosociales y del desarrollo en el análisis de los trastornos mentales, aunque estos aspectos no aparezcan recogidos en la matriz (Lilienfeld, 2014).

A corto plazo, la clasificación RDoC podría ser útil a nivel de investigación, pero todavía queda un largo camino para que se demuestre útil en la práctica clínica, y es incierto predecir cuál será su influencia en este campo (Insel et al., 2010).

Otro ejemplo de clasificación dimensional sería el modelo *Hierarchical Taxonomy of Psychopathology* (HiTOP; Kotov et al., 2017). Fue desarrollado por el Consorcio que lleva ese mismo nombre, y que está formado por 40 psicólogos bajo la coordinación de Kotov con el objetivo de solucionar algunas de las limitaciones básicas de los sistemas categoriales tradicionales en psicopatología (Kotov et al., 2017). Proponen una clasificación de tipo jerárquico y dimensional (ver Figura 1.4.2), compuesta por dos dimensiones: las de orden inferior, y las de orden superior que surgen de la covariación empírica de las primeras entre sí (Kotov et al., 2017).

El modelo HiTOP para la clasificación de la psicopatología construye síndromes por medio de la covariación de síntomas, permitiendo atender la comorbilidad como la combinación de síndromes diferentes (Kotov et al., 2017).

Hasta el momento, la investigación sobre la clasificación HiTOP es limitada, existiendo dudas sobre su estructura general y sobre la necesidad de explorar cada una de sus dimensiones de manera completa. Además, se recomienda añadir, en estudios futuros, otras variables como la edad de inicio, la duración o la cronicidad de la enfermedad (Kotov et al., 2017). Se ha criticado como limitación principal de la jerarquía de la matriz, el hecho de que se base casi de manera exclusiva en instrumentos de evaluación transversales, ya que solo muestra una imagen de un momento concreto, pero no tiene en cuenta la evolución a lo largo del tiempo, o cuestiones dinámicas del desarrollo de los síntomas (Wittchen y Beesdo-Baum, 2018).

A pesar de ello, la clasificación HiTOP supone grandes ventajas para la psicopatología, ofreciendo amplios espectros bien definidos, y dando cobertura a prácticamente todas las condiciones que se aprecian en esta rama de conocimiento (Kotov et al., 2017).

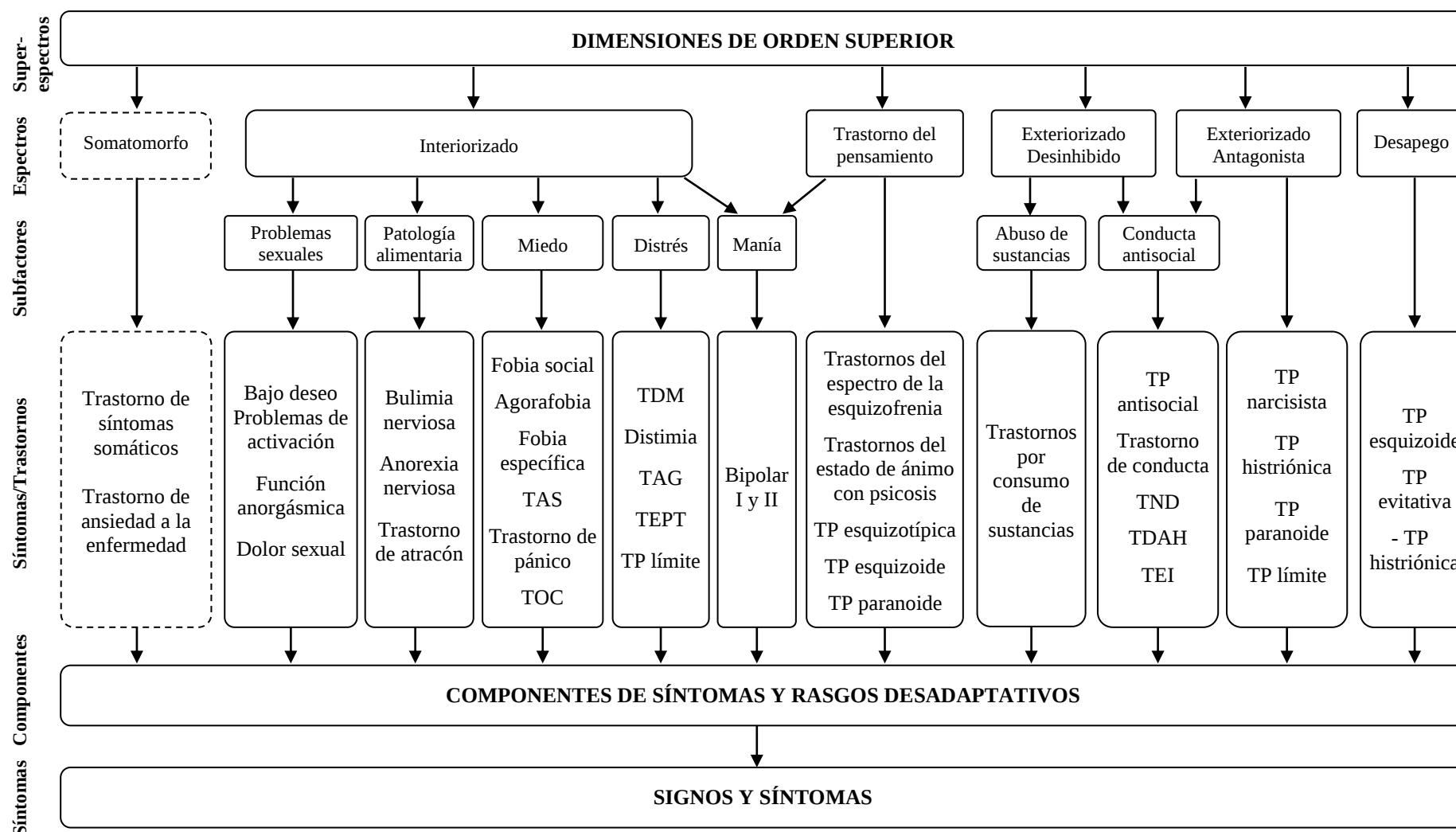


Figura 1.2.4. Espectros correspondientes a la HiTOP.

Nota: Las líneas discontinuas indican elementos del modelo que fueron incluidos provisionalmente y que requieren mayor estudio. El signo menos indica una asociación negativa entre el trastorno de personalidad histriónica y el espectro de desapego. TDAH = trastorno de déficit de atención/hiperactividad; TAG = trastorno de ansiedad generalizada; TEI = trastorno explosivo intermitente; TDM = trastorno depresivo mayor; TOC = trastorno obsesivo compulsivo; TND = trastorno negativista desafiante; TP = trastorno de personalidad; TEPT = trastorno de estrés postraumático; TAS = trastorno de ansiedad de separación.

Adaptado de Kotov et al. (2017).

En suma, modelos de clasificación como el HiTOP deben ser entendidos como complementos para facilitar el desarrollo de una clasificación de psicopatología más eficaz y práctica, y no como sustitutos de los sistemas de clasificación actuales (Wittchen y Beesdo-Baum, 2018).

En general, los modelos dimensionales suponen varias ventajas, entre las que destacan (Lemos, 2008; Vázquez et al., 2011):

- Contemplar un rango más amplio de información, al permitir combinar diferentes atributos en un continuo, por ejemplo, además de conocer un síntoma concreto, se puede evaluar su intensidad o frecuencia.
- Favorecer la interpretación de la conducta anormal como un extremo dentro del continuo de la conducta normal, reduciendo así el estigma. Por ejemplo, estar en la parte baja del continuo de activación, tendría menos estigma que la etiqueta de apatía.
- Favorecer la evaluación de los cambios experimentados por individuos a lo largo del tiempo o a causa de un tratamiento.
- Favorecer una mayor individualización de los tratamientos, ya que permiten obtener perfiles dimensionales distintos que facilitan la adaptación de intervenciones de manera personalizada.

Sin embargo, también presentan diferentes inconvenientes prácticos (Lemos, 2008):

- Escaso acuerdo sobre qué y/o cuántas dimensiones son necesarias para representar las manifestaciones psicopatológicas.
- Incremento de la complejidad de la metodología y el proceso diagnóstico, por ejemplo, análisis matemáticos complejos en los modelos de redes.
- Mayor dificultad para la interpretación de resultados.
- Mayor dificultad para la comunicación entre profesionales al incluirse perfiles diversos y requerir información más personalizada para cada caso.

En resumen:

- La clasificación dimensional implica un proceso continuo y cuantitativo.
- Supera las limitaciones teóricas de los modelos categoriales, pero supone limitaciones prácticas, al aumentar la complejidad del proceso diagnóstico.

1.2.4. Enfoques híbridos en psicopatología

Como se ha mencionado previamente, aunque los modelos categoriales y dimensionales tienen sus propias ventajas, ambos presentan limitaciones. El enfoque categorial da lugar a limitaciones principalmente teóricas, y el enfoque dimensional, a limitaciones prácticas. Por ello, no tiene sentido la rivalidad entre ambos o la dicotomía, sino que hay que apostar por su integración, puesto que no todos los trastornos son dimensionales, ni tampoco dejan de ser totalmente categoriales (Belloch et al., 2020). Al no ser excluyentes, los enfoques categorial y dimensional pueden combinarse, dando lugar a los modelos híbridos (Lemos, 2008).

Los modelos híbridos asumen cierto nivel de categorización, al definir de forma cualitativa los rasgos más característicos del trastorno; e incluyen la parte dimensional, al establecer, para cada rasgo característico, continuos que permiten graduar su relevancia clínica (Lemos, 2008).

Existen diferentes ejemplos de modelos híbridos, como el enfoque clase-cuantitativo sugerido por Millon et al. (2004), en su propuesta de clasificación categorial-dimensional para los trastornos de personalidad.

En el apartado 1.4, se retomará la idea de los modelos híbridos en profundidad, mientras que ahora se va a explicar cómo todas estas controversias entre los diferentes enfoques para la clasificación en psicopatología, se han visto reflejadas en las diferentes ediciones del principal manual de clasificación utilizado en esta rama de conocimiento.

En resumen:

- Los modelos híbridos acumulan las ventajas de los enfoques categorial y dimensional, superando así las limitaciones de ambos.

Enfoque	Proceso	Limitaciones
Categorial	Cualitativo dicotómico	Empíricas / teóricas
Dimensional	Cuantitativo y continuo	Prácticas
Híbrido	Definición cualitativa de las características más importantes y graduación cuantitativa de la relevancia clínica de cada una de ellas	—

1.3. Evolución del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

Contar con un sistema de clasificación basado en la evidencia permitió, en sus inicios, un gran avance con respecto a métodos anteriores, y fomentó el desarrollo de la investigación sobre las diferentes categorías y la respuesta al tratamiento de estas (Sauer-Zavala y Farchione, 2019). Sin embargo, a pesar de su impacto, las clasificaciones han dado lugar a controversias especialmente centradas en la validez de sus resultados (Vázquez et al., 2011).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales cuenta con 5 versiones y la revisión de 3 de ellas, que se han ido desarrollando desde el año 1952 hasta la actualidad (Bradley et al., 2023). De una edición a otra, se introducen nuevas etiquetas y desaparecen otras, pasando de 106 categorías en el DSM-I (APA, 1952), a 216 en el DSM-5 (APA, 2013; Sandín, 2013). En las distintas ediciones se dan cambios sustanciales que se pueden observar en la Tabla 1.3.1, adaptada de Vázquez et al. (2011; 2014); y actualizada con las aportaciones más recientes de las últimas ediciones.

El DSM-5 supone un cambio en la perspectiva categorial que se había consolidado en las ediciones anteriores, al incluir, de manera preliminar, conceptos dimensionales y medidas directamente dirigidas a la evaluación de aspectos transdiagnósticos como la significación clínica (Belloch et al., 2020).

Recientemente, se ha publicado la versión revisada DSM-5-TR (APA, 2022), con la finalidad de actualizar la literatura de la versión anterior con los nuevos hallazgos de las investigaciones (First et al., 2022). Entre los cambios principales destacan: (1) incluir entidades diagnósticas como el trastorno de duelo prolongado, el trastorno del estado de ánimo no especificado y el trastorno neurocognitivo leve inducido por estimulantes; (2) agregar síntomas independientes del diagnóstico en la sección de “Otras condiciones que pueden requerir atención clínica”, como la conducta suicida o las autolesiones no suicidas; (3) cambios en ciertas definiciones para los criterios de más de 70 etiquetas diagnósticas, como los referentes a los trastornos del espectro autista, la disforia de género, el episodio maniaco, los especificadores de duración de los trastornos adaptativos, o las características esenciales del delirium (Bradley et al., 2023).

Los cambios acontecidos en las diferentes ediciones del manual a lo largo de la historia presuponen el carácter provisional y cambiante de las categorías a las que dan lugar (Vázquez et al., 2011). Aunque el DSM ha mejorado su fiabilidad diagnóstica y, en parte, su validez interna, su base teórica es confusa, al mezclar diferentes principios, como síntomas, consideraciones teóricas o influencias evolutivas (Lemos, 2008).

Tabla 1.3.1. Principales hitos de las diferentes ediciones del DSM. Adaptada de Vázquez et al. (2011; 2014).

Versión	Principales hitos
DSM-I (APA, 1952)	Incluye categorías mayores de trastornos que se organizan en base al concepto de “reacción” desarrollado por Adolf Meyer (1866-1959), en tres grandes grupos: psicosis orgánicas, neurosis psicógenas y trastornos del carácter. Entendía los trastornos mentales como reacciones psicobiológicas de la personalidad.
DSM-II (APA, 1968)	Se abandona el concepto de “reacción”, y se basa principalmente en el concepto de “neurosis”.
Estas dos primeras ediciones del DSM carecen de criterios formales para determinar los límites entre categorías. Solo proporcionan descripciones globales, haciendo imposible el cálculo de la fiabilidad diagnóstica, y generando un alto grado de insatisfacción entre los profesionales (Chorot et al., 2020).	
DSM-III (APA, 1980)	Introduce uno de los hitos más importantes en la clasificación en psicopatología, siguiendo el modelo neo-kraepeliano. Da lugar a clasificaciones descriptivas, sin hacer referencia a la etiología, con el objetivo de mejorar la fiabilidad y validez del diagnóstico. Delimita con claridad las características diagnósticas, síntomas asociados e incluye criterios de exclusión, con la finalidad de conseguir mayor homogeneidad para cada categoría. Sigue una estructura categorial y jerárquica, con una postura ateórica y descriptiva. Incorpora la evaluación multiaxial, con cinco ejes. Ya en esta edición, se refleja la posibilidad de integrar los enfoques categorial (tres primeros ejes que hacen referencia a las categorías) y dimensional (dos últimos ejes que proponen una escala dimensional para evaluar el papel de estresores psicosociales y el funcionamiento adaptativo del individuo).
<i>“Sin duda cabría afirmar que hay un antes y un después del DSM-III en la clasificación categorial de los trastornos mentales”</i> (Chorot et al., 2020, p. 77). Los sucesores del DSM-III (APA, 1980) no efectuaron grandes cambios, compartiendo las siguientes características (Vázquez et al., 2014): (1) eliminación del concepto de “enfermedad mental”; (2) utilización de criterios diagnósticos operativos; (3) significación clínica; (4) definiciones politéticas, que implican que no hay síntomas necesarios para efectuar un diagnóstico, sino que se requiere la presencia de una combinación determinada de ellos, sin que ninguno deba cumplirse necesariamente; (5) multiaxialidad.	
DSM-III-R (APA, 1987)	Mejora de la evaluación multiaxial, haciendo referencia a diferencias culturales. Se mejoran los criterios y la organización de algunos trastornos y se eliminan categorías que no cuentan con suficiente apoyo empírico.
DSM-IV (APA, 1994)	El objetivo más importante de esta edición es priorizar los resultados de investigación, teniendo en cuenta tres fuentes de datos: metanálisis, múltiples análisis de datos y estudios de campo. Se conserva el diagnóstico multiaxial, aunque se dan cambios en algunos ejes. Se incluyen en todos los capítulos los trastornos debidos a una condición médica o al uso de sustancias. Se incluye un apartado referente a las manifestaciones que pueden verse influidas por edad, género o cultura.
DSM-IV-TR (APA, 2000)	No se introdujeron cambios sustanciales con respecto a la versión anterior, más allá de actualizar bibliografía.
DSM-5 (APA, 2013)	Cierto cambio en la perspectiva categorial, introduciendo de forma preliminar la posibilidad de dar información cuantitativa acerca de la gravedad de los trastornos. Incluye la sección III para los trastornos de la personalidad, que hace referencia al funcionamiento del individuo y rasgos de la personalidad evaluados en un continuo de normalidad-anormalidad. Elimina la evaluación multiaxial y organiza el manual siguiendo un modelo de ciclo vital.
DSM-5-TR (APA, 2022)	Cambios y mejoras significativas para la práctica clínica e investigadora, como incluir entidades diagnósticas (trastorno de duelo prolongado, trastorno del estado de ánimo no especificado y trastorno neurocognitivo leve inducido por estimulantes), o implementar cambios en los criterios diagnósticos para más de 70 trastornos.

En resumen:

- Las diferentes ediciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), mejoran su fiabilidad diagnóstica y validez interna.
- El DSM-5 (APA, 2013) incluye conceptos dimensionales, aunque en la práctica clínica sigue utilizándose un enfoque predominantemente categorial.

1.4. Hacia una nueva propuesta de clasificación: el enfoque híbrido y el transdiagnóstico

Por medio de la evolución del manual DSM, se ha podido observar cómo las categorías a las que da lugar la clasificación en psicopatología son potencialmente artificiales (Vázquez et al., 2014). Ya en el DSM-IV se introduce la aclaración de que las categorías no son entidades totalmente discretas con límites absolutos (APA, 1994). Sin embargo, el enfoque categorial ha gozado de mayor desarrollo, al poseer las ventajas prácticas expuestas hasta el momento (Sandín et al., 2012). Desde este enfoque, se han desarrollado herramientas de evaluación y tratamientos psicológicos específicos para cada etiqueta diagnóstica (McManus et al., 2010). Al ser tan específicos, estas herramientas y programas requieren más tiempo y recursos para su aplicación, dificultando su diseminación y, por tanto, haciendo más complejo que los individuos reciban tratamientos psicológicos basados en la evidencia (McManus et al., 2010).

Además, contar con herramientas de evaluación y programas psicológicos específicos para cada trastorno, dificulta la intervención en individuos que presentan comorbilidad o diagnósticos no especificados (McManus et al., 2010). Paradójicamente, cuanto mayor es el número de categorías que expone el DSM, más se incrementan las tasas de comorbilidad (Sandín et al., 2012). Las evidencias empíricas manifiestan la existencia de comorbilidad intra y entre clases como una norma, y no como una excepción (Saha et al., 2021).

Si la intervención psicológica es específica para cada trastorno, existen diferentes opciones para atender casos de comorbilidad: (1) aplicar el tratamiento para el diagnóstico principal y valorar si tiene efectos sobre el diagnóstico secundario; (2) aplicar los tratamientos para los diferentes trastornos de manera secuencial o combinada; (3) o buscar mecanismos compartidos por ambos diagnósticos, e intervenir sobre ellos (McManus et al., 2010). Las dos primeras opciones tienen limitaciones claras, como la posibilidad de mantener síntomas residuales si solo se atiende uno de los diagnósticos, o suponer elevados costes si se aplican tratamientos específicos para cada diagnóstico de manera secuencial (McManus et al., 2010). La tercera opción, sería lo que se conoce como aproximación transdiagnóstica, y se basa en buscar mecanismos psicopatológicos compartidos por diferentes etiquetas, para dirigir a ellos el tratamiento (Belloch, 2012).

El enfoque transdiagnóstico ha generado un interés que sigue en auge entre clínicos e investigadores. David H. Barlow es uno de los investigadores más conocido de este enfoque, y explica que no hay que entender los diagnósticos como categorías aisladas unas de otras, sino que habría que identificar componentes nucleares en el comportamiento desadaptativo, que probablemente sean compartidos por diferentes trastornos, para poder evaluar e intervenir sin tanta especificidad (Barlow et al., 2004).

Retomando los diferentes modelos para la clasificación en psicopatología, se podría decir que el transdiagnóstico parte de un modelo híbrido, ya que asume la existencia de cierto nivel de categorías, al agrupar diferentes diagnósticos, pero también se apoya en el enfoque dimensional, al permitir graduar en un continuo cada uno de los mecanismos compartidos por ese grupo de categorías (Belloch et al., 2020; Sandín et al., 2012). El objetivo del enfoque transdiagnóstico no es tanto sustituir los sistemas de clasificación actual, sino fomentar que, a nivel de investigación y práctica clínica, la atención se centre en los mecanismos subyacentes compartidos (Vázquez et al., 2011). La Tabla 1.4.1, expone ejemplos de algunos procesos psicopatológicos transdiagnósticos que se han identificado hasta el momento.

Tabla 1.4.1. Conceptos y procesos transdiagnósticos. Extraída de Chorot et al. (2020).

Autor(es)	Concepto transdiagnóstico	Procesos transdiagnósticos	Trastornos implicados
Fairburn et al. (2003)	Perfeccionismo clínico Baja autoestima Intolerancia emocional Dificultades interpersonales	Ver Figura 1.4.1.	Trastornos alimentarios
Barlow et al. (2004)	Afectividad negativa Afectividad positiva Hiperactivación fisiológica	Atención autofocalizada Incontrolabilidad/impredictibilidad Tendencias a la acción Evitación Distracción Racionalización Rituales cognitivos Supresión emocional Señales de seguridad Preocupación/rumiación	Trastornos emocionales (trastornos de ansiedad y trastornos depresivos)
Aldao et al. (2010)	Estrategias de regulación emocional	Reevaluación Solución de problemas Aceptación Supresión Evitación emocional Rumiación	Trastornos de ansiedad Trastornos depresivos Trastornos alimentarios Adicciones

Tabla 1.4.1. (Cont.) Conceptos y procesos transdiagnósticos. Extraída de Chorot et al. (2020).

Autor(es)	Concepto transdiagnóstico	Procesos transdiagnósticos	Trastornos implicados
Harvey et al. (2004)	Atención	Atención selectiva Evitación atencional	Cualquier trastorno
	Memoria	Memoria selectiva Memorias recurrentes Memoria sobregeneralizada	
	Razonamiento	Sesgos interpretativos Sesgos de expectativa Razonamiento emocional	
	Pensamiento	Pensamiento negativo repentino Creencias metacognitivas Supresión del pensamiento	
	Conducta	Evitación Conductas de seguridad	
Egan et al. (2011)	Perfeccionismo	Comprobación del rendimiento Evitación Dilación (“procrastinación”) Conductas contraproducentes	Trastornos de ansiedad Trastornos depresivos Trastornos alimentarios
Naragon-Gainey (2010) Wheaton et al. (2012)	Sensibilidad a la ansiedad	Expectativas físicas Expectativas cognitivas Expectativas sociales	Trastornos emocionales Trastornos depresivos
Carleton et al. (2012) Pineda (2018)	Intolerancia a la incertidumbre	Prospectiva Inhibitoria	Trastornos de ansiedad Trastornos depresivos Trastornos alimentarios

Una de las primeras teorías formuladas desde el enfoque transdiagnóstico, hace referencia a los trastornos de la conducta alimentaria, y fue desarrollado por Fairburn et al. (2003), como una actualización de un modelo previo (Fairburn et al., 1993). Propone la existencia de diferentes procesos psicopatológicos genéricos que interactúan para la aparición y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria (independientemente de la categoría diagnóstica concreta de la que se trate): perfeccionismo, baja autoestima, intolerancia emocional y dificultades interpersonales (Fairburn et al., 2003). Además, se explica que en la mayor parte de los casos aparecen una serie de síntomas nucleares compartidos, como ideas sobrevaloradas sobre la comida, dietas, figura corporal, y peso; restricción alimentaria y otras conductas de control de peso y/o conductas compensatorias (Fairburn et al., 1993).

La Figura 1.4.1 contiene una representación gráfica de la teoría transdiagnóstica para los trastornos de la conducta alimentaria.

Como se ha comentado anteriormente, una de las características más importantes del enfoque transdiagnóstico es que no niega la existencia de diagnósticos, sino que integra una agrupación categorial con un esquema dimensional, suponiendo una aproximación a la psicopatología integradora (Belloch et al., 2020).

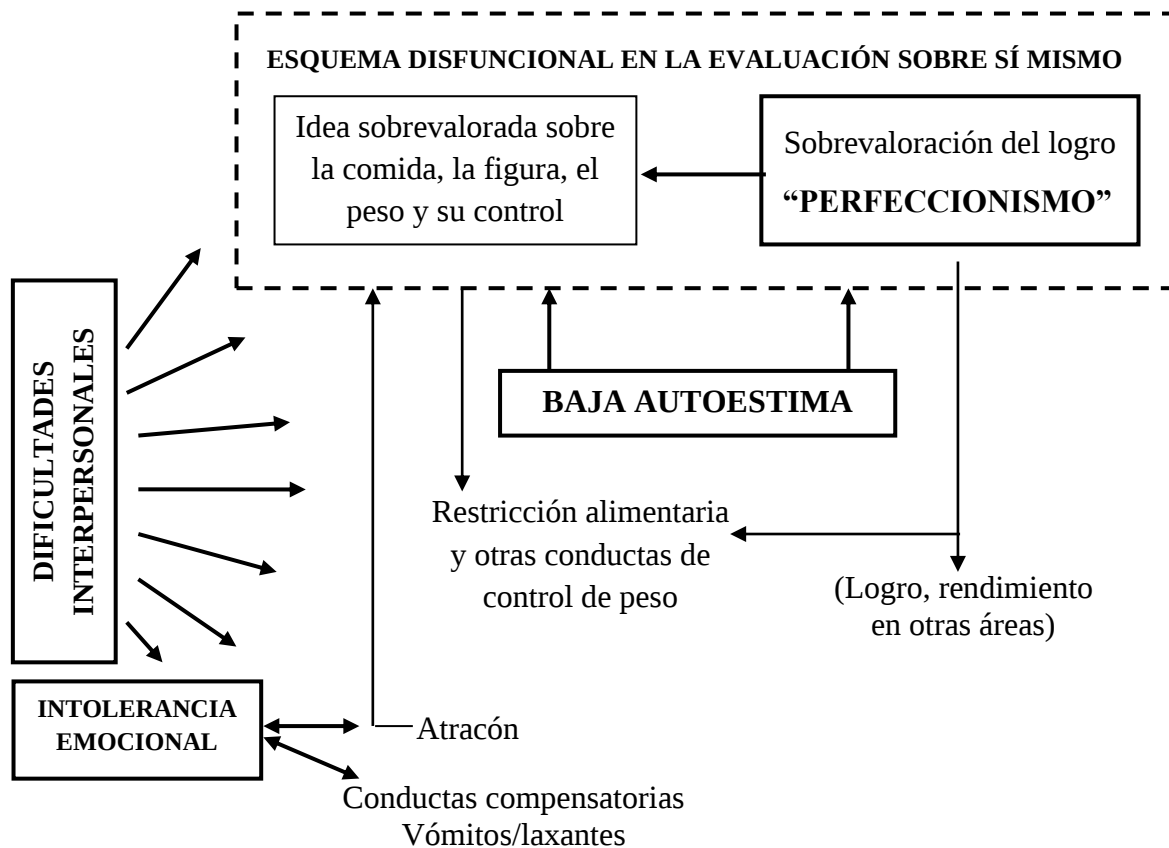


Figura 1.4.1. Representación esquemática de la teoría cognitivo conductual transdiagnóstica para los trastornos de la conducta alimentaria. Adaptada de Fairburn et al. (2003).

En resumen:

- El enfoque transdiagnóstico parte de un modelo dimensional, integrando lo categorial y lo dimensional, y dando lugar a una aproximación a la psicopatología más realista.
- La perspectiva transdiagnóstica permite evaluar e intervenir sobre individuos que presentan comorbilidad, que es lo más común en la práctica clínica.

1.5. Modelo híbrido y enfoque transdiagnóstico en los Trastornos Emocionales

Se ha comentado previamente que una de las limitaciones fundamentales de los sistemas diagnósticos categoriales, que ha hecho que se desarrollen modelos híbridos y el enfoque transdiagnóstico, es la alta comorbilidad entre trastornos. La presente tesis se va a centrar en los trastornos emocionales (en adelante, TEs), que incluyen trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y relacionados (Bullis et al., 2019), por diferentes razones (Brown y Barlow, 2009):

- Aunque se encuentran buenos índices de fiabilidad para los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad, existen problemas empíricos con respecto a los límites entre ambos.
- Presentan altas tasas de comorbilidad, aproximadamente el 55% de los individuos que sufren un trastorno de ansiedad sufre otro trastorno de ansiedad o del estado de ánimo en el mismo momento del diagnóstico, aumentando este porcentaje hasta el 76% si se contempla su ciclo vital.
- La mayor parte de individuos con un diagnóstico de ansiedad o del estado de ánimo, son diagnosticados en la categoría “no especificado”.

Debido a estas características, cobra especial sentido el desarrollo de un modelo híbrido desde el enfoque transdiagnóstico, que permita comprender mejor cómo evaluar e intervenir sobre este grupo de trastornos.

Además, es importante tener en cuenta que los TEs son los trastornos más prevalentes a nivel mundial (OMS, 2017). Según el “Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)”, en el año 2019 (último año del que constan registros del estudio “GBD, Global Burden of Disease”), hasta 581 millones de personas en el mundo presentaban al menos un TE, suponiendo un 7.81% de la población mundial (IHME, 2023). En España, el porcentaje aumenta hasta un 12.69%, de modo que aproximadamente 5 millones de personas sufrían al menos un TE (IHME, 2023). Ver Tabla 1.5.1.

Tabla 1.5.1. Prevalencia trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Creada a partir de los datos recogidos en IHME (2023).

	Trastorno de ansiedad	Trastorno del estado de ánimo
Mundo	301 millones de personas 4.05%	280 millones de personas 3.76%
España	2.4 millones de personas 5.42%	2.6 millones de personas 6.04%

El grupo de TEs, además de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, incluye otros trastornos relacionados, entre los que destacan los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo, trastornos disociativos, trastornos relacionados con el estrés y el trauma, trastornos de la conducta alimentaria o trastornos por síntomas somáticos (Bullis et al., 2019). Comprender qué mecanismos transdiagnósticos nucleares comparten los TEs, ayudará a crear y aplicar sistemas de evaluación y tratamiento eficaces para millones de personas.

Brown y Barlow (2009) propusieron como dimensión central en la etiología, curso y mantenimiento de los TEs al neuroticismo, entendido como la tendencia a experimentar emociones desagradables (ansiedad, miedo, irritabilidad, tristeza, etc.) de manera frecuente e intensa en respuesta a diferentes fuentes de estrés. A nivel neuropsicológico, las personas con elevado neuroticismo presentan una hiperexcitabilidad de las estructuras límbicas en combinación con un limitado control inhibitorio de las estructuras corticales (Shin y Liberzon, 2010).

Según el modelo de triple vulnerabilidad (Suárez et al., 2009), un individuo desarrollará un TE si se da la interacción a lo largo del tiempo de tres tipos de vulnerabilidades:

- **Vulnerabilidad biológica generalidad:** supone una contribución genética de entre el 30 y el 50%, e incluye el neuroticismo y la extraversión como dos dimensiones básicas de temperamento. Los altos niveles de neuroticismo y bajos niveles de extraversión supondrían una elevada vulnerabilidad biológica generalizada, siendo una posible variable explicativa del desarrollo de un TE.
- **Vulnerabilidad psicológica generalizada:** hace referencia a experiencias tempranas sobre ambientes estresantes e impredecibles. También contempla estilos de crianza que no facilitan el desarrollo de estrategias de regulación emocional adaptativas o sentimientos de autoeficacia. En base a estas experiencias tempranas, el individuo desarrolla un sentimiento general de impredecibilidad e incontrolabilidad sobre los acontecimientos vitales.
- **Vulnerabilidad psicológica específica:** hace referencia a experiencias de aprendizaje adversas (estresores), en las que el individuo asocia respuestas emocionales intensas y desagradables con determinados estímulos externos o internos.

La presencia de las vulnerabilidades generales, se considera un factor de riesgo directo para el desarrollo y la expresión del neuroticismo (Brown y Barlow, 2009). La Figura 1.5.1, representa esquemáticamente el modelo de triple vulnerabilidad, y cómo este afecta al desarrollo del neuroticismo.

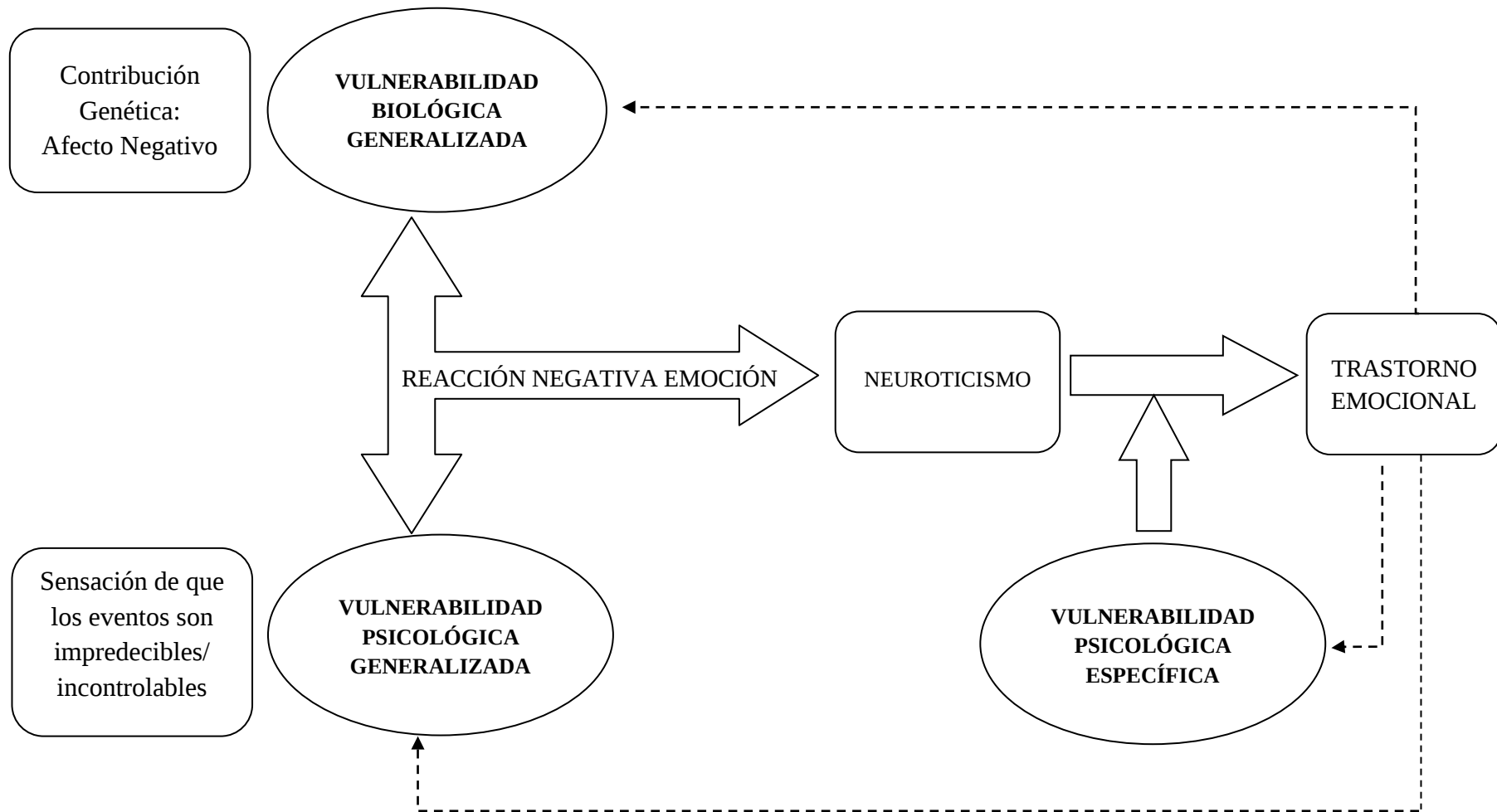


Figura 1.5.1. Modelo de triple vulnerabilidad e influencia sobre el desarrollo y mantenimiento del neuroticismo.
Adaptada de Suárez et al. (2009).

Barlow et al. (2011) desarrollaron un modelo funcional que explica en qué consiste un TE, y cómo el neuroticismo y la evitación juegan un papel fundamental en la aparición y mantenimiento de las conductas que conforman un TE (ver Figura 1.5.2). Las personas con alto neuroticismo, suelen sentir emociones intensas ante diferentes experiencias vitales al ser más sensibles emocionalmente; posteriormente, reaccionan de manera negativa ante las emociones, percibiéndolas como algo desagradable o indeseable (p. ej., “siempre me sentiré así”, “me voy a volver loca”, “soy una persona débil”, etc.). Al percibir las emociones de este modo, las personas intentan evitarlas o mitigarlas, a través de estrategias de supresión o evitación emocional. Estas estrategias tienen un efecto de alivio a corto plazo, pero si se mantienen en el tiempo, implican la presencia de las reacciones intensas, y hacen que el individuo no actúe conforme a sus metas personales (Barlow et al., 2011).

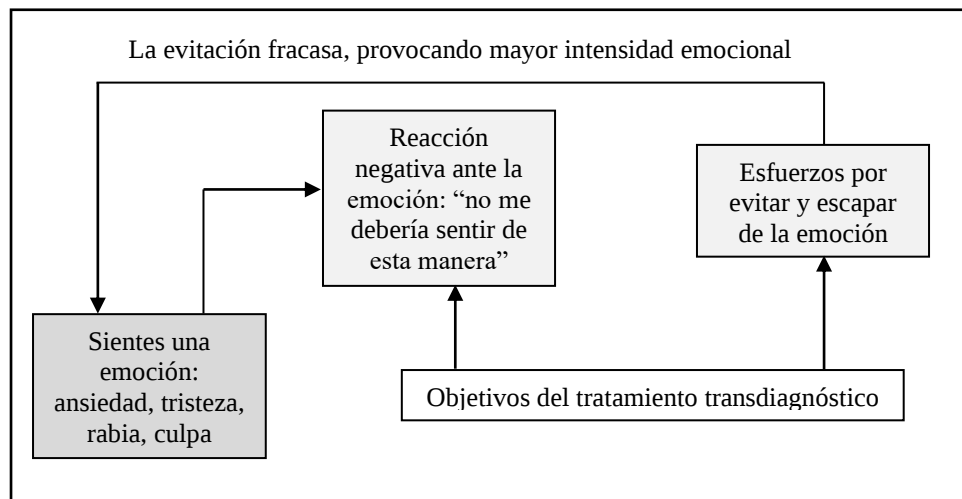


Figura 1.5.2. Modelo funcional de los Trastornos Emocionales.
Adaptada de Barlow et al. (2011).

Previamente a la creación del modelo híbrido, diferentes estudios pusieron el énfasis en la búsqueda de constructos amplios a nivel biológico o psicosociales, pero también se apreciaron influencias de otras causas etiológicas más específicas (Brown y Barlow, 2009). Brown, Chorpita y Barlow (1998), exploraron el ajuste de varios modelos estructurales de las dimensiones clave para los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, siendo un modelo tripartito de dos dimensiones de orden superior (afecto negativo y afecto positivo) y una latente (activación autónoma), el que mostró mejor ajuste.

En este sentido, la investigación ha puesto de manifiesto que el alto afecto negativo se relaciona con la mayoría de los TEs (obtenido relaciones más fuertes con la depresión y la ansiedad generalizada); y el bajo afecto positivo únicamente se asocia con el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión (Brown et al., 1998) (ver Figura 1.5.3).

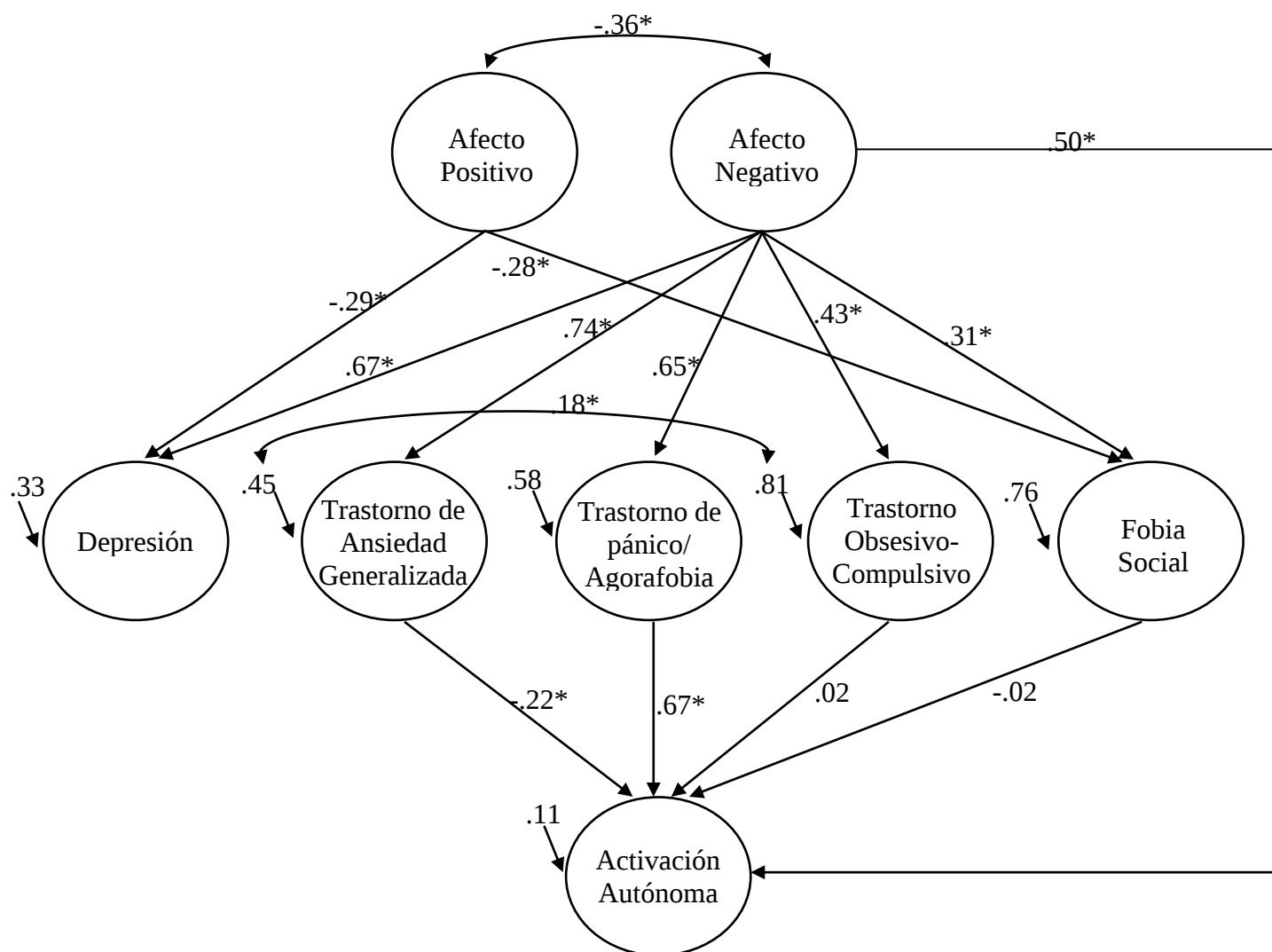


Figura 1.5.3. Modelo estructural de las interrelaciones de los constructos de afecto negativo, afecto positivo y activación autónoma con los trastornos del DSM-IV (APA, 1994).

Extraída de Brown et al. (1998).

Nota: se muestran estimaciones estandarizadas *($p < .01$).

Teniendo en cuenta estas primeras aproximaciones en búsqueda de constructos compartidos, Brown y Barlow (2009) propusieron que los TEs pueden conceptualizarse en base a un conjunto de dimensiones que pueden organizarse en un perfil visual informativo, que facilite la evaluación y planificación de tratamientos personalizados.

Así, además de las dimensiones de temperamento, es fundamental evaluar otros aspectos en los individuos con TEs, como el estado de ánimo, el foco de ansiedad y la evitación. Teniendo en cuenta esto, desde el modelo híbrido dimensional-categorial para los TEs se proponen 10 dimensiones asociadas a la etiología, desarrollo, mantenimiento y respuesta al tratamiento de los TEs, que se agrupan en orden superior e inferior (ver Tabla 1.5.2; Brown y Barlow, 2009).

Tabla 1.5.2. Modelo de clasificación dimensional de Brown y Barlow (2009).

Dimensiones de primer orden	Temperamento	Temperamento neurótico (TN) Temperamento positivo (TP)
	Ánimo	Estado de ánimo deprimido (D) Manía (M)
Dimensiones de segundo orden	Foco de Ansiedad	Activación autónoma (AA)
		Ansiedad somática (ASOM)
		Ansiedad social (ASOC)
		Intrusiones cognitivas (IC)
	Evitación	Reexperimentación traumática (TRA)
		Evitación (EV)

Las dimensiones de orden superior son fundamentales para el desarrollo y expresión de los TEs, ya que están relacionadas con su inicio, gravedad, comorbilidad y curso clínico. Las dimensiones de orden inferior están incluidas para facilitar la comprensión del funcionamiento del individuo, aportando información para la evaluación y planificación del tratamiento (Brown y Barlow, 2009). A continuación, se expone la definición de cada una de las 10 dimensiones incluidas en el modelo:

1. *El Temperamento Neurótico (TN)* hace referencia al rasgo por el que los individuos tienen la tendencia de experimentar respuestas intensas ante estímulos desagradables (incluye neuroticismo, inhibición conductual o afectividad negativa).
2. *El Temperamento Positivo (TP)* es la tendencia a experimentar afecto positivo en respuesta a diferentes situaciones o estímulos (incluye extraversión, activación conductual, afectividad positiva).
3. *El Estado de Ánimo Deprimido (D)* hace referencia a la tristeza excesiva.
4. *La Manía (M)* hace referencia al afecto positivo excesivo.
5. *La Activación Autónoma (AA)* hace referencia a las sensaciones físicas o síntomas fisiológicos producidos como consecuencia de la activación del sistema nervioso simpático.
6. *La Ansiedad Somática (ASOM)* refleja preocupación sobre la salud o sobre los síntomas físicos.
7. *La Ansiedad Social (ASOC)* hace referencia a preocupaciones ante situaciones en las que se puede dar evaluación social por parte de otros.

8. *Las Intrusiones Cognitivas (IC)* hacen referencia a pensamientos, imágenes o impulsos involuntarios e incontrolables, que el individuo percibe como desagradables e indeseables.
9. *La Reexperimentación Traumática (TRA)* hace referencia al afecto negativo como reacción a una experiencia traumática, por ejemplo, con episodios de flashbacks.
10. *La Evitación (EV)* puede hacer referencia al plano conductual o cognitivo, entendida como acciones que el individuo lleva a cabo para prevenir o reducir la intensidad de emociones desagradables.

En resumen:

- Los TEs son los trastornos mentales más prevalentes a nivel mundial, y presentan elevadas tasas de comorbilidad, siendo fundamental una aproximación transdiagnóstica para abordarlos.
- Brown y Barlow propusieron el neuroticismo como estructura latente fundamental, y desarrollaron su modelo de triple vulnerabilidad desde el enfoque transdiagnóstico.
- El modelo híbrido dimensional-categorial para los TEs propone 10 dimensiones para la creación de un perfil transdiagnóstico que facilite la evaluación y planificación de tratamientos transdiagnósticos para este grupo de categorías.

1.5.1. Evaluación e intervención dimensional en los TEs

A raíz del desarrollo del modelo híbrido dimensional-categorial para los TEs (Brown y Barlow, 2009), han surgido avances en la investigación sobre herramientas de evaluación y programas de tratamiento para los constructos dimensionales subyacentes compartidos por este grupo de categorías.

A nivel de intervención, se desarrolló el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PU; Barlow et al., 2011; 2018). El PU es un programa de intervención psicoterapéutica basado en la terapia cognitivo conductual que ha sido específicamente diseñado para dirigirse a los mecanismos transdiagnósticos compartidos por los TEs (Barlow et al., 2018). El objetivo fundamental del PU es dotar a los individuos de estrategias de regulación emocional adaptativas que les permitan tolerar emociones desagradables intensas de manera funcional (Barlow et al., 2018). Está formado por ocho módulos, de los cuales cinco se consideran centrales porque entrenan en una estrategia de regulación emocional específica: conciencia emocional plena, flexibilidad cognitiva, identificación y reducción de las conductas impulsadas por las emociones, conciencia y tolerancia a las sensaciones físicas y exposiciones emocionales (Barlow et al., 2018).

El PU cuenta en la actualidad con el suficiente nivel de evidencia y recomendación para ser utilizado en la práctica clínica para abordar los TE (Osma, Peris-Baquero et al., 2021). Concretamente, cuenta con un nivel de evidencia equivalente a 1+, ya que cuenta con metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos, o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo (Fonseca et al., 2021) y un nivel de recomendación A, es decir, cuenta con al menos un metanálisis, revisión sistemática de ECA, o ECA de nivel 1++, directamente aplicables a la población diana, o evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 1+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados (Fonseca et al., 2021). Estos datos de evidencia y recomendación le convierten en un tratamiento de primera línea de elección (Osma, Peris-Baquero et al., 2021).

Además, existen datos que afirman la eficacia a corto plazo de diferentes tratamientos transdiagnósticos que se dirigen a los TE. A largo plazo, a pesar de la existencia de datos esperanzadores, todavía los resultados son inciertos por la escasez de los mismos (Cuijpers et al., 2022).

El PU ha sido aplicado en diferentes formatos (presencial, individual, grupal, online, híbrido), contextos (sanitario, social o universitario), países (Estados Unidos, Dinamarca, España, Alemania, Brasil, Japón, Portugal, entre otros) y poblaciones (individuos con problemas de salud física comórbidos, adultos, niños, adolescentes, estudiantes universitarios, veteranos de guerra, etc.) (Carlucci et al., 2021; Cassiello-Robbins et al., 2020; Osma, Martínez-García, Quilez-Orden et al., 2021; Sakiris y Berle, 2019). Como se puede observar, el campo de investigación a nivel de intervención psicológica transdiagnóstica que se ha recorrido hasta el momento es amplio; sin embargo, no se han llegado a desarrollar y validar instrumentos de evaluación dimensional para los TE al mismo nivel.

Rosellini y Brown (2014) ya pusieron de manifiesto la necesidad de desarrollar herramientas de evaluación dimensional. Estos autores, se propusieron explorar la validez del modelo híbrido dimensional-categorial para los TE desarrollado por Brown y Barlow (2009), pero se encontraron con la dificultad de tener que utilizar escalas específicas para evaluar cada una de las dimensiones.

Rosellini et al. (2019) exponen que para realizar una evaluación transdiagnóstica de las diferentes dimensiones incluidas en el modelo híbrido existen dos opciones: realizar una entrevista clínica (p.ej., ADIS-5, Brown y Barlow, 2014) preguntando por todas sus secciones; o utilizar una amplia gama de cuestionarios que permita evaluar las dimensiones transdiagnósticas. En ambos casos, se requeriría una gran cantidad de tiempo y recursos, suponiendo una elevada carga para profesionales e individuos implicados en el proceso (Rosellini et al., 2019).

Una aproximación más eficiente sería administrar una medida de autorregistro que evalúe las distintas vulnerabilidades transdiagnósticas que se contemplan en los perfiles descriptivos de los TEs (Rosellini et al., 2019). Precisamente con esta finalidad surgió el Inventario Multidimensional para los Trastornos Emocionales (MEDI por sus siglas en inglés), creado por Rosellini y Brown (2019).

Es un cuestionario breve, que por medio de 49 ítems evalúa 9 de las 10 dimensiones contempladas en el modelo híbrido dimensional-categorial para los TEs. La única dimensión que no evalúa es la manía, por limitaciones en la muestra del estudio original (Rosellini y Brown, 2019). Es un cuestionario específicamente diseñado para la evaluación de las dimensiones propuestas por Brown y Barlow (2009) en el modelo híbrido dimensional-categorial para los TEs.

Los 49 ítems del MEDI tienen un enfoque transdiagnóstico, de modo que su contenido es genérico y no explora contenidos específicos de una categoría, sino que se refiere al constructo subyacente común a todas ellas (Rosellini et al., 2019). Por ejemplo, el ítem 40 “*Tengo pensamientos o imágenes que considero inaceptables*” que pertenece a la dimensión de Intrusiones Cognitivas (IC), deja abierta la posibilidad a cualquier contenido (contaminación, violencia, duda, etc.); o el ítem 19 “*Me preocupo por mi salud*”, de la dimensión de Ansiedad Somática (ASOM) deja abierta la posibilidad a que la preocupación sea por diferentes síntomas (sensaciones físicas, alteraciones orgánicas, dolor, etc.). Sus ítems se contestan en una escala tipo Likert de 9 puntos ($0 = \text{Nada característico en mi}$ / $8 = \text{totalmente característico en mi}$).

Hasta el momento, las características psicométricas del MEDI han sido validadas en su estudio de desarrollo con muestra clínica ambulatoria conformada por 790 participantes estadounidenses, mostrando una estructura latente de 9 factores, alta consistencia para las diferentes dimensiones, y adecuadas evidencias de validez basadas en la relación con otras variables (Rosellini y Brown, 2019).

A pesar de que los estudios que exploran las propiedades psicométricas del MEDI son escasos, este inventario ya ha despertado interés en el ámbito de la investigación, y se incluye como medida de evaluación dimensional en diferentes protocolos de estudio de enfoque transdiagnóstico, para sustituir el uso de una amplia batería de cuestionarios específicos que evalúan los constructos compartidos por los diferentes TEs (p.ej., Boettcher et al., 2020; Farchione et al., 2021; Osmá, Martínez-García et al., 2021; Tung et al., 2020).

Una de las ventajas fundamentales del MEDI es que permite la creación de un perfil visual clínico que incluye dimensiones transdiagnósticas relacionadas con la aparición y evolución de los TEs (Rosellini y Brown, 2019). Permite a los clínicos obtener una mayor comprensión de los síntomas presentes en un individuo, la complejidad del caso, la posible comorbilidad y los objetivos terapéuticos que se pueden proponer en la planificación del tratamiento (Rosellini et al., 2019). Además, supone una reducción de costes y tiempo en el proceso de evaluación, ya que evalúa por medio de 49 ítems las dimensiones que requerirían aproximadamente 88 ítems si se evalúan con escalas específicas de enfoque categorial (Osma, Martínez-Loredo et al., 2021).

A pesar de las ventajas que esta herramienta ofrece para la evaluación y planificación de tratamientos transdiagnósticos para los TEs, su uso todavía es escaso, y presenta limitaciones, requiriendo la realización de más estudios que ofrezcan datos en población de otras nacionalidades y características.

Contar en castellano con la traducción de esta escala y explorar sus propiedades psicométricas con muestra española, tanto clínica como no clínica, supondría importantes ventajas para la evaluación dimensional y los tratamientos transdiagnósticos en España y sería un estímulo para el resto de investigadores que trabajan en países de habla castellana.

En resumen, a raíz del modelo híbrido transdiagnóstico se han dado diferentes desarrollos:

- A nivel de intervención, el PU cuenta con suficientes datos acerca de su eficacia en diferentes formatos y contextos, siendo un tratamiento de primera elección para los TEs.
- A nivel de evaluación, el MEDI es una herramienta desarrollada recientemente, sobre la que todavía se requiere ampliar la investigación.

- Limitación a solucionar:

- Traducir al castellano y explorar las propiedades psicométricas del MEDI en muestra española.
- Aumentar la investigación sobre el MEDI, que es la herramienta de evaluación desarrollada a partir del modelo híbrido para los TEs.

1.6. El Sistema Nacional de Salud español

Hasta este momento, se ha expuesto cómo los métodos tradicionales para la creación de categorías en psicopatología han dado lugar al desarrollo de modelos alternativos híbridos y al enfoque transdiagnóstico. Este desarrollo, todavía tiene más sentido en un contexto como el Sistema Nacional de Salud español (en adelante, SNS), por diferentes razones que van a ser expuestas en este apartado.

El cuidado de la Salud Mental en España queda recogido en la Ley General de Sanidad 14/1986, del 25 de abril, por la que se creó el SNS para ofrecer un servicio sanitario público de calidad y gratuito. El capítulo III de esta ley se refiere de manera específica a la salud mental, haciendo explícito que *“la atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio”* (Ley 14/1986).

Desde el SNS, se ha trabajado en la mejora de la calidad asistencial por medio de diferentes planes y estrategias, con objetivos específicos basados en recomendaciones internacionales (Ministerio de Sanidad, 2022).

Así mismo, existen guías de actuación de cada Comunidad Autónoma, como el Plan de Salud Mental 2022-2025 del Gobierno de Aragón, que es el último existente para la Comunidad en la que se desarrolla la presente tesis (Gobierno de Aragón, 2022).

Los planes más recientes a nivel nacional y autonómico exponen que *“la atención a la salud mental de las personas y de las comunidades de las que éstas forman parte es condición indispensable para el desarrollo de calidad de vida y el ejercicio pleno de una ciudadanía”*, aunque reconocen que el cuidado a esta área de salud todavía sigue siendo una cuestión insuficientemente atendida (Gobierno de Aragón, 2022; Ministerio de Sanidad, 2022).

La prevalencia de trastornos mentales en España recogida en el último Informe Anual del SNS 2020-2021, es de 286.7 casos por cada 1.000 habitantes, suponiendo un 29% de la población, alrededor de 13.75 millones de personas. La prevalencia es más elevada en mujeres (313.3 frente a 258.8 cada 1.000 habitantes), aumentando con la edad, y siguiendo un gradiente social por el que las personas con menos recursos económicos padecen el doble de trastornos mentales (Ministerio de Sanidad, 2022).

Al igual que a nivel mundial, los trastornos más prevalentes en España son los TEs, suponiendo alrededor de 116.5 casos por cada 1.000 habitantes, lo que equivale a 5 millones de personas en este país (Ministerio de Sanidad, 2022).

Las personas que presentan problemas de salud mental visitan a su Médico de Atención Primaria una media de 13.1 veces al año, un 50% más de veces que la población general, que acude aproximadamente 5.1 veces al año (Ministerio de Sanidad, 2022). Atención Primaria (en adelante, AP) es la puerta de entrada al SNS, por lo que es fundamental que la detección y derivación desde este nivel asistencial se realice adecuadamente (Lobo et al., 2006), para evitar sobrecarga asistencial.

Las limitaciones principales de nuestro SNS en todos sus niveles asistenciales son las siguientes: (1) insuficiencia de recursos humanos; (2) largas listas de espera con retrasos en la asistencia; (3) sobrecarga asistencial; (4) escaso tiempo de las consultas (5) saturación de los servicios; y (6) dificultad para la aplicación de tratamientos basados en la evidencia (Ministerios de Sanidad, 2022b).

En cuanto a las listas de espera, han aumentado los tiempos para ser atendido en los diferentes niveles asistenciales. En AP, el tiempo medio de espera para ser atendido es de 5.8 días, mientras que hace unos años, el 42% de los pacientes era atendido en el mismo día o al día siguiente (Ministerio de Sanidad, 2022). Lo mismo ocurre en atención especializada, donde las listas de espera para una primera sesión de Psicología son de 4 meses de media para los casos ordinarios, y de 1 mes para los preferentes; y los tiempos entre sesiones medios son de 1,6 meses (Flores et al., 2022). Estos datos son apoyados por los encontrados en otras fuentes, que hablan de 74 (Díaz et al., 2017) o 99 (Ministerio de Sanidad, 2022) días para ser atendido por primera vez en salud mental especializada.

En cuanto a la sobrecarga asistencial, en España se atienden a unos 330 pacientes por profesional de Psicología al año, y alrededor de 9 pacientes al día, superando de manera importante las recomendaciones internacionales que hablan de 86 pacientes anuales por profesional (Flores et al., 2022). La ratio de profesionales de Psicología en España es de 5.58, mientras que la estimación mínima en base al análisis de las necesidades del país debería ser 12 (Fernández-García, 2021). La elevada carga asistencial afecta a la calidad de la atención a los pacientes, y también al bienestar de los profesionales, siendo fundamental aumentar la ratio para acercarnos más a las recomendaciones internacionales (Flores et al., 2022).

En AP, la duración de las sesiones media es de 7 minutos (Díaz et al., 2004), lo que en muchas ocasiones no permite evaluar correctamente y, por lo tanto, no se realizan correctas derivaciones (Lobo et al., 2006). Las patologías más frecuentes atendidas en AP y salud mental especializada son los trastornos de ansiedad (56% de las consultas) y los depresivos (36%) (Díaz et al., 2017). Sin embargo, hay estudios que revelan que aproximadamente la mitad de las personas que sufre un problema de este tipo no han sido correctamente diagnosticados ni reciben un tratamiento adecuado (Castro-Rodríguez et al., 2015).

El método más común por el que los pacientes llegan a salud mental es por medio de un volante de interconsulta desde AP, y existen estudios que revelan que muchas veces no se hace un buen filtro, bien porque se sobrecarga el sistema con la derivación de casos que no requieren atención especializada; o bien por no detectar casos que sí la requieren (Lobo et al., 2006).

En este sentido, entre el 30 y el 60% de las enfermedades no son detectadas por los médicos de AP (Lera-Calatayud et al., 2016), y los propios profesionales expresan dificultades para la evaluación de este tipo de trastornos (Latorre et al., 2005).

Los planes y estrategias de atención a la salud mental se plantean como objetivos fundamentales mejorar la coordinación entre AP y salud mental, aunque también resulta fundamental la formación en salud mental dentro del nivel asistencial de AP (Gobierno de Aragón, 2022; Lera-Calatayud et al., 2016). Sin embargo, en muchas ocasiones aparecen limitaciones para conseguir dichos objetivos, como cambios frecuentes en la plantilla de personal de los centros de salud, desgaste profesional o falta de tiempo (Fernández de Sanmamed et al., 2020). Por todo ello, además de aumentar la formación sobre salud mental en AP y aumentar la coordinación con salud mental, es necesario desarrollar y validar herramientas de evaluación eficaces para un cribado temprano (Cano-Vindel et al., 2012), que a su vez sean cortas, de rápida aplicación y que no requieran un entrenamiento específico (Latorre et al., 2012), para poder ajustarse así a las limitaciones del SNS de España.

El tiempo medio de las consultas de Psicología en salud mental es de 35 minutos (Montilla et al., 2002), por lo que en este nivel asistencial también se necesitan medidas de evaluación con las mismas características.

Teniendo en cuenta que los trastornos mentales más prevalentes en España son los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (IHME, 2023), y recordando las limitaciones del sistema categorial para este grupo de trastornos, tiene sentido que los avances en investigación para la evaluación y tratamiento de los TEs desde el SNS, se hagan desde un enfoque transdiagnóstico. En esta línea, el PU se ha aplicado en formato grupal y ha demostrado ser coste efectivo a largo plazo para el SNS (Peris-Baquero et al., 2022), pero todavía no se han dado avances con respecto a medidas de evaluación dimensional como el MEDI.

En resumen:

- El SNS cuenta con diferentes limitaciones para la atención de los problemas de salud mental.
- Los TEs son los más prevalentes en España, siendo fundamental evaluarlos y atenderlos desde un enfoque transdiagnóstico.
- Se necesitan herramientas de evaluación para este grupo de trastornos que sean cortas, rápidas de aplicar y que no requieran entrenamiento específico.
- Estas herramientas pueden ser utilizadas en AP para favorecer una detección precoz y adecuada derivación.
- También pueden ser utilizadas en salud mental para favorecer así mismo la reducción de tiempo y costes.

1.7. Instrumentos dimensionales para la evaluación de los Trastornos Emocionales

La medida de evaluación dimensional específicamente desarrollada para la evaluación de los TEs es el MEDI (Rosellini y Brown, 2019), sin embargo, existen otras herramientas de carácter dimensional y transdiagnóstico relevantes e importantes para la evaluación de los TEs, como por ejemplo las Escalas Generales de Gravedad e Interferencia de Ansiedad (OASIS; Norman et al., 2006) y Depresión (ODSIS, Bentley et al., 2014).

Mientras que los autoinformes tradicionales dirigidos a evaluar síntomas emocionales (propios de trastornos de ansiedad o del estado de ánimo), suelen asumir que la frecuencia de los síntomas refleja la gravedad de estos, sin evaluar el deterioro funcional o el malestar que generan dichos síntomas. Sin embargo, ya en diferentes versiones del DSM, se hace referencia a la significación clínica como criterio indispensable para que un síntoma o trastorno sean considerados como tal (DSM-5; APA, 2013).

El criterio de significación clínica se define como el deterioro en diferentes niveles de funcionamiento o malestar significativo que un síntoma o trastorno generan en un individuo (APA, 2013), y será tratado más en profundidad en el apartado 1.8.

La Escala General de Gravedad e Interferencia de Ansiedad OASIS; Norman et al., 2006) está conformada por 5 ítems que evalúan frecuencia, intensidad e interferencia de sintomatología ansiosa, incluyendo por tanto este criterio de significación clínica. Al introducir la interferencia de la sintomatología ansiosa, supera una de las limitaciones de medidas ampliamente utilizadas para la evaluación de la ansiedad como el Inventario para la Ansiedad de Beck (BAI; Beck y Steer, 1993) que asume que a mayor frecuencia de síntomas de ansiedad mayor gravedad presentan. Además, el OASIS es potencialmente aplicable a cualquier trastorno de ansiedad, al dejar abierta la posibilidad de referirse a síntomas compartidos por las diferentes categorías y, por lo tanto, tiene una orientación transdiagnóstica (Norman et al., 2011).

La Escala General de Gravedad e Interferencia de Depresión (ODSIS; Bentley et al., 2014) está formada por 5 ítems que evalúan frecuencia, intensidad e interferencia, en este caso de síntomas depresivos. Al igual que el OASIS, incluye el criterio de significación clínica y no se refiere a síntomas concretos, sino que es potencialmente aplicable a cualquier trastorno del estado de ánimo (Ito et al., 2015), superando así limitaciones de otras medidas utilizadas para la evaluación de la sintomatología depresiva, como el Inventario de Ansiedad para la Depresión de Beck (BDI-II; Beck et al., 1996). En ambos casos, los ítems se responden en una escala tipo Likert de 5 puntos, desde *0=No me sentí ansioso/deprimido* hasta *4=Ansiedad/depresión constante*. Ambos instrumentos se administran en menos de cinco minutos y no necesitan formación específica para su aplicación (Bentley et al., 2014; Norman et al., 2006).

Estas escalas se utilizan en el PU como herramientas para valorar la evolución de la sintomatología emocional, por lo que cuentan con mucha más investigación y desarrollo que el MEDI. En España, las escalas ODSIS y OASIS han sido validadas al castellano con muestra clínica ambulatoria con participantes diagnosticados de al menos un TE ($N = 339$), mostrando una estructura unidimensional, excelentes estimaciones de consistencia interna y adecuados índices de validez en relación con otras variables, y de sensibilidad al cambio terapéutico (Osma et al., 2019). Además, el estudio de validación al castellano ofrece el punto de corte para muestra clínica de 10 para ambas escalas (Osma et al., 2019). Este estudio de validación está incluido en el apartado 3.1 del capítulo 3 ya que, a pesar de no formar parte del compendio de publicaciones de esta tesis, es importante para comprender el punto de partida hacia la misma.

Contar con su validación en población clínica supone varias ventajas: (1) permite conocer las propiedades de dos herramientas de evaluación utilizadas en el PU; (2) y al ser breves y transdiagnósticas permiten ahorrar tiempo y costes en la evaluación.

Teniendo en cuenta todas las limitaciones mencionadas en el apartado 1.6 sobre el SNS para la atención de los TEs, es necesario que las herramientas de evaluación y los programas de tratamiento sean coste-efectivos, para poder facilitar su aplicación en la sanidad pública. En este sentido, tanto el PU como las escalas MEDI, OASIS y ODSIS suponen procedimientos de intervención y evaluación coste-efectivos, al ser breves y transdiagnósticos.

A pesar de que el OASIS y el ODSIS ya están validados al castellano en población clínica, una de las limitaciones es que no existen datos acerca de sus propiedades psicométricas en muestra no clínica, por lo que no existen puntuaciones normativas que permitan saber cuándo un individuo ha mejorado de forma clínicamente significativa. Sin esta información, no es posible utilizar análisis estadísticos, como el Índice de Cambio Fiable (Jacobson y Truax, 1991), para determinar si un cambio en las puntuaciones de un individuo es clínicamente significativo, en función de cuánto se acerca a las puntuaciones de una muestra normativa. Además, las propiedades psicométricas en muestra no clínica servirían para el aumentar el conocimiento desde un enfoque normativo, y se podrían utilizar a nivel de detección precoz y prevención. Los estudios de validación de la presente tesis llevados a cabo con población no clínica, se realizaron con muestras de estudiantes universitarios sin trastornos mentales.

Recordando los datos de prevalencia, en España aproximadamente 5 millones de personas sufre al menos un TE, suponiendo un 11.42% de la población nacional (IHME, 2023) (ver Tabla 1.7.1); y es interesante reflexionar sobre cómo este porcentaje aumenta hasta un 12.69% en el rango de edad de la adultez temprana, entre los 20-24 años (IHME, 2023).

Tabla 1.7.1. Prevalencia de los trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo en población joven (20-24 años). Creada a partir de los datos recogidos en IHME (2023).

20-24 años	Trastorno de ansiedad	Trastorno del estado de ánimo
Mundo	27 millones de personas 4.74%	23 millones de personas 3.98%
España	138.800 personas 6.73%	123.000 personas 5.96%

La incidencia de los TE es especialmente relevante entre la población joven, y el periodo universitario se considera altamente estresante (Murray et al., 2020), por lo que podría suponer un aumento en la vulnerabilidad psicológica específica que facilite la aparición de un TE. Esta etapa vital requiere un periodo de adaptación y, por tanto, hacer frente a cambios en el estilo de vida que influyen en lo social, académico o laboral (Cooke et al., 2006; Harvey et al., 2011).

Podría ser muy relevante contar con herramientas de evaluación validadas en este grupo de población, de cara a detectar posibles síntomas compatibles con un TE en esta edad, y también contar con puntuaciones normativas y puntos de corte que permitan valorar la evolución de un individuo a lo largo del tiempo o en respuesta a un tratamiento transdiagnóstico.

En resumen:

- El OASIS y el ODSIS evalúan la frecuencia, intensidad e interferencia de los síntomas ansiosos y depresivos desde un enfoque transdiagnóstico.
- Se conocen las propiedades psicométricas en población clínica española, pero no existe validación con población no clínica.
- Contar con datos en población no clínica permite realizar análisis para conocer si se dan cambios clínicamente significativos, y trabajar desde la detección precoz y prevención.
- Contar con datos en estudiantes universitarios puede ser especialmente interesante, al aumentar la prevalencia de los TEs en este grupo.

- Limitaciones a solucionar:

- Contar con herramientas de evaluación dimensional en jóvenes españoles, por ser un rango de edad en el que aumenta la prevalencia de TEs y para contar con puntuaciones normativas que permitan valorar si un cambio en las puntuaciones es clínicamente significativo, y para trabajar en la detección precoz y la prevención.
- Validación al castellano de las escalas OASIS y ODSIS en muestra no clínica de jóvenes universitarios.
- Validación al castellano del MEDI en muestra no clínica de jóvenes universitarios.

1.8. Otros constructos dimensionales: la significación clínica

En las medidas mencionadas en el apartado 1.7 (OASIS y ODSIS), ya se ha introducido el concepto de significación clínica como criterio indispensable para que un síntoma o trastorno sean considerados como tal (DSM-5; APA, 2013).

Sería un error identificar la cantidad y frecuencia de síntomas con la gravedad de éstos. La propia Organización Mundial de la Salud, define la salud mental como “*un estado de bienestar en el que el individuo se da cuenta de sus propias capacidades, hace frente a las tensiones de la vida, trabaja de manera productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad*” (OMS, 2004).

En esta misma línea, se ha explicado cómo las diferentes ediciones del DSM, coinciden en plantear que un criterio fundamental para realizar un diagnóstico es la significación clínica, entendida como “*malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la vida del individuo*” provocado por la presencia del síntoma o trastorno (APA, 2022).

En la versión DSM-IV (APA, 1994), se incluye el Eje V de la evaluación multiaxial, dirigido precisamente a la evaluación de la actividad global de individuo, proponiendo la Escala Global de Funcionamiento (GAF; Endicott et al., 1976) como una medida para evaluar dicho constructo. Estudios posteriores han puesto de manifiesto que no fue una escala muy utilizada (Goldman et al., 1992) y, de hecho, en el DSM-5 se descarta su uso porque sus características psicométricas resultan cuestionables (APA, 2013).

En las últimas versiones del DSM, el DSM-5 (APA, 2013) y DSM-5-TR (APA, 2022) se abandona la estructura multiaxial. A pesar de ello, desarrolla la Sección III, en la que se incluyen aspectos del funcionamiento del individuo de manera dimensional y se proponen medidas emergentes para la evaluación del funcionamiento.

Con respecto a la significación clínica, se propone el Cuestionario para la evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud 2.0 (WHODAS 2.0; Üstün et al., 2010), que evalúa, por medio de 36 ítems autoaplicados o por medio de entrevista, la discapacidad de un individuo en seis dominios diferentes: (1) comprensión y comunicación; (2) capacidad para moverse a su alrededor o en su entorno; (3) cuidado personal; (4) capacidad de relacionarse con otras personas; (5) actividades de la vida diaria; y (6) participación en la sociedad (APA, 2013).

Sin embargo, esta escala propuesta por el DSM-5 (APA, 2013) cuenta con diferentes limitaciones, especialmente psicométricas, ya que no cuenta con valores normativos ni se han desarrollado estudios que faciliten la interpretación de los valores obtenidos (Gold, 2014).

Por ello, en la versión revisada (DSM-5-TR; APA, 2022) se insiste en la necesidad de evaluar el deterioro funcional o interferencia de la sintomatología en la vida del individuo, pero se hace explícito que el proceso de evaluación de este constructo constituye un juicio clínico intrínsecamente difícil, por no existir medidas específicas dirigidas a tal finalidad (APA, 2022).

El OASIS y el ODSIS, contienen dos preguntas sobre el deterioro funcional derivado de los síntomas:

- *En la última semana, ¿cuánto interfirió su depresión/ansiedad en su capacidad para hacer las cosas que necesitaba hacer en el trabajo, la escuela o el hogar?*
- *En la última semana, ¿cuánto ha interferido la depresión/ansiedad en su vida social y sus relaciones?*

Como puede apreciarse, estas escalas podrían servir para evaluar la interferencia, pero quedan limitadas a síntomas de ansiedad y depresión. En su validación al castellano (Osma et al., 2019) se puso de manifiesto, como muestra de su validez convergente, la correlación positiva y significativa entre las escalas y la Escala de Inadaptación (EI; Echeburúa et al., 2000), que es una escala específicamente diseñada para evaluar este constructo.

La Escala de Inadaptación (EI; Echeburúa et al., 2000), es una escala breve, autoaplicada, que evalúa el grado en el que lo que le ocurre al individuo, interfiere en su vida diaria a nivel global, y para diferentes áreas vitales. Está formada por 6 ítems que evalúan, por una parte, dificultades en la adaptación o interferencia global y, por otra, las dificultades para la adaptación en las siguientes áreas vitales: laboral o académico, social, hobbies, relación de pareja y familiar (Echeburúa et al., 2000). Los ítems se contestan en una escala tipo Likert de 6 puntos (0 = *Nada* / 5 = *Muchísimo*), dando lugar a puntuaciones totales que oscilan entre 0 y 30, indicando mayor interferencia o deterioro funcional cuanto mayor es la puntuación (Echeburúa et al., 2000).

La EI cuenta con varias ventajas importantes, ya que explora la significación clínica en las áreas vitales principales y, sobre todo, no se ciñe a un conjunto concreto de sintomatología o trastorno, sino que puede referirse a cualquier problema que presente la persona. Además, es una escala breve y fácil de aplicar, por lo que, como se ha comentado anteriormente, puede estar especialmente indicada para el SNS español, al ser una herramienta coste-efectiva que se adapta a las largas listas de espera, escaso tiempo para las consultas, y escasos recursos materiales y humanos (Osma, Peris-Baquero et al., 2021). En su estudio de desarrollo, mostró adecuadas propiedades psicométricas, obteniendo buenos índices de fiabilidad y validez, y resultando sensible al cambio terapéutico (Echeburúa et al., 2000). Desde su desarrollo, hace 20 años, se ha utilizado en diferentes estudios de investigación e intervención clínica, pero no existen estudios que hayan actualizado sus propiedades psicométricas.

Contar con datos actuales fomentaría su utilización como herramienta coste-efectiva para la evaluación de la significación clínica, entendida como un criterio fundamental a tener en cuenta para el establecimiento del diagnóstico. Además, un estudio de actualización pondría de manifiesto cambios en las puntuaciones medias de la interferencia en las diferentes áreas vitales, que podrán deberse a cambios sociales y culturales que han ido ocurriendo a lo largo de todos estos años.

En general, contar con herramientas para la evaluación de la significación clínica ayuda a establecer un diagnóstico, pero también se considera fundamental desde el enfoque transdiagnóstico de tratamiento psicoterapéutico, fomentándose la exploración de esta variable para la formulación de caso (Barlow et al., 2011).

Como se puede observar en la Figura 1.8.1, para realizar la formulación de caso, se requiere una exploración de los problemas actuales y las áreas específicas en las que hay interferencia. En el ejemplo se puede apreciar cómo es necesario valorar en qué áreas aparecen y cuál es el grado de interferencia para las mismas (por ejemplo, “ansiedad al exponer en reuniones de *trabajo*”, o “infeliz con mi *círculo social*”).

Formulación del caso del Protocolo Unificado

Paciente: _____

Problemas actuales

- *Dificultades en terminar las tareas para casa a tiempo*
- *Quedarme atrapada en pensamientos de interacciones con compañeros de trabajo*
- *Ansiedad al exponer en reuniones de trabajo*
- *Infeliz con mi círculo social*

Emociones intensas desagradables

- *Ansiedad por las interacciones, el trabajo*
- *Tristeza por no tener muchos amigos*

Reacciones aversivas

- *No hago nada si estoy estresada en el trabajo*
- *Miedo a ruborizarme*
- *Es estúpido sentirme mal porque si no tengo amigos es por mi culpa*

Afrontamiento evitativo

- *Evitación situacional/escape: dejar pasar una oportunidad para liderar una reunión, abandonar eventos laborales antes de tiempo, mostrarse reticente a encontrarse con viejos amigos*
- *Conductas sutiles de evitación: procrastinar las tareas para casa, poco contacto ocular al hablar con los compañeros de trabajo, ir acelerada en las presentaciones de trabajo*
- *Evitación cognitiva: ver la televisión al empezar a sentirse sola, echarse la siesta para evitar pensar en la presentación del trabajo*
- *Conductas de seguridad: solo socializarme cuando está mi hermana presente*

Plan de tratamiento:**Foco/aplicación módulos centrales**

- *Módulo 3: practicar no juzgarse por tener pocos amigos, anclarse en el presente cuando se preocupe por el trabajo estando en casa*
- *Módulo 4: desdramatizar el hecho de cometer un error en el trabajo, reevaluar la probabilidad de que mis antiguos amigos me rechacen*
- *Módulo 5: practicar conductas alternativas (p. ej., hablar lento en las presentaciones del trabajo)*
- *Módulo 6: exponerme a ruborizarme (pellizcarme las mejillas, beber algo caliente, ponerme un abrigo muy grueso) y después combinar eso con exposiciones a hablar en público*
- *Módulo 7: exposiciones emocionales como llamar a una antigua amiga, dar un discurso en el trabajo, comenzar enseguida las tareas para casa*

Figura 1.8.1. Conceptualización del caso. (Extraída de Barlow et al., 2018).

En el manual para los terapeutas, se invita a explorar de forma cualitativa en qué medida los problemas actuales interfieren en cada una de las áreas vitales del paciente (Barlow et al., 2018). Contar con una herramienta cuantitativa sobre la interferencia de los problemas del paciente, permitiría valorar en qué áreas vitales se da mayor interferencia, facilitando la planificación del tratamiento, y permitiendo monitorizar la evolución de la interferencia en cada área a lo largo del mismo.

En resumen:

- El criterio de significación clínica es fundamental para el establecimiento de un diagnóstico y la planificación de una intervención psicológica. En España contamos con la EI, que presenta diferentes ventajas para la evaluación de este constructo. Sin embargo, desde el año 2000 en el que se desarrolló no se han actualizado sus propiedades psicométricas.

- Limitaciones a solucionar:

- Actualización de las propiedades psicométricas del EI en muestra clínica y no clínica española.

1.9. Objetivos generales de la tesis

El objetivo general de la tesis es avanzar en la evaluación dimensional/transdiagnóstica de los TEs. Así, se pretende validar al castellano y explorar las propiedades psicométricas de diferentes instrumentos dirigidos a evaluar constructos compartidos por los TEs desde un enfoque transdiagnóstico.

Los principales desarrollos derivados del modelo híbrido dimensional-categorial para los TEs (Brown y Barlow, 2009), se han dado a nivel de intervención psicológica, destacando la aplicación y diseminación del PU (Barlow et al., 2018). El PU ha mostrado ser un tratamiento de elección para los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y relacionados; y acumula evidencia sobre su eficacia y efectividad (Carlucci et al., 2021; Cassiello-Robbins et al., 2020; Sakiris y Berle, 2019). Sin embargo, a nivel de evaluación dimensional de los TEs, los avances han sido más escasos, siendo necesaria la investigación en medidas de evaluación que permitan realizar una adecuada evaluación y formulación clínica con un enfoque dimensional/transdiagnóstico. También se ha hablado de la necesidad de explorar las propiedades psicométricas de las medidas de evaluación dimensional en población no clínica, para contar con datos normativos que permitan realizar análisis de cambios clínicamente significativos, y trabajar a nivel de detección precoz y prevención. Por último, se ha reflexionado sobre la necesidad de que las herramientas sean breves, rápidas de aplicar y que no requieran formación específica, para adaptarse a las limitaciones del SNS (Latorre et al., 2012).

De todas estas necesidades, se derivan los objetivos específicos de la presente tesis (ver Tabla 1.10.1):

1. Explorar las propiedades psicométricas de una herramienta de evaluación dimensional para los TEs (Inventario Multidimensional para los Trastornos Emocionales; MEDI) en una muestra clínica y no clínica (estudiantado universitario) española.
2. Explorar las propiedades psicométricas de las escalas utilizadas para la evaluación longitudinal en la intervención transdiagnóstica en población no clínica española (Escala General de Gravedad e Interferencia de Ansiedad y Depresión; OASIS y ODSIS).
3. Explorar las propiedades psicométricas de una herramienta de evaluación de la significación clínica (Escala de Interferencia; EI) en una muestra española clínica y no clínica (estudiantado universitario).

1.10. Descripción y esquema de la tesis

Los resultados de la presente tesis, que cubren los objetivos previamente expuestos, se han desarrollado en cinco estudios diferentes que forman parte del compendio de publicaciones. A lo largo de los capítulos 2, 3 y 4 se adjunta una copia de los trabajos publicados y uno en evaluación, incluyendo al inicio de cada capítulo las referencias y las características de la revista en la que han sido publicados. El capítulo 2, hace referencia a los dos primeros objetivos, y contiene tres publicaciones: (1) validación al castellano en muestra clínica de una herramienta de evaluación dimensional para los TEs (Inventario Multidimensional para los Trastornos Emocionales, MEDI); (2) validación al castellano de esta misma herramienta en una muestra no clínica; y (3) publicación de carácter descriptivo sobre las implicaciones de esta herramienta en la práctica clínica. El capítulo 3, recoge el tercer objetivo de tesis, por medio de un estudio de validación al castellano con muestra no clínica de dos herramientas de evaluación longitudinal transdiagnósticas (Escala General de Gravedad e Interferencia de Ansiedad y Depresión; OASIS y ODSIS). En este capítulo, se incluye una publicación que no forma parte del compendio de publicaciones de esta tesis, pero que expone la validación al castellano de esta misma herramienta con población clínica, y ha formado parte de la trayectoria de investigación que finaliza en la presente tesis. El capítulo 4, ha sido eliminado en esta versión con contenido protegido porque todavía se encuentra en proceso de evaluación, pero no ha sido publicado en una revista científica. Contendría el último objetivo de esta tesis, un estudio de validación al castellano con muestra española clínica y no clínica de una herramienta dirigida a evaluar la significación clínica, interferencia y deterioro funcional (Escala de Interferencia; EI). En el capítulo 5 y capítulo 6 se exponen la discusión y conclusiones generales, y el capítulo 7 contiene los apéndices.

Tabla 1.10.1. Descripción de las limitaciones principales detectadas a nivel de evaluación dimensional, de las que se derivan los objetivos específicos de la tesis.

Avances en la evaluación dimensional de los Trastornos Emocionales			
	Modelo híbrido dimensional	Medidas longitudinales de intervención	Significación clínica
Herramientas dimensionales existentes	Inventario Multidimensional para los Trastornos Emocionales (MEDI; Rosellini y Brown, 2019)	Escala General de Gravedad e Interferencia para la Ansiedad (OASIS; Norman et al., 2006) Escala General de Gravedad e Interferencia para la Depresión (ODSIS; Bentley et al., 2014)	Escala de Inadaptación (EI; Echeburúa et al., 2000)
Desarrollos hasta el momento	Estudio de desarrollo (Rosellini y Brown, 2019) con muestra estadounidense clínica ambulatoria	Validación al castellano con muestra española clínica ambulatoria (Osma et al., 2019)	Estudio de desarrollo (Echeburúa et al., 2000) con muestra clínica y no clínica española
Limitaciones pendientes	- Validación al castellano con muestra clínica	- Validación al castellano con muestra no clínica	- Actualización de propiedades psicométricas con muestra española clínica y no clínica
Necesidades	- Validación al castellano con muestra no clínica		
Capítulo en el que aparecen (Hervínculo)	capítulo 2	capítulo 3	capítulo 4 (En esta versión con contenido protegido ha sido eliminado, porque todavía se encuentra en proceso de evaluación y no ha sido publicado)

1.11. Referencias

- Aldao, A., Nolen, S. y Schweizer, S. (2010). Emotion regulation strategies across psychopathology: A meta analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (1st ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2nd ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed. Revised)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR (4th ed. text revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision*. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Barlow, D. H., Allen, L. B. y Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230. <http://doi.org/10.4324/9781315724539-12>
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L., Allen, L. B., Ehrenreich-May, J. (2011). *The Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide*. Nueva York: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray-Latin, H., Ellard, K. K., Bullis, J. R. ... y Cassiello-Robbins, C. (2018). *Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide (2.^a ed.)*. Nueva York: Oxford University Press. (Traducción al castellano de Osma y Castellano, Madrid: Alianza Editorial).
- Beck, A. T. y Steer, R. (1993). *Beck Anxiety Inventory Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G.K. (1996). *Manual of the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17 (3), 259-311. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11845>

- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Clasificación y diagnóstico en psicopatología. En Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (Eds.), *Manual de Psicopatología*, Vol.1 (pp. 35-67). Madrid: McGraw-Hill.
- Bentley, K. H., Gallagher, M. W., Carl, J. R. y Barlow, D. H. (2014). Development and validation of the Overall Depression Severity and Impairment Scale. *Psychological Assessment*, 26 (3). <http://doi.org/10.1037/a0036216>
- Blanco, I., Contreras, A., Valiente, C., Espinosa, R., Nieto, I. y Vázquez, C. (2019). El análisis de redes en psicopatología: conceptos y metodología. *Behavioral Psychology*, 27 (1), 87-106.
- Boettcher, H., Correa, J., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Rosellini, A. J., Brown, T. A., Kennedy, K., Todd, J. F., y Barlow, D. H. (2020). Dimensional Assessment of Emotional Disorder Outcomes in Transdiagnostic Treatment: A Clinical Case Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(4), 442-453. <http://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.11.001>
- Bradley, L., Noble, N. y Hendricks, B. (2023). DSM-5-TR: Salient Changes. *The Family Journal*, 31(1), 5-10. <http://dx.doi.org/10.1177/10664807221123558>
- Brown, T. A. y Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21(3), 256-271. <http://doi.org/10.1037/a0016608>
- Brown, T. A. y Barlow, D. H. (2014). *Anxiety and related disorders interviews schedule for DSM-5 (ADIS-5): Adult version*. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F. y Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the *DSM-IV* anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(2), 179–192. <http://doi.org/10.1037/0021-843X.107.2.179>
- Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J. y 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), 1–19. <http://doi.org/10.1111/cpsp.12278>
- Cano-Vindel, A., Salguero, J. M., Mae Wood, C., Dongil, E. y Latorre, J. M. (2012). La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 33 (1), 2-11.
- Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., Thibodeau, M. A., McCabe, R. E., Antony, M. M. y Asmundson, G. J. G. (2012). Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3), 468-479. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.011>
- Carlucci, L., Saggino, A. y 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>

- Cassielo-Robbins, C., Southward, M. W., Tirpak, J. W. y Sauer-Zavala, S. (2020). A systematic review of Unified Protocol applications with adult populations: Facilitating widespread dissemination via adaptability. *Clinical Psychology Review*, 13(61), 98-99. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101852>
- Castro-Rodríguez, J. I., Olariu, E., Garnier-Lacueva, C., Martín-López, L. M., Pérez-Solà, V., Alonso, J., Forero, C. e INSAyD Investigators. (2015). Diagnostic accuracy and adequacy of treatment of depressive and anxiety disorders: A comparison of primary care and specialized care patients. *Journal of Affective Disorders*, 175, 462-471. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.020>
- Chorot, P., Valiente, R. M. y Sandín, B. (2020). Clasificación y diagnóstico en psicopatología. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología (3ª edición)* (pp. 69-96). McGraw-Hill.
- Cooke, R., Bewick, B. M., Barkham, M., Bradley, M. y Audin, K. (2006). Measuring, monitoring and managing the psychological well-being of first year university students. *British Journal of Guidance y Counselling*, 34(4), 505-517. <http://doi.org/10.1080/03069880600942624>
- Cuijpers, P., Miguel, C., Ciharova, M., Ebert, D., Harrer, M. y Karyotaki, E. (2023). Transdiagnostic treatment of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 1-12. <http://doi.org/10.1017/S0033291722003841>
- Cuthbert, B. N. (2014). The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry*, 13, 28-35. <http://doi.org/10.1002/wps.20087>
- Díaz, J., Díaz-de-Neira, M., Jarabo, A., Roig, P. y Román, P. (2017). Estudio de derivaciones de Atención Primaria a centros de Salud Mental en pacientes adultos en la Comunidad de Madrid. *Clínica y Salud*, 28(2), 65-70. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.03.001>
- Díaz, M. S., Pou, L. L., López, W. B., Aleixades, J. R. y Quetglas, M. T. (2004). Tiempos durante la visita médica en atención primaria. *Atención primaria*, 33(9), 496-502. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(04\)70821-5](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(04)70821-5)
- Echeburúa, E., De Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26(107), 325-340.
- Egan, S. J., Wade, T. D. y Shafran, R. (2011). Perfectionism as a trans-diagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31, 203-212. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L. y Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33(6), 766-771. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770060086012>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: A «transdiagnostic» theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8)

- Fairburn, C. G., Marcus, M. D. y Wilson, G. T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: a comprehensive treatment manual. En C. G. Fairburn y G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: nature, assessment and treatment* (pp. 361–404). New York: Guilford Press.
- Farchione, T. J., Fitzgerald, H. E., Curren, A., Janes, A. C., Gallagher, M. W., Sbi, S., Eustis, E. H. y Barlow, D. H. (2021). Efficacy of the Unified Protocol for the treatment of comorbid alcohol use and anxiety disorders: Study protocol and methods. *Contemporary Clinical Trials*, 108, 106512. <https://doi.org/10.1016/J.CCT.2021.106512>
- Fernández de Sanmamed, M. J., González, Y., Mazo, M.V., Pons, G., Robles, I., Serrano, E., Teixidó, A. y Zapater, F. (2020). *Acerca del modelo de atención a la salud mental en la atención primaria de salud*. Barcelona: Fòrum Català d'Atenció Primària.
- Fernández-García, X. (2021). *Situación de la psicología clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y perspectivas de crecimiento (Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés-SEAS)*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
- First, M. B., Yousif, L. H., Clarke, D. E., Wang, P. S., Gogtay, N. y Appelbaum, P. S. (2022). DSM-5-TR: overview of what's new and what's changed. *World Psychiatry*, 21(2), 218. <https://doi.org/10.1002%2Fwps.20989>
- Flores, I. C., Garzón, L. F., Félix-Alcántara, M. P., Olivares, B. M., de la Vega Rodríguez, I., González, M. F. y Belmonte, M. J. M. (2022). Indicadores asistenciales y estándares de calidad asistencial para la psicología clínica en los centros de salud mental del Sistema Madrileño de Salud evaluados por sus profesionales. *Apuntes de Psicología*, 40(2), 71-86. <https://doi.org/10.55414/ap.v40i2.1414>
- Fonseca, E., Muñiz, J., Bobes, M. T. y Debbané, M. (2021). Tratamientos psicológicos: pasado, presente y futuro. En E. Fonseca (Coord.), *Manual de tratamientos psicológicos adultos* (pp. 31-66). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fonseca-Pedrero, E. (2017). Análisis de redes: ¿una nueva forma de comprender la psicopatología? *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(4), 206-215. <http://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.06.004>
- Gobierno de Aragón (2022). *Plan de salud mental 2022-2025*. Gobierno de Aragón. Recuperado de: <https://www.aragon.es/documents/20127/47401601/PLAN+DE+SALUD+MENTAL+DE+ARAG%C3%93N+2022-2025+d.pdf/63643efb-23fe-cfee-2e67-83e48d45b602?t=1673869931809>
- Gold, L. H. (2014). DSM-5 and the Assessment of Functioning: The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0). *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 42(2), 173-181.
- Goldman, H. H., Skodol, A. E. y Lave, T. R. (1992). Revising axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. *American Journal of Psychiatry*, 9, 149. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.9.1148>

- Harvey, A. G., Watkins, E. R., Mansell, W. y Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Harvey, S. B., Glozier, N., Henderson, M., Allaway, S., Litchfield, P., Holland-Elliott, K. y Hotopf, M. (2011). Depression and work performance: an ecological study using web-based screening. *Occupational Medicine*, 61(3), 209-211. <http://doi.org/10.1093/occmed/kqr020>
- IHME, Instituto de Métrica y Evaluación de la Salud. *Intercambio de datos de salud global (GHDx)*. Recuperado de: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., Sanislow, C. y Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167 (7), 748-751. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091379>
- Ito, M., Bentley, K. H., Oe, Y., Nakajima, S., Fujisato, H., Kato, N., Miyamae, M., Kanie, A., Horikoshi, M. y Barlow, D. H. (2015). Assessing depression related severity and functional impairment: the overall depression severity and impairment scale (ODSIS). *PlosOne*, 10(4), 1-14. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0122969>
- Jacobson, N. S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12–19. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.59.1.12>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., . . . Zimmerman, M. (2017) The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454. <http://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Latorre, J. M., López-Torres, J., Montañés, J. y Parra, M. (2005). Percepción de la demanda y necesidad de formación de los médicos de atención primaria en salud mental. *Atención Primaria*, 36, 85-92. <https://doi.org/10.1157/13076608>
- Latorre, J. M., Navarro, B., Parra, M., Salguero, J.M., Mae, C. y Cano-Vindel, A. (2012). Evaluación e intervención de los problemas de ansiedad y depresión en atención primaria: un problema sin resolver. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5 (1), 37-45. <https://doi.org/10.4321/S1699-695X2012000100007>
- Lemos, S. (2008). Clasificación y diagnóstico en psicopatología. En Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (Eds.), *Manual de Psicopatología. Edición revisada, Vol.1* (pp. 93-118). Madrid: McGraw-Hill.
- Lera-Calatayud, G., Romeu-Climent, J. E. y Palop-Larrea, V. (2016). Relation and referrals from Primary Health Care to Mental Health Care review. *Norte de Salud Mental*, 14(55), 31-42.

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 102, de 29 de abril de 1986. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-10499>
- Lilienfeld, S. O. (2014). The Research Domain Criteria (RDoC): An analysis of methodological and conceptual challenges. *Behaviour Research and Therapy*, 62, 129-139. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.019>
- Lobo, A. O., González, R. G. y Salvanés, F. R. (2006). La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Atención primaria*, 38(10), 563-569. <https://doi.org/10.1157/13095928>
- McManus, F., Shafran, R. y Cooper, Z. (2010). What does a transdiagnostic approach have to offer the treatment of anxiety disorders? *British Journal of Clinical Psychology*, 49, 491-505. <https://doi.org/10.1348/014466509X476567>
- McNally, R. J. (2021). Network analysis of psychopathology: Controversies and challenges. *Annual review of clinical psychology*, 17, 31-53. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-092850>
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S. y Ramnath, R. (2004). *Personality disorders in modern life (2nd ed.)*. Hoboken, N.J.: Wiley.
- Ministerio de Sanidad (2022). *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021*. Madrid: Ministerio de Sanidad, centro de publicaciones. Recuperado de: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/INFORME_ANUAL_2020_21.pdf
- Ministerio de Sanidad (2022b). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Centro de Publicaciones. Recuperado de: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf
- Montilla, J. F., González, C., Retolaza, A., Dueñas, C. y Alameda, J. (2002). Uso de servicios ambulatorios de salud mental en España: Consumo de recursos en el primer año de asistencia a pacientes nuevos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 84, 25-47. <http://doi.org/10.4321/S0211-57352002000400003>
- Murray, C. J., Aravkin, A. Y., Zheng, P., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi-Kangevari, M., ... y Borzouei, S. (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1223-1249. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)
- Naragon-Gainey, K. (2010). Meta-analysis of the relations of anxiety sensitivity to the depressive and anxiety disorders. *Psychological Bulletin*, 136, 128-150. <https://doi.org/10.1037/a0018055>
- Norman, S. B., Campbell-Sills, L., Hitchcock, C. A., Sullivan, S., Rochlin, A., Wilkins, K. C. y Stein, M. B. (2011). Psychometrics of a brief measure of anxiety to detect severity and impairment: the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Journal of Psychiatric Research*, 45(2), 262-268. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.06.011>

- Norman, S. B., Cissell, S., Means-Christensen, A. J. y Stein, M. B. (2006). Development and validation of an overall anxiety severity and impairment scale (OASIS). *Depression and Anxiety*, 23(4), 245-249. [Hattps://doi.org/10.1002/da.20182](https://doi.org/10.1002/da.20182)
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Osma, J., Martínez-García, L., Peris-Baquero, Ó., Navarro-Haro, M. V., González-Pérez, A. y 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>
- Osma, J., Martínez-García, L., Quilez-Orden, A. y Peris-Baquero, Ó. Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Medical Conditions: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 1-19. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105077>
- Osma, J., Martínez-Loredo, V., Quilez-Orden, A., Peris-Baquero, Ó. y Suso-Ribera, C. (2021). Validity evidence of the multidimensional emotional disorders inventory among non-clinical Spanish University students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8251. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168251>
- Osma, J., Peris-Baquero, O., Quilez-Orden, A., Suso, C. y Crespo, E. (2021). Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. En E. Fonseca (Coord.), *Manual de tratamientos psicológicos adultos* (pp. 201-223). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Osma, J., Quilez-Orden, A., Suso-Ribera, C., Peris-Baquero, O., Norman, S. B., Bentley, K. H. y Sauer-Zavala, S. (2019). Psychometric properties and validation of the Spanish versions of the overall anxiety and depression severity and impairment scales. *Journal of Affective Disorders*, 252, 9-18. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.063>
- Peris-Baquero, Ó., Moreno, J. D. y Osma, J. (2022). Long-term cost-effectiveness of group unified protocol in the Spanish public mental health system. *Current Psychology*, 1-16. <http://doi.org/10.1007/s12144-022-03365-8>
- Pineda, D. (2018). *Procesos transdiagnóstico asociados a los síntomas de los trastornos de Ansiedad y depresivos*. Tesis doctoral. UNED, Madrid.
- Rosellini, A. J. y Brown, T. A. (2014). Initial interpretation and evaluation of a profile-based classification system for the anxiety and mood disorders: Incremental validity compared to DSM-IV categories. *Psychological Assessment*, 26(4), 1212-1224. <https://doi.org/10.1037/PAS0000023>

- Rosellini, A. J. y Brown, T. A. (2019). The Multidimensional Emotional Disorder Inventory (MEDI): Assessing transdiagnostic dimensions to validate a profile approach to emotional disorder classification. *Psychological Assessment*, 31(1), 59-72. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/pas0000649>
- Rosellini, A. J., Osma, J. y Brown, A. T. (2019). Evaluación transdiagnóstica y formulación de caso en los trastornos emocionales desde la perspectiva del Protocolo Unificado. En J. Osma (Coord.), *Aplicaciones del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de la disregulación emocional* (pp. 31-47) Madrid: Alianza Editorial.
- Saha, S., Lim, C. C., Cannon, D. L., Burton, L., Bremner, M., Cosgrove, P. y J McGrath, J. (2021). Co-morbidity between mood and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Depression and anxiety*, 38(3), 286-306. <https://doi.org/10.1002/da.23113>
- Sakiris, N. y Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical Psychology Review*, 72, 1017-1051. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751>
- Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18, 255-286. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.18.num.3.2013.12925>
- Sandín, B. Chorot, P. y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17,185-203. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839>
- Sauer-Zavala, S. y Farchione, T. J. (2019). El Protocolo Unificado: justificación de una aproximación transdiagnóstica y apoyo empírico. En J. Osma (Coord.), *Aplicaciones del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de la disregulación emocional* (pp. 19-30). Madrid: Alianza Editorial.
- Shin, L. M. y Liberzon, I. (2010). The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 169-191. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.83>
- Suárez, L. M., Bennett, S. M., Goldstein, C. R. y Barlow, D. H. (2009). Understanding anxiety disorders from a "triple vulnerability" framework. En M. M. Antony y M. B. Stein (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 153-172). Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Tung, E. S., Wang, M., Brown, T. A. y Rosellini, A. J. (2020). Transdiagnostic assessment of emotional disorders. En M. M. Antony y D. H. Barlow (Eds.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (pp. 119-137). The Guilford Press.
- Üstün, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S. y Rehm, J. (2010). *Measuring health and disability: Manual for WHO disability assessment schedule WHODAS 2.0*. World Health Organization.
- Vázquez, C., Roca, P., Poyato, N. y Pascual, T. (2017). Teoría de redes en psicopatología: una alternativa radical a los sistemas diagnósticos. En R. Fernández-Ballesteros (Coord.), *Progresos y crisis en psicología clínica: tratamientos basados en la evidencia y crisis del diagnóstico* (pp. 59-83). Madrid: Pirámide.

- Vázquez, C., Sánchez, A. y Romero, N. (2011). Clasificación y diagnóstico de los trastornos psicológicos: usos y limitaciones del DSM-IV-TR/DSM-5 y la CIE-10. En V. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrobbles (Eds.), *Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos* (pp. 92-223). Madrid: Pirámide.
- Vázquez, C., Sánchez, A. y Romero, N. (2014). Clasificación y diagnóstico de los trastornos psicológicos: Usos y limitaciones del DSM-IV-TR/DSM-5 y la CIE-10. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrobbles, (Eds.), *Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos, 2a ed.* (pp. 93-116). Madrid: Pirámide.
- Vilar, A., Perez-Sola, V., Blasco, M. J., Perez-Gallo, E., Coma, L. B., Vila, S. B. y Forero, C. G. (2019). Translational research in psychiatry: The research domain criteria project (RDoC). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* (English Edition), 12(3), 187-195. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.04.002>
- Weinberger, D. R. y Goldberg, T. E. (2014). RDoCs redux. *World Psychiatry*, 13(1):36-8. <http://doi.org/10.1002/wps.20096>
- Wheaton, M. G., Deacon, B. J. McGrath, P. B. Berman, N. C. y Abma-mowitz, J. S. (2012). Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: evaluation of the ASI-3. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 401-408. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.002>
- Wittchen, H. U. y Beesdo-Baum, K. (2018). “Throwing out the baby with the bathwater”? Conceptual and methodological limitations of the HiTOP approach. *World Psychiatry*, 17(3), 298. <https://doi.org/10.1002/wps.20560>

CAPÍTULO 2.

EVALUACIÓN DIMENSIONAL DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES

Este capítulo incluye tres de los manuscritos de la tesis doctoral, que han sido publicados como:

- Osma, J., Martínez-Loredo, V., Quilez-Orden, A., Peris-Baquero, O., Ferreres-Galán, V., Prado-Abril, J., Torres-Alfosea, M. A. y Rosellini, A. J. (2022). Multidimensional emotional disorders inventory: Reliability and validity in a Spanish clinical sample. *Journal of Affective Disorders*, 320, 65-73. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.140>
- Osma, J., Martínez-Loredo, V., Quilez-Orden, A., Peris-Baquero, Ó. y Suso-Ribera, C. (2021). Validity evidence of the multidimensional emotional disorders inventory among non-clinical Spanish University students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8251. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168251>
- Quilez-Orden, A., Prado-Abril, J., Ferreres-Galán, V., Torres-Alfosea, M. Á., Santos-Goñi, M. A., Peris-Baquero, Ó. y Osma, J. (2020) Descripción del inventario multidimensional para los trastornos emocionales (MEDI) para la evaluación y diagnóstico dimensional. *Acción Psicológica*, 19(2), 15-32. <https://doi.org/10.5944/ap.19.2.36992>

2.1. Multidimensional Emotional Disorders Inventory: Reliability and Validity in a Spanish Clinical Sample

Osma, J.^{1,2*}, Martínez-Loredo, V.^{1,2}, Quilez-Orden, A.^{1,2,3}, Peris-Baquero, O.^{1,2}, Ferreres-Galán, V.^{2,4}, Prado-Abril, J.^{2,5}, Torres-Alfosea, M. A.⁶, & Rosellini, A. J.⁷

¹Universidad de Zaragoza, Teruel, Spain; ²Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón, Zaragoza, Spain; ³Unidad de Salud Mental Moncayo, Tarazona, Spain; ⁴Hospital Comarcal de Vinaròs, Castellón, Spain; ⁵Hospital Miguel Servet, Zaragoza, Spain; ⁶Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, Spain; ⁷Boston University (Department of Psychological and Brain Sciences), Boston, USA

Abstract

Background: The categorical approach to diagnosing mental disorders has been criticized for a number of reasons (e.g., high rates of comorbidity; larger number of diagnostic categories and combination). Diverse alternatives have been proposed using a hybrid or totally dimensional perspective. Despite the evidence supporting use of the Multidimensional Emotional Disorders Inventory (MEDI) for assessing the transdiagnostic dimensions of Emotional Disorders using a dimensional-categorical hybrid approach, no data exist on Spanish clinical samples. The present study explores the validity and reliability of the 49-item MEDI in a clinical sample and provides data for its use. **Methods:** A total of 280 outpatients with emotional disorders attended in different Spanish public Mental Health Units in Spain filled out all questionnaires during the assessment phase and the MEDI again one week after. The instruments used evaluate four main constructs: personality, mood, anxiety and avoidance. **Results:** The nine original factors were confirmed and showed adequate reliability (α : 0.66-0.91) and stability ($r = 0.76$ -0.87). No differences in mean scores by sex were presented in any subscale ($p \geq .07$). The MEDI subscales correlated significantly with the scales of each of the selected constructs ($0.45 < r < 0.76$). **Limitations:** The main limitations of this study were the limited sample size and not being able to count on MEDI scores post-transdiagnostic intervention. **Conclusions:** The MEDI demonstrates adequate reliability and validity. It allows to assess diverse symptoms efficiently, thus being of interest for clinical studies and practice.

Keywords: Dimensional Assessment; Emotional Disorders; Transdiagnostic; Psychometric Properties; Evidence of Validity.

Introduction

The diagnostic systems currently used in the field of mental health (i.e., DSM-5 [American Psychiatric Association, 2013] and ICD-11 [World Health Organization, 2018]) are categorical, dividing psychopathology into as many different diagnoses as can be reliably established (Boettcher et al., 2020). However, many diagnoses differentiated by the categorical system actually share biological and psychological mechanisms associated with their development and maintenance (Boettcher et al., 2020). Failing to account for these shared mechanisms has led to many limitations in our psychiatric nosology: an increasingly number of categories; significant overlap of the characteristics that define different diagnoses; high comorbidity between different disorders; the overuse of "not otherwise specified disorder" categories; or lack of diagnostic agreement between professionals (Barlow et al., 2014).

Given the limitations of the categorical approach, many alternatives for mental health nosology have been proposed. These include many different dimensional classification systems (e.g., HiTOP model, RDoC); complex network (Hofmann et al., 2016) and personalized psychopathology conceptualizations (Wright and Woods, 2020); and the rethinking of psychological problems in contextual terms (Pérez-Álvarez and Fernández-Hermida, 2008). Brown and Barlow (2009) proposed a hybrid dimensional-categorical approach for emotional disorder classification. This model proposes to assess different dimensions in relation to the development and maintenance of emotional disorders (hereafter, EDs), differentiating between higher and lower order dimensions, which provides with greater parsimony and specificity (Brown & Barlow, 2009). The former are central dimensions of temperament with a genetic basis that are fundamental in the etiology and course of EDs (neurotic and positive temperament). The latter take into account the mood state (depressed mood), the focus of the anxiety (somatic anxiety, autonomic arousal, social anxiety, intrusive cognitions, traumatic reexperiencing), and the emotion-driven behaviours (avoidance).

The Multidimensional Emotional Disorders Inventory (hereinafter, MEDI) was developed to evaluate the dimensions included in the hybrid approach to classification, with the aim of facilitating research and its use in clinical settings (Rosellini and Brown, 2019).

The MEDI is made up of 49 Likert-type items (0: *nothing characteristic of me*; 8: *totally characteristic of me*) that evaluate 9 dimensions: (1) Neurotic temperament [NT]; (2) Positive temperament [PT]; (3) Depressed mood [DM]; (4) Autonomic arousal [AA]; (5) Somatic anxiety [SOM]; (6) Social anxiety [SOC]; (7) Intrusive cognitions [IC]; (8) Traumatic re-experiencing [TRM]; and (9) Avoidance [AVD].

The MEDI showed evidence of reliability and validity in the original article that was carried out with a clinical and outpatient sample (Rosellini & Brown, 2019). Subsequently, these analyzes were replicated in a study with a Spanish community sample, also showing good reliability and validity data (Osma, et al., 2021a). In the original article, the MEDI shows a 9-factor structure, while in a recent study exploring the MEDI internal structure in a Spanish sample from the community an alternative 4-factor structure emerged (Osma et al., 2021a). The description of both structures is described in Osma et al. (2021a). Thus, the present study will test both structures in a clinical sample to shed more light on the optimal configuration of the measure within a Spanish context.

The MEDI was designed to create profiles of the participants according to the dimensions of the hybrid approach of the EDs, allowing planning more individualized treatments by taking into account the dimensional profile of the patient, and monitoring their change (or not) over treatment (Rosellini and Brown, 2019). Furthermore, since it comprised only 49 items for assessing the nine hypothesized ED dimensions, it represents a much more efficient assessment compared to administration of a distinct questionnaire for each dimension of interest (Osma et al., 2021a). This is a very important advantage in public health systems, due to the short time available for consultations and the high pressure of care (Osma et al., 2021b).

In Spain, EDs are the most prevalent mental disorders, affecting approximately 4.5 million people, which is 5.2% of the population (WHO, 2017). In addition to the high prevalence EDs mainly affect women (World Health Organization, 2017). According to the 2017 Spanish National Health Survey, in the population aged 15 and over, depression was more than double as prevalent in women (9.2 %) than in men (4.0 %), and this same is observed if we analyze the data for chronic anxiety (9.1 % in women and 4.3 % in men) (National Institute of Statistics, 2017).

Different transdiagnostic interventions have been developed to solve the greater demand of psychological treatments, such as the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of EDs (Barlow et al., 2018). The Unified Protocol, a cognitive-behavioral intervention, have demonstrated its effectiveness applied in group format in the Spanish National Health System (Osma et al., 2021b). Although some dimensional instruments such as the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS; Norman et al., 2006) and the Overall Depression Severity and Impairment Scale (ODSIS; Bentley et al., 2014) scales have been adapted for use with clinical Spanish sample (Osma et al., 2019), these tools are used for the evaluation of anxiety and depression symptoms throughout the Unified Protocol intervention, there are no scales that evaluate all the constructs of the EDs in a dimensional way. This fact implies that interventions based on the hybrid approach for EDs are not dimensionally evaluated, because evidence for MEDI has been only provided in community samples so far (Osma et al., 2021a).

Thus, having a Spanish version of the MEDI could save time and costs, and reduce the burden of clinicians, researchers and participants who carry out this type of studies and interventions.

The main objective of this study is to explore the reliability and validity of the Multidimensional Emotional Disorders Inventory in a Spanish clinical sample who attends the Spanish Public Mental Health System. The specific objectives are: to confirm the internal structure of the scale and subscales' reliability; both original version and of the 4-factor structure previously identified in a community sample in Spain; to explore sex differences in severity; and to offer data in clinical population.

Method

Participants

The sample consisted of 280 outpatients ($n = 215$, 76.8% women) from different Mental Health Units of the Spanish National Health System who met criteria for at least one diagnosis of ED (major depression disorder, dysthymic disorder, panic disorder, agoraphobia, obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder, posttraumatic stress disorder, social anxiety disorder, hypochondria, adjustment disorders, and unspecified anxiety and depressive disorders). The mean age was 35.99 years ($SD=12.21$; range= 18-69).

Table 2.1.1 shows the rest of the sociodemographic characteristics. The inclusion criteria were: (1) being over 18 years old, legal age in Spain; (2) have a primary anxiety, mood, or related diagnosis; (3) speak Spanish fluently, in order to understand the MEDI questionnaire; (4) accept informed consent by signing it.

Instruments

Sociodemographic data. Different data such as age, sex, marital status, educational level, employment situation, main diagnosis, secondary diagnosis, and pharmacological treatment were evaluated through an interview with their clinicians.

The Multidimensional Emotional Disorder Inventory (MEDI; Rosellini and Brown, 2019). The MEDI is composed of 49 items, which evaluate nine dimensions: (1) Neurotic temperament [NT]; (2) Positive temperament [PT]; (3) Depressed mood [DM]; (4) Autonomic arousal [AA]; (5) Somatic anxiety [SOM]; (6) Social anxiety [SOC]; (7) Intrusive cognitions [IC]; (8) Traumatic re-experiencing [TRM]; and (9) Avoidance [AVD]. It uses a Likert-type response scale (0: not at all characteristic of me; 8: totally characteristic of me). In this study was used the Spanish version, that was obtained following the recommendations of the International Test Commission (see Osma et al., 2021a for further details).

Table 2.1.1. Sociodemographic data and participants' clinical diagnoses

	<i>n</i> (%)
Marital status	
Single	107 (38.2)
Married/living with partner	146 (52.1)
Separated/Widowed	27 (9.6)
Educational level	
Primary studies	55 (19.6)
Intermediate studies	90 (32.1)
Superior studies	135 (48.2)
Employment situation	
Working	110 (39.3)
Not working	113 (40.4)
Student	57 (20.4)
<i>Main diagnosis</i>	
Anxiety disorders	126 (45.0)
Non-specific anxiety disorder	36 (12.9)
Panic disorder without agoraphobia	22 (7.9)
Generalized anxiety disorder	21 (7.5)
Obsessive-compulsive disorder	13 (4.6)
Hypochondria	10 (3.6)
Panic disorder with agoraphobia	8 (2.9)
Agoraphobia	6 (2.1)
Social phobia	6 (2.1)
Posttraumatic stress disorder	5 (1.8)
Mood disorders	51 (18.2)
Major depressive disorder	29 (10.4)
Dysthymia	15 (5.4)
Unspecified mood disorder	7 (2.5)
Mixed disorders	102 (36.4)
Adjustment disorder	102 (36.4)
<i>Secondary diagnosis</i>	
Anxiety disorders	34 (12.1)
Non-specific anxiety disorder	9 (3.2)
Posttraumatic stress disorder	6 (2.1)
Generalized anxiety disorder	5 (1.8)
Obsessive-compulsive disorder	5 (1.8)
Panic disorder with agoraphobia	3 (1.1)
Social phobia	3 (1.1)
Hypochondria	2 (0.7)
Agoraphobia	1 (0.4)
Mood disorders	13 (4.6)
Unspecified mood disorder	6 (3.2)
Major depressive disorder	4 (1.4)
Dysthymia	3 (1.1)
Mixed disorders	3 (1.1)
Adjustment disorder	3 (1.1)
Pharmacological treatment	
Taking pharmacological treatment	148 (52.9)

The NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI; Costa and McCrae, 1999). The NEO-FFI is made up of 60 items that assess the personality dimensions included in the Big Five Model: Neuroticism, Extraversion, Openness to experience, Conscientiousness and Agreeableness. The items use a 5-point Likert-type scale from 0 (*totally disagree*) to 4 (*totally agree*). In the present study, only the Neuroticism (N; 12 items; $\alpha = 0.82$) and Extraversion (E; 12 items; $\alpha = 0.87$) subscales are used.

The Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3; Spanish validation by Taylor et al., 2007). The ASI-3 is made up of 18 items that assesses three components of anxiety: physical, cognitive and social anxiety. The items have a 5-point Likert scale from 0 (*Nothing applies to me*) to 4 (*Very much*). In this study, only the physical anxiety subscale (6 items) was used. The Cronbach's alpha for this subscale was $\alpha = .90$.

The brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale (BFNE; Spanish validation by Pitarch, 2010). The BFNE is made up of 12 items that evaluate fear of negative evaluation. In this study, only the direct scale (8 items; $\alpha = .93$) was used, which is answered on a 5-point Likert scale that ranges from 1 (*Nothing characteristic of me*) to 5 (*Extremely characteristic of me*).

The Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21; Spanish validation by Bados et al., 2005). It is made up of 21 items that assess depression, anxiety and stress using a 4-point Likert-type scale that ranges from 0 (*does not apply to me at all*) to 3 (*it applies to me a lot or is applicable most of the time*). In this study, only the Depression (DASS-14-D, 7 items; $\alpha = .87$) and Anxiety (DASS-14-A, 7 items; $\alpha = .82$) subscales have been used.

The Obsessive Compulsive Inventory-Revised (OCI-R; Spanish validation by Fullana et al., 2005). It is made up of 18 items assessing different dimensions of the obsessive-compulsive disorder: cleaning / washing, control, order, obsessions, hoarding and neutralization. The items are answered on a 5-point Likert-type scale from 0 (*Absolutely/ None / Nothing*) to 4 (*A lot*). The internal consistency in the present study was $\alpha = .89$.

The Davidson Trauma Scale (DTS; Spanish validation by Bobes et al., 2000). It is made up of 18 items that assess the frequency and severity of symptoms of post-traumatic stress disorder, with a 5-point Likert-type scale from 0 (*Never / Nothing*) to 4 (*Daily / Extreme*). An internal consistency of $\alpha = .93$ for frequency and $\alpha = .96$ for severity was obtained.

The Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ; Spanish validation by Vázquez Morejón et al., 2019). It is made up of 15 items that evaluate Experiential avoidance with a 6-point Likert scale, from 1 (*Totally disagree*) to 6 (*Totally agree*). The internal consistency was $\alpha = .74$.

Procedure

The sample was obtained from 14 Public Mental Health Units in Spain (from Alicante, Castellón, Córdoba, Badajoz, Huesca, Lleida, Mérida, Pamplona, San Sebastián, Valencia, Valladolid, and Zaragoza). The selected participants were all of legal age who had come to the National Health System searching of psychological assistance.

The study participants were evaluated by their clinicians during the assessment period before treatment. Clinicians had between 8 and 20 years of experience in the evaluation, diagnosis and treatment of mental disorders, and who were collaborating in the present study to ensure that they met the inclusion criteria. Those who were eligible were asked to participate in the study, offering them a sheet with all the information in this regard. Of the 387 eligible participants, 72.3% agreed to participate ($n = 280$). If they agreed, they had to sign the informed consent. Afterwards, the clinicians collected the sociodemographic data of the participants together with their email, attaching an alphanumeric code to guarantee the security and confidentiality of the data. A member of the research team with access to the participant's information send them a link to the Qualtrics platform (Qualtrics, 2017) to fill in all the assessment protocol of the study online. The procedure was repeated a week later only with the MEDI to check the temporal stability of the instrument.

With those participants who did not have the option of filling in the questionnaires online, the clinician gave them the option of filling it in pencil and paper format in their office, and subsequently sent it to the research team with an alphanumeric code. This procedure was carried out with the approval of the different ethics committees of all the collaborating centers.

Data analysis

Differences in sociodemographic variables and total scores of the included questionnaires between participants according to the assessment format (online or pencil-paper) were calculated with ANOVA and the Chi square tests. Confirmatory factor analysis (CFA) in the 280 participants were performed using the software Mplus 8.0 (Muthén and Muthén, 2010) using Maximum Likelihood (ML) estimation. Goodness of fit was examined with the Comparative Fit Index ($CFI > 0.90$; Hu and Bentler, 1999), the Standardized Root Mean Square Residual (SRMR), and the root mean square error of approximation ($RMSEA < 0.08$), and the χ^2/df (cut-off < 2). Modification index were used in case of needing to improve the fit of the model. These index show correlations between items' errors and the magnitude of the reduction based on chi-square. Both structures were compared by means of the CFI, χ^2/df , the Aikake Information Criteria (AIC) and the sample-adjusted Bayesian Information Criteria (SABIC).

Localized areas of model strain were inspected using modification indices (Brown, 2015). The reliability of the factors was estimated using the Cronbach's alpha estimate.

Pearson's zero-order correlations were calculated between each MEDI factor and NEO-FFI Neuroticism and Extraversion subscales, together with the ASI-3, the BFNE, the DASS-14 subscales, the OCI-R, the DTS, and the BEAQ. Sex differences in the MEDI subscales were explored using a Multivariate Analysis of Variance with the Pillai's Trace test. One-week temporal stability was calculated via Pearson's, canonical and intraclass correlations for absolute agreement (ICC; two-way-mixed). Effect sizes were calculated via partial eta squared and Cohen's *d*. To provide clinically relevant scaling, percentiles and T-scores ($M = 50$; $SD = 10$) were also calculated.

Results

Preliminary analysis

A total of 54 participants (19.3%) completed the assessment battery in pencil-paper format, while 80.7% ($n = 226$) did so in online format. No statistically significant differences ($p > .05$) were found in the sociodemographic variables, nor in any of the MEDI subdimensions. Finally, statistically significant differences were only observed in the DTS ($F = 5.81$, $p = .017$, Cohen's $d = 0.41$) and BEAQ ($F = 6.86$, $p = .009$, Cohen's $d = 0.40$), with the highest scores being obtained in those participants who had completed the questionnaires in pencil-paper format. Specifically, the mean score obtained by the participants who completed the questionnaires in pencil-paper format was 27.45 ($SD = 17.60$) in the DTS and 61.09 ($SD = 18.53$) in the BEAQ, while the participants who completed the questionnaires in online format obtained a mean score of 20.38 ($SD = 17.36$) in the DTS and 55.46 ($SD = 12.71$) in the BEAQ.

Validity evidence based on the internal structure and sex differences

The results support the superiority of the original 9-factor structure ($\chi^2/df = 1.69$, CFI = 0.868; SRMR = 0.066; RMSEA = 0.047, 95% confidence interval (95%CI) = 0.043 - 0.051) over the exploratory alternative 4-factor structure ($\chi^2/df = 2.36$, CFI = 0.732; SRMR = 0.090; RMSEA = 0.070, 95%CI = 0.066 - 0.073). Also, the AIC and the SABIC suggested the original structure to be more parsimonious than the alternative one (AIC: 61,687.182 vs 62,477.163; SABIC: 61,772.068 vs 62,548.132).

Despite the clear better performance of the original structure, the CFI value was slightly below the recommended threshold.

The addition of correlations between the errors of items 6 and F5 (modification index = 39.965), and items 9 and 31 (modification index = 27.833) slightly improved CFI (CFI = 0.881; $\Delta CFI = 0.013$).

Item factor loadings and discrimination indices are shown in Table 2.1.2. The improvement of model fit when errors between item 6 (“Unexpected physical sensations scare me”) and F5 (Somatic Anxiety) are freely estimated.

Although the omnibus test in the MANOVA showed overall statistically significant differences between sex ($F(18,538) = 1.64, p = .046, \eta^2_{\text{partial}} = 0.05$). Nonetheless, there were not significant differences between any specific scales (all $p \geq .07$).

Validity evidence based on relationships with NEO-FFI, ASI-3, BFNE, DASS-14, OCI-R, DTS and BEAQ

All MEDI scales were significantly and positively correlated with the expected questionnaires (see Table 2.1.3 and Table 2.1.4), showing evidence of convergent validity. The associations between variables were moderate in magnitude. The largest convergent associations were found between DM and DASS-14-D ($r = 0.76, p < .001$) and AA and the DASS-14-A ($r = 0.70, p < .001$). The lowest association between a MEDI subscale and its convergent validity scale was found in the SOC-BFNE ($r = 0.45, p < .001$) and IC-OCI-R ($r = 0.50, p < .001$) associations. Unexpectedly, the correlations between SOC-E ($r = -0.67, p < .001$), IC-N ($r = 0.61, p < .001$) and TRM-N ($r = 0.62, p < .001$) were greater than SOC-BFNE ($r = 0.45, p < .001$), IC-OCI-R ($r = 0.50, p < .001$) and TRM-DTS ($r = 0.56, p < .001$). The remaining correlations were all $r > 0.55$. In addition, we found evidence of discriminant validity in the Somatic Anxiety subscale (SOM) which does not show significant correlations with the variables E ($r = -0.11, p = .056$) or DASS-D ($r = 0.54, p = .440$), since the SOM dimension refers to physical sensations, and therefore is not so closely related to those variables.

Table 2.1.2. Item factor loadings, discrimination indices and reliability for the MEDI subscales.

Items	NT	PT	DM	AA	SOM	SOC	IC	TRM	AVD
1.	.57 (.41)								
2.		.55 (.45)							
3.			.66 (.62)						
4.				.61 (.57)					
5.							.60 (.53)		
6.					1.16 (.51)				
7.						.82 (.77)			
8.								.77 (.70)	
9.									.22 (.24)
10.	.34 (.38)								
11.			.73 (.64)						
12.							.74 (.61)		
13.				.76 (.66)					
14.						.69 (.66)			
15.									.57 (.49)
16.	.68 (.47)								
17.		.60 (.47)							
18.				.67 (.55)					
19.					.69 (.60)				
20.								.70 (.64)	
21.							.73 (.68)		
22.						.82 (.77)			
23.									.48 (.41)
24.		.85 (.65)							
25.			.61 (.56)						
26.				.63 (.57)					
27.									.61 (.47)
28.					.82 (.72)				
29.								.88 (.81)	
30.							.72 (.66)		
31.									.40 (.44)
32.	.62 (.48)								
33.		.59 (.54)							
34.									.43 (.37)
35.	.36 (.35)								
36.		.30 (.28)							
37.			.75 (.68)						
38.					.86 (.74)				
39.								.78 (.72)	
40.							.74 (.69)		
41.						.81 (.75)			
42.									.54 (.49)
43.			.67 (.55)						
44.				.66 (.56)					
45.					.60 (.55)				
46.							.55 (.51)		
47.						.91 (.86)			
48.								.71 (.65)	
49.									.65 (.44)
α	.66	.72	.81	.80	.83	.91	.84	.87	.73

Note. NT: Neurotic temperament; PT: Positive temperament; DM: Depressed mood; AA: Autonomic arousal; SOM: Somatic anxiety; SOC: Social anxiety; IC: intrusive cognitions; TRM: traumatic re-experiencing; AVD: avoidance
Factor loadings (corrected item-test correlation). α : Cronbach's alpha.

Table 2.1.3. Pearson correlations between the baseline MEDI subscales and 1-week follow-up.

	2	3	4	5	6	7	8	9	FU
1. NT	-.140*	.477**	.403**	.421**	.400**	.510**	.540**	.494**	.764**
2. PT	1	-.405**	-.048	.053	-.259**	-.141*	-.135*	-.073	.803**
3. DM		1	.476**	.155**	.520**	.603**	.573**	.478**	.833**
4. AA			1	.486**	.405**	.540**	.530**	.565**	.770**
5. SOM				1	.216**	.341**	.314**	.396**	.849**
6. SOC					1	.418**	.436**	.548**	.873**
7. IC						1	.693**	.591**	.771**
8. TRM							1	.577**	.823**
9. AVD								1	.775**

Note. MEDI: Multidimensional Emotional Disorder Inventory; N: Neuroticism; E: Extraversion; NT: Neurotic temperament; PT: Positive temperament; DM: Depressed mood; AA: Automatic arousal; SOM: Somatic anxiety; SOC: Social anxiety; IC: Intrusive cognitions; TRM: Traumatic re-experiencing; AVD: avoidance; FU: Follow-up. * $p < .05$ ** $p < .001$

Table 2.1.4. Pearson correlations between the baseline MEDI subscales and comparison scales.

	N	E	ASI	BFNE	DASS-14-A	DASS-14-D	OCI-R	DTS	BEAQ
NT	.611**	-.290**	.215**	.469**	.306**	.393**	.472**	.275**	.389**
PT	-.336**	.580**	-.087	-.279**	-.125*	-.420**	-.036	-.181**	-.263**
DM	.682**	-.486**	.20**	.451**	.457**	.762**	.332**	.420**	.451**
AA	.441**	-.238**	.498**	.177**	.703**	.360**	.372**	.400**	.355**
SOM	.217**	-.114	.607**	.149	.313**	.047	.312**	.128*	.187**
SOC	.361**	-.673**	.219**	.446**	.433**	.497**	.281**	.313**	.391**
IC	.607**	-.247**	.322**	.241**	.478**	.449**	.503**	.403**	.416**
TRM	.615**	-.290**	.331**	.299**	.492**	.493**	.452**	.555**	.496**
AVD	.424**	-.410**	.350**	.325**	.541**	.396**	.498**	.328**	.545**

Note. MEDI: Multidimensional Emotional Disorder Inventory; N: Neuroticism; E: Extraversion; ASI: Anxiety Severity Index, Somatic anxiety subscale; BFNE: Brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale; DASS-14-A: Anxiety subscale of the Depression, Anxiety and Stress Scales-14; DASS-14-D: Depression subscale of the Depression, Anxiety and Stress Scales-14; OCI-R: Obsessing scale of the Revised Obsessive–Compulsive Inventory; DTS: Davidson Trauma Scale; BEAQ: Brief experiential avoidance questionnaire; NT: Neurotic temperament; PT: Positive temperament; DM: Depressed mood; AA: Automatic arousal; SOM: Somatic anxiety; SOC: Social anxiety; IC: Intrusive cognitions; TRM: Traumatic re-experiencing; AVD: avoidance; FU: Follow-up. * $p < .05$ ** $p < .001$

Reliability, temporal stability and scaling

MEDI dimensions showed an adequate level of reliability, the internal consistency in the present study was α NT = 0.66; α PT = 0.72; α DM = 0.81; α AA = 0.80; α SOM = 0.83; α SOC = 0.91; α IC = 0.84; α TRM = 0.87; and α AVD = 0.73 (see Table 2.1.2 for estimations of reliability based on Cronbach's Alpha). Regarding the temporal stability, all correlations between the baseline and 1-week follow-up scores were statistically significant and high in magnitude ($r \geq 0.764$), with SOC showing the greatest and NT the lowest stability (see Table 2.1.3). Consistently, intra-class correlations ranged ICC = 0.86 to 0.93, with SOC presenting the highest and NT the lowest magnitudes. The canonical correlation between subscales in both assessments (baseline and 1-week follow-up) was 0.89 ($p < .001$). The redundancy coefficient was 0.26 (explained variance = 26.4 %). In an exploratory way, Table 2.1.5 shows MEDI total scores associated to percentiles and their transformations in T-scores.

Table 2.1.5. Data for the MEDI scales in clinical populations.

	NT	PT	DM	AA	SOM	SOC	IC	TRM	AVD
PC 25									
Direct scores	22	15	14	11	12	11	14	9	24
T-scores	48	44	44	42	43	42	38	41	38
PC 30									
Direct scores	24	16	17	14	14	12	16	10	25
T-scores	50	45	47	45	44	43	40	42	38
PC 50									
Direct scores	29	20	23	20	20	20	23	17	32
T-scores	55	49	52	50	50	50	46	48	44
PC 60									
Direct scores	31	22	25	23	23	24	26	22	36
T-scores	57	51	54	53	52	53	48	52	47
PC 75									
Direct scores	34	25	30	28	29	30	33	28	41
T-scores	60	55	58	57	57	58	54	57	52
PC 90									
Direct scores	36	30	35	33	36	37	41	36	48
T-scores	62	60	62	61	63	64	61	63	57
PC 99									
Direct scores	40	35	40	39	40	40	47	40	58
T-scores	66	65	67	66	67	67	66	67	66

Note. NT: Neurotic temperament; PT: Positive temperament; DM: Depressed mood; AA: Automatic arousal; SOM: Somatic anxiety; SOC: Social anxiety; IC: Intrusive cognitions; TRM: Traumatic re-experiencing; AVD: Avoidance.

Discussion

The MEDI is a self-report inventory that has been uniquely and specifically designed to evaluate the dimensions of the hybrid dimensional-categorical model proposed by Brown and Barlow (2009). To date, we only know of two studies that test its psychometric properties: the original development study, which was carried out in an American outpatient clinical sample (Rosellini and Brown, 2019), and the Spanish adaptation in non-clinical university students (Osma et al., 2021a). Thus, this is the first study that replicates the validity of the MEDI and provides data on their psychometric properties in a clinical sample out of the USA.

Notably, all three studies confirm the original 9-factor structure with adequate to very good levels of internal consistency across dimensions. It is important to note the CFI was slightly below conventional thresholds (Hu and Bentler, 1999), probably due to the small sample size compared to the number of items. Along these lines, it is rare for questionnaires with a large number of items and subscales to achieve excellent CFA model fit by conventional standards (Marsh et al., 2004). For these reasons, psychometricians have begun to use alternate modeling strategies, including exploratory structural equation modeling and Bayesian CFA, to evaluate the psychometric properties of omnibus psychopathology measures such as the MEDI (Rosellini and Brown, 2019). Regarding the modification indices, the importance of the correlation between item 6 and factor 5 (SOM) is noteworthy, since item 6 refers specifically to physical sensations, in contrast to the rest items of this factor, which refer to concerns about health in general. The same happens in regards to items 9 (“I cope with unpleasant thoughts, feelings, or images by trying to distract myself”) and 31 (“If something upsets me, I try very hard to not think about it”), since both refer to cognitive avoidance. Future psychometric validation work of the MEDI should consider using such alternate strategies.

Regarding the association between each MEDI’s dimension with other questionnaires, we found evidence of convergent and discriminant validity, with each subscale being significantly related to the expected questionnaire and not showing significant correlations with those that were not expected. In addition, in the analysis of the correlations between its dimensions, we see how the hybrid dimensional-categorical model is confirmed, since higher order dimensions, NT and PT, significantly inversely correlate with each other, and NT positively and significantly correlates with all lower order dimensions (mood, anxiety symptoms, and avoidance) (Brown and Barlow, 2009). Moreover, PT significantly inversely correlates with DM, SOC, IC and TRM. Brown et al. (1998) studied the structural relationship among DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect and autonomic arousal and found similar results.

Unexpectedly and despite the significant correlations found in this study, the dimensions SOC, IC and TRM showed greater correlations with the extraversion and neuroticism subscales than with the specific questionnaires (BFNE, OCI-R and DTS). This may be because the MEDI dimensions assess the core features of disorders (social-related anxiety, cognitive intrusions and reexperiencing), transcending diagnostic criteria (Conklin and Boettcher, 2017), while the specific questionnaires chosen to assess those dimensions explore characteristics associated to these problems but that not always discriminate against people who actually present an ED (social anxiety, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder). This fact may make the MEDI subscales correlate more with the vulnerability variables neuroticism and extraversion in these cases, going in line with the explanatory model proposed for EDs (Brown and Barlow, 2009).

We did not find statistically significant differences based on sex for any of the MEDI subscales, representing the first study in exploring this issue in the MEDI. Our results reveal that, despite EDs are more prevalent in women (World Health Organization, 2017), average severity on each subscale was similar for men and women. The sex differences obtained in the prevalence of EDs maybe are due to social and cultural aspects, for example, women are more likely to search for mental health than men (Arenas and Puigcerver, 2009) or clinicians are more likely to consider with higher severity the mental status of women (World Health Organization, 2001). Another interpretation could be related with the symptoms described in clinical questionnaires and scales which have been considered to reflect the women experiences more than men experiences (Nolen-Hoeksema, 2012).

Having data in Spanish clinical population has different implications, both at a clinical and research level and represent an important novel contribution of the present study. From a clinical perspective, clinicians can use norms to determine a patient's relative severity and foci of anxiety relative to an "average" outpatient. This information allows understanding of the transdiagnostic symptom profile of a patient with ED diagnosis, ideally facilitating the personalization of the psychological intervention (with therapeutic objectives based on relative elevations/scores), and assessing change in the dimensions of interest over treatment.

From a research perspective, researchers can use the MEDI as an efficient instrument for both clinical and implementation studies, fostering research on the hybrid dimensional-categorical approach to diagnosing and quantifying EDs. Finally, future epidemiological studies could improve use of the MEDI by collecting normative data in representative population samples, with the goal of using the measure for purposes of risk screening and preventive intervention (e.g., Ferreres-Galán et al., 2022; Martínez-Borba et al., 2022).

Transdiagnostic interventions are currently being applied at the intervention and prevention level, with the Unified Protocol being one of the most widely used interventions (Carlucci et al., 2021; Cassiello-Robbins et al., 2020; Osma et al., 2021a; Sakiris and Berle, 2019). In fact, in Spain there are currently different research projects underway that apply this transdiagnostic intervention in the National Health System (Osma et al., 2021b; Osma et al., 2021c). Having this dimensional evaluation tool would allow researchers to replicate these results in other contexts (social settings, university clinical units, etc.) and formats (online vs. offline).

Researchers may be interested in studying the changes in the main ED's dimensions of their participants after a transdiagnostic intervention, the relationship of the MEDI's dimensions with other psychopathology constructs, or also the predictable power of these dimensions regarding different outcomes. Through this study we also expect a growing research interest using the MEDI to assess people with EDs in Spanish speaking countries, and the interest of the international research community to translate and adapt the MEDI to other languages and ages (children, adolescents, seniors).

Limitations

The present study also has limitations that must be taken into account in order to improve in future studies. We had a limited sample size ($n = 280$) compared to the number of items. Despite this, it must keep in mind that in Spain the National Health System has a high healthcare pressure (especially in the last two years as a consequence of the COVID-19 pandemic), which means that on many occasions clinicians cannot participate in clinical studies like this one. Future studies could replicate these analyzes in larger samples.

The gender imbalance must also be considered, since 76.8% of the sample were women. Is important to highlight that this is something that frequently occurs in studies with samples diagnosed with EDs due their higher prevalence among women (World Health Organization, 2017). In addition, the fact that all participants were recruited from outpatient centers (convenience sample) can influence the representativeness of these results. In this sense, it may be interesting that future studies replicate the analysis in different clinical settings, and also non-clinical such as community or educational, and of different nationalities and ethnicities, to increase the literature that supports the evidence of validity of the MEDI. Two formats have also been used to fill in the questionnaires, online or pencil-paper. No statistically significant differences appear in the dimensions depending on the format, but it could be interesting to have this variable controlled in future studies. Furthermore, it could be interesting to explore the psychometric properties by comparing the scale scores before and after a transdiagnostic psychological intervention, to specifically test its sensitivity to clinical change.

Conclusions

In sum, the Spanish validation of the MEDI in a clinical sample provides great advantages at the research and clinical level, allowing increasing research in the hybrid dimensional-categorical approach, opening new possibilities to classification systems, and facilitating the dimensional evaluation of patients, creating interventions with more individualized therapeutic plans that allow them to increase their effectiveness.

Acknowledges

We thank all the Mental Health Units and their clinicians (Zaragoza, José A. Aldaz; Vinaròs, Castellón, Vanesa Ferreres and Jordi de Luna; Pamplona, Navarra, Jesús A- García and David Brugos; Córdoba, José F. Venceslá and Gloria Estebaranz; San Sebastian, Gipúzcoa, María Á. Yañez; Lleida, Salvador Gallart; Valencia, Cristina Robert and Ana Sánchez; Alicante, María Á Torres; Valladolid, María A. Santos; Mérida, Badajoz, Juan C. Sanz; Zafra, Badajoz, Antonio Galán; Fraga, Huesca, Javier Prado; and Tarazona, Zaragoza, Miriam Sarasa and Alba Quilez) for their participation in this study and, above all, those participants who agreed to be part of the sample, since without them this study would not have been possible.

CRedit authorship contribution statement: All persons who met authorship criteria are listed as authors. All authors certify that they have participated sufficiently in the work to take public responsibility for the content, including participation in the concept, design, analysis, writing, or revision of the manuscript. All authors contributed to and approved the final manuscript.

Funding: This work was supported by the PI20/00697 project integrated in Plan Estatal de I+D+I 2017-2020 and co-funded by the “ISCIII-Subdirección General de Evaluación y Fomento de la investigación del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER). Otra manera de hacer Europa. Co-funding for this study was also provided by Gobierno de Aragón and FEDER 2014–2020 “Construyendo Europa desde Aragón” (Research team S31_20D).

Ethics Approval: The study was conducted according to the guidelines of the Declaration of Helsinki, and approved by the Ethics Committee of Aragón (Nº. CP.-C.I. PI20/053).

Consent to participant: Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

Conflict Interests: The authors declare no conflict of interest.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Author.
- Arenas, M. C., & Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3(1), 20-29.
- Bados, A., Solanas, A., & Andrés, R. (2005). Psychometric Properties of the Spanish Version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema*, 17(4), 679-683.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R., Bentley, K. H., Boettcher, H. T., Cassiello-Robbins, C. (2018). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide, 2nd ed.* Oxford University Press: New York, NY, USA.
- Barlow, D. H., Sauer-zavala, S., Carl, J. R., Bullis, J. R., & Ellard, K. K. (2014). *The Nature, Diagnosis, and Treatment of Neuroticism: Back to the Future*. 2(3), 344-365. <https://doi.org/10.1177/2167702613505532>
- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., Francois, M., Rico-Villademoros, F., González, M. P., & Bousoño, M. (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Esp Psiquiatr*, 28(4), 207-218.
- Boettcher, H., Correa, J., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Rosellini, A. J., Brown, T. A., Kennedy, K., Todd, J. F., & Barlow, D. B. (2020). Dimensional Assessment of Emotional Disorder Outcomes in Transdiagnostic Treatment: A Clinical Case Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(4), 442-453.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A Proposal for a Dimensional Classification System Based on the Shared Features of the DSM-IV Anxiety and Mood Disorders: Implications for Assessment and Treatment. *Psychological Assessment*, 21(3), 256-271. <https://doi.org/10.1037/a0016608>
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 179-192. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.107.2.179>
- 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>
- Cassiello-Robbins, C., Southward, M. W., Tirpak, J. W., & Sauer-Zavala, S. (2020). A systematic review of Unified Protocol applications with adult populations: Facilitating widespread dissemination via adaptability. *Clinical Psychology Review*, 13(61), 98-99. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101852>
- Conklin, L. R., & Boettcher, H. (2017). *Transdiagnostic treatment for anxiety disorders*. En *The Science of Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 359-380). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803457-6.00015-5>

- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1999). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)*. TEA Ediciones.
- Ferrerres-Galán, V., Quilez-Orden, A. B., & Osma, J. (2022). Aplicación del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en pacientes post-cirugía bariátrica: estudio de efectividad y viabilidad en formato grupal. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 38(2), 219-231. <https://doi.org/10.6018/ANALESPS.482301>
- Fullana, M. A., Tortella-Feliu, M., Caseras, X., Andiñ, Ó., Torrubia, R., & Mataix-Cols, D. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of the Obsessive Compulsive Inventory Revised in a non-clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(8), 893-903. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.10.004>
- Hofmann, S. G., Curtiss, J., & McNally, R. J. (2016). A Complex Network Perspective on Clinical Science. *Perspectives on Psychological Science*, 11(5), 597-605. <https://doi.org/10.1177/1745691616639283>
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: a Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55.
- Marsh, H. W., Hau, K. T., & Wen, Z. (2004). In search of golden rules: Comment on hypothesis-testing approaches to setting cutoff values for fit indexes and dangers in overgeneralizing Hu and Bentler's (1999) findings. *Structural Equation Modeling*, 11(3), 320-341.
- Martínez-Borba, V., Osma, J., Crespo-Delgado, E., Andreu-Pejó, L., & Monferrer-Serrano, A. (2022). Emotional Disorders and Symptoms Prevention Under Health Conditions: a Pilot Study using the Unified Protocol in a Fertility Unit. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 38(1), 25-35.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2010). *Growth modeling with latent variable using Mplus: Advanced growth models, survival analysis and missing data*. Mplus Short Courses.
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: The role of gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 161-187.
- Osma, J., Quilez-Orden, A., Suso-Ribera, C., Peris-Baquero, O., Norman, S. B., Bentley, K. H., & Sauer-Zavala, S. (2019). Psychometric properties and validation of the Spanish versions of the overall anxiety and depression severity and impairment scales. *Journal of Affective Disorders*, 252, 9-18. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.063>
- Osma, J., Martínez-García, L., Quilez-Orden, A., & Peris-Baquero, Ó. (2021c). Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Medical Conditions: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 5077.
- Osma, J., Martínez-Loredo, V., Quilez-Orden, A., Peris-Baquero, Ó., & Suso-Ribera, C. (2021a). Validity evidence of the multidimensional emotional disorders inventory among non-clinical spanish university students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16). <https://doi.org/10.3390/ijerph18168251>

- Osma, J., Peris-Baquero, O., Suso-Ribera, C., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2021b). Effectiveness of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in Spain: Results from a randomized controlled trial with 6-months follow-up. *Psychotherapy Research*, 0(0), 1-14. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1939190>
- Pérez-Álvarez, M., & Fernández-Hermida, J. R. (2008). Más allá de la salud mental: la Psicología en Atención Primaria. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 251-270.
- Pitarch, M. J. G. (2010). Brief version of the fear of negative evaluation scale - Straightforward items (BFNE-S): Psychometric properties in a Spanish population. *Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 981-989. <https://doi.org/10.1017/S1138741600002626>
- Qualtrics. (2017). *Qualtrics (version 2.16) [computer program]*. Qualtrics.
- Rosellini, A. J., & Brown, T. A. (2019). The Multidimensional Emotional Disorder Inventory (MEDI): Assessing transdiagnostic dimensions to validate a profile approach to emotional disorder classification. *Psychological Assessment*, 31(1), 59-72. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/pas0000649>
- Sakiris, N., & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical Psychology Review*, 72, 1017-1051. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751>
- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., Abramowitz, J. S., Holaway, R. M., Sandin, B., Stewart, S. H., Coles, M., Eng, W., Daly, E. S., Arrindell, W. A., Bouvard, M., & Cardenas, S. J. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological Assessment*, 19(2), 176-188. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.2.176>
- Vázquez Morejón, R., León Rubio, J. M., Martín Rodríguez, A., & Vázquez Morejón, A. J. (2019). Validation of a Spanish version of the Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ) in clinical population. *Psicothema*, 31 (3), 335-340.
- World Health Organization. (2001). *Gender disparities in mental health*. World Health Organization: Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. World Health Organization: Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th rev.)*. World Health Organization: Geneva, Switzerland.
- Wright, A. G. C., & Woods, W. C. (2020). Personalized Models of Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 49-74. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-102419-125032>

2.2. Validity Evidence of the Multidimensional Emotional Disorders Inventory among non-clinical Spanish University Students

Osma, J.^{1,2*}, Martínez-Loredo, V.^{1,2}, Quilez-Orden, A.^{1,2,3}, Peris-Baquero, O.^{1,2} &

Carlos Suso-Ribera⁴

¹Universidad de Zaragoza, Teruel, Spain; ²Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón, Zaragoza, Spain;

³Unidad de Salud Mental Moncayo, Tarazona, Spain; ⁴ Universitat Jaume I, Castellón de la Plana, Spain

Abstract

The current diagnostic systems for mental health disorders are categorical, which, it has been argued, poorly reflect the reality of mental health problems. This is especially relevant in emotional disorders (EDs), especially due to the existing comorbidity between supposedly different disorders. To address this, Brown and Barlow developed a hybrid dimensional-categorical approach to EDs that can be evaluated with the Multidimensional Emotional Disorder Inventory (MEDI), a transdiagnostic self-report questionnaire. This study aims to adapt and explore the sources of validity evidence of the MEDI in a non-clinical sample of Spanish university students (n = 455). Two confirmatory analyses were performed: one with a four-dimensional structure obtained with an exploratory analysis and another with the original nine-dimensional structure of the MEDI. The latter obtained a better fit. The descriptive data, including percentiles, T-scores, and sex differences in total scores are also provided, together with sources of validity evidence. These revealed significant moderate interrelations between factors and with related measures (e.g., personality, depression, and anxiety). This study adapted the MEDI for use in Spanish, provides further support about its factor structure, and offers novel data about its validity sources. The MEDI makes the evaluation of dimensional and transdiagnostic models easier, which might be fundamental in present and future research and clinical practice.

Keywords: dimensional psychopathology; transdiagnostic; emotional disorders; assessment; sources of validity evidence; university students.

Introduction

The current diagnostic systems for mental health disorders, mainly represented by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) [1] and the International Classification of Disease (ICD-11) [2], are categorical. This means that they divide psychopathology into as many diagnoses as possibly establishable [3]. Both research and clinical practice have criticized this approach due to the disproportionate number of potentially artificial categories into which psychopathology is divided [4].

The problems associated with the categorical classification of psychological disorders are especially relevant for Emotional Disorders (hereinafter, ED), which include anxiety and depression disorders [5]. Several reasons justify the detrimental impact of categorical classification systems for EDs. First, there is a substantial overlap in the characteristics that define different diagnoses in the current categorical classification systems, such as marked fear and anxiety in social anxiety disorder and specific phobia [3]. There is only modest agreement among professionals when classifying phenotypes shared by multiple diagnostic categories [6]. The lifetime comorbidity of anxiety and mood disorders is as high as 75%, which supports the existence of communalities between them [3]. Finally, a large number of people receive a diagnosis of “not otherwise specified disorder” because they only meet a few of the necessary criteria for a given diagnosis [3]. However, many of these individuals do present clinically significant levels of impairment even if they fail to meet all the requirements for a proper diagnosis [3].

All these limitations of the categorical classification system of mental health problems are in fact well documented and have been debated for years, especially in relation to EDs [6]. As a consequence, several authors have argued that this group of disorders should be conceptualized as dimensional, as opposed to discrete constructs, which have more similarities than differences [7].

In order to overcome these limitations of categorical classifications, several dimensional approaches have been developed in the past decades. Two of the most popular are the Research Domain Criteria (RDoC) [8] and the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) [9]. The RDoC is a transdiagnostic approach that aims to study and explore the functioning aspects associated with mental health problems.

As such, it includes dimensions of psychological processes that underlie a continuum between normal to abnormal functioning [8]. Importantly, functioning according to this approach is primarily defined by means of biological processes. Therefore, it is difficult to imagine how the RDoC could become a classification system to be currently adopted in routine clinical care [6].

Different to the RDoC, the HiTOP is a quantitative and dimensional classification system based on a multilevel organization [9]. In general, the dimensions of the HiTOP are more descriptive and specific than those in the RDoC. However, the existence of these specific dimensions makes its clinical usefulness unclear and would require using several specific questionnaires to evaluate each dimension [6]. These limitations of dimensional approaches have become especially relevant at the clinical practice level [7]. As a result, categorical diagnostic categories have remained to be the mainstream to facilitate the communication between clinicians [6].

Considering the empirical limitations of purely categorical models and the practical limitations of dimensional approximations, Brown and Barlow [10] developed a hybrid dimensional-categorical approach to the assessment of EDs. This was done in an attempt to offer a mixed vision that combined the fundamental advantages of both approaches. Specifically, Brown and Barlow chose to differentiate a series of factors shared by EDs. They argued that, based on the scores of such factors, they would be able to reveal a unique profile for each patient, which may be closer or more distant to the diagnostic categories provided by traditional classification systems. These factors are neuroticism, anxiety or behavioral inhibition (NT), behavioral activation or positive affect (PT), depressed mood (DM), autonomic arousal (AA), somatic anxiety (SOM), social anxiety (SOC), intrusive cognitions (IC), traumatic re-experiencing and dissociation (TRM), and avoidance (AVD) [10].

The use of these constructs has been argued to make the evaluation of the patient's clinical profile more efficient. For example, the use of such factors facilitates the identification of mechanisms underlying the symptoms that cause clinically significant interference. These constructs also facilitate to obtain information about the severity of the patient in terms of dispositional and more proximal factors that influence behaviour and emotional status. Finally, the use of the aforementioned higher and lower order factors appears to increase the reliability and validity of the established diagnosis because it facilitates differential diagnosis and reduces comorbidity rates by focusing on dimensional aspects that characterize groups of individuals that share a common diagnosis [7]. Probably due to the novelty of this approach and the dominance of categorical diagnostic approaches, there still little information on the validity of the mixed dimensional-categorical approaches to psychopathology [6]. Another explanation, however, lies in the need to include several self-report measures to assess every dimension included in the profile. This would require a large amount of time and associated costs, as well as a significant burden for clinicians/researchers and patients/participants. For this reason, authors have argued that it is essential to develop standardized assessment tools to be used for the study of dimensional classifications [6].

The Multidimensional Emotional Disorder Inventory (hereinafter, MEDI) was created with the previous goal in mind. The MEDI is a self-report questionnaire that aims to evaluate the 9 transdiagnostic dimensions proposed in the hybrid dimensional-categorical approach for the classification of ED mentioned above. Importantly, it does so in an efficient manner, that is, by providing a brief evaluation with the fewest number of items possible [6]. The MEDI allows us to obtain an overview of the functioning of the patient across 9 dimensions (NT, PT, DM, AA, SOM, SOC, IC, TRM, and AVD). Importantly, this information about different constructs shared by EDs is obtained in a single instrument, which eliminates the need to administer different, specific self-reports for each construct [3]. Thus, the MEDI is particularly useful in cases where there is high comorbidity, such as in EDs [3].

Because the lower and higher order dimensions evaluated by the MEDI are well established and based on both research and clinical practice, this self-report has several advantages: (1) it promotes research on the dimensional-categorical approach to the classification of EDs, which allows to obtain empirical data on the effectiveness and efficiency of the categorical classification systems; (2) it makes it possible to study the severity and interference of symptoms based on a shared dimension or multiple dimensions, as opposed to focusing on different specific symptoms of each disorder; (3) it allows clinicians to obtain specific information that can be expanded using other techniques (functional analysis); (4) it facilitates treatment planning (underlying mechanism that can be used as treatment targets), which favors the prioritization of therapeutic objectives; (5) finally, it allows a follow-up evaluation of the changes obtained in the different dimensions during treatment, without the need to administer a larger set of questionnaires [6].

So far, only one study has evaluated sources of validity evidence of the MEDI [6]. Thus, more research in this regard is needed, both in clinical and in community samples. In this sense, the aforementioned study by Rosellini and Barlow [6] evaluated the characteristics of the MEDI in a clinical sample, so their conclusions are more relevant to the field of diagnosis and the establishment of a therapeutic intervention plan [6].

Obtaining data on the validity of the MEDI in a community sample would allow one to focus on prevention and early detection, as opposed to treatment. In particular, it could help to detect a population vulnerable to developing EDs, establish risk profiles, and develop personalized prevention programs.

EDs are the most prevalent disorders worldwide [11], but are especially prevalent in young people [12]. Specifically, the university period is experienced as a particularly stressful life stage, in which it is necessary to adapt to numerous potentially stressful situations, such as changes in housing, city of habitation, meeting new people, and studying more complex matters.

Ultimately, this may increase the symptoms of psychological distress and the incidence of mental disorders in this population [13]. Some studies show that ED rates are higher among university students than in other populations, such as non-university young adults or older adults [14–16]. Therefore, the university context could have a strong impact on the psychological well-being of individuals, which makes this an ideal context for the early detection of vulnerable profiles and the development of prevention programs [17].

In this sense, the development and validation of dimensional evaluation instruments for EDs in this population group is an essential task if we aim to detect, evaluate, and prevent the development of ED among young adults [18]. The validation of a dimensional instrument such as the MEDI would also allow the future investigation using dimensional approaches in this population. Specifically, adapting and validating the MEDI would facilitate preventive interventions based on hybrid approaches and would permit to easily monitor such interventions thanks to its self-report format.

The present study adapts the MEDI into Spanish language and investigates its psychometric characteristics in a non-clinical sample of Spanish university students. The main objectives of the study are: (1) to adapt the MEDI into Spanish using a back-translation process; (2) to examine the internal structure of the questionnaire; (3) to estimate the reliability of each subscale in terms of their internal consistency; (4) to examine its sources of validity evidence in relation to other variables; (5) to explore sex differences in total scores; (6) and to report potentially normative data in percentiles and T-scores. Overall, we expect to replicate the original 9-factor structure of the MEDI and to find evidence of the internal consistency and validity of the MEDI subscales in relation to other measures. Sex differences will be explored in an exploratory manner and discussed according to previous literature with similar constructs.

Materials and Methods

Participants

The sample comprised 507 university students who agreed to participate in the study and completed the battery of questionnaires. Of these, 52 participants were excluded from the analysis because they were receiving psychological/psychiatric treatment at the time of the evaluation. The final sample was composed of $n = 455$ participants, with a mean age of 22.92 years ($SD = 5.95$, range 18–57). Regarding sex, 85.1% of them were females ($n = 387$). The sociodemographic information is reported in Table 2.2.1.

Table 2.2.1. Socio-demographic characteristics of the participants ($n = 455$).

Socio-demographic characteristics	<i>n</i>	%
Marital status		
Single	293	64.4
Married or in a relationship	156	34.3
Divorced	5	1.1
Widowed	1	.2
Employment status		
Inactive (retired, unemployed, sick leave)	309	67.9
Active	146	32.1
Current university studies		
Psychology	245	53.8
Master in Psychology	58	12.7
Nursing	29	6.4
Doctorate	27	5.9
Children teaching	17	3.7
Medicine	13	2.9
Degree in another discipline	55	12.1
Master in another discipline	11	2.4
History of psychological/psychiatric treatment		
No	299	65.7
Yes	156	34.3

Instruments

Sociodemographic data. Information was collected on age, sex, marital status, educational level, employment status, ongoing university studies, and both current and history of psychological/psychiatric treatment.

The Multidimensional Emotional Disorder Inventory (MEDI; [6]). The MEDI consists of 49 items with a Likert-type response format ranging from 0 (not at all characteristic of me) to 8 (totally characteristic of me). It evaluates 9 transdiagnostic dimensions: (1) Neurotic Temperament (e.g. Item 1: “I get upset by trivial things”); (2) Positive Temperament (e.g. Item 2: “It doesn’t take much to make me laugh”); (3) Depressive Mood (e.g. Item 11: “I feel sad and blue”); (4) Autonomic Arousal (e.g. Item 4: “I have been experiencing breathlessness”); (5) Somatic Anxiety (e.g. Item 19: “I worry about my health”); (6) Social Anxiety (e.g. Item 7: “I am uncomfortable mingling at social events”); (7) Intrusive Thoughts (e.g. Item 5: “Other people would consider some of my thoughts to be odd”); (8) Traumatic Re-experiencing (e.g. Item 8: “I cannot stop thinking about horrific things that I have experienced or seen”); and (9) Avoidance (e.g. Item 9: “I cope with unpleasant thoughts, feelings, or images by trying to distract myself”). Table 2.2.2 shows the criterion/definition used to create each scale both in the original development study [6] and in the present investigation.

Table 2.2.2. Instruments to evaluate the validity of MEDI constructs.

	Rosellini and Brown (2019)	This study	Items
Neurotic temperament	Neuroticism subscale from the NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI; Costa and McCrae, 1992)	Neuroticism subscale from the NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI; Costa and McCrae, 1992); Spanish adaptation by TEA Ediciones (1999)	12
Positive temperament	Extraversion subscale from the NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI; Costa and McCrae, 1992)	Extraversion subscale from the NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI; Costa and McCrae, 1992); Spanish adaptation by TEA Ediciones (1999)	12
Depressed mood	Depression scale from the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21; Lovibond and Lovibond, 1995)	Depression scale from the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21; Lovibond and Lovibond, 1995); Spanish adaptation by Bados et al. (2005)	7
Automatic arousal	Anxiety scale from the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21; Lovibond and Lovibond, 1995)	Anxiety scale from the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21; Lovibond and Lovibond, 1995); Spanish adaptation by Bados et al. (2005)	7
Somatic anxiety	DSM-5 diagnoses (assessed by the ADIS-5)	The Physical Anxiety scale from the Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3; Taylor et al., 2007); Spanish adaptation by Sandín et al. (2007)	6
Social anxiety	Social Interaction Anxiety Scale (SIAS total score; Mattick and Clarke, 1998)	Brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale (BFNE; Leary, 1983); Spanish adaptation by Gallego-Pitarch (2010)	8
Intrusive cognitions	Obsessing scale of the Revised Obsessive–Compulsive Inventory (OCI-R; Foa et al., 2002)	Obsessing scale of the Revised Obsessive–Compulsive Inventory (OCI-R; Foa et al., 2002); Spanish adaptation by Fullana et al., (2004)	18
Traumatic reexperiencing	DSM-5 diagnoses (assessed by the ADIS-5)	Davidson Trauma Scale (DTS; Davidson et al., 1996); Spanish adaptation by Bobes et al. (2000)	18
Total subscales items			88

The NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI; [19]). The NEO-FFI is a self-administered questionnaire that includes 60 items. Each item has a 5-point Likert-type response scale ranging from 0 (totally disagree) to 4 (totally agree). The NEO-FFI evaluates the dimensions of personality included in the Big Five Factor Model, that is, Neuroticism, Extraversion, Openness to experience, Conscientiousness, and Agreeableness. For this study, only the 24 items of the Neuroticism and Extraversion subscales were used (12 items for each dimension). The internal consistency estimates of Neuroticism and Extraversion in the present study were $\alpha = 0.88$ for both.

The Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3; [20, 21]). The ASI-3 is an 18-item self-administered questionnaire that evaluates three components of anxiety: Physical, Cognitive, and Social anxiety. Responses use a 5-point Likert scale ranging from 0 (Not at all applicable to me) to 4 (Very much). In the present study, the 6 items related to the physical anxiety subscale were used. The Cronbach's alpha of the physical anxiety dimension in the present study was $\alpha = 0.86$.

The brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale (BFNE; [22,23]). The BFNE consists of 12 items that use a 5-point Likert-type response format ranging from 1 (Not at all characteristic of me) to 5 (Extremely characteristic of me). For this study, the 8 items of the straightforward scale were used, as proposed by Gallego-Pitarch [23]. The Cronbach's alpha of the Straightforward scale in the present sample was $\alpha = .95$.

The Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21; [24,25]). The DASS-21 is a 21-item self-administered questionnaire consisting that evaluates Depression, Anxiety, and Stress. Items use a 4-point Likert-type response format ranging from 0 (Did not apply to me at all) to 3 (Applied to me very much, or applicable most of the time). For this study, only the Depression and Anxiety subscales were used (7 items for each dimension). These subscales will be referred to as DASS-14 throughout the manuscript. The Cronbach's alpha estimates in the present study were $\alpha = 0.88$ for Depression and $\alpha = 0.79$ for Anxiety.

The Compulsive Inventory - Revised (OCI-R; [26, 27]). The OCI-R assesses the Obsessive-Compulsive Disorder dimensions of Cleaning/Washing, Checking, Order, Obsessions, Hoarding, and Neutralization. It consists of 18 items grouped into a single total score. Items use a 5-point Likert-type response format ranging from 0 (Not at all/None/Not at all) to 4 (Very much). The internal consistency of the total score in the present study was $\alpha = 0.87$.

The Davidson Trauma Scale (DTS; [28, 29]). The DTS is an 18-item questionnaire that assesses the frequency and severity of posttraumatic stress disorder symptoms. The response format is a 5-point Likert-type ranging from 0 (Never/Not at all) to 4 (Daily/Extreme). The Cronbach's alpha in the present sample was $\alpha = 0.95$ for the frequency dimension and $\alpha = 0.95$ for the severity dimension.

The Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ, [30, 31]). The BEAQ is a 15-item questionnaire that assesses Experiential Avoidance. Responses use a 6-point Likert scale ranging from 1 (Strongly Disagree) to 6 (Strongly Agree). The Cronbach's alpha of the BEAQ in the present sample was $\alpha = 0.88$.

Procedure

The participants in this study were recruited at different universities in Spain where they were conducting their university studies. Inclusion criteria were: (1) being aged 18 or over; (2) conducting their university studies in Spain; (3) being fluent in Spanish, and (4) signing the informed consent form. The only exclusion criteria were being under psychological or psychiatric treatment at the moment of the assessment.

Participants were recruited by professors working at different universities in Spain who agreed to collaborate in the study. In this case, professors send advertisement messages to their students via email or using the intranet campus. Additionally, university students were recruited using social networks and advertisements at the university campus. In all cases, a link to the online survey platform Qualtrics was available for the students to access the study [32]. Student eligibility was screened in the first page of the online survey. The informed consent was also provided online. Once eligibility was screened and participants consented to participate, they were asked to complete a set of questionnaires (see the Instruments section), including the MEDI. The time to complete the questionnaires took approximately 20 to 30 minutes.

Participation into the study was voluntary, anonymous, and did not include any financial compensation. The research was approved by the Research and Ethics Committee of Aragón.

The Spanish version of the MEDI was obtained after a translation into Spanish and a back-translation into English to ensure conceptual equivalence. Following the International Test Commission recommendations [33], the translation into Spanish was carried out by two independent researchers who were proficient in English. These researchers compared and corrected discrepancies in the translations. This Spanish version was back translated into English by two independent English native translators who were fluent in Spanish. No significant differences were found between the original and the obtained version and no changes were required for the final Spanish version. Appendix A includes the Spanish adaptation of the MEDI.

Data analysis

The sample was randomly divided into two subgroups. After performing an exploratory factor analysis (EFA) in the first one ($n = 228$), the proposed structure was cross validated via a confirmatory factor analysis (CFA) in the second one ($n = 227$). Considering the items' response scale and the original factor structure of the MEDI [6], the EFA was performed using the matrix of Pearson correlations, the unweighted least squares estimator (ULS) extraction method, and a Promin rotation [34]. The optimum number of factors was determined by the optimal implementation of Parallel Analysis [35], based on 1000 random resampling operations. Goodness of fit was examined with the goodness of fit index ($GFI < 0.95$; [36]) and the root mean square of the residuals ($RMSR < 0.08$; [37]). The estimation method for the CFA was the Maximum Likelihood Method (MLM). Goodness of fit was examined with the Comparative Fit Index ($CFI > 0.90$; [37]), $RMSR$ and root mean square error of approximation ($RMSEA < 0.08$), and the χ^2/df (< 2). Because the Parallel Analysis suggested an internal structure that differed from the original one, two CFAs were conducted. In the first CFA, we set the structure suggested by the EFA and, in the second one, the original one proposed by Rosellini and Brown

[6]. Both solutions were compared using the following indices: CFI, χ^2/df , Akaike Information Criteria (AIC), and sample-adjusted Bayesian Information Criteria (SABIC). When needed and we the aim of improving models' fit, modification indices were used to select items where the correlation between errors was recommended.

The modification indices estimate the magnitude of reduction in the chi-square statistic. Adding those with the highest modification value into the model to be freely estimated is a data-driven post hoc model modifications widely use in the literature.

The reliability of the factors was estimated using the Cronbach's alpha estimate. To obtain evidence of validity in relation to other variables, Pearson zero-order correlations were performed between the MEDI factors and Neuroticism, Extraversion, the ASI, the BFNE, the DASS-14 subscales, the OCI-R, the DTS, and the BEAQ. Sex differences in total scores were explored via a multivariate analysis of variance. Percentiles and T-scores [38] scaling are also provided.

Data analyses were performed using the statistical software packages SSPSS v26 (Chicago, II, USA), FACTOR 10.10.03 (Tarragona, Spain), and Mplus 8 (Los Angeles, CA, USA).

Results

Validity Evidence Based on the MEDI Internal Structure: EFA and CFA

The Kaiser-Meyer-Olkin test (index = 0.911), the Barlett Sphericity test ($\chi^2(1176) = 2415.8, p < 10^{-5}$) suggested the adequacy of the exploratory analysis and the model fit. A 4-factor solution according to the Parallel Analysis appeared as the best solution, with percentage of explained variance per factor ranging 4.78-33.27% and adequate goodness of fit indices (GFI = 0.993; RMSR = 0.030) (see Table S1 in supplementary material for factor loadings).

Two CFA were performed in the second sample: the first tested the structure proposed by the EFA (four-factor solution) and the second tested the original nine-factor structure proposed by Rosellini and Brown [3]. The results suggested a better fit of the original structure ($\chi^2/df = 1.59$, CFI = 0.865; RMSR = 0.074; RMSEA = 0.051) over the one proposed by the EFA ($\chi^2/df = 2.01$, CFI = 0.764; RMSR = 0.09; RMSEA = 0.067). In addition, the AIC and the SABIC were lower in the original structure (AIC: 43,407.59 vs. 43,971.15; SABIC: 43,454.37 vs. 44,010.26), suggesting its parsimony. Even though the original nine-factor solution was a better model, its CFI was slightly below the commonly accepted minimum threshold. Thus, and considering that the AFE and the CFA solutions were tested in independent samples, a CFA using the original structure was performed on the whole sample ($n = 455$). This was done to test the effect of sample size on model fit.

The results showed an improvement in the model fit when including the whole sample (CFI = 0.89; Δ CFI = 0.025) and when correlating the errors of items 19 and 38 and items 49 and factor 9 (as suggested by the modification indices) (CFI = 0.90; Δ CFI = 0.035). Considering this, the original structure was retained. Nonetheless, replication of the following analyses using the four-factor solution obtained with the EFA is reported as a supplementary material. The MEDI subscales showed excellent reliability indices as estimated with the internal consistency of the nine factors (Cronbach's alphas between 0.74 and .92). Item factor loadings and discrimination indices are shown in Table 2.2.3. (See Table S1 in supplemental material for reliability indicators based on the four-factor structure suggested by the EFA).

Table 2.2.3. Factor loadings and discrimination indices of the MEDI items ($n = 455$).

Items	NT	PT	DM	AA	SOM	SOC	IC	TRM	AV
1.	.55 (.47)								
2.		.49 (.41)							
3.			.77 (.68)						
4.				.56 (.50)					
5.							.63 (.61)		
6.					.56 (.45)				
7.						.85 (.81)			
8.								.83 (.74)	
9.									.51 (.46)
10.	.71 (.65)								
11.			.89 (.80)						
12.							.78 (.69)		
13.				.78 (.68)					
14.						.74 (.72)			
15.									.64 (.61)
16.	.72 (.59)								
17.		.72 (.57)							
18.				.68 (.55)					
19.					.36 (.42)				
20.								.64 (.60)	
21.							.82 (.75)		
22.						.80 (.76)			
23.									.46 (.37)
24.		.87 (.68)							
25.			.69 (.65)						
26.				.62 (.55)					
27.									.74 (.58)
28.					.76 (.61)				
29.								.84 (.77)	
30.							.72 (.65)		
31.									.52 (.49)
32.	.70 (.61)								
33.		.51 (.48)							
34.									.43 (.39)
35.	.63 (.57)								
36.		.45 (.43)							
37.			.78 (.75)						
38.					.72 (.70)				
39.								.79 (.72)	
40.							.75 (.71)		
41.						.86 (.81)			
42.									.53 (.41)
43.			.64 (.58)						

Table 2.2.3. (Cont.) Factor loadings and discrimination indices of the MEDI items (n = 455).

Items	NT	PT	DM	AA	SOM	SOC	IC	TRM	AV
44.				.67 (.61)					
45.					.58 (.40)				
46.							.71 (.68)		
47.						.94 (.88)			
48.								.70 (.65)	
49.									.74 (.43)
α	.80	.74	.87	.79	.75	.92	.87	.87	.77

Note. NT: Neurotic temperament; PT: Positive temperament; DM: Depressed mood; AA: Automatic arousal; SOM: Somatic anxiety; SOC: Social anxiety; IC: Intrusive cognitions; TRM: Traumatic re-experiencing; AVD: avoidance. Factor loadings (discrimination indices –corrected item-test correlation). α : Cronbach's alpha Loadings under 0.30 are not shown

Validity Evidence Based on Relationships with Other Variables

All questionnaires were significantly and positively correlated excepting for the PT and Extraversion, which were negatively correlated with all the other scales. The largest associations occurred between DM and the DASS-14-Depression scale ($r = 0.81, p < 0.001$), NT and Neuroticism ($r = 0.73, p < 0.001$), SOC and Extraversion ($r = -0.72, p < 0.001$), and between IC and Neuroticism ($r = 0.70, p < 0.001$). In addition, we observed significant correlations between the MEDI subscales and the corresponding/expected self-report measures (Table S2), namely NT and Neuroticism ($r = 0.73$); PT and Extraversion ($r = 0.59, p < 0.001$); DM and DASS-14-Anxiety ($r = 0.81, p < 0.001$); AA and DASS-14-Anxiety ($r = 0.74, p < 0.001$); SOM and ASI ($r = 0.53, p < 0.001$); TRM and DTS ($r = 0.63, p < .001$); and AVD and BEAQ ($r = 0.67, p < .001$). The only exceptions to the previous were the SOC, which was more significantly associated with Extraversion ($r = -0.72$) than with BFNE ($r = 0.49, p < 0.001$), and the IC, which correlates more strongly with Neuroticism ($r = 0.70$), the DASS-14-Depression ($r = 0.58, p < 0.001$), the BEAQ ($r = 0.53, p < 0.001$), and the DTS ($r = 0.53, p < 0.001$) than with the OCI-R ($r = 0.52, p < 0.001$).

In relation to the four-factor structure, the largest associations occurred between F1 and F4 ($r = 0.75, p < 0.001$), F1 and Neuroticism ($r = 0.72, p < 0.001$), F2 and Extraversion ($r = -0.68, p < 0.001$), F4 and Neuroticism ($r = 0.73, p < 0.001$), and F4 and DASS-14-Anxiety ($r = 0.66, p < 0.001$). Pearson zero-order correlations between the MEDI subscales, Neuroticism and Extraversion, ASI, BFNE, DASS-14 subscales, OCI-R, DTS and BEAQ are shown in supplementary material for both the original (Table S2) and four-factor (Table S3) structures.

Sex Differences and Scaling of the MEDI

Table 2.2.4 shows the distribution of the MEDI subscales across the whole sample and divided by sex (see Table S4 for the same information with the four-factor solution). Females scored significantly higher both in neurotic ($M = 18.33$) and positive temperament ($M = 28.80$) compared to males ($M = 15.86$ and 27.03 , respectively; $d = 0.27$ in both cases). Males scored significantly higher in depressed mood ($M = 10.98$ vs 8.63 ; $d = 0.27$).

Table 2.2.4. Sex differences in MEDI scales total scores.

	Total sample n = 455	Females n = 387	Males n = 66	F	p-value
Neurotic temperament	17.97 (8.86)	18.33 (8.76)	15.86 (9.24)	4.40	.036
Positive temperament	28.49 (6.51)	28.80 (6.40)	27.03 (6.73)	4.27	.039
Depressed mood	9.02 (8.46)	8.63 (8.24)	10.98 (9.37)	4.43	.039
Automatic arousal	7.45 (7.74)	7.55 (7.86)	6.88 (7.09)	0.42	.518
Somatic anxiety	13.34 (7.68)	13.51 (7.70)	12.41 (7.66)	1.15	.285
Social anxiety	13.88 (10.22)	14.03 (10.13)	12.58 (10.38)	1.15	.284
Intrusive cognitions	9.98 (9.99)	9.70 (9.89)	11.42 (10.52)	1.68	.196
Traumatic reexperiencing	7.11 (7.99)	7.16 (7.93)	6.45 (8.20)	0.45	.505
Avoidance	19.64 (10.93)	19.82 (10.67)	18.48 (12.52)	0.84	.360

Note. Mean (Standard deviation). Significant differences shown in **bold**.

Normative data in percentile ranks and T-scores are shown in Table 2.2.5 (see Table S5 for normative data based on the four-factor solution). An example of the MEDI profile in two participants is shown in Figure 2.2.1 (See Figure S1 for their profile based on the four-factor solution).

Table 2.2.5. Normative data for the MEDI scales.

	NT ¹	PT ¹	DM ¹	AA	SOM	SOC	IC	TRM	AVD
PC 25									
Direct scores	11/8	24/24	2/4	1	8	5	2	1	11
T-scores	43/41	49/48	35/40	35	41	38	36	35	35
PC 30									
Direct scores	12/9	26/25	3/4	2	8	6	3	1	13
T-scores	44/42	51/49	36/40	36	41	36	36	35	36
PC 50									
Direct scores	18/15	30/27	6/8	5	12	12	6	4	19
T-scores	49/48	56/51	39/44	39	44	44	39	37	38
PC 60									
Direct scores	21/17	31/28	8/10	7	14	15	9	7	22
T-scores	51/50	57/52	41/46	41	46	46	41	40	39
PC 75									
Direct scores	25/23	34/31	13/15	11	19	22	46	11	27
T-scores	55/55	60/56	46/51	45	50	52	47	44	40
PC 90									
Direct scores	30/30	37/36	21/30	19	23	29	25	19	33
T-scores	59/62	63/62	53/66	53	53	58	54	51	42
PC 99									
Direct scores	36/34	39/38	33/32	30	37	38	40	33	50
T-scores	64/66	65/64	65/68	64	65	66	66	64	47

Note. NT: Neurotic temperament; PT: Positive temperament; DM: Depressed mood; AA: Automatic arousal; SOM: Somatic anxiety; SOC: Social anxiety; IC: Intrusive cognitions; TRM: Traumatic re-experiencing; AVD: avoidance.¹ Scores are shown for female/male.

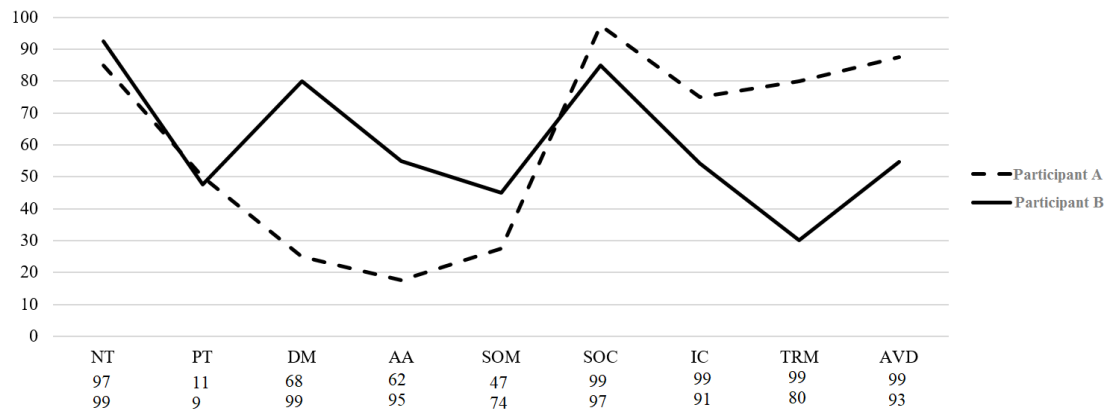


Figure 2.2.1. Profiles of two participants according to their scores in each MEDI.

Legend. The Y-axis represents the percentage of the score obtained in each dimension over the maximum score. Scores under each dimension represent the participant's percentile.

NT: Neurotic temperament; PT: Positive temperament; DM: Depressed mood; AA: Automatic arousal; SOM: Somatic anxiety; SOC: Social anxiety; IC: Intrusive cognitions; TRM: Traumatic re-experiencing; AVD: avoidance.

Discussion

This is the first study to adapt the MEDI into Spanish, to investigate its internal structure, and to explore sources of validity evidence in non-clinical samples. We hypothesized that we would replicate the original nine-factor structure proposed by Rosellini and Brown [6] and expected to obtain good internal reliability indices and evidence on the validity of the MEDI subscales in relation to other measures. Exploratory analysis suggested an internal structure composed by four factors. However, a confirmatory analysis with the original nine-factor structure indicated that this model had a better fit with adequate parsimony indices. Overall, this solution was found to be more desirable not only considering fit indices, but also to adhere to the theoretical model proposed in the development of the MEDI. In addition to the factor structure, which obtained good internal consistency indices, the results generally supported the validity of the MEDI subscales in relation to other measures.

Specifically, most of the subscales correlated strongly with the corresponding measures that were selected for this purpose (see Table 2.2.2). In sum, these findings in university students support grouping the MEDI items using the original nine dimensions proposed by Rosellini and Brown [6]. Importantly, the validity results indicate that these dimensions are likely to measure the constructs they were designed to evaluate.

As noted in the previous lines and in the results section, the results of the exploratory factor analyses supported a four-factor solution to the MEDI, while a confirmatory analysis indicated a better fit of the original nine-factor solution. Several explanations may exist for the findings. For example, the sample of the present study was non-clinical, which means that scores in some subscales such as IC or TRM may be less well represented, since cognitive intrusions or traumatic reexperiencing are less frequent in the general population.

Future studies in other non-clinical samples are important to provide further data about this hypothesis. Another reason that may explain the preference for a four-factor solution in the exploratory analysis lies in parsimony. In particular, it is possible that a four-factor solution obtained the better parsimony-fit ratio. While acknowledging this, it is important to note that the nine-factor solution resulted in adequate fit and parsimony evidence. In addition, this solution is more consistent with the theoretical model used to develop the MEDI, which justifies why this solution was ultimately preferred to the four-factor one.

As in the original study [6], the present study provides strong support for the internal consistency of the MEDI factors, with Cronbach's alphas ranging between 0.74 and 0.92. The interrelationships between the different factors were between moderate and large, consistent with the results obtained in the original scale development study [6]. For example, the NT and PT subscales were inversely correlated, which is consistent with other studies that show inverse correlations between neuroticism and extraversion [6, 39]. Following the first and second order classification [10], we can see how the NT correlates positively with all other lower order variables, while PT inversely correlates with them. Importantly, the correlations between the different MEDI subscales were strong. This is consistent with the hybrid categorical-dimensional model proposed for Brown and Barlow [10], which considers that the factors are shared by different categorical diagnoses that present high rates of comorbidity.

An important contribution of the present study was that the DSM-5 diagnostic criteria was used. This was already recommended by the authors who developed the MEDI [6]. In addition, we updated the sources of validity evidence accordingly (see Table 2.2.2), which should also be seen as a strength of the study. In this sense, the positive correlations of the MEDI subscales with the majority of the corresponding specific self-reports is an important finding of the present investigation that supports the idea that the MEDI evaluates what it is expected to measure.

Still in relation to the sources of validity evidence, we want to note that, thanks to the combination of the MEDI and the specific measures used to evaluate its validity evidence, we can see the utility of the MEDI in terms of item reduction. In particular, while the MEDI is composed of 49 items, we required 88 items to evaluate all the constructs included in the MEDI by means of traditional self-reports (see Table 2.2.2). This implies a reduction of 39 items and a single set of instructions and response scales, which favors a more efficient evaluation in terms of time and associated costs and assessment burden derived from the evaluation of EDs. In addition, the MEDI introduces the advantages of dimensional assessment mentioned in the introduction [6, 7].

Regarding sex differences, we observed that women presented higher levels of NT and PT. These findings are consistent with past research showing that scores in neuroticism and extraversion are higher in females [40]. Note, however that these differences in our study were small, so the interpretation should be made accordingly. Contrary to NT and PT, DM scores in our study were higher in males compared to females. Again, however, the differences were small in size. These findings are not consistent with past studies, in which scores in depressive symptoms have been higher in women [41]. This result could be due to the low number of men in the study sample, only 14.9%.

In the current study, we provided data on percentile ranges and T-scores. As a result of this, future studies will be able to determine the relative position of a given person when compared to our data, which of course is not representative of the general population in Spain because it was obtained from university students. This information, together with the possibility to construe a profile with the MEDI, as exemplified in this study, will allow researchers and clinicians to perform a dimensional evaluation of the characteristics of individuals in the future. As noted in the introduction, this becomes fundamental considering the disadvantages of the categorical classification systems. In particular, thanks to this evaluation system clinicians and researchers will be able to monitor how the scores in different dimensional constructs change after applying a prevention or an intervention transdiagnostic program. Importantly, our normative scores may be useful when applying such programs in a university context in Spain, as the sample was composed of students from universities across the country.

The present study has a number of limitations. One of them refers to the sample size. Specifically, by dividing the sample into two halves to perform the exploratory and confirmatory factor analyses, we detected how the sample size slightly influenced the results in terms of fit (the CFA obtained a better fit with the whole sample). This relatively limited sample size also prevented us from establishing a broad scaling in terms of percentiles and T-scores. Therefore, future studies should provide more fine-grained scaling values based on more representative samples. In addition to this, the sex distribution was not homogeneous (85.1% of participants were females). While this may be seen as a limitation, it should be noted that, in the general population, EDs are also more prevalent in women [11]. Moreover, the number of women studying university degrees is higher compared with men (59.8%). Similarly, we also found a higher percentage of women, in those degrees in which the participants were mainly recruited, such as Health Sciences degrees, like Psychology, with a percentage of 71.2% of women [42]. Another limitation is related with the difficulty in determining whether the students met diagnostic criteria for a mental disorder or not. To do this, we ask the following question within the evaluation items "Are you currently receiving any type of psychological treatment?".

It is indeed very challenging to conduct an adequate and complete mental health diagnostic screening during an online survey. However, it would be interesting if future investigations using non-clinical samples administered a telephone interview to ascertain the presence or absence of diagnostic criteria. This was not performed in the present study because this would require obtaining personal data from the participants (name and telephone number), which would have probably reduced their willingness to participate due to anonymity loss. Obtaining a relatively large sample size was preferred in this case.

Finally, it should be noted that this research was developed with a very specific sample, that is, university students. Therefore, as note throughout the text, the results must be interpreted with caution and may not be generalizable to other populations.

Conclusions

The interest on transdiagnostic/dimensional approaches for the assessment and treatment of EDs have been the basis of the development of the MEDI. This is a 49-item inventory which has been created based on the categorical-dimensional assessment of EDs suggested by Brown and Barlow [6].

Its nine-dimensional structure represents the main clinical features shared by people with EDs diagnosis including two higher order dimensions (negative and positive temperament (NT and PT)) and seven lower order dimensions (depressive symptoms (DM), anxiety symptoms (AA, SOM, SOC, IC and TRM), and avoidance strategies (AVD)) [10]. Our Spanish adaptation study of the MEDI in a non-clinical sample of university students confirmed this 9-dimensional structure of the MEDI and contributed to enhance the evidences about its validity and good psychometric properties. This is the first study of the MEDI in a non-American sample, which provides further support for the multicultural properties of this inventory and offers counselors, clinicians, and researchers working with university students in Spanish language a new inventory to quickly assess the main clinical dimensions of EDs. This comprehensive dimensional assessment of EDs could facilitate the professional decision-making about the type of intervention, prevention, or treatment that is the best option for the university students seeking for help.

The data provided in this study will be especially useful for clinicians and researchers working from a transdiagnostic perspective. For example, those using the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of EDs [43], will be able to compare the MEDI scores obtained before and after the preventive or treatment intervention. This could be used to evaluate the effect of the treatment in each of the nine dimensions of the MEDI and adapt the treatment according to the dimensions in which the patient is responding more poorly.

In addition, we also believe that the results will be of interest for health professionals working with clinical samples with EDs, as they will be able to compare the scores obtained by their patients with those obtained in the present study (non-clinical sample) to establish desirable therapeutic goals.

To the best of our knowledge, this is the first study to evaluate the validity evidence of the MEDI since the study in which the instrument was developed. Therefore, we want to encourage researchers to further investigate this validity evidence in samples of different characteristics (non-clinical, subclinical, and clinical), contexts (university settings, community settings, public clinical settings, etc.), formats of delivery (pencil and paper and online) and countries/languages. It will be interesting to see, for example, whether the nine-factor structure is replicated in clinical samples or if a four-factor structure emerges as a potential solution in community samples.

Another aspect already mentioned by Rosellini and Brown [6] in their validation is the importance of evaluating the temporal stability of the scale in future studies, since the item scale do not refer to a specific time. In this sense, it would also be interesting to apply the scale before and after having received a psychological intervention in order to assess its sensitivity to therapeutic change.

We encourage researchers to work in this direction, especially given the crisis of categorical diagnostic systems and the urge to shift into dimensional or hybrid approaches.

Supplementary Materials:

The following are available online at www.mdpi.com/xxx/s1, **Table S1**: Factor loadings and discrimination indices in the 4-factor solution suggested by the exploratory factor analysis; **Table S2**: Pearson correlations between the MEDI (9-factor solution), NEO-FFI, ASI, BFNE, DASS-14-A, DASS-14-D, OCI-R, DTS and BEAQ; **Table S3**: Pearson correlations between the MEDI (4-factor solution), NEO-FFI, ASI, BFNE, DASS-14-A, DASS-14-D, OCI-R, DTS and BEAQ; **Table S4**: Sex differences in MEDI 4-factor scales total scores; **Table S5**: Normative data for the MEDI 4-factor scales; **Figure S1**: Profiles of two participants according to their scores in each 4-factor MEDI scale.

Table S1. Factor loadings and discrimination indices in the 4-factor solution suggested by the exploratory factor analysis

Items	F1	F2	F3	F4	Items	F1	F2	F3	F4
1.				0.38(.46)	26.				0.43(.51)
2.			-0.63(.40)		27.	0.42(.64)			
3.			0.50(.67)		28.				0.75(.52)
4.				0.49(.47)	29.	1.06(.73)			
5.				0.41(.49)	30.	0.53(.66)			
6.				0.57 (.52)	31.	0.38 (.38)			
7.		0.77(.74)			32.				0.57(.60)
8.	0.78(.75)				33.			-0.64(.46)	
9.	0.36(.41)				34.		0.40(.34)		
10.				0.62(.58)	35.				0.35(.48)
11.			0.61(.73)		36.			-0.51(.40)	
12.	0.59(.72)				37.			0.66(.72)	
13.				0.46(.61)	38.				0.76(.52)
14.		0.79(.71)			39.	0.65(.72)			
15.		0.38(.40)	-0.32		40.	0.63(.68)			
16.		0.31		0.37(.57)	41.		0.80(.78)		
17.			- 0.44(.54)		42.	0.58(.53)			
18.	0.38(.58)			0.38	43.	0.37		0.49(.57)	
19.				0.68(.27)	44.				0.49(.55)
20.	0.75(.56)				45.			0.36	0.53(.53)
21.	0.53(.74)				46.				0.39(.58)
22.		0.74(.75)			47.		0.88(.81)		
23.	0.40(.42)				48.	0.79(.64)			
24.			-0.81(.68)		49.	0.30(.55)			
25.			0.53(.58)		α	.91	.87	.86	.87

Note. Factor loadings (discrimination indices). α : Cronbach's alpha

In the table above, the items that belong to each of the 4 factors of the structure proposed by the exploratory factor analysis appear. For a more theoretical and rapid understanding, the relationship between the 4-factor structure and the original 9-factor structure [6] is shown below. Factor 1 is made up of 7 items from the original avoidance subscale (AVD), 5 items from the traumatic re-experiencing (TRM), 4 items from the intrusive cognitions (IC), and 1 from autonomic arousal (AA). Factor 2 is made up of 5 items from the original social anxiety subscale (SOC), and 2 avoidance items (AVD). Factor 3 is composed of 5 items of positive temperament (PT), which saturate with a negative sign, and 5 items of depressed mood (DM). Finally, Factor 4 is made up of 5 items from the neurotic temperament (NT) subscale, 4 items from autonomic arousal (AA), 2 items from intrusive cognitions (IC) and 5 items from somatic anxiety (SOM).

Table S2. Pearson correlations between the MEDI (9-factor solution), NEO-FFI, ASI, BFNE, DASS-14-A, DASS-14-D, OCI-R, DTS and BEAQ

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1. NT	-.312*	.536*	.535*	.453*	.435*	.583*	.503*	.606*	.733*	-.286*	.381*	.575*	.509*	.469*	.491*	.462*	.489*
2. PT	1	-.560*	-.163*	-.031	-.354*	-.345*	-.233*	-.162†	-.492*	.590*	-.131*	-.292*	-.253*	-.526*	-.193*	-.245*	-.343*
3. DM		1	.539*	.290*	.432*	.615*	.544*	.514*	.694*	-.482*	.247*	.423*	.526*	.806*	.416*	.574*	.569*
4. AA			1	.499*	.362*	.648*	.550*	.541*	.605*	-.194*	.492*	.393*	.741*	.487*	.404*	.498*	.421*
5. SOM				1	.234*	.475*	.390*	.459*	.374*	-.105†	.531*	.276*	.381*	.241*	.271*	.187*	.306*
6. SOC					1	.469*	.432*	.445*	.425*	-.722*	.213*	.493*	.394*	.388*	.297*	.311*	.392*
7. IC						1	.720*	.635*	.700*	-.354*	.407*	.480*	.547*	.583*	.519*	.526*	.532*
8. TRM							1	.642*	.607*	-.314*	.318*	.428*	.489*	.501*	.436*	.629*	.484*
9. AVD								1	.574*	-.263*	.357*	.481*	.455*	.428*	.506*	.523*	.669*
10. NEO-FFI N									1	-.361*	.402*	.567*	.600*	.672*	.498*	.556*	.583*
11. NEO-FFI E										1	-.143	-.322*	-.240*	-.425*	-.201*	-.252*	-.299
12. ASI											1	.325*	.656*	.594*	.301*	.255*	.273*
13. BFNE												1	.502*	.733*	.416*	.358*	.492*
14. DASS-14-A													1	.595*	.485*	.588*	.435*
15. DASS-14-D														1	.473*	.613*	.535*
16. OCI-R															1	.495*	.498*
17. DTS																1	.569*
18. BEAQ																	1

Note. MEDI: Multidimensional Emotional Disorder Inventory; NEO-FFI: NEO Five-Factor Inventory; N: Neuroticism; E: Extraversion; ASI: Anxiety Severity Index, Somatic anxiety subscale; BFNE: Brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale; DASS-14-A: Anxiety subscale of the Depression, Anxiety and Stress Scales-14; DASS-14-D: Depression subscale of the Depression, Anxiety and Stress Scales-14; OCI-R: Obsessing scale of the Revised Obsessive–Compulsive Inventory; DTS: Davidson Trauma Scale; BEAQ: Brief experiential avoidance questionnaire; NT: Neurotic temperament; PT: Positive temperament; DM: Depressed mood; AA: Automatic arousal; SOM: Somatic anxiety; SOC: Social anxiety; IC: Intrusive cognitions; TRM: Traumatic re-experiencing; AVD: avoidance.

† $p < .05$; * $p < .001$

Table S3. Pearson correlations between the MEDI (4-factor solution), NEO-FFI, ASI, BFNE, DASS-14-A, DASS-14-D, OCI-R, DTS and BEAQ

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. F1	.570*	.502*	.753*	.715*	-.325*	.406*	.529*	.580*	.575*	.545*	.631*	.627*
2. F2	1	.241*	.522*	.466*	-.679*	.262*	.513*	.410*	.402*	.366*	.377*	.488*
3. F3		1	.461*	.362*	-.025	.168*	.223*	.379*	.455*	.307*	.419*	.335*
4. F4			1	.728*	-.273*	.567*	.523*	.663*	.516*	.499*	.522*	.525*
5. NEO-FFI N				1	-.361*	.402*	.567*	.600*	.672*	.498*	.556*	.583*
6. NEO-FFI E					1	-.143*	-.322*	-.240*	-.425*	-.201*	-.252*	-.299*
7. ASI						1	.325*	.656*	.594*	.301*	.255*	.273*
8. BFNE							1	.502*	.733*	.416*	.358*	.492*
9. DASS-14-A								1	.595*	.485*	.588*	.435*
10. DASS-14-D									1	.473*	.613*	.535*
11. OCI-R										1	.495*	.498*
12. DTS											1	.569*
13. BEAQ												1

Note. MEDI: Multidimensional Emotional Disorder Inventory; NEO-FFI: NEO Five-Factor Inventory; N: Neuroticism; E: Extraversion; ASI: Anxiety Severity Index, Somatic anxiety subscale; BFNE: Brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale; DASS-14-A: Anxiety subscale of the Depression, Anxiety and Stress Scales-14; DASS-14-D: Depression subscale of the Depression, Anxiety and Stress Scales-14; OCI-R: Obsessing scale of the Revised Obsessive–Compulsive Inventory; DTS: Davidson Trauma Scale; BEAQ: Brief experiential avoidance questionnaire.

† $p < .05$; * $p < .001$

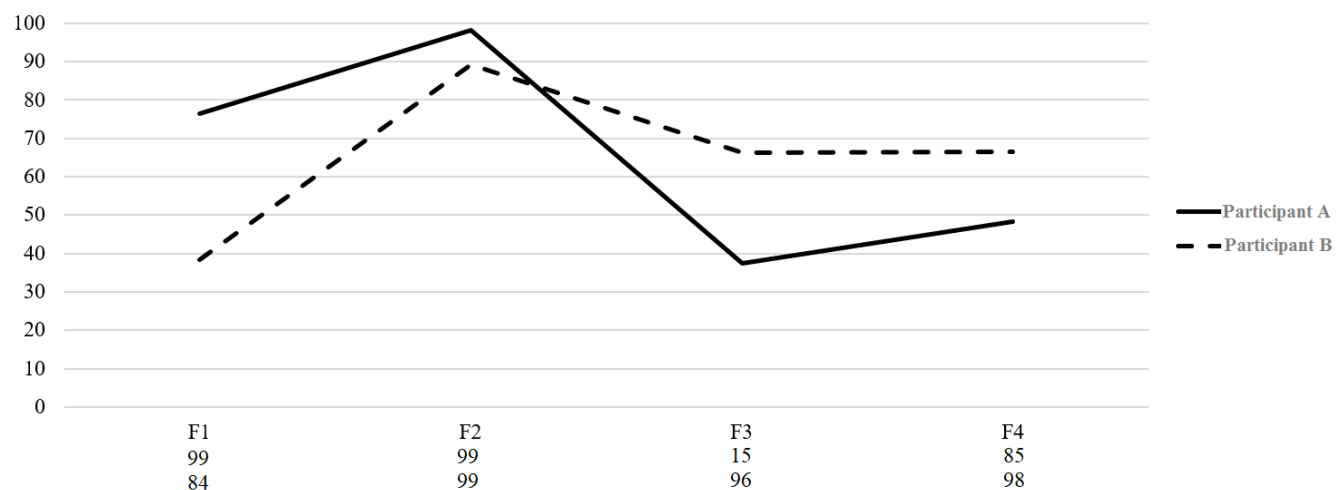
Table S4. Sex differences in MEDI 4-factor scales total scores

	Total sample <i>n</i> = 455	Females <i>n</i> = 387	Males <i>n</i> = 66	F	p-value
F1	28.01 (21.87)	28.11 (21.72)	27.42 (22.94)	0,055	,815
F2	20.43 (12.28)	20.82 (12.09)	18.17 (13.16)	2,647	,104
F3	37.52 (7.25)	37.43 (7.01)	38.02 (8.56)	0,365	,546
F4	40.78 (20.94)	41.17 (20.93)	38.50 (21.03)	0,917	,339

Note. Mean (Standard deviation)

Table S5. Normative data for the MEDI 4-factor scales

	F1	F2	F3	F4
PC 25				
Direct scores	10	11	33	25
T-scores	38	40	45	42
PC 30				
Direct scores	12	13	34	27
T-scores	38	41	45	42
PC 50				
Direct scores	22	18	37	37
T-scores	42	45	48	46
PC 60				
Direct scores	29	22	38	44
T-scores	45	47	48	48
PC 75				
Direct scores	41	29	41	55
T-scores	49	52	51	52
PC 90				
Direct scores	57	38	46	69
T-scores	55	57	54	57
PC 99				
Direct scores	95	50	60	100
T-scores	68	65	65	68


Figure S1. Profiles of two participants according to their scores in each 4-factor MEDI scale.

Legend. The Y-axis represents the percentage of the score obtained in each dimension over the maximum score. Scores under each dimension represent the participant's percentile

Appendix A**Inventario Multidimensional de Trastornos Emocionales (MEDI)**

Rosellini and Brown (2019). Traducido al castellano por Jorge Osma y Carlos Suso (2019).

Utiliza la escala de 0 a 8 que te mostramos a continuación para añadir, en la columna de la derecha, el número que mejor refleje el grado en el que las afirmaciones que se describen son características en ti.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	
No es característico en mí		Algo característico en mí		Bastante característico en mí		Muy característico en mí		Totalmente característico en mí	
1	Me molestan cosas sin importancia								
2	Es fácil hacer que me ría								
3	Estoy decepcionado conmigo mismo								
4	He estado teniendo dificultades para respirar								
5	Otras personas podrían considerar que algunos de mis pensamientos son extraños								
6	Me asustan las sensaciones físicas inesperadas								
7	Me siento incómodo relacionándome en actos sociales								
8	No puedo dejar de pensar en cosas terribles que he vivido o visto								
9	Hago frente a los pensamientos, sentimientos o imágenes desagradables tratando de distraerme								
10	Siempre he sido una persona que se preocupa mucho								
11	Me siento triste y desanimado/a								
12	Me vienen a la mente pensamientos, imágenes o recuerdos desagradables contra mi voluntad								
13	He sentido temblores o inestabilidad								
14	Me siento incómodo en situaciones donde soy el centro de atención								
15	Evito lugares o cosas que me puedan hacer sentir mal								
16	Lo paso muy mal cuando tengo que hacer frente al estrés								
17	Soy una persona optimista								
18	He estado teniendo picos de miedo repentinos								
19	Me preocupo por mi salud								
20	Tengo sueños perturbadores sobre cosas terribles que me ocurrieron en el pasado								
21	Me vienen a la mente pensamientos inadecuados o absurdos que me cuesta ignorar								
22	Me siento ansioso/a cuando estoy con desconocidos								
23	Llevo algunas cosas conmigo para protegerme de emociones o situaciones incómodas								
24	Soy una persona alegre y feliz								
25	He perdido el interés en actividades de las que antes disfrutaba								
26	He sentido mareo, aturdimiento o desmayo								
27	Haría casi cualquier cosa para deshacerme de las emociones desagradables								
28	Estoy preocupado por enfermedades y dolencias								
29	Vienen a mi mente, de manera inesperada, imágenes de acontecimientos traumáticos pasados								
30	A menudo mis conductas están impulsadas por pensamientos o imágenes indeseadas								
31	Si algo me genera malestar, intento con todas mis fuerzas no pensar en ello								
32	Soy más nervioso/a y tenso/a que la media de las personas								
33	Siempre estoy motivado/a para empezar nuevas tareas								
34	Me niego a estar en contacto con objetos que me dan miedo								
35	Soy de esas personas a quienes es fácil herir los sentimientos								
36	Me siento bien al acabar una tarea								
37	Siento que no tengo nada que me motive y me haga tirar hacia delante								
38	Presto mucha atención a mi salud porque tengo miedo de enfermarme								
39	A veces siento como si estuviera reviviendo acontecimientos horribles de mi pasado								

40	Tengo pensamientos o imágenes que considero inaceptables	
41	Me siento nervioso/a cuando hablo con otras personas	
42	Hago ciertas acciones de manera rutinaria para hacer frente a situaciones o emociones desagradables	
43	He estado pensando que no merece la pena vivir	
44	A veces, mi corazón se acelera y palpita fuertemente a pesar de no estar haciendo ejercicio	
45	Creo que podría tener una enfermedad que no ha sido diagnosticada	
46	Aunque sé que no son realistas, tengo pensamientos sobre perder el control de mis actos	
47	Me siento nervioso/a en situaciones sociales	
48	Me disgusto o enfado cuando recuerdo las cosas horribles que he vivido o visto	
49	Mis miedos no me permiten realizar algunas tareas del día a día	

Author Contributions: Conceptualization, JO and AJR; methodology, JO, CSR, AQO and OPB.; formal analysis, VML; investigation, JO, CSR, AQO and OPB; resources, JO and VML; data curation AQO and OPB; writing—original draft preparation, AQO; writing—review and editing, all authors; supervision, JO; project administration, JO; funding acquisition, JO. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: Funding for the study was provided by the PI20/00697 project integrated in Plan Estatal de I+D+I 2017-2020 and co-funded by the “ISCIII-Subdirección General de Evaluación y Fomento de la investigación del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER). Otra manera de hacer Europa. Co-funding for this study was also provided by Gobierno de Aragón and FEDER 2014-2020 “Construyendo Europa desde Aragón” (Research team S31_20D).

Institutional Review Board Statement: The study was conducted according to the guidelines of the Declaration of Helsinki, and approved by the Ethics Committee of the Community of Aragón (No. CP.-C.I. PI20/053).

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

Acknowledgments: Thanks to all colleagues and professors from the collaborating Universities who helped us to disseminate the study. Thanks to the participants who completed the online survey.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflicts of interest.

References

1. American Psychiatric Association *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*; Author: Arlington, VA, 2013;
2. World Health Organization International statistical classification of diseases and related health problems (11th rev.) 2018.
3. Boettcher, H.; Correa, J.; Cassiello-Robbins, C.; Ametaj, A.; Rosellini, A.J.; Brown, T.A.; Kennedy, K.; Todd, J.F.; Barlow, D.B. Dimensional Assessment of Emotional Disorder Outcomes in Transdiagnostic Treatment: A Clinical Case Study. *Cognitive and Behavioral Practice* **2020**, *27*, 442–453.
4. Barlow, D.H.; Sauer-zavala, S.; Carl, J.R.; Bullis, J.R.; Ellard, K.K. The Nature , Diagnosis , and Treatment of Neuroticism: Back to the Future. **2014**, *2*, 344–365, doi:10.1177/2167702613505532.
5. Sauer-Zavala, S.; Barlow, D.H. The case for borderline personality disorder as an emotional disorder: Implications for treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice* **2014**, *21*, 118–138, doi:https://doi.org/10.1111/cpsp.12063.
6. Rosellini, A.J.; Brown, T.A. The Multidimensional Emotional Disorder Inventory (MEDI): Assessing transdiagnostic dimensions to validate a profile approach to emotional disorder classification. *Psychological Assessment* **2019**, *31*, 59–72, doi:https://doi.org/10.1037/pas0000649.
7. Rosellini, A.J.; Boettcher, H.; Brown, T.A.; Barlow, D.H. A Transdiagnostic Temperament-Phenotype Profile Approach to Emotional Disorder Classification: An Update. *Psychopathology Review* **2015**, 110–128, doi:10.5127/pr.036014.
8. Insel, T.; Cuthbert, B.; Garvey, M.; Heinssen, R.; Pine, D.S.; Quinn, K.; Wang, P. Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *The American Journal of Psychiatry* **2010**, *167*, 748–751, doi:http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091379.
9. Kotov, R.; Krueger, R.F.; Watson, D.; Achenbach, T.M.; Althoff, R.R.; Bagby, R.M.; Zimmerman, M. The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology* **2017**, *126*, doi:http://dx.doi.org/10.1037/abn0000258.
10. Brown, T.A.; Barlow, D.H. A Proposal for a Dimensional Classification System Based on the Shared Features of the DSM-IV Anxiety and Mood Disorders: Implications for Assessment and Treatment. *Psychological Assessment* **2009**, *21*, 256–271, doi:10.1037/a0016608.
11. World Health Organization *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*; Author: Geneva;
12. Murray, C.J.L.; Abbafati, C.; Abbas, K.M.; Abbasi, M.; Abbasi-Kangevari, M.; Abd-Allah, F.; Lim, S.S. Five insights from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet* **2020**, *396*, 1135–1159, doi:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31404-5.

13. Cooke, R.; Bewick, B.M.; Barkham, M.; Bradley, M.; Audin, K. Measuring, monitoring and managing the psychological well-being of first year university students. *British Journal of Guidance & Counselling* **2006**, *34*, 505–517, doi:https://doi.org/10.1080/03069880600942624.
14. Auerbach, R.P.; Alonso, J.; Axinn, W.G.; Cuijpers, P.; Ebert, D.D.; Green, J.G.; Hwang, I.; Kessler, R.C.; Liu, H.; Mortier, P. Mental disorders among college students in the World Health Organization world mental health surveys. *Psychological Medicine* **2016**, *46*, 2955–2970.
15. Cuijpers, P.; Cristea, I.A.; Ebert, D.D.; Koot, H.M.; Auerbach, R.P.; Bruffaerts, R.; Kessler, R.C. Psychological treatment of depression in college students: a metaanalysis. *Depression and Anxiety* **2016**, *33*, 400–414, doi:https://doi.org/10.1002/da.22461.
16. Ibrahim, A.K.; Kelly, S.J.; Adams, C.E.; Glazebrook, C. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research* **2013**, *47*, 391–400, doi:https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015.
17. Sauer-Zavala, S.; Tirpak, J.W.; Eustis, E.H.; Woods, B.K.; Russell, K. Unified Protocol for the Transdiagnostic Prevention of Emotional Disorders: Evaluation of a Brief, Online Course for College Freshmen. *Behavior Therapy* **2021**, *52*, 64–76, doi:10.1016/j.beth.2020.01.010.
18. Osma, J.; Martínez-Loredo, V.; Díaz-García, A.; Quilez-Orden, A.; Peris-Baquero, Ó. Validity Evidence of the Overall Anxiety and Depression Severity and Impairment Scales among Spanish University Students.
19. Costa, P.T.; McCrae, R.R. *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)*; TEA Ediciones: Madrid, 1999;
20. Taylor, S.; Zvolensky, M.J.; Cox, B.J.; Deacon, B.; Heimberg, R.G.; Ledley, D.R.; Abramowitz, J.S.; Holaway, R.M.; Sandin, B.; Stewart, S.H.; и съавт. Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological Assessment* **2007**, *19*, 176–188, doi:10.1037/1040-3590.19.2.176.
21. Sandín, B.; Valiente, R.M.; Chorot, P.; Santed Germán, M.A. ASI-3 : Nueva escala para la evaluación de la sensibilidad a la ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* **2007**, *12*, doi:10.5944/rppc.vol.12.num.2.2007.4036.
22. Leary, M.R. A Brief Version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin* **1983**, *9*, 371–375, doi:10.1177/0146167283093007.
23. Pitarch, M.J.G. Brief version of the fear of negative evaluation scale - Straightforward items (BFNE-S): Psychometric properties in a Spanish population. *Spanish Journal of Psychology* **2010**, *13*, 981–989, doi:10.1017/S1138741600002626.
24. Lovibond, P.F.; Lovibond, S.H. The estructura of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy* **1995**, *33*, 335–343.

25. Bados, A.; Solanas, A.; Andrés, R. Psychometric properties of the Spanish version of depression, anxiety and stress scales (DASS). *Psicothema* **2005**, 679–683.
26. Foa, E.B.; Huppert, J.D.; Leiberg, S.; Langner, R.; Kichic, R.; Hajcak, G.; Salkovskis, P.M. The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment* **2002**, 14, 485–496, doi:10.1037/1040-3590.14.4.485.
27. Fullana, M.A.; Tortella-Feliu, M.; Caseras, X.; Andiñ, Ó.; Torrubia, R.; Mataix-Cols, D. Psychometric properties of the Spanish version of the Obsessive-Compulsive Inventory—Revised in a non-clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders* **2005**, 19, 893–903, doi:10.1016/j.janxdis.2004.10.004.
28. Davidson, J.R.T.; Book, S.W.; Colket, J.T.; Tupler, L.A.; Roth, S.; David, D.; Hertzberg, M.; Mellman, T.; Beckham, J.C.; Smith, R.D. Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological medicine* **1997**, 27, 153–160.
29. Bobes, J.; Calcedo-Barba, A.; García, M.; Francois, M.; Rico-Villademoros, F.; González, M.P.; Bousoño, M. Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Esp Psiquiatr* **2000**, 28, 207–218.
30. Gámez, W.; Chmielewski, M.; Kotov, R.; Ruggero, C.; Suzuki, N.; Watson, D. The brief experiential avoidance questionnaire: development and initial validation. *Psychological assessment* **2014**, 26, 35.
31. Vázquez Morejón, R.; León Rubio, J.M.; Martín Rodríguez, A.; Vázquez Morejón, A.J. Validation of a Spanish version of the Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ) in clinical population. *Psicothema*, 31 (3), 335-340. **2019**.
32. Qualtrics Qualtrics (version 2.16) [computer program] 2017.
33. Commission, I.T. ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second Edition). *International Journal of Testing* **2018**, 18, 101–134, doi:10.1080/15305058.2017.1398166.
34. Muthén, L.K.; Muthén, B.O. Growth modeling with latent variable using Mplus: Advanced growth models, survival analysis and missing data. *Mplus Short Courses* **2010**.
35. Timmerman, M.E.; Lorenzo-Seva, U. Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological methods* **2011**, 16, 209.
36. Ruiz, M.A.; Pardo, A.; San Martín, R. Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles del psicólogo* **2010**, 31, 34–45.
37. Hu, L.T.; Bentler, P.M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling* **2009**, 6, 1–55.
38. Fried, E.I.; de Beurs, E. From mandating common measures to mandating common metrics: a plea to harmonize measurement results (pre-print).

39. Rosellini, A.J.; Brown, T.A. The NEO Five-Factor Inventory: Latent structure and relationships with dimensions of anxiety and depressive disorders in a large clinical sample. *Assessment* **2011**, *18*, 27–38.
40. Manga, D.; Ramos, F.; Morán, C. The Spanish Norms of the neo Five-Factor Inventory: New Data and Analyses for its Improvement. *International Journal of Psychology y Psychological Therapy* **2004**, *4*, 639–648.
41. Whisman, M.A.; Judd, C.M.; Whiteford, N.T.; Gelhorn, H.L. Measurement Invariance of the Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II) Across Gender, Race, and Ethnicity in College Students. *Assessment* **2013**, *20*, 419–428, doi:10.1177/1073191112460273.
42. Instituto Nacional de Estadística Graduados según nivel educativo. Pruebas de acceso a la universidad. Estudiantes matriculados en educación universitaria 2020.
43. Barlow, D.H.; Farchione, T.J.; Sauer-Zavala, S.; Murray-Latin, H.; Ellard, K.K.; Bullis, J.R.; Bentley, K.H.; Boettcher, H.T.; Cassiello-Robbins, C. *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide (2.^a ed.)*; Oxford University Press: New York, NY, 2018.

2.3. Descripción del Inventario Multidimensional para los Trastornos Emocionales (MEDI) para la evaluación y diagnóstico dimensional

Alba Quilez-Orden^{1, 2, 3}, Javier Prado-Abril^{3, 4}, Vanesa Ferreres-Galán^{3, 5}, María Ángeles Torres-

Alfosea⁶, María Asunción Santos-Goñi⁷, Óscar Peris-Baquero^{2, 3} y Jorge Osma^{2, 3*}

¹Unidad de Salud Mental Moncayo; ²Departamento de Psicología y Sociología, Universidad de Zaragoza;

³Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón; ⁴Hospital Universitario Miguel Servet, Servicio Aragonés de Salud;

⁵Unidad de Salud Mental del Hospital Comarcal de Vinaròs; ⁶Unidad de Salud Mental Florida-Babel de Alicante;

⁷Hospital Río Hortega de Valladolid

Resumen

El modelo híbrido dimensional-categorial para el diagnóstico de los trastornos emocionales propone la existencia de un conjunto de dimensiones compartidas asociadas a la etiología y mantenimiento de los diferentes trastornos emocionales (trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y otros trastornos relacionados). El Inventario Multidimensional para los Trastornos Emocionales (MEDI) se desarrolló para evaluar de manera eficiente las dimensiones propuestas por este modelo híbrido (neuroticismo, afecto positivo, estado de ánimo deprimido, activación autónoma, ansiedad somática, ansiedad social, intrusiones cognitivas, reexperimentación traumática y evitación) y cuenta con pruebas de validez en España. El objetivo del presente artículo es describir esta herramienta de evaluación dimensional y comparar sus resultados con los obtenidos siguiendo los criterios del DSM-5 en una serie de casos clínicos. Se discuten las virtudes del MEDI y las ventajas de una perspectiva dimensional transdiagnóstica en la personalización del tratamiento psicológico.

Palabras clave: Sistemas de clasificación, diagnóstico, trastornos emocionales, enfoque híbrido, evaluación dimensional, transdiagnóstico.

Abstract

The dimensional-categorical hybrid model for the diagnosis of emotional disorders postulates the existence of a set of shared dimensions associated with the etiology and maintenance of different emotional disorders (anxiety, depressive and related disorders). The Multidimensional Emotional Disorder Inventory (MEDI) was developed to efficiently evaluate the dimensions proposed by the hybrid model (neurotic temperament, positive temperament, depressed mood, autonomic arousal, somatic anxiety, social anxiety, intrusive cognitions, traumatic re-experiencing and avoidance) and already has validity evidences in Spain. The objective of this article is to describe this dimensional evaluation tool and compare its results with those obtained according to DSM-5 criteria in a clinical case series. We discuss the merits of the MEDI and the advantages of the dimensional transdiagnostic perspective for the psychological treatment personalization.

Keywords: Classification systems, diagnosis, emotional disorders, hybrid approach, dimensional assessment, transdiagnostic.

Introducción

A lo largo de la historia han existido diferentes intentos de clasificación de los trastornos mentales con la finalidad de satisfacer la necesidad de ordenar la realidad y ofrecer un lenguaje común que permita alcanzar diferentes fines científicos (Vázquez et al., 2014). El resultado de todo proceso de clasificación es la obtención de entidades diferenciadas entre sí (Chorot et al., 2020).

Los sistemas vigentes de clasificación en salud mental están principalmente representados por el Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales en su quinta versión revisada (DSM-5-TR; American Psychiatric Association [APA], 2022) y la Clasificación Internacional para las Enfermedades en su undécima versión (CIE-11; World Health Association [WHO], 2018). Ambos se basan en un enfoque categorial, que consiste en la creación de etiquetas diagnósticas en función de la presencia o no de determinados signos y síntomas, suponiendo un proceso dicotómico y cualitativo (Vázquez et al., 2014).

A lo largo del tiempo, las diferentes ediciones de los sistemas de clasificación han incorporado adaptaciones en función de los avances en investigación y de los cambios en la realidad social y cultural, de modo que algunas etiquetas han desaparecido y otras nuevas se han introducido (Vázquez et al., 2014). Se ha pasado de 106 categorías en el DSM-I (APA, 1952) a más de 300 en el DSM-5 (APA, 2013; García-Cerdán et al., 2021). Este número tan elevado de categorías pone en tela de juicio la artificialidad de estas (Lemos, 1995). Además, el enfoque categorial cuenta con diferentes limitaciones prácticas, entre las que destacan la escasa fiabilidad interjueces, las altas tasas de comorbilidad y la superposición sustancial entre características que definen diferentes trastornos (Brown y Barlow, 2009; Cerdán et al., 2021).

Ante esta crisis del enfoque categorial, se han desarrollado alternativas de clasificación dimensionales que utilizan un criterio continuo en el que una característica puede presentar diferentes grados, suponiendo un proceso cuantitativo, donde no existen límites precisos (Belloch, 2012; Rosellini y Brown, 2019). Estos enfoques permiten combinar varios atributos, favoreciendo una mayor individualización y ofreciendo información más exhaustiva (Lemos, 1995). Sin embargo, las aproximaciones puramente dimensionales, como los enfoques RDoC (Insel et al., 2010) o HiTOP (Kotov et al., 2017) también cuentan con limitaciones prácticas como el aumento de la complejidad en la metodología para el proceso diagnóstico de los trastornos mentales (Rosellini y Brown, 2019).

A pesar de las limitaciones teóricas de los modelos categóricos y las limitaciones prácticas de los modelos dimensionales, no tienen por qué ser excluyentes, sino que, teniendo en cuenta sus ventajas, pueden combinarse en modelos híbridos. Este tipo de enfoque pretende reconocer las características diferenciales de un grupo de diagnósticos y posteriormente graduar dimensionalmente cada una de ellas (Lemos, 1995).

El modelo de clasificación híbrido dimensional-categorial para el diagnóstico de los trastornos emocionales (en adelante, TEs; Brown y Barlow, 2009), surge con la finalidad de establecer un conjunto de dimensiones transdiagnósticas que resulten informativas y que permitan establecer un perfil visual en base a puntos de corte obtenidos empíricamente. El grupo de TEs incluye los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y otros trastornos relacionados como los trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos disociativos, trastornos por síntomas somáticos, trauma y relacionados con el estrés, entre otros (Bullis et al., 2019). Los autores proponen la existencia de 10 dimensiones asociadas a la etiología y mantenimiento de dichos TEs que también influyen en la respuesta al tratamiento de estos. Dos son dimensiones de orden superior, fundamentales para dicha expresión y desarrollo: temperamento neurótico y temperamento positivo. El resto son de orden inferior y han sido incluidas para facilitar el uso del modelo y aumentar la información que aporta de cara a la planificación del tratamiento: estado de ánimo deprimido, manía, activación autónoma, ansiedad somática, ansiedad social, intrusiones cognitivas, reexperimentación traumática y evitación (Brown y Barlow, 2009).

Fruto del enfoque transdiagnóstico, apareció una propuesta para el tratamiento transdiagnóstico de los TEs denominado Protocolo Unificado (en adelante PU; Barlow et al., 2018), que actualmente ya cuenta con datos de eficacia aplicado en diferentes formatos, contextos, países y poblaciones (Carlucci et al., 2021; Cassiello-Robbins et al., 2020). Además, aparece recogido como tratamiento de elección en el manual de tratamientos psicológicos para adultos publicado recientemente en España, con un nivel 1+ de evidencia y un nivel A de recomendación (Osma, Peris-Baquero, Quilez-Orden, et al., 2021).

A pesar de los avances en la investigación sobre el modelo híbrido y el tratamiento transdiagnóstico de los TEs, el desarrollo y validación de instrumentos de evaluación dimensionales ha generado pocos resultados. La alternativa hasta el momento supone la utilización de varios autoinformes para explorar las dimensiones transdiagnósticas de los TEs, lo que conlleva costes y tiempos de administración más elevados, suponiendo una carga en el trabajo de clínicos, investigadores y participantes (Rosellini y Brown, 2019).

Rosellini y Brown (2014) examinaron la validez del modelo híbrido por medio de análisis de clases latentes para 7 de las 10 dimensiones, dando lugar a 6 perfiles que tenían validez convergente con los diagnósticos categóricos y que incrementaban la validez para la predicción de resultados clínicos. Estos autores ponen de manifiesto la necesidad de desarrollar cuestionarios de autoinforme multidimensionales que presenten características psicométricas sólidas (Rosellini y Brown, 2014).

El Inventario Multidimensional para los Trastornos Emocionales (MEDI)

El Inventario Multidimensional para los Trastornos Emocionales (en adelante, MEDI) fue desarrollado para evaluar de manera dimensional 9 de las 10 dimensiones del modelo híbrido dimensional-categorial (Rosellini y Brown, 2019). La dimensión que finalmente no se incluyó en el MEDI es la de manía, debido a la baja tasa y gravedad de los síntomas maníacos en la muestra del estudio original (Rosellini y Brown, 2019).

El MEDI es un inventario autoinformado, compuesto por 49 ítems que evalúan: Temperamento Neurótico (TN), Temperamento Positivo (TP), Estado de Ánimo Deprimido (D), Activación Autónoma (AA), Ansiedad Somática (ASOM), Ansiedad Social (ASOC), Intrusiones Cognitivas (IC), Reexperimentación Traumática (TRA) y Evitación (EV). Los ítems se contestan en una escala tipo Likert de 9 puntos, en la que tienen que indicar en qué grado los ítems son aplicables en su caso desde 0 = “No es característico en mí” hasta 8 = “Totalmente característico en mí”. El MEDI ofrece un perfil completo del funcionamiento de una persona en los dominios fundamentales de los TEs, sin la necesidad de administrar cuestionarios específicos para cada diagnóstico, aspecto especialmente útil en este grupo de categorías, debido a las elevadas tasas de comorbilidad entre ellas (Brown y Barlow, 1992).

Hasta el momento, el MEDI ha mostrado buenos datos de fiabilidad y validez en su estudio de desarrollo con muestra clínica ambulatoria ($N=780$), con una estructura de 9 factores, correlaciones consistentes con los cuestionarios esperados y alta consistencia para cada una de las dimensiones ($.68 < \rho < .93$) (Rosellini y Brown, 2019). En España, existen dos estudios de fiabilidad y validez del MEDI, uno en muestra no clínica ($N = 455$ estudiantes universitarios; Osma, Martínez-Loredo, et al., 2021) y otro en muestra clínica con diagnósticos de TEs ($N = 280$ pacientes del Sistema Nacional de Salud; Osma, Martínez-Loredo et al., 2022). Ambos estudios ponen de manifiesto los buenos resultados en fiabilidad y validez del MEDI, confirmando la estructura de nueve factores y obteniendo buenos valores de consistencia para todas las dimensiones, tanto en muestra no clínica ($.74 < \alpha < .92$; Osma, Martínez-Loredo, et al., 2021) como clínica ($.45 < \alpha < .76$, Osma, Martínez-Loredo et al., 2022).

La Tabla 2.3.1 muestra las medias, desviaciones típicas y consistencia interna para cada una de las dimensiones en función del estudio. El cuestionario en castellano está disponible en el Apéndice 1 (Osma, Martínez-Loredo, et al., 2021).

Desde su reciente aparición, el MEDI ha provocado un gran interés desde el ámbito científico, presentándose en varios artículos y manuales como el instrumento dimensional para la evaluación y planificación de tratamientos transdiagnósticos (Boettcher et al., 2020; Farchione et al., 2021; Osma, Martínez-Loredo, et al., 2021; Tung et al., 2020). Esto se debe, en gran medida, a las ventajas que presenta al poder explorar las 9 dimensiones transdiagnósticas con un único inventario, reduciéndose así los tiempos y costes de evaluación. Además, el MEDI ha fomentado una mayor investigación sobre el modelo híbrido para los TEs (Brown y Barlow, 2009) y permite la planificación y seguimiento de tratamientos transdiagnósticos por medio de la evaluación dimensional y no de los síntomas de diferentes trastornos específicos (Osma, Martínez-Loredo, et al., 2021).

Este trabajo descriptivo ha sido desarrollado con el objetivo de dar a conocer el MEDI a los profesionales de la psicología interesados en el abordaje de los TEs. En consecuencia, (a) se justifica teóricamente su desarrollo, (b) se describe su estructura (qué mide y cómo lo mide), (c) se describen sus características psicométricas en distintas muestras españolas y (d) se ejemplifica, a través de distintos casos clínicos, su valor informativo clínico comparado con los resultados obtenidos según criterios categoriales DSM.

Tabla 2.3.1. Medias, desviaciones típicas y datos de consistencia de las dimensiones del MEDI en los diferentes estudios.

Dimensiones	Muestra clínica ambulatoria (N=780) (Rosellini y Brown, 2019)			Muestra no clínica (N=455) (Osma, Martínez-Loredo et al., 2021)			Muestra clínica ambulatoria (N=280) (Osma, Martínez-Loredo et al., 2022)		
	<i>M</i>	<i>DT</i>	ρ	<i>M</i>	<i>DT</i>	α	<i>M</i>	<i>DT</i>	α
Temperamento Neurótico (TN)	23.79	8.18	.74	17.97	8.86	.80	27.81	7.56	.66
Temperamento Positivo (TP)	22.27	7.07	.75	28.49	6.51	.74	20.26	7.54	.72
Estado de Ánimo Deprimido (D)	16.37	9.17	.84	9.02	8.46	.87	22.18	9.94	.81
Activación Autónoma (AA)	17.15	9.83	.78	7.45	7.74	.79	19.46	10.27	.80
Intrusiones Cognitivas (IC)	19.03	11.78	.93	9.98	9.99	.87	23.54	12.36	.84
Ansiedad Somática (ASOM)	16.27	10.08	.81	13.34	7.68	.75	20.94	10.61	.83
Ansiedad Social (ASOC)	21.05	11.60	.85	13.88	10.22	.92	20.57	11.64	.91
Reexperimentación Traumática (TRA)	10.55	9.63	.86	7.11	7.99	.87	18.76	11.67	.87
Evitación (EV)	29.27	11.60	.68	19.64	10.93	.77	32.35	12.43	.73

Método

Estudio y selección de casos

Los casos del presente trabajo han sido seleccionados entre la muestra reclutada para la validación del MEDI en población clínica española (Osma, Martínez-Loredo et al., 2022). Se ofreció la participación en el estudio a aquellas personas que presentaban al menos un diagnóstico principal de TE y que solicitaban atención en diferentes Unidades de Salud Mental (USM) de España (ver el resto de criterios de inclusión y exclusión en Osma, Martínez-Loredo et al., 2022). El psicólogo clínico de cada una de las USM es quien ofreció la colaboración en el estudio y tras la firma del consentimiento informado por parte del participante, les administró la batería de cuestionarios (ver sección de Instrumentos en Osma, Martínez-Loredo et al., 2022) y les asignó uno o varios diagnósticos en base a los criterios del DSM-5 (APA, 2013).

Es necesario resaltar que, por lo general, en las USM españolas, los psicólogos clínicos realizan la exploración diagnóstica siguiendo los criterios del DSM-5 (APA, 2013), aunque no utilizan entrevistas clínicas estructuradas ni instrumentos diagnósticos como tal, por la importante limitación de tiempo de las consultas.

Estos casos han sido seleccionados por tener un diagnóstico principal diverso dentro de las categorías que engloban los TEs, con la finalidad de representar cómo varían los perfiles del MEDI en función de los síntomas más característicos del participante.

Casos clínicos

A continuación, se presentan cada uno de los casos, siguiendo una estructura que permite la comparación entre el sistema híbrido que contempla el MEDI y el sistema categorial que se sigue desde el DSM-5 (APA, 2013). Aparecen descritos los criterios clínicos del sistema categorial que cumple el participante y en las figuras aparecen las puntuaciones del MEDI, con las medias clínicas para cada una de las dimensiones en población española en un número más pequeño y cursiva (Osma, Martínez-Loredo et al., 2022). Las puntuaciones del MEDI se han ponderado de 0 a 100 para facilitar su interpretación.

Participante 1

La participante 1 es una mujer de 33 años de edad, casada, con un nivel básico de estudios y laboralmente activa. Llegó a la USM refiriendo estado de ánimo triste, dificultad para disfrutar de las tareas que previamente le resultaban agradables, insomnio de mantenimiento, astenia, hiporexia y sentimientos de desesperanza. La participante atribuye la sintomatología al ámbito familiar, donde actualmente existe un conflicto económico relacionado con una herencia familiar. Esta problemática provoca discusiones frecuentes de pareja.

Diagnóstico categorial según criterios DSM-5 y dimensional según MEDI

Se asignó un diagnóstico principal de Episodio Depresivo Leve (F32.0), destacando ánimo depresivo superior a los dos meses, incremento de la fatiga y anhedonia del DSM-5 (APA, 2013). Respecto a las puntuaciones en el MEDI (véase Figura 2.3.1), destacan las puntuaciones elevadas en puntuaciones esperadas como el alto puntaje en D o EV. Las altas puntuaciones en IC, ASOC, TRA y EV, habrían pasado desapercibidas en la evaluación categorial que únicamente explora síntomas depresivos y son dimensiones que requieren un abordaje específico.

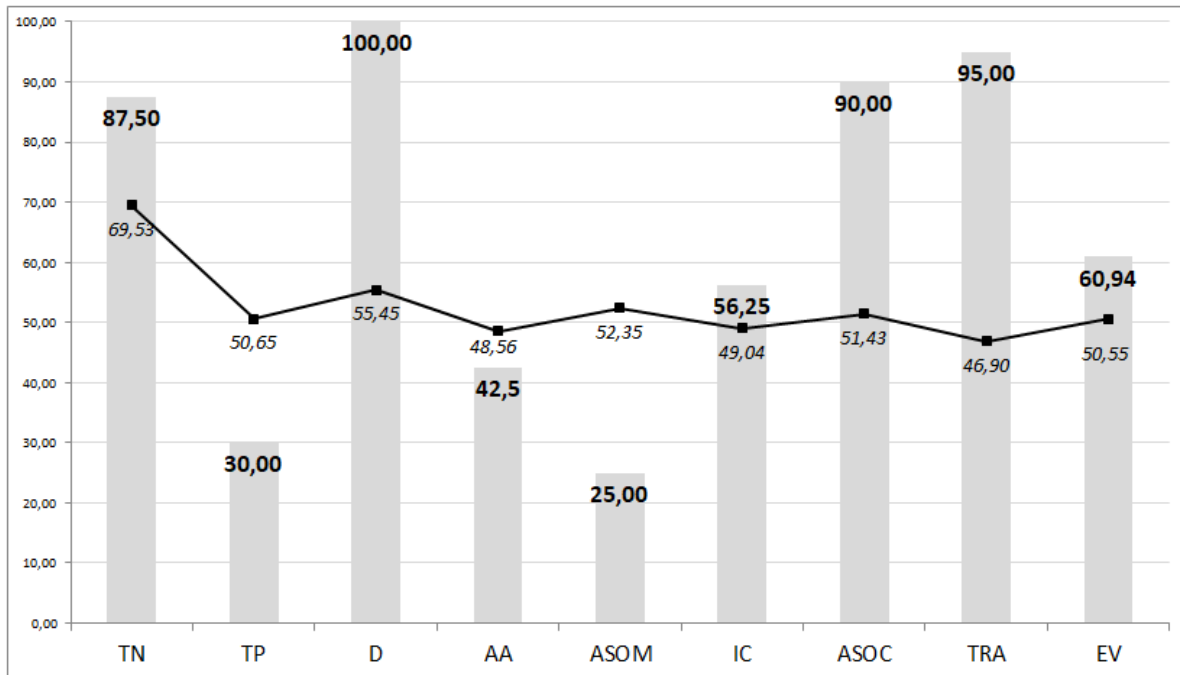


Figura 2.3.1. Perfil obtenido a través del MEDI para el Participante 1 y puntos de corte en población clínica (Osma, Martínez-Loredo et al., 2022). Las puntuaciones directas se han transformado a una escala de 0-100.

Participante 2

La participante 2 es una mujer de 30 años de edad, casada, con un nivel superior de estudios y activa laboralmente. Llegó a la USM remitida desde Atención Primaria por sintomatología emocional reactiva: tristeza, insomnio, malestar físico que le preocupa, rumiativa respecto a los síntomas, principalmente por sensación de mareo. Describe problemas relacionales, sobre todo con la figura paterna, a quien describe como autoritario y rígido. También ha tenido una ruptura de pareja que recientemente se ha solucionado.

En la primera entrevista describe elevado nivel de ansiedad basal, tendencia a la preocupación (sobre todo por salud), escasas habilidades sociales y actitud pasiva en cuanto a funcionamiento cotidiano.

También destaca poca capacidad hedónica, con insatisfacción en áreas sociales y familiares (mucha ambivalencia con figura paterna). El último año se ha complicado su situación por varios estresores: crisis de pareja, COVID-19 e insatisfacción laboral. Desde entonces aumentó su sintomatología, con presencia de síntomas físicos como mareos, sensación de entumecimiento y pesadez que le asustan y paralizan (deja de ir al gimnasio, a bailar...). Lleva un año preocupada y con conductas de evitación.

Diagnóstico categorial según criterios DSM-5 y dimensional según MEDI

Se asignó un diagnóstico principal de Trastorno de Pánico (F41.0), destacando la presencia de ataques de pánico con síntomas como palpitaciones, sensación de mareo y aturdimiento, miedo a perder el control y preocupación y evitación hacia los mismos. Respecto a las puntuaciones en el MEDI (véase Figura 2.3.2), destacan las puntuaciones elevadas en TN, ASOM y AA. Además, aparecen también puntuaciones altas en D y TRA, que la paciente no refiere explícitamente. A raíz de estas puntuaciones se exploró la sintomatología de TRA, que está relacionada con experiencias de maltrato que refiere por parte de su padre.

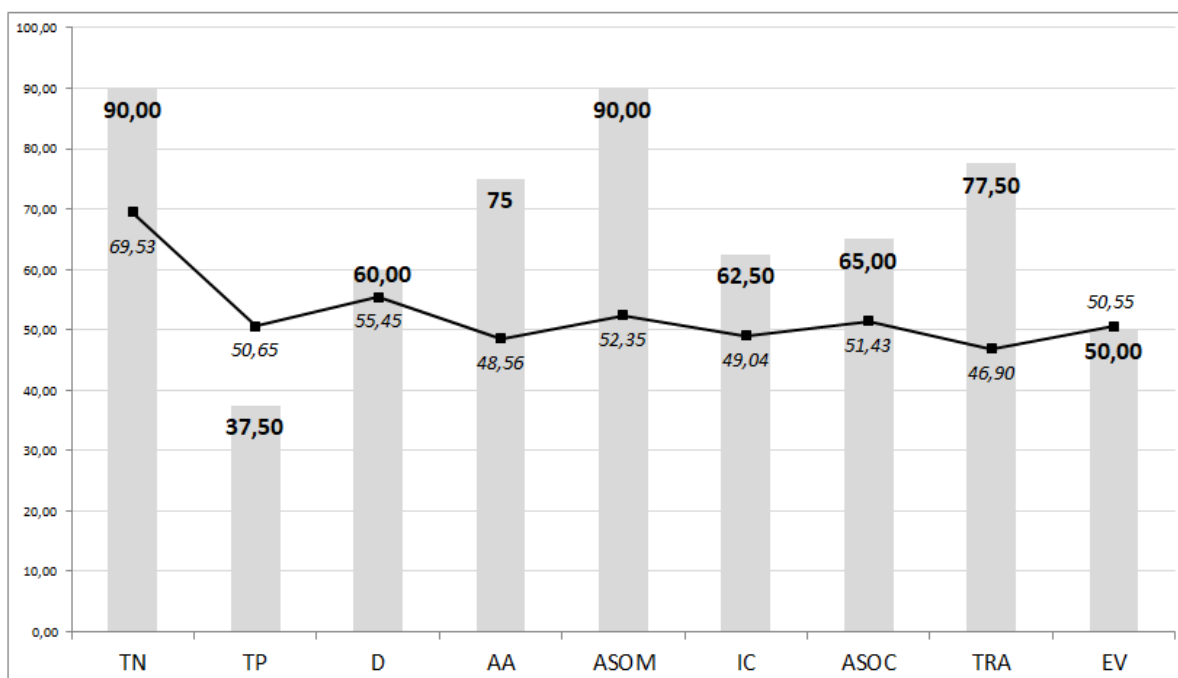


Figura 2.3.2. Perfil obtenido a través del MEDI para el Participante 2 y puntos de corte en población clínica (Osma, Martínez-Loredo et al., 2022). Las puntuaciones directas se han transformado a una escala de 0-100.

Participante 3

El participante 3 es un hombre de 20 años de edad, soltero, actualmente realizando el 2º curso de sus estudios universitarios. Es el mayor de tres hermanos con los que convive junto a su padre. Su madre falleció de manera traumática hace un año. Llegó a la USM derivado por su médico de Atención Primaria por presentar “problemas de relación interpersonal y fobia a hablar en público con personas que no conoce, no le salen las palabras y se queda callado”. El paciente refiere en la entrevista que el inicio de esta problemática comienza alrededor de los 12 años y se ha agudizado en los últimos años. Por este motivo, fue él quien solicitó la derivación a la USM porque quiere hacerle frente. Con los amigos y con la familia sí puede hablar con normalidad, excepto con el abuelo al que describe como “muy serio, transmite incomodidad” y con el que se siente evaluado al hablar. Al finalizar este curso se plantea cambiar a algún ciclo formativo y después opositar a bombero, que es su meta y por eso quiere trabajar la ansiedad social.

Diagnóstico categorial según criterios DSM-5 y dimensional según MEDI

Se asignó un diagnóstico principal de Trastorno de Ansiedad Social (F40.10) por presentar miedo y ansiedad intensa (desproporcionados a la amenaza real) en una o más situaciones sociales en las que ha estado expuesto al posible examen por parte de otras personas y por el miedo a actuar de cierta manera y a mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (APA, 2013). En la Figura 2.3.3 se observan puntuaciones esperadas en el MEDI como el alto puntaje en ASOC o TN, pero también aparecen puntuaciones altas en TP, ASOM y TRA. La puntuación del MEDI recoge gran parte de las experiencias que relata el participante a lo largo de la evaluación inicial y de una manera más amplia que la información que aporta el diagnóstico categorial. Sus puntuaciones en TRA permiten indagar en posibles experiencias potencialmente traumáticas previas (pérdida de la madre y dificultades a nivel familiar). Presenta un alto nivel de ansiedad con manifestaciones somáticas (tensión en las cuerdas vocales, llegando a no poder hablar).

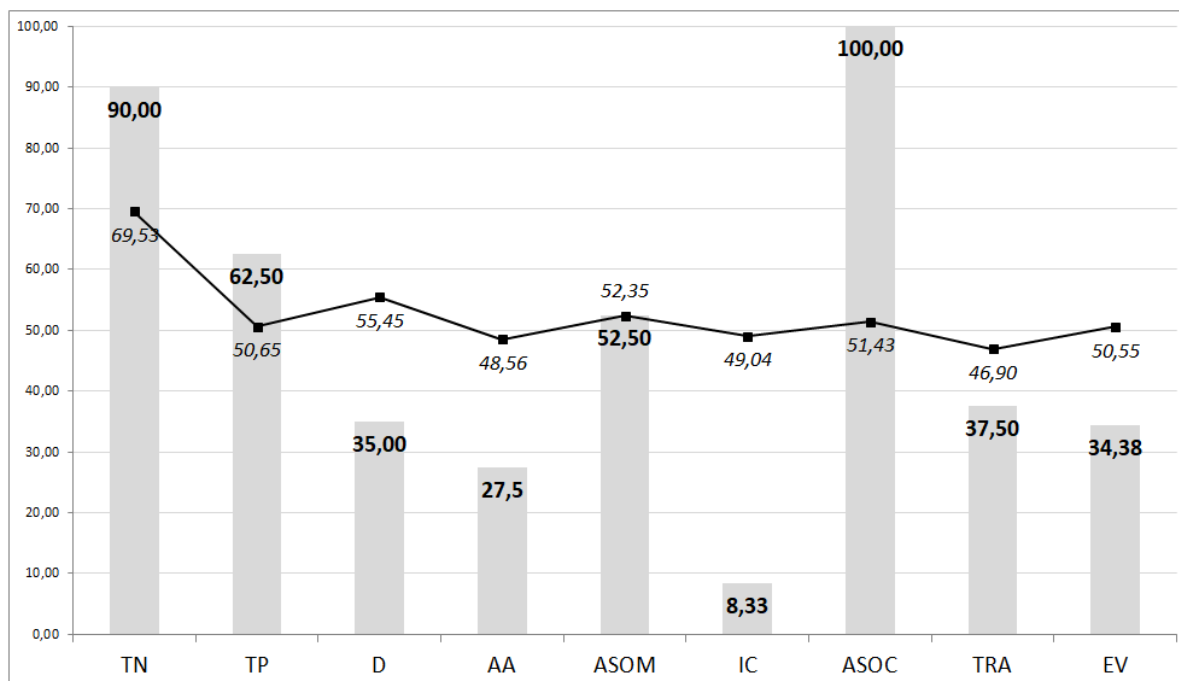


Figura 2.3.3. Perfil obtenido a través del MEDI para el Participante 3 y puntos de corte en población clínica (Osma, Martínez-Loredo et al., 2022). Las puntuaciones directas se han transformado a una escala de 0-100.

Participante 4

La participante 4 es una mujer de 35 años de edad, soltera, con un nivel superior de estudios y activa laboralmente. Llegó a la USM derivada por su médico de Atención Primaria para valoración psicológica por ansiedad y somatizaciones.

Refiere tener tendencia a la ansiedad y a las preocupaciones desde siempre, acentuándose desde el inicio de la pandemia. Le preocupa entre otros temas el trabajo, presenta mayor sobrecarga y presión laboral a raíz de que la empresa impuso el teletrabajo y teme ser despedida. En ocasiones, cuando se siente ansiosa, nota un nudo en la garganta y no puede evitar pensar que esta sensación física indica que algo a nivel físico no va bien. También somatiza la ansiedad en hombros y cervicales, con contracturas musculares.

Refiere dormir mal, “asustada” y con pesadillas. No tiene un sueño reparador y no descansa. No se detectan síntomas psicóticos, ni obsesivos, tampoco ideación auto o heteroagresiva, conductas de riesgo o disruptivas.

Su estado emocional actual interfiere en su vida personal mostrándose más irritable con su pareja, generando discusiones muy frecuentes, lo que también supone una preocupación más por el temor a que la relación se rompa.

Diagnóstico categorial según criterios DSM-5 y dimensional según MEDI

Se asignó un diagnóstico principal de Trastorno de Ansiedad Generalizada (F41.1), por cumplir con los criterios del DSM-5 (APA, 2013), destacando especialmente ansiedad y preocupación excesiva asociada a irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño.

En la Figura 2.3.4 se observan puntuaciones altas en todas las variables de ansiedad (AA, ASOM, IC, ASOC), destacando especialmente la alta puntuación en ASOM.

Aunque la participante ya apuntaba en la entrevista inicial su ansiedad ante las enfermedades como una fuente de preocupación, las altas puntuaciones obtenidas en esta dimensión con la evaluación por medio del MEDI, muestran también la necesidad de trabajar de forma más específica aquellas preocupaciones que estén más relacionadas con sensaciones físicas o el miedo a enfermar.

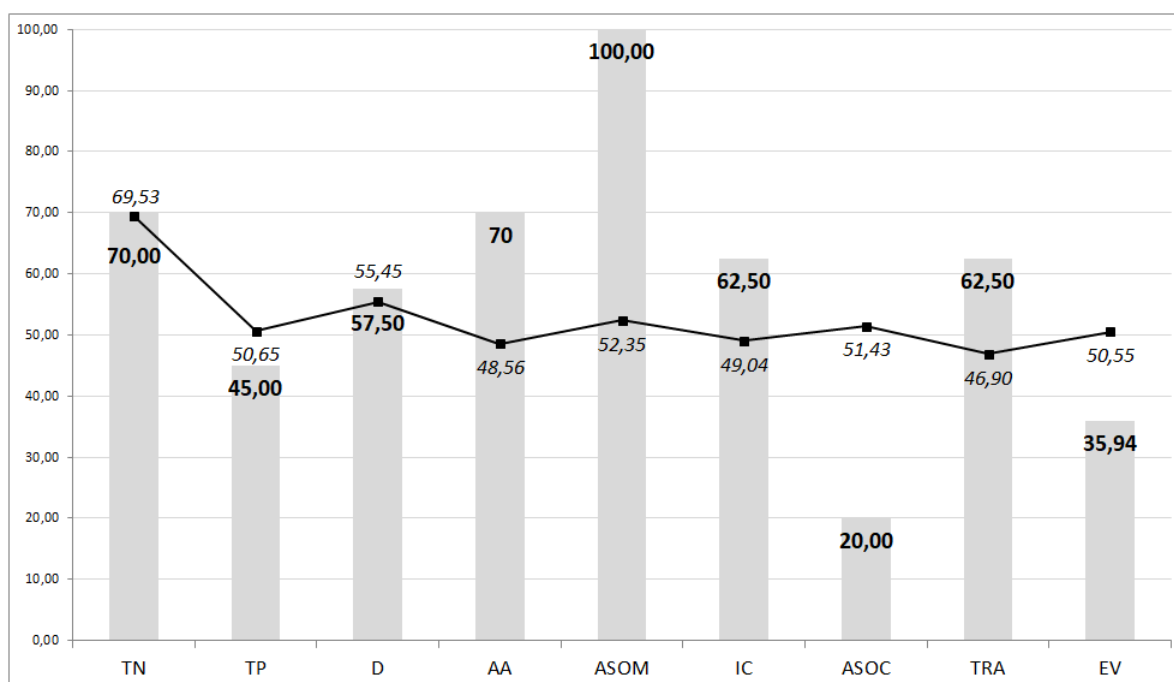


Figura 2.3.4. Perfil obtenido a través del MEDI para el Participante 4 y puntos de corte en población clínica (Osma, Martínez-Loredo et al., 2022). Las puntuaciones directas se han transformado a una escala de 0-100.

Participante 5

La participante 5 es una mujer de 41 años de edad, soltera, con un nivel superior de estudios y activa laboralmente. Llegó a la USM derivada por su médico de Atención Primaria. Es atendida en primera consulta por el psiquiatra siendo diagnosticada de Trastorno de Ansiedad por Enfermedad. El psiquiatra recomienda a la participante iniciar tratamiento psicológico y es dada de alta por su parte. Había estado en tratamiento psiquiátrico previamente en 2015 por ansiedad asociada al pensamiento de padecer cáncer. La ansiedad le provocó algún síncope.

Acude por primera vez al psicólogo en abril de 2021. Refiere inicio de la ansiedad por enfermar alrededor de los 30 años. No lo asocia a ningún evento estresante externo. A partir de ese momento comienza con dolores y molestias continuas que interpreta como posibles enfermedades graves. Acude al médico cuando tiene cualquier síntoma “anormal” y suele documentarse sobre las enfermedades a través de internet.

Muestra llanto al relatar la enfermedad presente desde hace un año. Refiere que desde que empezó la pandemia le diagnosticaron tuberculosis pulmonar, estuvo ingresada en abril de 2020, sintiéndose aislada y sola.

En enero de 2021 tuvo una neumonía, le realizaron una broncoscopia y han concluido que todavía tiene bacilos de la tuberculosis. Presenta pensamientos recurrentes en torno a las posibilidades de no recuperarse y finalmente morir por alguna complicación de la enfermedad. También le invaden pensamientos relacionados con temor a contraer otras enfermedades. Dificultades para conciliar y mantener el sueño. Falta de concentración ocasional influida por la ansiedad psíquica, pasando demasiado tiempo pensando en su salud. No presenta síntomas psicóticos.

Diagnóstico categorial según criterios DSM-5 y dimensional según MEDI

Se le asignó un diagnóstico principal de Trastorno de Ansiedad por Enfermedad (F45.21), por cumplir criterios del DSM-5 (APA, 2013) como preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave y en su caso, al padecer una afección médica, la preocupación es excesiva. En la Figura 2.3.5 se observan puntuaciones esperadas como el alto puntaje en AA y ASOM, pero también puntuaciones altas en TRA, EV.

Las altas puntuaciones en TRA y EV, habrían pasado desapercibidas en la evaluación categorial que únicamente explora síntomas relacionados con la preocupación por la salud y son dimensiones que requieren un abordaje específico. Además, quizá sea interesante contar con las altas puntuaciones en TP como un factor protector y de buen pronóstico para la intervención.

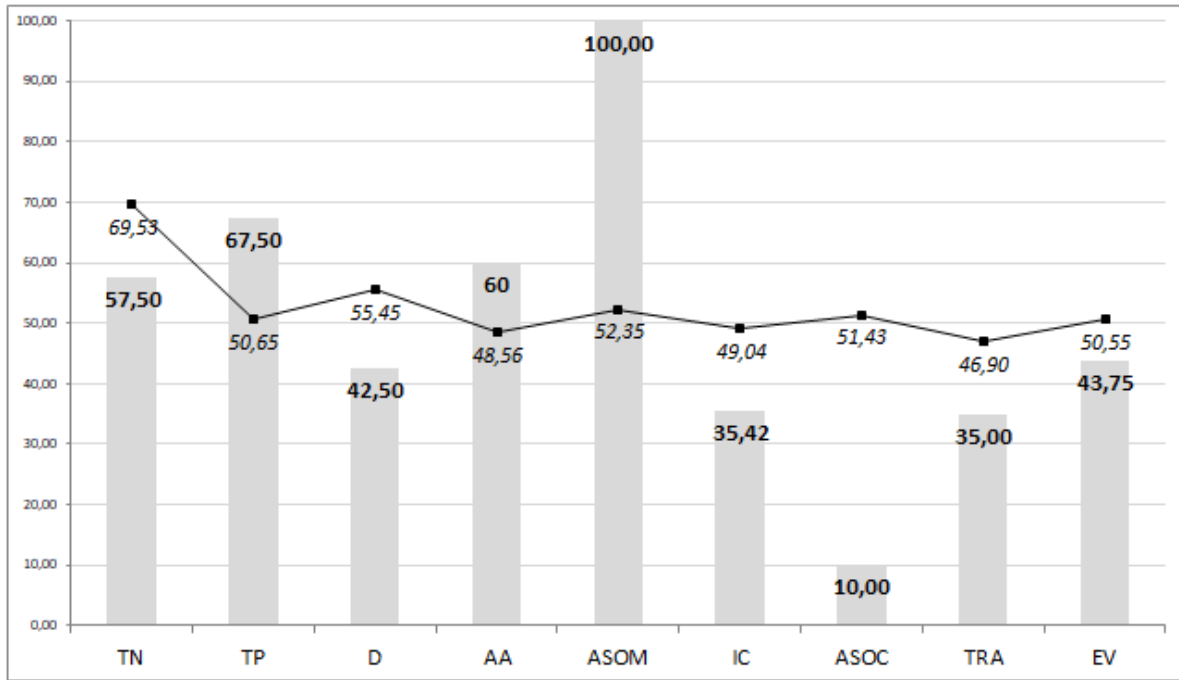


Figura 2.3.5. Perfil obtenido a través del MEDI para el Participante 5 y puntos de corte en población clínica (Osma, Martínez-Loredo et al., 2022). Las puntuaciones directas se han transformado a una escala de 0-100.

Participante 6

El participante 6 es un hombre de 22 años de edad, con pareja estable desde hace 2 años antes de acudir a consulta. Tiene un nivel superior de estudios y está preparando oposiciones para administrativo en la Universidad. Vive con sus padres y tiene buena red social. Llegó a la USM por derivación de su médica de Atención Primaria por presentar “antecedentes de nerviosismo en su historia clínica y referir obsesiones y compulsiones asociadas a síntomas ansiosos”. Durante la evaluación inicial, el participante refiere numerosas intrusiones sobre planificación en todas las tareas, también las no importantes, de forma reiterativa y con comprobaciones. También refiere tener la necesidad de recordar las tareas pendientes durante todo el fin de semana, exámenes que tendrán lugar dentro de 8-9 meses, etc. Lo que más le preocupa y revisa mentalmente y en la agenda del móvil son las tareas previstas para más adelante. Describe en la entrevista pensamientos rumiativos egodistónicos, intrusivos y compulsiones mentales en forma de pensar un número determinado de veces lo que tiene que hacer la semana que viene y rituales de comprobación de seguridad (ordenador, puertas, etc.) que realiza de forma rutinaria diariamente, aunque dice que no le preocupan. Por último, el participante manifestó dificultad para disfrutar y la presencia de un estado de ánimo deprimido “cuanto más feliz estoy (p.ej. de viaje con pareja), peor estoy”. Alto nivel de perfeccionismo y dificultad para disfrutar y dejarse llevar: “Ha de estar todo perfecto para poder disfrutar”. Describe un estado anímico fluctuante y reactivo a circunstancias vitales y niveles de ansiedad basal sin alcanzar crisis de pánico. Le afecta físicamente (dolor de estómago).

Diagnóstico categorial según criterios DSM-5 y dimensional según MEDI

Al participante 6 se le asignó un diagnóstico principal de Trastorno Obsesivo-Compulsivo (F42), al presentar obsesiones y compulsiones a los que dedica mucho tiempo, que generan malestar clínicamente significativo y que no se pueden atribuir al efecto fisiológico de una sustancia ni a otro trastorno mental.

En la Figura 2.3.6 se observan puntuaciones altas en NT e IC y también puntuaciones altas en D, ASOC o TRA. Las altas puntuaciones en IC son las que se identifican más claramente por medio de la evaluación categorial; sin embargo, en la evaluación dimensional destacan las puntuaciones en las dimensiones D, ASOC y EV, por lo que habría que considerar los síntomas depresivos y valorar si las intrusiones cognitivas y las conductas de evitación están relacionadas con contenido social. Por último, la evitación no se constató en lo manifestado en las entrevistas, por lo que es una aportación importante detectada a través del MEDI.

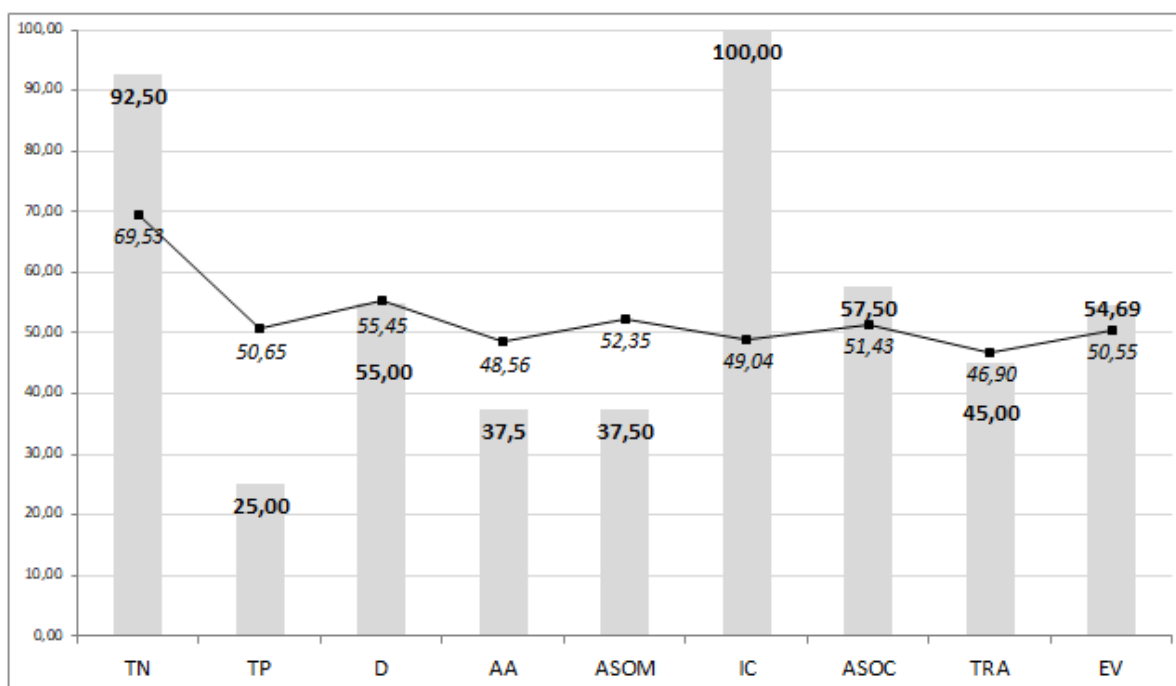


Figura 2.3.6. Perfil obtenido a través del MEDI para el Participante 6, y puntos de corte en población clínica (Osma, Martínez-Loredo et al., 2022). Las puntuaciones directas se han transformado a una escala de 0-100.

Participante 7

La participante 7 es una mujer de 20 años de edad, soltera, con un nivel superior de estudios y estudiante. Llegó a la USM remitida desde Atención Primaria con la siguiente interconsulta “Acude con la madre para explicarme que tuvo una relación de pareja hace tres años, con conflictos de pareja que le han provocado autoestima muy baja, con cierto aislamiento”.

En la primera entrevista describe sintomatología ansiosa difusa y afectiva (apatía, anhedonia, irritabilidad...) que repercute en su funcionamiento habitual, sobre todo a nivel relacional. Según refiere, la sintomatología emocional es reactiva al hecho de haber sido víctima de una relación “tóxica” en la que ha sido maltratada tanto física como psicológicamente. Relata en sesión que revive continuamente las experiencias pasadas y pese a haber podido romper dicha relación, su vida actual está totalmente limitada por ella. Describe con gran intensidad afectiva toda la vivencia relacional.

Diagnóstico categorial según criterios DSM-5 y dimensional según MEDI

A la participante 7 se le asignó un diagnóstico principal de Trastorno de Estrés Postraumático (F94.1), por cumplir con los siguientes criterios del DSM-5 (APA, 2013): experiencia directa de un suceso traumático que conlleva recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos, malestar psicológico intenso y prolongado al exponerse a factores relacionados con el suceso y reacciones fisiológicas intensas, además de evitación en relación a todo lo que pueda recordar el suceso traumático.

En la Figura 2.3.7 se observan puntuaciones esperadas como el alto puntaje en TRA, pero también destacan altas puntuaciones en EV, IC, AA o D. Las altas puntuaciones en IC o AA podrían estar relacionadas con la reexperimentación traumática y resulta interesante tener en cuenta la alta puntuación en EV como una muestra de la interferencia de la sintomatología en la vida diaria de la participante. Esto a su vez podría explicar las altas puntuaciones en D.

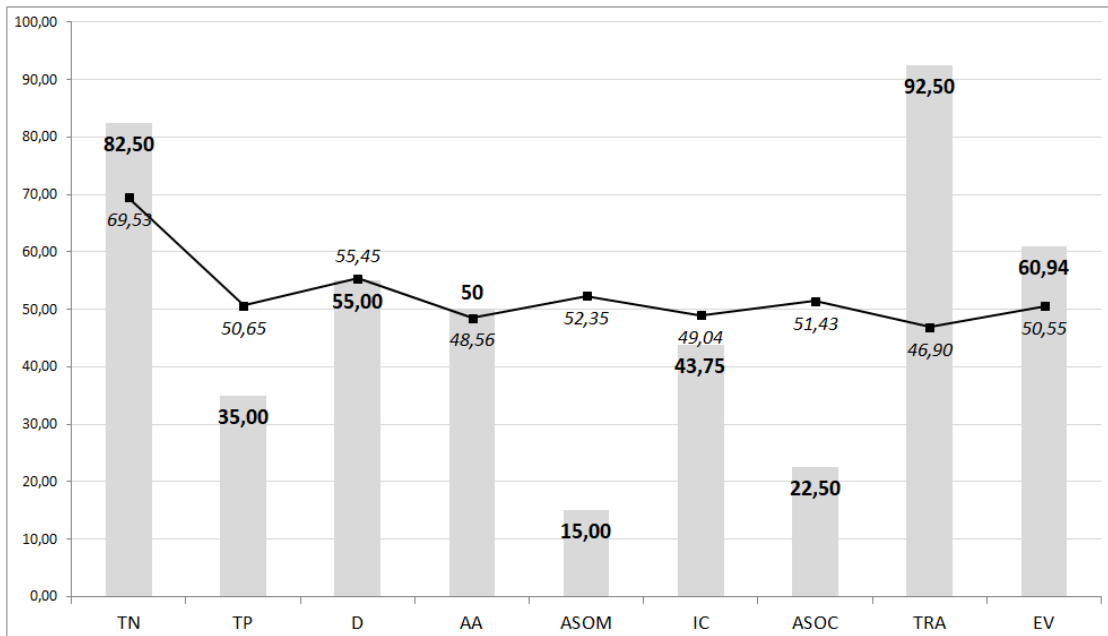


Figura 2.3.7. Perfil obtenido a través del MEDI para el Participante 7 y puntos de corte en población clínica (Osma, Martínez-Loredo et al., 2022). Las puntuaciones directas se han transformado a una escala de 0-100.

Discusión

Hace exactamente 20 años que Kupfer et al. (2002) en un trabajo visionario planteaban de manera clara que los objetivos de los DSM, es decir validar los distintos síndromes que se describen, no se habían conseguido. Afirmaban que las altas tasas de comorbilidad entre los trastornos son una evidencia de que los síndromes no representan distintas etiologías y, además, subrayaban la inestabilidad temporal de los diagnósticos clínicos a corto plazo. Estas afirmaciones son estrictamente contemporáneas y la comunidad científica lleva años dirigiendo sus esfuerzos a plantear métodos de clasificación alternativos a los categoriales, entre los que destacan los modelos dimensionales y transdiagnósticos (Belloch, 2012; Sandín et al., 2012).

Dentro de los modelos que en psicopatología se han preocupado por explorar los procesos transdiagnósticos, se encuentran los modelos de rango limitado y múltiples procesos que tratan de identificar un conjunto de procesos cognitivos, emocionales y conductuales que están implicados en el mantenimiento de un grupo limitado de trastornos (para más información sobre los modelos, véase Mansell et al., 2009). De entre estos modelos, destaca el modelo de clasificación híbrido dimensional-categorial para el diagnóstico de los TEs (Brown y Barlow, 2009) que, como se ha descrito previamente, plantea la existencia de un conjunto de dimensiones de orden superior (temperamento positivo y negativo) e inferior (síntomas depresivos, síntomas ansiosos y evitación).

Desde esta perspectiva teórica, se diseña y valida el MEDI, un inventario que permite la evaluación de 9 dimensiones compartidas por los TEs. Afortunadamente, ya existen datos sobre las buenas propiedades psicométricas del MEDI en castellano, tanto en población no clínica (Osma, Martínez-Loredo, et al., 2021) como clínica (Osma, Martínez-Loredo et al., 2022).

Con el objetivo de ejemplificar las ventajas del MEDI frente al diagnóstico categorial basado en criterios DSM, se han comparado los criterios diagnósticos DSM con el perfil dimensional extraído del MEDI en un conjunto de personas con distintos TEs. A continuación, se discuten estas ventajas tanto para las personas evaluadas como para los profesionales de la psicología clínica que evalúan y tratan a estas personas en los servicios públicos de salud mental.

Una de las ventajas principales de usar el MEDI como herramienta de evaluación dimensional es la posibilidad de contar con un perfil clínico que incluye tanto síntomas como dimensiones transdiagnósticas relacionadas con la etiología y el mantenimiento de los TEs (Brown y Barlow, 2009; Rosellini y Brown, 2019).

Otra de sus ventajas es la reducción de costes y tiempos en la evaluación, implicando una reducción de la carga para las personas atendidas y los psicólogos clínicos. Esto es especialmente importante si se considera que, por ejemplo, el tiempo medio de lista de espera para la primera consulta en salud mental está en torno a 74 días (Díaz et al., 2017) o que la duración media de las sesiones se sitúa entre 30 y 40 minutos (Osma, Peris-Baquero, Suso-Ribera, et al., 2021), lo que pone de manifiesto la necesidad de disponer de herramientas de evaluación breves y rápidas.

Mediante solo 49 ítems, se evalúan 9 dimensiones que supondrían alrededor de 88 ítems si se utilizaran cuestionarios específicos para cada dimensión (Osma, Martínez-Loredo, et al., 2021). Por ejemplo, el tiempo estimado para realizar una evaluación categorial estructurada, utilizando la entrevista ADIS, varía aproximadamente entre 2 y 4 horas; mientras que el tiempo medio para la administración del MEDI es de 15-30 minutos (Boettcher et al., 2020). Este aspecto es especialmente importante para servicios asistenciales que, como el Sistema Nacional de Salud español, se caracterizan por la sobrecarga asistencial, las listas de espera y la exigencia de un uso eficiente de los recursos disponibles (Díaz et al., 2017).

Por medio de los diferentes perfiles del MEDI analizados, se observan diferentes aspectos importantes. En primer lugar, destaca cómo todos los participantes obtienen puntuaciones clínicas en las dimensiones de orden superior (TN y TP), independientemente del tipo de etiqueta diagnóstica que se les haya asignado por medio del DSM. Los participantes 3 y 5 suponen la excepción, ya que obtienen puntuaciones más bajas en TN y más altas en TP que la media clínica, aspecto que podría servir para planificar la intervención. En cuanto a las dimensiones de orden inferior, el perfil del MEDI refleja el diagnóstico categorial, al obtener altas puntuaciones en la dimensión más específica para su categoría. La participante 1 (Episodio Depresivo Leve) obtiene puntuaciones muy altas en D, la participante 2 (Trastorno de Pánico) puntuaciones elevadas en AA y ASOM, el participante 3 (Trastorno de Ansiedad Social) puntuaciones elevadas en ASOC, la participante 4 (Trastorno de Ansiedad Generalizada) puntuaciones elevadas en las dimensiones relacionadas con la ansiedad como ASOM, AA e IC, la participante 5 (Trastorno de Ansiedad por la Enfermedad) puntuaciones altas en ASOM y AA, el participante 6 (Trastorno Obsesivo-Compulsivo) puntuaciones altas en IC y, finalmente, la participante 7 (Trastorno de Estrés Postraumático) puntuaciones altas en TRA. Sin embargo, el MEDI no solo es sensible en la detección de los síntomas más específicos propios de la categoría diagnóstica, sino que también identifica dimensiones. Por ejemplo, la participante 1, a la que se asigna un diagnóstico de Episodio Depresivo Leve, cumple los criterios del DSM para dicha etiqueta.

Si se realizara una evaluación psicométrica, con herramientas específicas como el BDI-II, la puntuación reflejaría la existencia de sintomatología depresiva, como la dimensión D del MEDI. Sin embargo, por medio de esa herramienta no se hubieran evaluado otras dimensiones en las que la participante tiene puntuaciones clínicas, como IC, ASOC, TRA y EV y que son de utilidad para el diseño del tratamiento psicológico. En caso de haberlo hecho por medio de herramientas específicas, se habrían necesitado múltiples cuestionarios e ítems, mientras que el perfil del MEDI nos aporta esta información en un solo instrumento. Este aspecto resulta especialmente útil en aquellos casos que presentan comorbilidad, que es la norma en los TEs (Brown y Barlow, 2009).

En las USM del Sistema Nacional de Salud, la clasificación categorial está fuertemente arraigada, especialmente por las constricciones que establece la organización administrativo-burocrática y el modelo biomédico imperante. En este sentido, la evaluación dimensional de los TEs a través del MEDI permitiría enriquecer la evaluación y el diagnóstico clínico categorial con información clínica adicional que permita hacer una conceptualización del caso más completa que permita personalizar y optimizar el diseño del tratamiento psicológico.

La aplicación del MEDI cobra todavía más importancia cuando se va a llevar a cabo una intervención transdiagnóstica para los TEs como el PU (Barlow et al., 2018). En un primer momento, el MEDI puede servir para crear un perfil clínico del participante, en el que aparezcan plasmados las dimensiones que mayor atención terapéutica requerirán durante el tratamiento. El terapeuta puede utilizar este perfil para completar el apartado del plan terapéutico de la formulación del caso (Rosellini y Brown, 2019). Este método permite personalizar cada uno de los módulos del PU a las características sociodemográficas y clínicas de la persona evaluada. Finalmente, otra utilidad es la de monitorizar cómo cambian las puntuaciones en cada dimensión tras la aplicación de cada módulo transdiagnóstico, si se desea, o al finalizar el tratamiento.

La utilización de un tratamiento transdiagnóstico como el PU permitirá ver cómo se producen cambios no solo en los síntomas ansiosos y depresivos, sino también en dimensiones de vulnerabilidad o mecanismos transdiagnósticos como el temperamento negativo (neuroticismo), el temperamento positivo (extraversión) o la evitación (Brown y Barlow, 2009). Hasta ahora, los estudios que han demostrado que los pacientes con TEs que han recibido el PU consiguen mejoras tanto en síntomas como en mecanismos transdiagnósticos lo han hecho utilizando un número mayor de cuestionarios (Osma, Navarro-Haro et al., 2022; Osma, Peris-Baquero, Quilez-Orden, et al., 2021; Osma, Martínez-García, et al., 2022; Sauer-Zavala et al., 2020).

Hasta el momento, no existen datos sobre la sensibilidad al cambio terapéutico del MEDI y, en consecuencia, serán futuros estudios los que deberán estudiar la mejora clínica en las distintas dimensiones evaluadas por el MEDI tras una intervención psicológica. Disponer de validación en castellano será de utilidad para este cometido.

Conclusiones

El MEDI es una herramienta creada a partir un modelo teórico basado en la evidencia, el modelo híbrido dimensional-categorial. Este enfoque plantea un diagnóstico basado en una serie de dimensiones compartidas por los distintos TEs, que incluyen tanto síntomas comunes como mecanismos transdiagnósticos asociados a la etiología y mantenimiento de los TEs (Brown y Barlow, 2009). Existen datos de validez y fiabilidad del MEDI en muestras españolas con y sin TEs (Osma, Martínez-Loredo, et al., 2021; 2022). El perfil obtenido con el MEDI ofrece información clínica adicional, síntomas y mecanismos transdiagnósticos, a la aportada por los criterios diagnósticos categoriales y, además, contempla la comorbilidad entre los TEs. Es un inventario rápido de administrar y sencillo de corregir por lo que es un método coste-efectivo para la evaluación y diagnóstico de personas con TEs en contextos de salud pública. El MEDI facilita la formulación de casos clínicos y la personalización y planificación del tratamiento psicológico. Futuras investigaciones que incluyan el MEDI en los protocolos de evaluación tendrán que corroborar su utilidad clínica.

Apéndice 1. Cuestionario en castellano disponible en Osma et al. (2021).

Inventario Multidimensional de Trastornos Emocionales (MEDI)
Rosellini y Brown (2019). Traducido al castellano por Jorge Osma y Carlos Suso (2019)

Utiliza la escala de 0 a 8 que te mostramos a continuación para añadir, en la columna de la derecha, el número que mejor refleje el grado en el que las afirmaciones que se describen son características en ti.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
No es característico en mi		Algo característico en mi		Bastante característico en mi		Muy característico en mi		Totalmente característico en mi

1	Me molestan cosas sin importancia	
2	Es fácil hacer que me ría	
3	Estoy decepcionado conmigo mismo	
4	He estado teniendo dificultades para respirar	
5	Otras personas podrían considerar que algunos de mis pensamientos son extraños	
6	Me asustan las sensaciones físicas inesperadas	
7	Me siento incómodo relacionándome en actos sociales	
8	No puedo dejar de pensar en cosas terribles que he vivido o visto	
9	Hago frente a los pensamientos, sentimientos o imágenes desagradables tratando de distraerme	
10	Siempre he sido una persona que se preocupa mucho	
11	Me siento triste y desanimado/a	
12	Me vienen a la mente pensamientos, imágenes o recuerdos desagradables contra mi voluntad	
13	He sentido temblores o inestabilidad	
14	Me siento incómodo en situaciones donde soy el centro de atención	
15	Evito lugares o cosas que me puedan hacer sentir mal	
16	Lo paso muy mal cuando tengo que hacer frente al estrés	
17	Soy una persona optimista	
18	He estado teniendo picos de miedo repentinos	
19	Me preocupo por mi salud	
20	Tengo sueños perturbadores sobre cosas terribles que me ocurrieron en el pasado	
21	Me vienen a la mente pensamientos inadecuados o absurdos que me cuesta ignorar	

2. Evaluación dimensional de los trastornos emocionales

22	Me siento ansioso/a cuando estoy con desconocidos	
23	Llevo algunas cosas conmigo para protegerme de emociones o situaciones incómodas	
24	Soy una persona alegre y feliz	
25	He perdido el interés en actividades de las que antes disfrutaba	
26	He sentido mareo, aturdimiento o desmayo	
27	Haría casi cualquier cosa para deshacerme de las emociones desagradables	
28	Estoy preocupado por enfermedades y dolencias	
29	Vienen a mi mente, de manera inesperada, imágenes de acontecimientos traumáticos pasados	
30	A menudo mis conductas están impulsadas por pensamientos o imágenes indeseadas	
31	Si algo me genera malestar, intento con todas mis fuerzas no pensar en ello	
32	Soy más nervioso/a y tenso/a que la media de las personas	
33	Siempre estoy motivado/a para empezar nuevas tareas	
34	Me niego a estar en contacto con objetos que me dan miedo	
35	Soy de esas personas a quienes es fácil herir los sentimientos	
36	Me siento bien al acabar una tarea	
37	Siento que no tengo nada que me motive y me haga tirar hacia delante	
38	Presto mucha atención a mi salud porque tengo miedo de enfermar	
39	A veces siento como si estuviera reviviendo acontecimientos horribles de mi pasado	
40	Tengo pensamientos o imágenes que considero inaceptables	
41	Me siento nervioso/a cuando hablo con otras personas	
42	Hago ciertas acciones de manera rutinaria para hacer frente a situaciones o emociones desagradables	
43	He estado pensando que no merece la pena vivir	
44	A veces, mi corazón se acelera y palpita fuertemente a pesar de no estar haciendo ejercicio	
45	Creo que podría tener una enfermedad que no ha sido diagnosticada	
46	Aunque sé que no son realistas, tengo pensamientos sobre perder el control de mis actos	
47	Me siento nervioso/a en situaciones sociales	
48	Me disgusto o enfado cuando recuerdo las cosas horribles que he vivido o visto	
49	Mis miedos no me permiten realizar algunas tareas del día a día	

Dimensiones y pautas de corrección:

- **Temperamento Neurótico (TN):** Ítems 1 + 10 + 16 + 32 + 35
- **Temperamento Positivo (TP):** Ítems 2 + 17 + 24 + 33 + 36
- **Estado de Ánimo Deprimido (D):** Ítems 3 + 11 + 25 + 37 + 43
- **Activación Autónoma (AA):** Ítems 4 + 13 + 18 + 26 + 44
- **Intrusiones Cognitivas (IC):** Ítems 5 + 12 + 21 + 30 + 40 + 46
- **Ansiedad Somática (ASOM):** Ítems 6 + 19 + 28 + 38 + 45
- **Ansiedad Social (ASOC):** Ítems 7 + 14 + 22 + 41 + 47
- **Reexperimentación Traumática (TRA):** Ítems 8 + 20 + 29 + 39 + 48
- **Evitación (EV):** Ítems 9 + 15 + 23 + 27 + 31 + 34 + 42 + 49

Referencias

- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (1.^a ed.)*. Autor.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Author.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth edition, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray-Latin, H., Ellard, K. K., Bullis, J. R., Bentley, K. H., Boettcher, H. T. y Cassiello-Robbins, C. (2018). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide (2.^a ed.)*. Oxford University Press.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 295-311.
- Boettcher, H., Correa, J., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Rosellini, A. J., Brown, T. A., Kennedy, K., Todd, J. F. y Barlow, D. B. (2020). Dimensional Assessment of Emotional Disorder Outcomes in Transdiagnostic Treatment: A Clinical Case Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(4), 442-453.
- Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 835-844.
- Brown, T. A. y Barlow, D. H. (2009). A Proposal for a Dimensional Classification System Based on the Shared Features of the DSM-IV Anxiety and Mood Disorders: Implications for Assessment and Treatment. *Psychological Assessment*, 21(3), 256-271. <https://doi.org/10.1037/a0016608>
- Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J. y 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), 1-19. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12278>
- Carlucci, L., Saggino, A. y 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>
- Cassiello-Robbins, C., Southward, M. W., Tirpak, J. W. y Sauer-Zavala, S. (2020). A systematic review of Unified Protocol applications with adult populations: Facilitating widespread dissemination via adaptability. En *Clinical Psychology Review* (Vol. 78). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101852>
- Cerdán, L. G., Montes, J. M. G. y Álvarez, M. P. (2021). Los tratamientos transdiagnósticos: método de los niveles de terapia focalizada en las emociones. En E. Fonseca (Ed.), *Manual de tratamientos psicológicos: adultos* (pp. 117-166). Pirámide.

- Chorot, P., Valiente, R. M. y Sandín, B. (2020). Clasificación y diagnóstico en psicopatología. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología (3ª edición)* (pp. 69-96). McGraw-Hill.
- Díaz, J., Díaz-de-Neira, M., Jarabo, A., Roig, P. y Román, P. (2017). Estudio de derivaciones de Atención Primaria a centros de Salud Mental en pacientes adultos en la Comunidad de Madrid. *Clínica y Salud*, 28(2), 65-70.
- Farchione, T. J., Fitzgerald, H. E., Curren, A., Janes, A. C., Gallagher, M. W., Sbi, S., Eustis, E. H. y Barlow, D. H. (2021). Efficacy of the Unified Protocol for the treatment of comorbid alcohol use and anxiety disorders: Study protocol and methods. *Contemporary Clinical Trials*, 108, 106512. <https://doi.org/10.1016/J.CCT.2021.106512>
- García-Cerdán, L., García-Montes, J. M. y Pérez-Álvarez, M. (2021). Los tratamientos transdiagnósticos: método de los niveles y terapia focalizada en las emociones. En *Manual de Tratamientos Psicológicos Adultos* (E. Fonseca, pp. 117-166). Pirámide.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K. y Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 167, 748-751. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091379>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M. y Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(454-477). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/abn0000258>
- Kupfer, D. J., First, M. B. y Darrel, A. R. (2002). *A research agenda for DSM-V*. American Psychiatric Association.
- Lemos, S. (1995). Clasificación y diagnóstico en psicopatología. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología (Volumen I)*. Mc.Graw-Hill.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. y Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 6-19.
- Osma, J., Martínez-García, L., Peris-Baquero, Ó., Navarro-Haro, M. V., González-Pérez, A. y 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>
- Osma, J., Martínez-Loredo, V., Quilez-Orden, A., Peris-Baquero, O., Ferreres-Galán, V., Prado-Abril, J., Torres-Alfosea, M.A. & Rosellini, A. J. (2022). Multidimensional emotional disorders inventory: Reliability and validity in a Spanish clinical sample. *Journal of Affective Disorders*, 320, 65-73. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.140>
- Osma, J., Martínez-Loredo, V., Quilez-Orden, A., Peris-Baquero, Ó. y Suso-Ribera, C. (2021). Validity evidence of the multidimensional emotional disorders inventory among non-clinical spanish university students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16). <https://doi.org/10.3390/ijerph18168251>

- Osma, J., Navarro-Haro, M. V. N., Baquero, Ó. P. y Ribera, C. S. (2022). Unified Protocol in a Group Format for Improving Specific Symptoms of Emotional Disorders in the Spanish Public Health System. *Psicothema*, 34(1), 25-34. <https://doi.org/10.7334/PSICOTHEMA2021.246>
- Osma, J., Peris-Baquero, Ó., Quilez-Orden, A., Suso-Ribera, C. y Crespo-Delgado, E. (2021). Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. En E. Fonseca (Ed.), *Manual de tratamientos psicológicos: adultos* (pp. 201-248). Pirámide.
- Osma, J., Peris-Baquero, O., Suso-Ribera, C., Farchione, T. J. y Barlow, D. H. (2021). Effectiveness of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in Spain: Results from a randomized controlled trial with 6-months follow-up. *Psychotherapy Research*, 0(0), 1-14. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1939190>
- Rosellini, A. J. y Brown, T. A. (2014). Initial interpretation and evaluation of a profile-based classification system for the anxiety and mood disorders: Incremental validity compared to DSM-IV categories. *Psychological Assessment*, 26(4), 1212-1224. <https://doi.org/10.1037/PAS0000023>
- Rosellini, A. J. y Brown, T. A. (2019). The Multidimensional Emotional Disorder Inventory (MEDI): Assessing transdiagnostic dimensions to validate a profile approach to emotional disorder classification. *Psychological Assessment*, 31(1), 59-72. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/pas0000649>
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, M. R. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 185-203.
- Sauer-Zavala, S., Fournier, J. C., Jarvi Steele, S., Woods, B. K., Wang, M., Farchione, T. J. y Barlow, D. H. (2020). Does the unified protocol really change neuroticism? Results from a randomized trial. *Psychological Medicine*, 1-10. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000975>
- Tung, E. S., Wang, M., Brown, T. A. y Rosellini, A. J. (2020). Transdiagnostic assessment of emotional disorders. En M. M. Antony y D. H. Barlow (Eds.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (pp. 119-137). The Guilford Press.
- Vázquez, C., Sánchez, Á. y Romero, N. (2014). Clasificación y diagnóstico de los trastornos psicológicos: el DSM-IV-TR/DSM-V y la CIE-10. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrobbles (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 93-124). Pirámide.
- World Health Organization. (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th rev.)*.

CAPÍTULO 3.

EVALUACIÓN LONGITUDINAL EN LA INTERVENCIÓN TRANSDIAGNÓSTICA

Este capítulo incluye un artículo científico cuya publicación fue previa a la realización de la presente tesis. Aunque no forma parte del compendio de publicaciones, se considera interesante adjuntarla en este capítulo para poder obtener la visión global de la herramienta de evaluación:

Osma, J., Quilez-Orden, A., Suso-Ribera, C., Peris-Baquero, O., Norman, S. B., Bentley, K. H. y Sauer-Zavala, S. (2019). Psychometric properties and validation of the Spanish versions of the overall anxiety and depression severity and impairment scales. *Journal of Affective Disorders*, 252, 9-18. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.063>

Además, este capítulo incluye un manuscrito de la tesis doctoral, que ha sido publicado como:

Osma, J., Martínez-Loredo, V., Díaz-García, A., Quilez-Orden, A. y Peris-Baquero, Ó. (2021). Spanish Adaptation of the Overall Anxiety and Depression Severity and Impairment Scales in University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 345. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010345>

3.1. Psychometric properties and validation of the Spanish versions of the overall anxiety and depression severity and impairment scales

Osma, J.^{1,2*}, Quilez-Orden, A.¹, Suso-Ribera, C.³, Peris-Baquero, O.², Norman, S.B.^{4,5,6}, Bentley, K.H.⁷, & Sauer-Zavala, S.⁸

¹Universidad de Zaragoza, Teruel, Spain; ²Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón, Zaragoza, Spain; ³Universitat Jaume I, Castellón de la Plana, Spain; ⁴National Center for PTSD, Vermont, USA; ⁵University of California, San Diego, USA; ⁶VA San Diego Healthcare System, USA; ⁷Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital/Harvard Medical School, USA; ⁸Center for Anxiety and Related Disorders, Boston University, USA

Abstract

Background: Anxiety and depressive disorders are the most frequent disorders for which patients seek care in public health settings in Spain. This study aimed at validating the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) and the Overall Depression Severity and Impairment Scale (ODSIS), which are brief screening scales for anxiety and depression consisting of only five items each. **Methods:** The study was conducted in a Spanish clinical sample receiving outpatient mental health treatment ($N = 339$). A subsample of participants ($n = 219$) was assessed before and after receiving a course of cognitive-behavioral treatment. **Results:** The results revealed excellent internal consistency estimates (Cronbach's alpha for the OASIS and the ODSIS was 0.87 and 0.94, respectively), along with promising convergent and discriminant validity and test-criterion relationships (i.e., moderate correlation with other measures of depression and anxiety, as well as with neuroticism, quality of life, adjustment, and negative affect). A one-dimensional structure was obtained for the OASIS and the ODSIS. The ROC analyses indicated an area under the curve of 0.83 for the OASIS and the ODSIS when predicting moderate-to-severe anxiety and depression, respectively. Good sensitivity to therapeutic change was also evidence and the analysis of the sensitivity as a function of 1-specificity area suggested a cut-off value of 10 for both scales. **Limitations:** Inter-rater reliability of diagnoses with the ADIS-IV interview could not be investigated and the results obtained may not be generalizable to other samples and health settings. **Conclusions:** The availability of these two short and psychometrically sound measures should make screening of anxiety and depressive symptoms in routine care more feasible.

Keywords: anxiety; depression; transdiagnostic; screening; validation; psychometric properties.

Introduction

Anxiety and depressive disorders, also known as emotional disorders (EDs; Barlow, 1991) are common conditions that negatively impact functioning (Campbell-Sills et al., 2009). According to the World Health Organization (WHO), in Spain alone, anxiety and depressive disorders affect nearly 2 million and 2.5 million people, respectively, which amount to up to 5.2% of the population in the country (WHO, 2017). Not surprisingly, EDs are largely prevalent in primary care and specialized mental health settings in Spain (Gutiérrez-Fraile et al., 2011; Muñoz-Navarro et al., 2017; Ruiz-Rodríguez et al., 2017). The present study aims at adapting two short screening tools for anxiety and depressive symptoms to be used in Spanish public care.

Several authors have indicated that diagnosis and monitoring of patients with EDs in Spanish public health settings is problematic. For example, a study by Castro-Rodríguez et al. (2015) suggested that half of the patients with an ED are not correctly diagnosed in primary care. Consequently, a large number of individuals with ED are not properly referred to specialized care and do not receive the most optimal treatment (Martín Jurado et al., 2012). While there might be several factors explaining this, some authors have attributed the previous to healthcare overload, time constraints during consultations, and family physicians' insufficient familiarity with the assessment and treatment of psychiatric disorders (Muñoz-Navarro et al., 2017). It is important to note that it is at this first level of care where correct identification of those who need specialized interventions is of paramount importance, so quick and straightforward assessment tools for an early detection of EDs are fundamental (Cano Vindel et al., 2012). A similar problem occurs in specialized mental health settings in Spain, where limited resources (e.g., reduced number of professionals, especially psychologists) has shown to negatively impact the quality of services provided (Gabilondo et al., 2011). An example of this is the long waiting lists that currently exist in Spanish public mental health settings, that is, from 45 to up to 75 days between appointments (Chueca et al., 2003; González et al., 2008). A quick and feasible assessment tool for the evaluation of anxiety and depressive symptoms to be used in routine care would benefit psychologists and psychiatrists by reducing the time they require for the assessment of the patients' progress through treatment.

Many self-report screening measures have been designed to assess specific diagnostic categories (e.g., Panic Disorder Severity Scale [PDSS]; Shear et al., 2001). Although these scales are useful to ascertain whether an individual is likely to meet criteria for a specific disorder, the administration of a large number of screening measures (e.g., one for each ED diagnosis) is not feasible in public health settings. Thus, transdiagnostic measures that capture the spectrum of ED presentations may be particularly useful in such settings (Campbell-Sills et al., 2009).

Furthermore, traditional self-report measures typically assume that the frequency of symptoms reflects the severity of the disorder, while ignoring the key role of functional impairment or distress for diagnosis (Ito et al., 2014).

The Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS; Norman et al., 2006) and the Overall Depression Severity and Impairment Scale (ODSIS; Bentley et al., 2014) were developed in response to the limitations of existing screening tools. Both instruments were designed to assess transdiagnostic symptoms and functioning associated with anxiety and depressive disorders, respectively. The OASIS and the ODSIS have five items each and can be administered in only 2-3 minutes. Both measures have been shown to be useful in the assessment of patients' progress through treatment (Barlow et al., 2017; Norman et al., 2013; Osma et al., 2015). The OASIS has been validated into English (Norman et al., 2006), Japanese (Ito et al., 2014), and Dutch (Hermans et al., 2014). An online version of this measure has also been recently been validated into Spanish in a sample of individuals with milder depression and anxiety (González-Robles et al., 2018). A single-factor model including all items has been replicated across investigations (Bragdon et al., 2016; Campbell-Sills et al., 2009; González-Robles et al., 2018; Hermans et al., 2014; Ito et al., 2014; Moore et al., 2015; Norman et al., 2006; 2011; 2013) and a good internal consistency (i.e., between 0.80 and 0.94) has been reported (Hermans et al., 2014; Ito et al., 2014; Norman et al., 2006).

The cut-off points for the OASIS have ranged from 5 to 10 in clinical samples (Bragdon et al., 2016; Campbell-Sills et al., 2009; González-Robles et al., 2018; Hermans et al., 2014; Moore et al., 2015; Norman et al., 2013) and from 8 to 9 in studies with clinical and non-clinical populations altogether (Ito et al., 2014; Norman et al., 2011).

Similar to the OASIS, the ODSIS has been validated into English (Bentley et al., 2014) and Japanese (Ito et al., 2015). A single-factor solution has been proposed for the ODSIS and internal consistency findings have been excellent (Bentley et al., 2014; Ito et al., 2015). The cutoff points for the ODSIS have ranged from between 7 and 11 with clinical and non-clinical samples altogether (Bentley et al., 2014; Ito et al., 2015).

The present study goal was to replicate and extend prior research on the psychometric properties of the OASIS and the ODSIS in a Spanish outpatient sample of mental health patients with EDs. Specifically, we aimed at replicating the findings of the validations conducted in the USA, the Netherlands, Spain, and Japan, thus providing further evidence for the transcultural validity of these scales. The study also had a novel goal, that is, to determine the sensitivity of both measures to therapeutic change after a transdiagnostic, cognitive-behavioral treatment for EDs, namely, the Unified Protocol (Barlow et al., 2017; Osma et al., 2015).

The following hypotheses were proposed: 1) for both scales, a one dimensional structure will be replicated; 2) an acceptable internal consistency will be obtained; 3) convergent and discriminant validity will be established through significant positive correlations between the OASIS and the ODSIS and measures assessing similar constructs, as well as weaker correlations with measures of different constructs; 4) the ROC curve will reveal an optimal cut-off point of approximately 10 for both measures; and finally, 5) adequate sensitivity to therapeutic change will be indicated by significant and positive correlations between the change detected by the reference measurements (the Beck Anxiety Inventory and Beck Depression Inventory-II) and the change detected by the OASIS and the ODSIS.

Method

Participants

Participants were drawn from a large effectiveness trial of the Unified Protocol (UP) in the Spanish public mental health system (Osma et al., 2018). The sample for the present study was composed of 339 participants of whom 272 were women (80.2%). Mean age in the sample was 42.63 years ($SD = 12.79$, range = 18-77). Table 3.1.1 shows additional socio-demographic characteristics. The selected participants seeking psychological assistance.

Table 3.1.1. Socio-demographic Characteristics of Participants (N = 339)

	Participants with one evaluation <i>n</i> (%)	Participants with two evaluations <i>n</i> (%)	χ^2	<i>p</i>
Educational level	120 (35.4)	219 (64.6)	0.991	.319
Less than 12 years of education received	51 (42.5)	81 (37.0)		
No studies	2 (1.7)	5 (2.3)		
Primary studies	24 (20.0)	38 (17.4)		
Secondary studies	25 (20.8)	38 (17.4)		
More than 12 years of education received	69 (57.5)	138 (63.0)		
High school	9 (7.5)	28 (12.8)		
Vocational training	23 (19.2)	62 (28.3)		
University studies	37 (30.8)	48 (21.9)		
Marital status	120 (35.4)	219 (64.6)	3.554	.059
Married/living w partner	48 (40.0)	111 (50.7)		
Not Married/not living w partner	72 (60.0)	108 (49.3)		
Single	51 (42.5)	67 (30.6)		
Separated/ Divorced	17 (14.2)	36 (16.4)		
Widowed	4 (3.3)	5 (2.3)		

Table 3.1.1. (Cont.). Socio-demographic Characteristics of Participants (N = 339)

	Participants with one evaluation <i>n</i> (%)	Participants with two evaluations <i>n</i> (%)	χ^2	<i>p</i>
Worksituation	120 (35.4)	219 (64.6)	1.968	.161
Working	56(46.7)	85 (38.8)		
Non-working	64 (53.3)	134 (61.2)		
Unemployed	26 (21.7)	52 (23.7)		
Sickleave	15 (12.5)	44 (20.1)		
Student	14 (11.7)	12 (5.5)		
Home maker	3 (2.5)	20 (9.1)		
Retiree	6 (5.0)	6 (2.7)		
Primary diagnosis	120 (35.4)	219 (64.6)	3.984	.136
Anxiety disorders	65 (54.2)	102 (46.6)		
Generalized anxiety disorder	17 (14.2)	26 (11.9)		
Panic disorder with agoraphobia	22 (18.3)	13 (5.9)		
Nonspecific anxiety disorder	4 (3.3)	15 (6.8)		
Panic disorder without agoraphobia	5 (4.2)	12 (5.5)		
Agoraphobia	7 (5.8)	8 (3.7)		
Obsessive-compulsive disorder	2 (1.7)	10 (4.6)		
Social phobia	5 (4.2)	5 (2.3)		
Posttraumatic stress disorder	1 (0.8)	6 (2.7)		
Hypochondria	2 (1.7)	4 (1.8)		
Specific phobia	0 (0.0)	3 (1.4)		
Mood disorders	35 (29.2)	60 (27.4)		
Major depressive disorder	22 (18.3)	40 (18.3)		
Dysthymia	12 (10.0)	11 (5.9)		
Unspecified mood disorder	1 (0.8)	9 (4.1)		
Mixed disorders	20 (16.7)	57 (26.9)		
Adjustment disorder	20 (16.7)	57 (26.9)		
Secondary diagnosis	37 (10.9)	62 (18.3)	3.159	.206
Anxiety disorders	25 (20.8)	40 (18.3)		
Nonspecific anxiety disorder	3 (2.5)	11 (5.0)		
Obsessive-compulsive disorder	5 (4.2)	5 (2.3)		
Generalized anxiety disorder	2 (1.7)	6 (2.7)		
Social phobia	4 (3.3)	3 (1.4)		
Panic disorder without agoraphobia	2 (1.7)	4 (1.8)		
Agoraphobia	4 (3.3)	2 (0.9)		
Specific phobia	2 (1.7)	3 (1.4)		
Hypochondria	0 (0.0)	4 (1.8)		
Panic disorder with agoraphobia	1 (0.8)	2 (0.9)		
Posttraumatic stress disorder	2 (1.7)	0 (0.0)		
Mood disorders	8 (6.7)	20 (9.1)		
Major depressive disorder	7 (5.8)	12 (5.5)		
Dysthymia	1 (0.8)	8 (3.7)		
Mixed disorders	4 (.3)	2 (0.9)		
Adjustment disorder	3 (2.5)	2 (0.9)		
Somatoform disorder	1 (0.8)	0 (0.0)		

The sample was obtained in 8 public mental health centers of Spain after the approval of their respective ethics and research committees (for more information, Osma et al., 2018): the Elda Clinical General Hospital, the Hospital Clínico Universitario de Valencia, the Dr. Peset University Hospital, the PCC IIA Milagrosa of Pamplona, and the Hospital Comarcal de Vinaròs. All participants had a primary ED diagnosis. The inclusion criteria to participate in the study were: 1) Principal diagnosis (most interfering and severe) of anxiety disorder, mood disorder, adjustment disorder; 2) The patient is over 18 years of age; 3) The patient is fluent in the language in which therapy is performed (Spanish in the present study); 4) The patient is able to attend to the evaluation and treatment sessions and signs the informed consent form; 5) Patients taking pharmacological treatment for their emotional disorder are asked to maintain the same dosages and medications for at least 3 months prior to enrolling in the study and during the whole treatment. The exclusion criteria were: 1) The patient presents a severe condition that would require to be prioritized for treatment, so that an interaction between both interventions cannot be ruled out. These include a severe mental disorder (bipolar disorder, schizophrenia, or an organic mental disorder), suicide risk at the time of assessment, or substance use in the last three months (excluding cannabis, coffee, and / or nicotine); 2) The patient has previously received 8 or more sessions of psychological treatment with clear and identifiable CBT principles within the past 5 years.

From the total sample ($N = 339$), we extracted the subsample of 219 participants who completed two assessments (one before psychological treatment onset and the other at the end of treatment) to assess the sensitivity to therapeutic change of the OASIS and the ODSIS. Mean age in the sample was 43.25 years ($SD = 12.21$, range=18-72) and 79.5% of them were women. When comparing those who completed both evaluations against participants who only answered to one assessment, we found no significant differences in the OASIS ($t = 0.184$, $p < 0.366$), the ODSIS ($t = 0.210$, $p < 0.834$), the BAI ($t = 0.306$, $p < 0.481$), and the BDI-II ($t = 0.901$, $p < 0.246$).

Procedure

When seeking care at a Spanish public mental health center, potential participants were evaluated by professional specialists (clinical psychologists, psychiatrists, or resident psychologists) with the lifetime version of the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV-L; Brown et al., 1994) or the Clinical Structured Interview for Axis I Disorders of the Clinical Version of the DSM-IV (SCID-I-CV; First et al., 1997). This was done to guarantee the existence of a primary diagnosis of ED. We did not use the ADIS-5 because it is not available in Spanish yet.

Participants meeting the requirements for the primary study (i.e., major depression disorder, dysthymic disorder, panic disorder, agoraphobia, obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder, posttraumatic stress disorder, social anxiety disorder, hypochondria, and adjustment disorders) were given information about data confidentiality and were asked to provide written informed consent. The same day, they completed the evaluation tools in person and on paper and pencil.

The proposed treatment is a cognitive-behavioral intervention called Unified Protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders (UP; Barlow et al., 2018). The UP focuses on the identification of dysfunctional emotion regulation strategies that are common to all emotional disorders and helps patients to tolerate and cope with emotions in a more adaptive way (Barlow et al., 2018). The UP consists of 8 core intervention modules that can easily be delivered in group format (Bullis et al., 2015; Osma et al., 2015). For the present study, a 12-session group format was conducted in different mental health settings in Spain. The treatment had a duration of approximately three months and patients received a 2-hour session weekly. Both the patient and the therapist manual have been previously translated into Spanish (Barlow et al., 2015).

Instruments

Semi-structured Interview Schedule for Anxiety Disorders Lifetime version (ADIS-IV-L; Brown et al., 1994); translated into Spanish by Botella and Ballester (1997). This semi-structured interview evaluates anxiety and depressive disorders, as well as somatoform and substance use disorders according to the fourth edition of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV; APA, 1994). Test-retest reliability of this interview ranges from 0.67 to 0.86 (Brown et al., 2001).

Clinical Structured Interview for Axis I Disorders of the Clinical Version of the DSM-IV (SCID-I-CV; First et al., 1997), adapted and validated into Spanish by First et al., (1999). This semi-structured interview is used to establish DSM-IV Axis I diagnoses (APA, 1994). The response scale ranges from 1 (*Symptom absent or false*) to 3 (*True or clinically present*). Test-retest reliability varies from 0.37 to 1, depending on studies (Rogers, 2001).

Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck and Steer, 1993), validated into Spanish by Sanz and Navarro, (2003). The BAI is composed of 21 items that evaluate anxiety symptoms. Responses use a 4-point Likert scale ranging from 0 (*Not at all*) to 3 (*Severely*). The total score can range from 0 to 63. The Spanish validation study in a clinical sample revealed a Cronbach alpha of 0.91 (Sanz et al., 2012). Cronbach's alpha for the BAI in the present sample is 0.926. The cut-off point used is 16, as recommended in previous research (Sanz and Navarro, 2003).

Beck Depression Inventory (BDI-II; Beck et al., 1996), validated into Spanish by Sanz et al., (2003). The BDI-II assesses depressive symptoms. It consists of 21 items, each with four different statements that reflect an increase in the degree of depression. A score of 0 indicates the absence of depressive symptoms and 3 reflects the most severe levels of depression. The scale has a 0-to-63 range. In the Spanish validation with a clinical sample, a Cronbach alpha of 0.89 was obtained (Sanz et al., 2005). Cronbach's alpha for the BDI-II in the present sample is 0.917. The cut-off point used is 20, as suggested in the literature (Sanz et al., 2003).

Positive and Negative Affect Scale (PANAS; Watson et al., 1988), validated into Spanish by Sandín et al., (1999). The PANAS consists of 20 items that measure both positive and negative affect, with 10 items for each dimension. Respondents indicate the extent to which they experience different emotions representing both dimensions. Items use a 5-point Likert response scale ranging from 1 (*Not at all or very slightly*) to 5 (*Extremely*). In its Spanish validation, Cronbach alphas between 0.87 and 0.91 were obtained for both men and women in positive and negative affect (Sandín et al., 1999). In the present study, Cronbach's alpha for the PANAS are 0.889 for Positive Affect and 0.893 the Negative Affect.

Quality of Life Index (QLI; Ferrans and Powers, 1985), validated in Spanish by Mezzich et al., (2000). This measure is comprised of 10 items, each of which refers to a different dimension of quality of life. Each item is evaluated on a 10-point scale ranging from 1 (*Bad*) to 10 (*Excellent*). An overall index is calculated by summing all items (total range is 10 to 100). In the Spanish validation study (Mezzich et al., 2000), the QLI obtained a Cronbach alpha of 0.89. The Cronbach's alpha in the present sample is 0.869.

Scale of Maladjustment (SM; Echeburúa et al., 2000). This scale reflects the extent to which people's current problems affect different areas of their lives, including work or studies, social life, leisure time, couple relationship, and day-to-day maladjustment. All items are evaluated on a 6-point response scale ranging from 0 (*Not at all*) to 5 (*Very severe*). The total score ranges from 0 to 30, and is obtained by summing all items. Higher scores indicate poorer adjustment. The scale had excellent test-retest reliability ($r = 0.86$) and an internal consistency of 0.94 (Echeburúa et al., 2000). The Cronbach's alpha in the present sample is 0.830.

NEO-Five-Factor Personality Inventory (NEO-FFI; Costa and McCrae, 1999). The NEOFFI consists of 60 items that provide a quick and general measurement of the Big Five personality dimensions. These are Neuroticism, Extraversion, Opening to Experience, Agreeableness, and Conscientiousness. The responses are rated on a 5-point Likert scale ranging from 0 (*Strongly disagree*) to 4 (*Strongly agree*). Each personality dimension is composed of 12 items (scores for each dimension range from 0 to 48). The internal consistency of the NEO-FFI dimensions ranges between 0.82 and 0.90. Cronbach's alpha values in the present sample are 0.760 for Neuroticism, 0.809 for Extraversion, 0.769 for Opening to the Experience, 0.709 for Agreeableness, and 0.708 for Conscientiousness.

Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS; Norman et al., 2006). The scale presents five items. These items are related with the frequency of symptoms (*During the last week, did you often feel anxious?*), their intensity (*During the last week, when you felt anxious, to what extent was your anxiety intense or severe?*), their interference with the person's work or school life (*During the last week, to what extent did anxiety interfere with your ability to do the things you had to do regarding work, school, or your home?*), and their interference with social life (*During the last week, to what extent has anxiety interfered with your social life and your relationships?*). All items are rated on a 5-point Likert scale ranging from 0 (*I didn't feel anxious*) to 4 (*Constant anxiety*). The total scale score, which ranges from 0 to 20, is obtained by summing all items. Higher scores are indicative of greater severity and functional impairment as a result of anxious symptoms (Norman et al., 2006). For this study, we used the Spanish translation of the original scales (Appendix 1), which was carried out by Osma and García-Palacios by means of a back translation process. The Spanish version of the OASIS was obtained after a backward translation to ensure conceptual equivalency. Forward translation into Spanish was carried out by an independent native-speaking translator who was proficient in English. The Spanish version was back translated into English by an independent English native translator. No significant changes were required to obtain the final version. Cronbach's alpha for the OASIS in the present sample is presented in the results section.

Overall Depression Severity and Impairment Scale (ODSIS; Bentley et al., 2014). Similar to the OASIS, the ODSIS includes five items, which are related with the frequency of symptoms (*During the last week, did you often feel depressed?*), their intensity (*During the last week, when you felt depressed, to what extent was your depression intense or severe?*), their interference with the person's work or school life (*During the last week, to what extent did depression interfere with your ability to do the things you had to do regarding work, school, or your home?*), and their interference with social life (*During the last week, to what extent has depression interfered with your social life and your relationships?*). The third item of the OASIS and ODSIS differs, however. In the OASIS, this item evaluates the presence of avoidant behavior (*During the last week, how often have you avoided situations, places, objects, or activities because of your anxiety or fear?*), whereas the ODSIS measures the loss of interest or difficulty in participating in activities (*During the last week, how often have you had difficulty to carry out or feel interest in activities that you normally enjoy because of your depression?*). Items in the ODSIS use a 5 point Likert response scale ranging from 0 (*I didn't feel depressed*) to 4 (*Constant depression*). Again, total scores range from 0 to 20 after summing all items, with higher values revealing a more severe and functional impairment as a result of depressive symptoms (Bentley et al., 2014). As with the OASIS, we used the same process to translate the Spanish version of the ODSIS, which can be found in Appendix 1. Like with the OASIS, the Cronbach's alpha value for the ODSIS in the present sample is presented in the results section.

Data analysis

Demographic and sex differences in study variables

Analyses were carried out using the statistical package IBM SPSS Statistics version 22.0 for Windows (IBM Corp., 2013) and Mplus version 6 program (Muthen and Muthen, 1998). Firstly, sociodemographic characteristics of the total sample were analyzed ($N = 339$), as well as the means and standard deviations for all measures. Next, sex differences in the OASIS and the ODSIS were investigated. Because scores in men and women were not normally-distributed (Kolmogorov-Smirnov normality test), a Mann-Whitney non-parametric U -test was selected for this analysis.

Model fit, internal consistency, and convergent and discriminant validity

Next, we investigated the internal structure and the convergent and discriminant validity of the OASIS and the ODSIS. The internal structure of the OASIS and the ODSIS were calculated with a Confirmatory Factor Analysis (CFA). Because we had no missing data, we were able to use a maximum likelihood estimator with standard errors and a mean-adjusted chi-square test statistic that are robust to non-normality (MLM). The one-factor model fit was evaluated with the Satorra-Bentler robust Chi-square test, the root mean square error of approximation (RMSEA), the comparative fit index (CFI), the Tucker-Lewis index (TLI), and the standardized root mean square residual (SRMR). RMSEA and SRMR scores below 0.05 indicate good model fit and values below 0.08 reflect acceptable fit. CFI and TLI scores above 0.95 reveal an excellent fit (Hu and Bentler, 1999). The convergent and discriminant validity of the OASIS and the ODSIS was explored by calculating their Pearson correlations with well-established measures of anxiety (BAI) and depression (BDI-II), respectively.

To test the hypothesis that the OASIS would be more strongly associated with the BAI and the ODSIS would correlate more with the BDI-II, the strength of these bivariate associations was compared using the *cocor R* package (Diedenhofen and Musch, 2015). Pearson correlations with several constructs closely related to anxiety and depressive symptoms (i.e., personality, affect, quality of life, and adjustment) were also conducted to investigate the convergent and discriminant validity of the OASIS and ODSIS. Specifically, the correlation between the aforementioned related constructs and the OASIS and the ODSIS are expected to be significant (i.e., a positive association with neuroticism, negative affect, and maladjustment, and a negative correlation with extraversion, positive affect, and quality of life or similar constructs), but smaller when compared to the correlation between the OASIS and the ODSIS with the BAI and the BDI-II (e.g., Campbell-Sills et al., 2009; Ito et al., 2015).

Optimal cut-offs and sensitivity to change

As a final step, we calculated the optimal cut-off points for the two aforementioned scales using a ROC curve analysis, as well as their sensitivity to capture therapeutic change. In relation to the former goal, sensitivity and specificity were investigated for several cut-offs, following the guidelines of Zweig and Campbell (1993). Positive and negative predictive values and likelihood ratios were also investigated.

The sensitivity and specificity, as well as the positive and negative predictive values and likelihood ratios of the OASIS and the ODSIS were calculated in relation to the BAI and BDI-II, respectively. The BAI and BDI-II cut-offs used to classify individuals as severely anxious and depressed were 16 and 20, respectively (Sanz, 2014; Sanz et al., 2003). Regarding sensitivity to therapeutic change, we first calculated variables for the OASIS, the ODSIS, the BAI, and the BDI-II by subtracting the total score after treatment from the total score prior to treatment. Next, Pearson correlations between OASIS and BAI, and ODSIS and BDI-II, respectively, change scores were conducted. Also, we calculated Cohen's *d* effect size to help interpret the findings. This analysis was carried out with the subsample of participants ($n = 219$) that participated in two assessment points (pre-treatment and post-treatment).

Results

As observed in Table 3.1.1, the most frequent primary diagnoses in the sample ($N = 339$) were adjustment disorders ($n = 77$, 22.7%), followed by major depressive disorders ($n = 62$, 18.3%), and generalized anxiety disorders ($n = 43$, 12.7%). Ninety-nine participants (26.8%) also had a secondary diagnosis, of which major depressive disorder ($n = 19$, 19.2%) and non-specific anxiety disorder ($n = 14$, 14.1%) were the most frequent.

Table 3.1.2 shows the mean scores and standard deviations for all instruments. The average score for the OASIS and the ODSIS was 10.45 ($SD = 4.49$, range 0-20) and 9.87 ($SD = 5.14$, range 0-20), respectively.

Table 3.1.2. Correlations of the OASIS and the ODSIS and Measures of Convergent and Discriminant Validity and Internal Consistency Estimates

	M (SD)	Min - Max	OASIS	ODSIS	BAI	BDI-II	NEO-FFI N	NEO-FFI E	QLI	SM	PANAS POS	PANAS NEG
OASIS	10.45 (4.49)	0 - 20	(0.87)	0.69**	0.57**	0.60**	0.43**	-0.30**	-0.57**	0.57**	-0.34**	0.49**
ODSIS	9.88 (5.14)	0 - 20	•	(0.94)	0.42**	0.68**	0.43**	-0.33**	-0.64**	0.58**	-0.48**	0.42**
BAI	26.81 (13.36)	0 - 63	•	•	(0.93)	0.53**	0.42**	-0.20**	-0.43**	0.41**	-0.20**	0.50**
BDI-II	27.60 (12.12)	0 - 63	•	•	•	(0.92)	0.50**	-0.40**	-0.69**	0.63**	-0.49**	0.53**
NEO-FFI N	31.64 (7.62)	0 - 48	•	•	•	•	(0.76)	-0.34**	-0.45**	0.43**	-0.33**	0.56**
NEO-FFI E	22.70 (8.01)	0 - 48	•	•	•	•	•	(0.81)	0.48**	-0.35**	0.46**	-0.19**
QLI	46.05 (16.06)	0 - 100	•	•	•	•	•	•	(0.87)	-0.64**	0.51**	-0.40**
SM	18.09 (6.33)	0 - 30	•	•	•	•	•	•	•	(0.83)	-0.36**	0.41**
PANAS-POS	20.72 (6.90)	10 - 50	•	•	•	•	•	•	•	•	(0.89)	-0.16**
PANAS-NEG	28.49 (8.72)	10 - 50	•	•	•	•	•	•	•	•	•	(0.89)

Note: OASIS: Overall Anxiety Severity and Impairment Scale; ODSIS: Overall Depression Severity and Impairment Scale; BAI: Beck Anxiety Inventory; BDI-II: Beck Depression Inventory; NEO-FFI N: NEO-Five-Factor Personality Inventory Neuroticism; NEO-FFI E: NEO-Five-Factor Personality Inventory Extraversion; QLI: Quality of Life Index; SM: Scale of Maladjustment; PANAS POS: Positive and Negative Affect Scale- Positive; PANAS NEG: Positive and Negative Affect Scale- Negative. Minimum and maximum scores correspond to direct scale scores. Scale reliability corresponds to the Cronbach's alpha coefficient and is presented in parentheses. * $p < .01$ ** $p < .001$

Model fit, internal consistency, convergent and discriminant validity, optimal cut-offs, and sensitivity to change of the OASIS

As reported in past research, the error variances of items 1 and 2 in the OASIS need to be correlated for adequate fit. This was also true in the present study. When item 1 and 2 were not correlated, a poor fit was revealed ($\chi^2 (5, 303) = 55.62, p < 0.001$; RMSEA = 0.183, 90% RMSEA = 0.141-0.228; CFI = 0.926; TLI = 0.853; SRMR = 0.054). When item 1 and 2 were correlated, as indicated in previous research (Campbell-Sills et al., 2009), the fit clearly improved ($\chi^2 (4, 303) = 2.49, p = 0.646$; RMSEA < 0.001, 90% RMSEA = <0.001-0.070; CFI = 1.000; TLI = 1.000; SRMR = 0.011). Factor loadings were between moderate and large and all significant at an alpha level of .001 (Table 3.1.3).

Table 3.1.3. Factor Loadings with the 5-Factor Model without Correlating the Error Variance for the OASIS

Item	Description	Factor loading	
		OASIS	ODSIS
1	Frequency of symptoms	0.62	0.82
2	Intensity of symptoms	0.68	0.81
3	Degree of avoidance/ loss of interest	0.68	0.90
4	Interference in work, school life	0.89	0.88
5	Interference in social life	0.86	0.86

In all cases, $p < .001$.

The analysis of internal consistency indicated good reliability of the OASIS ($\alpha = 0.87$). Table 3.1.2 also reports the results of the convergent and discriminant validity of the OASIS, as reflected by Pearson correlations.

With regard to convergent and discriminant validity, the OASIS correlated moderately both with the BAI ($r = 0.57, p < 0.001$), and the BDI-II ($r = 0.60, p < 0.001$). According to the results obtained with the *cocor R* package, both correlations were comparable in strength (the 95% CI for the difference includes zero: -0.0964, 0.0356). The OASIS and the ODSIS clearly correlated with each other ($r = 0.69, p < 0.001$). Taking the criterion validity of the OASIS, positively the scale correlated positively with a measure of neuroticism ($r = 0.43$), maladjustment ($r = 0.57$), and negative affect ($r = 0.49$), and were negatively associated with a measure of extraversion ($r = -0.30$), quality of life ($r = -0.57$), and positive affect ($r = -0.34$). All correlations were significant at an alpha level of 0.001.

The final analyses for the OASIS included an exploration of its optimal cut-off points, followed by an analysis of its sensitivity to change. In relation to the former, the ROC analysis (Figure 3.1.1) indicated an area under the curve of 0.83 when predicting moderate-to-severe anxiety as measured with the BAI (95% CI = 0.78, 0.88). We considered 10 to be the best cut-off point to discriminate between people who had moderate-to-severe anxiety symptoms and those with milder or no symptoms because of the good balance between sensitivity (0.75) and specificity (0.73). With this cut-off point, 74.9% of correct classifications were reached (Youden Index of 0.49). Positive and negative predictive values were 91.4% and 38.8%, respectively. Positive and negative likelihood ratios were 2.8 and 0.3, respectively.

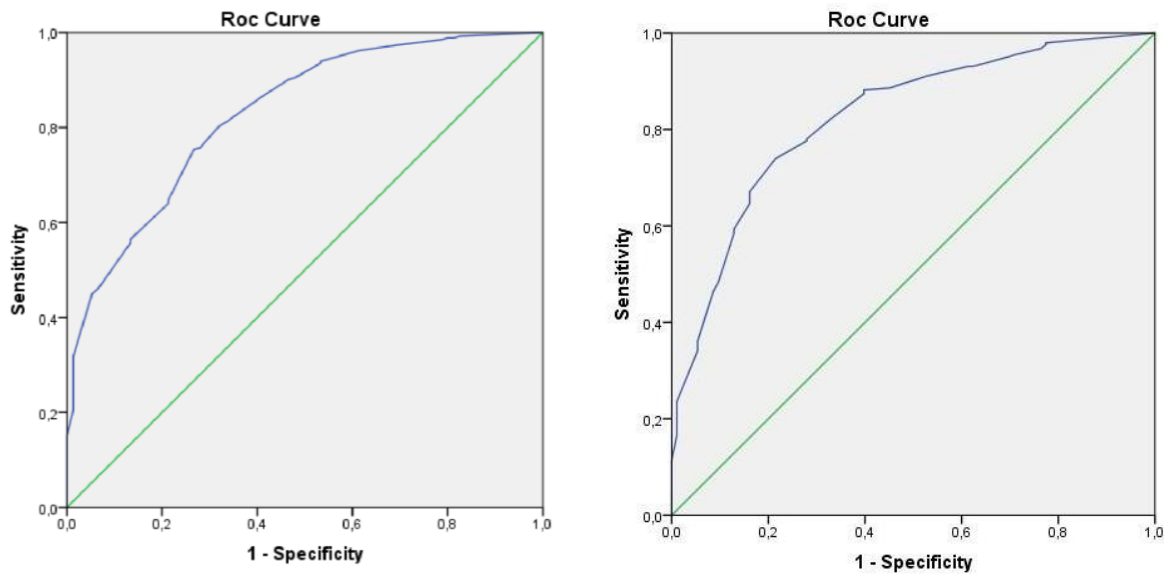


Figure 3.1.1. ROC curve for OASIS and ODSIS

The analysis of sensitivity to change ($n = 219$) revealed a correlation of 0.40 ($p < .001$) between the BAI and the OASIS. Cohen's d effect size was 0.50, showing moderate differences between assessments.

Model fit, internal consistency, convergent and discriminant validity, optimal cut-offs, and sensitivity to change of the ODSIS

Like in the OASIS, research with the ODSIS has indicated that the error variances of items 1 and 2 need to be correlated for adequate fit. We obtained the same results. Specifically, when item 1 and 2 were not correlated, a poor fit was obtained ($\chi^2(5, 303) = 55.27, p < 0.001$; RMSEA = 0.182, 90% RMSEA = 0.141-0.227; CFI = 0.957; TLI = 0.914; SRMR = 0.031). On the contrary, when item 1 and 2 were correlated, the fit clearly improved ($\chi^2(4, 303) = 2.46, p = 0.653$; RMSEA < 0.001, 90% RMSEA = <0.001-0.069; CFI = 1.000; TLI = 1.000; SRMR = 0.007). Factor loadings were large and significant at an alpha level of 0.001 (Table 3.1.3).

The results of the convergent and discriminant validity of the ODSIS are reported on Table 3.1.2. The ODSIS correlated moderately with the BDI-II ($r = 0.68$, $p < 0.001$) and weakly with the BAI ($r = 0.42$, $p < 0.001$). Different to the results obtained with the OASIS, the analyses indicated differences in strength between the aforementioned correlations (the 95% CI for the difference did not include zero: 0.1919, 0.3335). In the assessment of criterion validity, the ODSIS was found to positively correlate with a measure of neuroticism ($r = 0.43$), maladjustment ($r = 0.58$), and negative affect ($r = 0.42$), and were negatively associated with a measure of extraversion ($r = -0.33$), quality of life ($r = -0.64$), and positive affect ($r = -0.48$). All correlations were significant at an alpha level of 0.001.

We next explored the optimal cut-off value in the ODSIS to discriminate individuals with moderate-to-severe depressive symptoms in the BDI-II from those with milder or no symptoms. The ROC analysis indicated an area under the curve of 0.83 (95% IC = 0.78, 0.87). Again, a cut-off of 10 was considered to provide an adequate balance between sensitivity (0.74) and specificity (0.79). Using this cut-off score, 75.2% of individuals were correctly classified (Youden Index of 0.53). Positive and negative predictive values were 91.7% and 48.4%, respectively. Positive and negative likelihood ratios were 3.5 and 0.3, respectively. Finally, the analysis of sensitivity to change ($n = 219$) indicated a correlation of 0.56 ($p < 0.001$) between the BDI-II and the ODSIS. Cohen's d effect size is 0.73, showing moderate differences between both evaluations.

Discussion

This is the first study to explore the psychometric properties of the OASIS and ODSIS in a Spanish sample of patients diagnosed with ED in a specialized mental health setting, and, consequently, the contributions made are innovative and necessary.

The results regarding the internal structure of the OASIS and the ODSIS, as obtained with the CFA, are consistent with other studies and indicate that a one-factor structure for the five items has an optimal fit (Bentley et al., 2014; Bragdon et al., 2016; Campbell-Sills et al., 2008; Hermans et al., 2014; Ito et al., 2014; Ito et al., 2014; Moore et al., 2015; Norman et al., 2006; 2011; 2013).

The present study revealed that the influence of the covariance between Items 1 and 2 has to be taken into account when exploring the internal structure of the OASIS and the ODSIS, as noted in previous similar studies (Campbell-Sills et al., 2009). As revealed in the present investigation, the reason for this is that the absence of anxious or depressive symptoms (score of 0 on Item 1) unequivocally leads to a score of 0 on Item 2 (intensity), so the items are dependent on each other.

Data from the present study suggests that a cut-off point of 10 for both instruments results in the best rate of correct clinical/non-clinical classifications (72.5% of correct classifications in the OASIS and 75.2% in the ODSIS), which is different to the value proposed by some previous investigations (e.g., Hermans et al., 2014; Norman et al., 2013). Both validation studies proposed cut-offs of 5 in clinical samples, with 82.5% and 91% of correct classifications respectively. As noted by these authors, the different cut-off points proposed tend to be attributable to the particular characteristics of their samples (% of women and men, variety of EDs, and % comorbidity disorders in the sample, among others) and the setting where the studies were conducted (mental health settings or community services).

The previous might also explain why our recommended cut-off values are also higher than those indicated in a recent Spanish validation of the online version of the OASIS in a subclinical sample with ED, where a cut-off of 7.5 was proposed (González-Robles et al., 2018). These differences could be, at least partly, attributable to the differences in the samples and the evaluation methods used in the investigations (i.e., individuals who attended a University clinic online version of the questionnaire in the study by González-Robles, as opposed to patients who attended public mental health settings and answered to the questionnaires on a paper and pencil version in our study. In favor of this conclusion, we observed that anxiety and depressive symptoms were more severe in the present study when compared to the investigation by González-Robles and colleagues (2018). Specifically, mean scores in our sample were significantly higher in the OASIS ($t = 5.78, p < 0.001$), the ODSIS ($t = 6.21, p < 0.001$), the BAI ($t = 7.52, p < 0.001$), and the BDI-II ($t = 5.16, p < 0.001$) when compared to the aforementioned investigation in Spanish settings.

Because sample characteristics are important factors in the determination of cut-off scores, we will now discuss our findings in relation to investigations including a sample of outpatients presenting a primary diagnosis of ED, similar to the present study.

Our proposed cut-off point for the OASIS is the same as the one suggested by Bragdon et al., (2016), who with obtained a 76% of correct classifications with a cut-off of 10, and also close to the recommendation of Ito et al., (2015), who proposed a cut-off of 9 with 68% of correct classifications. Somewhat lower cut-off values have also been proposed, including the work of Campbell-Sills et al., (2009), Moore et al., (2015), and Norman et al., (2011), who recommended a cut-off point of 8 for the OASIS, with a percentage of correct classifications of 87%, 67%, and 78%, respectively. Regarding the ODSIS, our results are similar to those obtained by Bentley et al., (2014) and Ito et al., (2015), who recommended a cut-off point of 8 (82% correct classifications) and 11 (82.3% of correct classifications), respectively. What these different cut-off scores indicate is that validation and replication studies, such as the present, are important to increase the reliability of findings across settings and countries.

The Cronbach alphas of the two instruments (0.87 for OASIS and 0.94 for the ODSIS) demonstrate excellent internal consistency. These scores fall within the range ($0.80 \leq \alpha \leq 0.96$) observed in the literature (Bentley et al., 2014; Bragdon et al., 2016; Campbell-Sills et al., 2008; Hermans et al., 2014; Ito et al., 2014; Moore et al., 2015; Norman et al., 2006; 2011; 2013), suggesting that the items were well validated and adequately understood by this study participants.

Results on the convergent and discriminant validity of the OASIS and the ODSIS were also satisfactory. The correlations between both measures and the remaining instruments were significant and in the expected directions. At this stage, it is important to note that, contrary to our expectations, the OASIS did not correlate stronger with a measure of anxiety (BAI) than with the measure of depression (BDI-II). This result may be due to high rates of comorbidity between these two constructs (Brown and Barlow, 2009). However, the correlations between the ODSIS and the BDI-II and the BAI were consistent with our expectations (i.e., stronger for the BDI-II), so another possibility is that people with a primary diagnosis of an anxiety disorder perhaps did not meet criteria for a diagnosis of depression, but presented high scores on depression symptoms. In fact, comorbidity of symptoms in our sample was evident. For instance, note that the 209 participants (61.7% of the sample) who presented moderate or severe scores on the BAI, also presented moderate or severe scores on the BDI-II.

In the evaluation of sensitivity to therapeutic change, both changes in the OASIS and the ODSIS moderately correlated with changes with the BAI and the BDI-II, respectively. These findings suggest that both instruments can capture changes in anxious and depressive symptoms after cognitive-behavioral treatment. This analysis was also performed in the study of Norman et al., (2013) for the OASIS, with a sample of women who had been victims of partner violence. Their results also showed positive correlations with the reference measures, namely the Anxiety subscale of the Brief Symptom Inventory (BSI-18; Derogatis and Melisaratos, 1983) and the Clinician Administered Post-Traumatic Stress Disorder Scale for DSM-IV (CAPS; Blake et al., 1995). They found that the change scores in the OASIS correlated highly with change scores in both the CAPS ($r = 0.64, p < 0.01$) and the BSI-Anxiety ($r = 0.92, p < 0.001$). The authors noted that future studies should examine sensitivity to change of the measures in a sample that also included men and higher diagnostic variability, both of which we have addressed in the present study.

The present study is not without limitations. First, only a subsample of participants provided data for all assessment points, so the sensitivity to therapeutic change could only be calculated in a subset of participants. It would be interesting to replicate these analyses using a larger sample.

Another limitation is that the distribution of the sex was not homogeneous, as women were more frequently represented in the sample. While this might have influenced the present investigation results, it should be noted that the prevalence of women with ED is significantly higher than that of men (WHO, 2017), so the study findings are actually representative of the distribution of EDs in the general population and therefore might be useful for general practice. Another shortcoming was that inter-rater reliability of diagnoses could not be investigated.

This had implications, as the sensitivity to change could not be examined against diagnoses based on structured clinical interviews due to the inability to test their reliability. In addition, we were not able to analyze the test-retest reliability because all participants were enrolled in a research clinical trial about the efficacy and feasibility of the UP for transdiagnostic treatment of ED, which would affect the stability of scores (Osma et al., 2018). It is also important to note that the cut-off points for the OASIS and the ODSIS were calculated according to the established cut-offs for the BAI and BDI-II, as opposed to using a sample of healthy controls and instead of using a clinical-based criterion. While the BAI and the BDI-II are well-established screening tools, the possibility that these measures introduce some bias in diagnosis should not be ignored and the combination of self-reports and clinical-based criteria should be addressed in future research. Finally, the cut-offs proposed in this study are based on a sample of people seeking treatment for ED in a specialized mental care in Spain and included patients with a primary ED diagnosis, so the findings may not be generalizable to other settings.

Conclusions

This study adds to the growing literature supporting the validity of the OASIS and ODSIS as screening tools for anxiety and mood disorders. It also provides data about their sensitivity to change after a psychological treatment, which makes them useful tools to be included in routine care to rapidly assess the effectiveness of interventions. Additionally, this investigation provides further evidence for the utility of both scales in a new country, namely, Spain.

The validation of the OASIS and the ODSIS in Spanish offers large potential benefits to public health services. First, the OASIS and ODSIS are easily administered screening tools with adequate psychometric properties, allowing practitioners to detect, in just three minutes, individuals who present anxious or depressive symptomatology. In addition, because these scales do not require specialized training for their application, the OASIS and ODSIS may help family physicians to make important decisions, such as referring a person who needs specialized care. Into the case of mental health professionals working in specialized care, these scales can be useful to monitor the evolution of anxiety and depression symptoms over the course treatment in a quickly and easy way.

In conclusion, the OASIS and ODSIS have the potential to help improve patients' mental health on a scalable level, facilitating specialized, efficient, and prompt care for those who need it.

Conflict of Interest: The authors declare that they have no conflict of interest.

Ethical approval: This research was conducted with the approval of the ethics committee of all collaborating centers and all participants signed an informed consent prior to participation. All procedures performed in studies involving human participants were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards. This article does not contain any studies with animals performed by any of the authors.

Funding: Funding for the study was provided by the PI17/00320 project integrated in Plan Estatal de I+D+I 2013-2016 and co-funded by the "ISCIII-Subdirección General de Evaluación y Fomento de la investigación del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER). Otra manera de hacer Europa". The research team S31_17D have also received funds by Gobierno de Aragón (Departamento de Innovación, Investigación y Universidad), and FEDER "Construyendo Europa desde Aragón".

Contributors: All persons who met authorship criteria are listed as authors. All authors certify that they have participated sufficiently in the work to take public responsibility for the content, including participation in the concept, design, analysis, writing, or revision of the manuscript. All authors contributed to and approved the final manuscript.

Acknowledgements: We would like to thank all collaborating centers, all healthcare professionals, and all volunteers and participants that made this study possible.

Supplementary materials: Supplementary material associated with this article can be found, in the online version, at doi:10.1016/j.jad.2019.03.063.

Appendix 1

Both scales have been reprinted from Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., Murray, H., Ellard, K., Bullis, J., Cassiello-Robbins, C. (2018). Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders (2nded.) [Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (2.^a ed.), traducida por Jorge Osma y Elena Crespo)]. Madrid: Alianza Editorial, 2019.

Escala General de Gravedad e Interferencia de Ansiedad

Los siguientes ítems preguntan sobre ansiedad. Para cada ítem, rodee el número que mejor describa su experiencia durante la última semana.

1. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia te has sentido ansioso?

1. No me sentí ansioso durante la última semana.
2. Ansiedad infrecuente. Me sentí ansioso en algunos momentos.
3. Ansiedad ocasional. La mitad del tiempo me sentí ansioso y la otra mitad no. Me costó relajarme.
4. Ansiedad frecuente. Me sentí ansioso la mayor parte del tiempo. Me resultó muy difícil relajarme.
5. Ansiedad constante. Me sentí ansioso todo el tiempo y nunca llegué a relajarme.

2. Durante la última semana, cuando te sentiste ansioso, ¿cómo de intensa o grave fue tu ansiedad?

1. Poco o nada. La ansiedad estuvo ausente o casi no la noté.
2. Leve. La ansiedad fue de baja intensidad. Pude relajarme cuando lo intenté. Los síntomas físicos fueron solo un poco molestos.
3. Moderada. La ansiedad me generó malestar en algunos momentos. Me resultó difícil relajarme o concentrarme, pero pude hacerlo cuando lo intenté. Los síntomas físicos fueron molestos.
4. Severa. La ansiedad fue intensa la mayor parte del tiempo. Me resultó muy difícil relajarme o concentrarme en cualquier otra cosa. Los síntomas físicos fueron enormemente molestos.
5. Extrema. La ansiedad me sobrepasó. Me fue totalmente imposible relajarme. Los síntomas físicos fueron insoportables.

3. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia evitaste situaciones, lugares, objetos o actividades debido a tu ansiedad o miedo?

1. Ninguna. No evité lugares, situaciones, actividades o cosas por miedo.
2. Infrecuente. Evité algunas cosas de vez en cuando, pero por lo general me enfrenté a las situaciones u objetos. Mi estilo de vida no se vio afectado.
3. Ocasional. Tuve algo de miedo a ciertas situaciones, lugares u objetos, pero todavía pudo manejarlos. Mi estilo de vida sufrió pocos cambios. Siempre o casi siempre evité las cosas que me dan miedo si estaba solo, pero las pude manejar si alguien venía conmigo.

4. Frecuente. Tuve bastante miedo y realmente intenté evitar las cosas que me asustan. He hecho cambios significativos en mi estilo de vida para evitar objetos, situaciones, actividades o lugares.
5. Todo el tiempo. Evitar objetos, situaciones, actividades o lugares ha ocupado gran parte de mi vida. Mi estilo de vida se ha visto enormemente afectado y ya no hago cosas con las que solía disfrutar.

4. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la ansiedad en tu capacidad para hacer las cosas que necesitabas hacer en el trabajo, el colegio o en tu hogar?

1. Nada. La ansiedad no interfirió en mi trabajo/hogar/colegio.
2. Leve. La ansiedad me causó algo de interferencia en mi trabajo/hogar/colegio. Las cosas eran más difíciles, pero pude realizar todo lo que necesitaba hacer.
3. Moderada. La ansiedad definitivamente interfirió en mis tareas. He podido realizar la mayoría de las cosas, pero solo algunas las he hecho tan bien como en el pasado.
4. Severa. La ansiedad verdaderamente ha cambiado mi capacidad para hacer las cosas. Algunas cosas las he podido realizar, pero otras no. Mi rendimiento se ha visto definitivamente afectado.
5. Extrema. La ansiedad ha llegado a ser incapacitante. He sido incapaz de completar mis tareas y he tenido que irme del colegio, he dejado o me han despedido de mi trabajo o he sido incapaz de completar las tareas del hogar y he sufrido consecuencias como desalojos, cobradores de facturas, etc.

5. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la ansiedad en tu vida social y en tus relaciones?

1. Nada. La ansiedad no interfirió en mis relaciones.
2. Leve. La ansiedad apenas interfirió en mis relaciones. Algunas de mis amistades y otras relaciones se han visto afectadas, pero en conjunto mi vida social sigue siendo satisfactoria.
3. Moderada. La ansiedad interfirió algo en mi vida social, pero sigo teniendo algunas relaciones cercanas. No paso tanto tiempo con otros como en el pasado, pero sigo teniendo relaciones sociales algunas veces.
4. Severa. Mis amistades y otras relaciones se han visto muy afectadas a causa de mi ansiedad. No disfruto de las actividades sociales. Tengo muy pocas relaciones sociales.
5. Extrema. La ansiedad ha alterado completamente mis actividades sociales. Todas mis relaciones se han visto afectadas o han finalizado. Mi vida familiar es extremadamente tensa.

Puntuación total: _____

Escala General de Gravedad e Interferencia de Depresión

Los siguientes ítems preguntan sobre depresión. Para cada ítem, rodee el número que mejor describa su experiencia durante la última semana.

1. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia te has sentido deprimido?

1. No me sentí deprimido durante la última semana.
2. Depresión infrecuente. Me sentí deprimido en algunos momentos.
3. Depresión ocasional. La mitad del tiempo me sentí deprimido y la otra mitad no.
4. Depresión frecuente. Me sentí deprimido la mayor parte del tiempo.
5. Depresión constante. Me sentí deprimido todo el tiempo.

2. Durante la última semana, cuando te sentiste deprimido, ¿cómo de intensa o grave fue tu depresión?

1. Poco o nada. La depresión estuvo ausente o casi no la noté.
2. Leve. La depresión fue de baja intensidad.
3. Moderada. La depresión me generó malestar en algunos momentos.
4. Severa. La depresión fue intensa la mayor parte del tiempo.
5. Extrema. La depresión me sobrepasó.

3. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia tuviste dificultad para realizar o interesarte en actividades que normalmente disfrutas debido a tu depresión?

1. Ninguna. No tuve dificultades para realizar o interesarme en actividades que normalmente disfruto debido a la depresión.
2. Infrecuente. Algunas veces tuve dificultades para realizar actividades o interesarme en actividades que normalmente disfruto, debido a la depresión. Mi estilo de vida no se vio afectado.
3. Ocasional. Tuve algunas dificultades para realizar actividades o interesarme en actividades que normalmente disfruto, debido a la depresión. Mi estilo de vida sufrió pocos cambios.
4. Frecuente. Tuve bastantes dificultades para realizar actividades o interesarme en actividades que normalmente disfruto, debido a la depresión. He realizado cambios significativos en mi estilo de vida por no poder interesarme en actividades que solía disfrutar.
5. Todo el tiempo. No he podido participar o interesarme en actividades que normalmente disfruto, debido a la depresión. Mi estilo de vida se ha visto enormemente afectado y ya no hago cosas que solía disfrutar.

4. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la depresión en tu capacidad para hacer las cosas que necesitabas hacer en el trabajo, el colegio o en tu hogar?

1. Nada. La depresión no interfirió en mi trabajo/hogar/colegio.
2. Leve. La depresión me causó algo de interferencia en mi trabajo/hogar/colegio. Las cosas fueron más difíciles, pero pude realizar todo lo que necesitaba hacer.
3. Moderada. La depresión definitivamente interfirió en mis tareas. He podido realizar la mayoría de las cosas, pero solo algunas las he hecho tan bien como en el pasado.

4. Severa. La depresión verdaderamente ha interferido en mis tareas. Algunas tareas las he podido realizar, pero muchas otras no. Mi rendimiento se ha visto definitivamente afectado.
5. Extrema. La depresión ha llegado a ser incapacitante. He sido incapaz de completar mis tareas y he tenido que irme del colegio, he dejado o me han despedido de mi trabajo o he sido incapaz de completar las tareas del hogar y he sufrido consecuencias como desalojos, cobradores de facturas, etc.

5. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la depresión en tu vida social y en tus relaciones?

1. Nada. La depresión no interfirió en mis relaciones.
2. Leve. La depresión apenas interfirió en mis relaciones. Algunas de mis amistades y otras relaciones se han visto afectadas, pero en conjunto mi vida social sigue siendo satisfactoria.
3. Moderada. La depresión ha interferido algo en mi vida social, pero sigo teniendo algunas relaciones cercanas. No paso tanto tiempo con otros como en el pasado, pero sigo manteniendo relaciones sociales algunas veces.
4. Severa. Mis amistades y otras relaciones se han visto muy afectadas a causa de mi depresión. No disfruto de las actividades sociales. Tengo muy pocas relaciones sociales.
5. Extrema. La depresión ha alterado completamente mis actividades sociales. Todas mis relaciones se han visto afectadas o han finalizado. Mi vida familiar es extremadamente tensa.

Puntuación total: ____

References

- American Psychiatric Association., 1994. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth ed.* Author, Washington, DC.
- Barlow, D.H., 1991. Disorders of emotion. *Psychol. Inq.* 2, 58–71.
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B., Ehrenreich-May, J. (2015). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales: Manual del terapeuta y manual del paciente* [The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook and Therapist guide], 2015. Alianza Editorial, Madrid (Orig., 2011).
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., SauerZavala, S., ...Ametaj, A., 2017. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA*.74, 875-884.
- Barlow, D.H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T.J., Murray, H., Ellard, K., Bullis, J., Cassiello-Robbins, C., 2018. *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders, Second ed.* Oxford University Press
- Beck, A. T., Steer, R., 1993. *Beck Anxiety Inventory manual.* Psychological Corporation, San Antonio, TX.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G.K., 1996.*Manual for the Beck Depression Inventory-II.* Psychological Corporation, San Antonio, TX.
- Bentley, K. H., Gallagher, M. W., Carl, J. R., Barlow, D. H., 2014.Development and validation of the Overall Depression Severity and Impairment Scale. *Psychol Assess.* 26, 815–830. <https://doi.org/10.1037/a0036216>
- Blake D.D., Weathers F.W., Nagy L.M., Kaloupek D.G., Gusman F.D., Charney D.S., Keane, T.M., 1995.The development of a clinician-administered PTSD scale. *J. Trauma Stress.* 8, 75-90.
- Botella, C.,Ballester, R., 1997.*Trastorno de pánico, evaluación y tratamiento [Panicdisorder, evaluation and treatment]*.Martínez Roca, Barcelona.
- Bragdon, L. B., Diefenbach, G. J., Hannan, S.,Tolin, D. F., 2016.Psychometric properties of the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) among psychiatric outpatients. *J. Affect. Disord.* 201, 112–115. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.005>
- Brown, T. A., Barlow, D. H., 2009. A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV Anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychol Assess.* 21, 256–271. <https://doi.org/10.1037/a0016608>
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., Barlow, D. H., 1994. *Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV).Adult and Lifetime version.* Clinical Manual.Psychological Corporation, San Antonio, TX.

- Brown, T.A., Di Nardo, P.A., Lehman, C.L., Campbell, L.A., 2001. Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for the classification of emotional disorders. *J. Abnorm. Psychol.* 110, 49–58. <https://doi.org/10.1037//0021-843X.110.1.49>
- Bullis, J.R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K.H., Thompson-Hollands, J., Carl, J.R., Barlow, D.H., 2015. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behav Modif* 39, 295–321.
- Campbell-Sills, L., Norman, S. B., Craske, M. G., Sullivan, G., Lang, A. J., Chavira, D. A., Stein, M.B., 2009. Validation of a brief measure of anxiety-related severity and impairment: the Overall Anxiety Sensitivity and Impairment Scale (OASIS). *J. Affect. Disord.* 112, 92–101. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.03.014>
- Cano-Vindel, A., Salguero, J. M., Mae Wood, C., Dongil, E., LatorrePostigo, J. M., 2012. La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento [Depression in primary care: Prevalence, diagnosis, and treatment]. *Papeles del Psicólogo*. 33, 2–11.
- Castro-Rodríguez, J. I., Olariu, E., Garnier-Lacueva, C., Martín-López, L. M., Pérez-Solà, V., ...Insa, I., 2015. Diagnostic accuracy and adequacy of treatment of depressive and anxiety disorders: A comparison of primary care and specialized care patients. *J. Affect. Disord.* 172, 462–471. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.020>
- Chueca, I. M., María, M. P., Bayo, I. G., Durán, E. C., Vila, M. S., Blanco, A. S., 2003. ¿Cómo derivamos a salud mental desde atención primaria? *Atención Primaria*. 32(9), 524-530. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)70782-3](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)70782-3)
- Costa, P. T., McCrae, R. R., 1999. *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)*. TEA Ediciones, Madrid.
- Derogatis, L.R., Melisaratos, N., 1983. The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychol Med.* 13, 595-605.
- Diedenhofen, B., Musch, J. 2015. cocor: A Comprehensive Solution for the Statistical Comparison of Correlations. *PLoS ONE*. 10(4): e0121945. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0121945>
- Echeburúa, E., Corral, P., Fernández-Montalvo, J., 2000. Maladjustment Inventory (MI): Psychometric properties in clinical contexts. *Análisis y Modif. Conduct.* 26, 325–340.
- Ferrans, C., Powers, M., 1985. Quality of Life Index: Development and psychometric properties. *Adv. Nurs. Sci.* 8, 15-24.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B., 1997. *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis I Disorders (SCID-I)*. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., 1999. *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, Versión Clínica (SCID-I-VC) [Structured clinical Interview for Axis I disorders of the DSM-IV, clinical version]*. Masson, Barcelona.

- Gabilondo, A., Rojas-Farreras, S., Rodriguez, A., Fernandez, A., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., ... Alonso, J., 2011. *Use of primary and specialized mental health care for a major depressive episode in Spain by ESEMeD respondents*. *Psychiatr. Serv.* (Washington, DC) 62, 152.
- González, N. L., Sarriés, A. G., de Jalón Aramayo, E. G., Urra, E. L., 2008. Concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental [Diagnosis agreement between primary care and mental health]. *Atención primaria*. 40(6), 285-289. <https://doi.org/10.1157/13123680>
- Gonzalez-Robles, A., Mira Pastor, A., Miguel Sanz, C., Molinari, G., Diaz-Garcia, A., Garcia-Palacios, A., ... Botella, C., 2018. A brief online transdiagnostic measure: Psychometric properties of the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) among Spanish patients with emotional disorders. *PLoS ONE* 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206516>.
- Gutierrez-Fraile, M., Garcia-Calvo, C., Prieto, R., Gutierrez-Garitano, I., 2011. Mental disorders in psychiatric outpatients in Spain. *Actas Esp Psiquiatr* 39, 349-355.
- Hermans, M., Korrelboom, K., Visser, S., 2014. A Dutch version of the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS): Psychometric properties and validation. *J. Affect. Disord.* 172, 127-132. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.033>
- Hu, L., Bentler, P. M., 1999. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struc. Equ. Model. A Multidiscip. J.* 6(1), 1-55. <http://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- IBM Corp, n.d. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0*.
- Ito, M., Bentley, K. H., Oe, Y., Nakajima, S., Fujisato, H., Kato, N., ...Barlow, D. H., 2015. Assessing depression-related severity and functionalimpairment(warning): The Overall Depression Severity and Impairment Scale (ODSIS). *PLoS ONE*. 10, 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122969>
- Ito, M., Oe, Y., Kato, N., Nakajima, S., Fujisato, H., Miyamae, M., ...Norman, S. B., 2014. Validity and clinical interpretability of the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *J. Affect. Disord.* 170, 217-224. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.045>
- Martin-Jurado, A., de la Gandara Martin, J.J., Castro Carbajo, S., Moreira Hernandez, A., Sanchez-Hernandez, J., 2012. Analisis de concordancia de las derivaciones de atencion primaria a salud mental. *Semergen* 38, 354-359. <https://doi.org/10.1016/j.semERG.2011.12.005>.
- Mezzich, J. E., Ruipérez, M. A., Pérez, C., Yoon, G., Liu, J., Mahmud, S., 2000. The Spanish version of the Quality Of Life Index: Presentation and validation. *J. Nerv. Ment. Dis.* 188, 301-305.

- Moore, S. A., Welch, S. S., Michonski, J., Poquiz, J., Osborne, T. L., Sayrs, J., Spanos, A., 2015. Psychometric evaluation of the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) in individuals seeking outpatient specialty treatment for anxiety-related disorders. *J. Affect. Disord.* 175, 463–470. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.041>
- Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., González-Blanch, C.,...Dongil-Collado, E., 2017. Modelo jerárquico de diagnóstico y derivación de los trastornos mentales comunes en centros de atención primaria. Una propuesta a partir del ensayo clínico PsicAP [Hierarchical model of diagnosis and referral of common mental disorders in primary care. A proposal from the PsicAP clinical trial]. *Ansiedad y Estrés.* 23, 124–129. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.002>
- Muthén, L. K., Muthén, B. O., 1998. *Mplus User's Guide, sixth ed.* Muthén & Muthén, Los Angeles, CA.
- Norman, S. B., Allard, C. B., Trim, R. S., Thorp, S. R., Behrooznia, M., Masino, T. T., Stein, M. B., 2013. Psychometrics of the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) in a sample of women with and without trauma histories. *Arch. Women's Ment. Heal.* 16, 123–129. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0325-8>
- Norman, S. B., Campbell-Sills, L., Hitchcock, C. A., Sullivan, S., Rochlin, A., Wilkins, K. C., Stein, M. B., 2011. Psychometrics of a brief measure of anxiety to detect severity and impairment: The Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *J. Psychiatr. Res.* 45, 262–268. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.06.011>
- Norman, S. B., Cissell, S., Means-Christensen, A. J., Stein, M. B., 2006. Development and validation of an Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Depress. Anxiety.* 23, 245–249. <https://doi.org/10.1002/da.20182>
- Osma, J., Castellano, C., Crespo, E., García-Palacios, A., 2015. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in a Spanish public mental health setting. *Behav. Psychol.* 23, 447–466.
- Osma, J., Suso-Ribera, C., García-Palacios, A., Crespo-Delgado, E., Robert-Flor, C., Sánchez-Guerrero, A., ... y Torres-Alfosea, M. Á. (2018). Efficacy of the unified protocol for the treatment of emotional disorders in the Spanish public mental health system using a group format: study protocol for a multicenter, randomized, non-inferiority controlled trial. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16, 1–10. <http://doi.org/10.1186/s12955-018-0866-2>
- Rogers, R., 2001. *Handbook of diagnostic and structured interviewing.* Guilford Press, New York, NY.
- Ruiz-Rodríguez, P., Cano-Vindel, A., Navarro, R. M., Medrano, L., Moriana, J. A., Aguado, C. B.,...Grupo de Investigación PsicAP., 2017. Impacto económico y carga de los trastornos mentales comunes en España: Una revisión sistemática y crítica [Economic impact and burden of common mental disorders in Spain: A systematic and critical review]. *Ansiedad y Estrés.* 23, 118–123. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.003>

- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., Valiente, R. M., 1999. PANAS Positive and Negative Affect Schedule: Factorial validation and transcultural convergence. *Psicothema*. 11, 37–51.
- Sanz, J., 2014. Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica [Recommendations for the use of the Spanish adaptation of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in clinical practice]. *Clínica y Salud*. 25(1), 39-48. <http://dx.doi.org/10.5093/cl2014a3>
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., Vázquez, C., 2005. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos [Spanish adaptation of the Beck-II Depression Inventory (BDI-II): 3. Psychometric properties in patients with psychological disorders]. *Clínica y Salud*. 16, 121–142.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Fortún, M., 2012. El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos [The Beck Anxiety Inventory (BAI): Psychometric properties of the Spanish version in patients with psychological disorders]. *Psicol. Conductual*. 20, 563.
- Sanz, J., Navarro, M. E., 2003. Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios [Psychometric properties of a Spanish version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in college students]. *Ansiedad y Estrés*. 9, 59–84.
- Sanz, J., Perdigón, A. L., Vázquez, C., 2003. The Spanish adaptation of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II): 2. Psychometric properties in the general population. *Clínica y Salud*. 14, 249–280.
- Shear, M. K., Rucci, P., Williams, J., Frank, E., Grochocinski, V., Bander Bilt, J., ... Wang, T., 2001. Reliability and validity of the Panic Disorder Severity Scale: Replication and extension. *J. Psychiatry Res*. 35, 293-296.
- Watson, D., Clark, L. A., Tellegen, A., 1988. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *J. Pers. Soc. Psychol*. 54, 1063–1070.
- World Health Organization., 2017. *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Author, Geneva, Switzerland.
- Zweig, M. H., Campbell, G., 1993. Receiver-operating characteristic (ROC) plots: A fundamental evaluation tool in clinical medicine. *Clin. Chem*. 39, 561–577.

3.2. Spanish Adaptation of the Overall Anxiety and Depression Severity and Impairment Scales in University Students

Osma, J.^{1,2*}, Martínez-Loredo, V.^{1,2}, Díaz-García, A.^{1,2}, Quilez-Orden, A.^{1,2,3}, & Peris-Baquero, O.^{1,2}

¹Departamento de Psicología y Sociología, Universidad de Zaragoza, Teruel, Spain;

²Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón, Zaragoza, Spain;

³Unidad de Salud Mental Moncayo, Tarazona, Spain

Abstract

The lifetime prevalence of Emotional Disorders in Spain is 4.1% for anxiety and 5.2% for depression, increasing among university students. Considering the scarcity of screenings with adequate psychometric properties, this study aims to explore the validity evidence of the Overall Anxiety/Depression Severity and Impairment Scales (OASIS and ODSIS). A total of 382 university students from the general population were assessed on anxiety and depressive symptoms, as well as quality of life. The one-dimensional structure of both the OASIS and ODSIS explained 87.53% and 90.60% of variance, with excellent internal consistency ($\alpha = 0.94$ and 0.95 , respectively) and optimal cut-offs of 4 and 5, respectively. Both scales show a significant moderate association with other measures of anxiety, depression and quality of life. The OASIS and ODSIS have shown good reliability and sound validity evidence that recommend their use for the assessment and early detection of anxiety and depressive symptoms, and associated quality of life impairment in Spanish youth.

Keywords: Transdiagnostic; Psychometric properties; Depression; Anxiety; Spanish University Students.

Introduction

As anxiety, depressive and related disorders entail frequent and intense negative emotions, aversive reactions to the emotional experience and a tendency to dampen, or escape from / avoid it [1], they are referred to as emotional disorders (EDs). In Spain, the lifetime prevalence for anxiety and depressive disorders has been estimated at 4.1% and 5.2%, respectively [2]. EDs are also highly disabling [3] and have been associated with, among others, functional impairment and poorer quality of life [4].

Most psychological problems usually appear at ages 15-24 [5]. The incidence and prevalence of EDs in young people are increasing, with depressive disorders being the dominant health problem [6]. The university period is considered highly stressful because students have to adjust themselves to a different environment and to cope with various stressors such as lifestyle changes [7] that can affect social relationships, academic and work performance [8, 9], and quality of life [10]. All these factors may increase the risk for psychological distress [11, 12] and mental disorders [7]. Therefore, the university context can have a negative impact on the psychological and emotional well-being of university students [13]. Likewise, it is important to consider that the presence of mental health disorders may be negatively associated and impact some university-related outcomes or academic functioning [14].

Evidence suggests that university students present higher rates of EDs in comparison with non-students in the same age range [15] and adult population [16, 17]. Furthermore, EDs among university students are closely associated with other disorders such as substance abuse, personality disorders or suicide attempts [18]. Thus, the early detection of EDs in this population is crucial to shorten the duration of possible episodes of depression and/or anxiety and to avoid functional impairment in the long term [19]. In this regard, the development and validation of rigorous assessment instruments for EDs is an essential task for researchers and clinicians involved in the assessment, prevention and treatment.

Until now, different screening instruments have been designed to assess depression [20–22] and anxiety disorders [23–25] with good psychometric properties. However, these scales are not designed to capture the severity and impairment of these disorders, regardless of the specific disorder suffered by the patients [26, 27], but rather to quantify presence and/or severity of restricted categories of symptoms, under the assumption that the frequency of symptoms relates to the severity of the disorder.

In addition, the use of brief instruments to assess multiple anxiety disorders provides a more efficient way to collect data compared to longer scales [28], which may be more useful in public clinical settings.

The Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS [29]) and the Overall Depression Severity and Impairment Scale (ODSIS [30]) were developed to overcome the constraints of the existing tools by (1) assessing transdiagnostic symptoms related to anxiety and depressive symptoms, and multiple domains of clinical severity including functional impairment; (2) assessing the severity of anxiety and depression, regardless of the specific disorder suffered by the patients [26, 27]; and (3) be brief (five items each, administered in 2-3 min) and ease to use, which facilitates obtaining relevant data in a more efficient way and allows the monitoring of symptoms repeatedly throughout a treatment due to its brevity [31]. Both scales are being used increasingly in different countries (OASIS [29, 32–35]) and (ODSIS [30, 35, 36]) and have shown excellent internal consistency (i.e., between 0.80 and 0.94). Different cut-off points have been found in both scales in clinical samples, the ones found for the OASIS has ranged from 5 to 10 [26, 33, 37–41] and for the ODSIS, from 5 to 11 [38, 42]. The ROC curve analysis has been also used in a recent study in a community sample showing a cut-off point of 15 for the OASIS and 12 for the ODSIS [35]. Among the studies that have included a sample composed of clinical and non-clinical samples or students, the analysis of the ROC curve for both scales has been performed only with the subsample of clinical participants [30, 32, 36, 43]. One study explored the psycho-metric properties of the OASIS in a sample of students without performing the ROC curve analysis [34]. In Spain, although both questionnaires have been validated in clinical samples in both paper-and-pencil [38] and online version [37, 42], their psychometric properties have not yet been examined in nonclinical samples.

The present study investigates the psychometric properties of the Spanish version of the OASIS and ODSIS in a sample of nonclinical university students. Specifically, the main objectives of this study were: (a) to examine the internal structure of both scales; (b) to calculate the internal consistency of both questionnaires; (c) to assess their relationships with other related and unrelated variables; and (d) to obtain cut-off scores to provide appropriate parameters for using the OASIS and ODSIS as screening tools. The precision of both questionnaires was also explored using Item Response Theory (IRT) models.

Materials and Methods

Participants

From a total sample of $N = 571$ participants currently studying at different Spanish universities, 189 were excluded for not having correctly completed the entire evaluation battery and 4 for being under psychological treatment (see Table 3.2.1 for sociodemographic characteristics). The final sample comprised 378 participants (84.90% women; $Mage = 22.71$ years old, $SD = 5.47$, range = 18-55).

Table 3.2.1. Socio-demographic characteristics of the participants.

Socio-demographic characteristics	<i>n</i>	%
Marital status		
Single	256	67.7
Married or with a partner	117	31
Divorced	5	1.3
Employment situation		
Not active (retired, unemployed, on sick leave)	256	67.7
Active	122	32.3
Ongoing university studies		
Psychology	211	55.8
Master in General Health Psychology	52	13.8
Doctorate	26	6.9
Nursing	19	5.0
Teacher training	14	3.7
Medicine	9	2.4
Other	47	12.4
Past psychological treatment		
No	252	66.7
Yes	126	33.3

The following inclusion criteria in the study were followed: (1) being over 18 years of age; (2) being a student at a university in Spain; (3) speaking Spanish fluently, and (4) understanding and accepting the contents of the informed consent, expressed by signing it. There were no additional exclusion criteria.

Instruments

Socio-demographic data. Participants were asked about sex, age, marital status, level of studies achieved, employment situation, university in which they are currently studying, career or studies that they are currently studying, and past and current psychological treatments.

The EuroQol [44, 45] is a generic instrument that evaluates health-related quality of life. It has five dimensions (mobility, personal care, daily activities, pain, and anxiety/depression), and each of them has three levels of severity (no problems, some problems or moderate problems and serious problems). Additionally, it has a visual analog scale (VAS) that shows the general state of health perceived through a “thermometer” scale ranging from 0 (the worst imaginable state of health) to 100 (the best imaginable health). In the present study, only the VAS was used so Cronbach's alpha cannot be calculated. We will refer to this variable as VAS-EuroQol.

The Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21; [46, 47]) evaluates dimensions of Stress, Anxiety and Depression. It consists of 21 items whose response format is a Likert-type scale with four response options from 0 (Nothing applicable to me) to 3 (Very applicable to me, or applicable most of the time). Of this scale, the 14 items of the anxiety and depression subscales have been used, so throughout this article we will refer to it as DASS-14. In the present sample, Cronbach's alpha for the depression subscale was 0.89, and for the Anxiety subscale was 0.82.

The Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS; [29, 38]) evaluates severity and impairment associated with anxiety symptoms. It consists of 5 items whose response format is a Likert-type scale with five response options from 0 (I did not feel anxious / little or nothing / none) to 4 (constant anxiety / extreme / all the time).

The Overall Depression Severity and Impairment Scale (OASIS; [30, 38]) assesses severity and impairment in the context of depressive symptoms. It consists of 5 items whose response format is a Likert-type scale with five response options from 0 (I did not feel depressed / little or nothing / none) to 4 (constant depression / extreme / all the time).

Procedure

The study was carried out at the University of Zaragoza using the Qualtrics platform v2.16 (Qualtrics, Provo, UT, USA) [48] for sample collection and application of the evaluation battery. The snowball sampling method was used. The survey was disseminated through instant messaging applications, social networks and advertisements in faculties from different universities in Spain. The message requested participation in the study as well as the dissemination of the message among acquaintances who were also students from different Spanish universities.

Participation was voluntary and without financial reward. When the platform link was opened by the participant, the informed consent document appeared and, after approving it, the evaluation battery began (taking approximately 15 min to complete). All the information recruited was anonymous, and alphanumeric codes were used to preserve the data handling. The study has the approval of the Research and Ethics Committee of the Health Research Institute of Aragon (No. CP.-C.I. PI20/053). The Spanish adaptation of the original scales followed the International Test Commission recommendations [49] (see the description of the method at [38]).

Data Analysis

The factorial structure of both questionnaires was examined using exploratory (EFA) and confirmatory (CFA) factor analyses. The total sample was randomly split into two subsamples. The first subsample ($n = 189$) was used to perform the EFAs (unweighted least squares estimator (ULS) extraction method). The optimal implementation of Parallel Analysis [50] (random resampling operations $n = 1000$) was used to determine the optimum number of factors. Goodness of fit were examined through the goodness of fit index (GFI) and the root mean square of the residuals (RMSR) using the following cut-offs: $GFI \geq 0.95$, and $RMSEA$ and $RMSR \leq 0.08$ [51]. The unidimensional congruence (UniCo), the explained common variance (ECV) and the mean of item residual absolute loadings (MIREAL) were used to examine unidimensionality of both questionnaires using the following cut-offs: $UniCo > 0.95$, $ECV > 0.85$ or $MIREAL < 0.30$ [52].

Cross-validations were performed in the second subsample ($n = 189$) using CFAs with the diagonally weighted least squares (WLSMV) as the estimation method. Goodness of fit was examined via CFI (cut-off ≥ 0.95) and χ^2/df (cut-off < 5).

The reliability of both questionnaires was estimated using Cronbach's alpha and McDonald's omega on the polychoric correlation matrix. Pearson correlations were performed between the total scores of both the OASIS and the ODSIS, the DASS-14 and the EuroQoL. To provide useful clinical information, a Receiver Operating Curve (ROC) for each questionnaire was used to determine the optimum cut-off point that maximizes both sensitivity and specificity in depressive and anxiety symptomatology.

The 75th percentile of the anxiety and depressive subscales of the DASS-14 were used as the validity criterion of the OASIS (DASS-Anxiety score = 5) and ODSIS (DASS-Depression score = 6), respectively. Similar threshold has been suggested by previous studies on adolescents and young adults from the general population [53, 54]. The questionnaires' cut-offs were determined using the Youden Index, as per the following formula, where S represents the sensitivity and Sp the specificity:

$$Y = S + Sp - 1$$

Lastly, the Information Functions of both questionnaires were calculated using the Samejima's Graded Response Model within the IRT framework [55]. Data analyses were performed by means of FACTOR v10.10.03 [56], Mplus v8 [57], SPSS v26.0 [58] and IRTPRO v4.2 [59].

Results

Descriptive Data

The OASIS and ODSIS total scores had a mean of 3.92 ($SD = 4.13$) and 2.79 ($SD = 4.06$), respectively. Due to the Kolmogorov-Smirnov test's sensitivity to larger sample sizes, normality was examined using skewness (S) and kurtosis (K) values lower than 2 and 7, respectively [60]. Despite some skewness, both total scores (OASIS: $S = 1.12$, $K = 0.72$; ODSIS: $S = 1.39$, $K = 1.09$) exhibited normal distributions. There were no significant differences between sexes in either the OASIS (males: $M = 4.50$, $SD = 4.32$; females: $M = 3.81$, $SD = 4.09$; $t(375) = -1.159$, $p = 0.247$) or ODSIS (males: $M = 3.34$, $SD = 4.90$; females: $M = 2.91$, $SD = 3.90$; $t(67.70) = -0.618$, $p = 0.539$).

Validity evidence based on OASIS internal structure

In the case of the OASIS, the Kaiser-Meyer-Olkin test (index = 0.870), the Bartlett Sphericity test ($\chi^2_{(10)} = 834.3$, $p < 10^{-7}$) and the goodness of fit indices (GFI = 0.998; RMSR = 0.045) suggested the adequacy of analysis and the model fit. The results also suggested a unidimensional structure (UniCo = 0.997; ECV = 0.937; MIREAL = 0.213) with 87.53% of explained variance (See Table 3.2.2). The CFA results in the second sample were not entirely satisfactory ($\chi^2/df = 7.89$, CFI=0.937; RMSEA = 0.000, 95% Confidence Interval (CI) = 0.000-0.095). Thus, and with the aim of improving the model fit, the parameters from correlations between the errors of items 1 and 2 were released. The new results supported the above mentioned unidimensionality ($\chi^2/df = 0.718$, CFI = 0.999).

Table 3.2.2. OASIS factor loadings, discrimination indices and discrimination parameter a .

Items	Loading	DI	a
1.	0.893	0.808	4.15
2.	0.863	0.787	3.80
3.	0.832	0.721	2.77
4.	0.853	0.752	3.07
5.	0.888	0.797	3.90

Note. DI: discrimination index items; a: IRT parameter a .

Validity evidence based on ODSIS internal structure

The Kaiser-Meyer-Olkin test (index = 0.894), the Barlett Sphericity test ($\chi^2_{(10)} = 916.5$, $p < 10^{-7}$) and the goodness of fit indices (GFI = 0.999; RMSR = 0.028) also suggested the model adequacy for the ODSIS. Unidimensionality statistics suggested a unidimensional structure (UniCo = 0.996; ECV = 0.941; MIREAL = 0.190) with 90.60% of explained variance as indicated by the Parallel Analysis (See Table 3.2.3). The internal structure was cross-validated in the second subsample, as shown by the overall goodness of fit criteria from the CFA ($\chi^2/df = 4.392$, CFI = 0.955; but RMSEA = 0.134, 95%CI = 0.080-0.194).

Table 3.2.3. ODSIS factor loadings, discrimination indices and discrimination parameter α .

Items	Loading	DI	α
1.	0.859	0.802	3.85
2.	0.885	0.839	4.56
3.	0.888	0.810	4.01
4.	0.931	0.866	5.38
5.	0.865	0.820	4.29

Note. DI: discrimination index items; α : IRT parameter α .

Reliability

Both OASIS and ODSIS showed excellent reliability as estimated by the ordinal Cronbach's alpha ($\alpha = 0.94$ and 0.95 , respectively) and McDonald's omega ($\omega = 0.94$ and 0.97 , respectively). Discrimination indices of the OASIS items were over 0.83 (see Table 3.2.2) and those from the ODSIS were over 0.86 (see Table 3.2.3).

Validity evidence based on relationships with other variables

Pearson zero-order correlations between the OASIS, the ODSIS, the DASS-14 and the VAS-EuroQoL are shown in Table 3.2.4.

Table 3.2.4. Correlations between OASIS, ODSIS, DASS-14-A, DASS-14-D and VAS-EuroQoL.

	2	3	4	5
1. OASIS	0.653*	0.663*	0.599*	-0.338*
2. ODSIS	1	0.510*	0.738*	-0.401*
3. DASS-14-A		1	0.616*	-0.304*
4. DASS-14-D			1	-0.381*
5. VAS-EuroQoL				1

Note. OASIS: Overall Anxiety Severity and Impairment Scale; ODSIS: Overall Depression Severity and Impairment Scale; DASS-14-A: Anxiety subscale of the Depression, Anxiety and Stress Scales-14; DASS-14-D: Depression subscale of the Depression, Anxiety and Stress Scales-14; VAS-EuroQoL: Visual Analogue Scale of European version of the Quality of Life questionnaire. * $p < .001$.

All questionnaires were significantly and positively correlated with the only exception of the VAS-EuroQoL, which was negatively correlated with the other measures. The OASIS and the ODSIS total scores presented associated variances with the respective DASS-14 subscales of 43.96% and 54.46%. In relation to quality of life, the associated variance of the OASIS was 11.42% and for the ODSIS was 16.08%.

Both OASIS and ODSIS offered a good discrimination of individuals reporting anxiety and depressive symptomatology, according to the ROC curve (See Figure 3.1.1). Specifically, the area under the curve for both questionnaires was 0.83 and 0.84, respectively. The total score that maximizes the sensitivity and specificity in both the OASIS (Sensitivity = 81.70%, Specificity = 73.80%) and ODSIS (Sensitivity = 69.20%, Specificity = 89.40%) was 4 and 5, respectively.

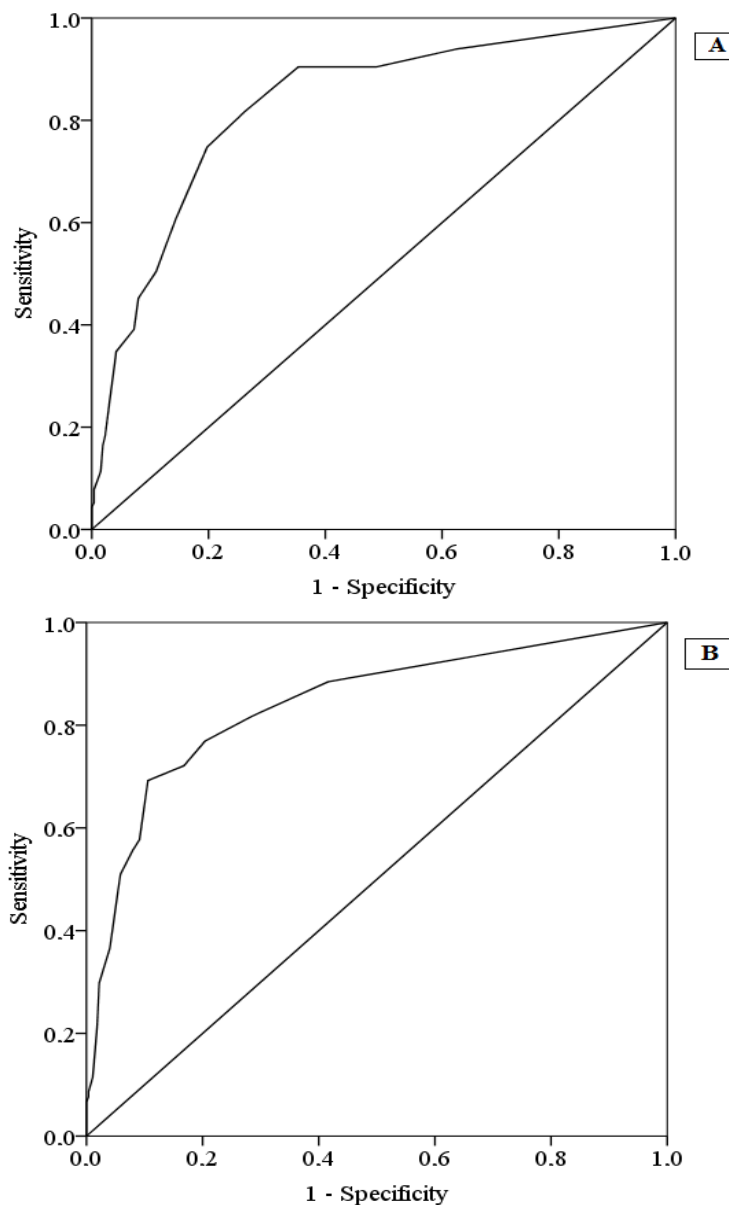


Figure 3.2.1. Receiver operating characteristic curve of the OASIS (A) and ODSIS (B).

Item response theory analysis

Figure 3.2.2 shows the items' discrimination parameter α across levels of each variable (θ). As per the information functions, the highest precision in the OASIS is reached for values of θ between 0.5 and 1.5 (See Figure 3.2.2-A). Regarding the ODSIS, the highest precision is reached between 0.5-2.5 (See Figure 3.2.2-B).

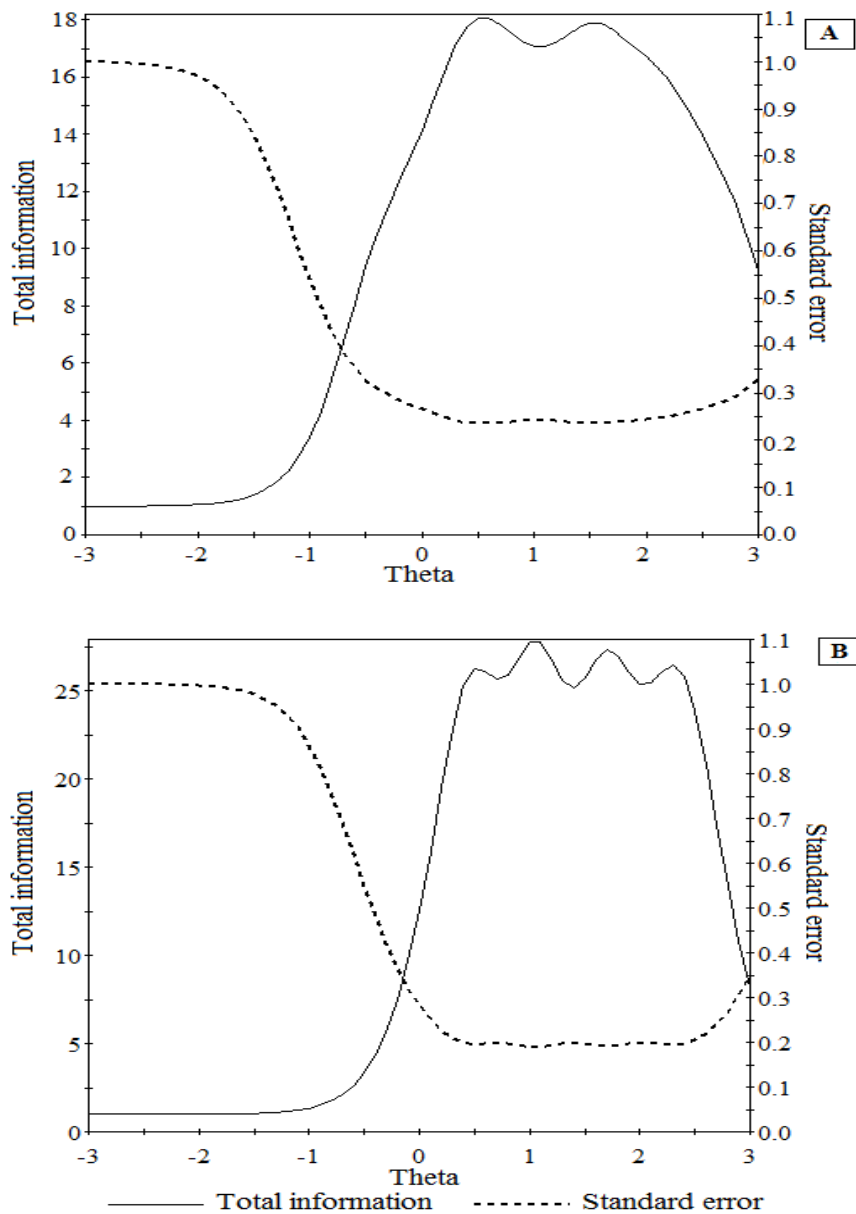


Figure 3.2.2. Information function of the OASIS (A) and ODSIS (B). The solid line represents the information function and the dotted line represents the standard error.

Discussion

This study is the first one exploring in a nonclinical Spanish sample the validity evidence of OASIS and ODSIS, and also the first-time reporting evidence of validity in university students. The contributions made are innovative and necessary, bringing to light the scientific and clinical implications that the results exposed in this study may have.

In line with other studies [29, 30], the internal structure suggested by the factor analysis supported a one-factor structure. Of note is that as the absence of anxiety symptoms necessarily implies a score of 0 in element 2 (intensity of symptoms), items 1 and 2 are correlated and the covariance between them should be considered when analyzing its internal structure [26, 38].

The present study suggests a cut-off of 4 for the OASIS and 5 for the ODSIS (81.70% sensitivity for the OASIS, and 69.20% for the ODSIS). This is a novel finding due that none of the previous studies have performed this analysis in a sample of non-clinical university students. Although previous studies explored their validity evidence with nonclinical or student samples [29, 30, 32, 34, 36, 43], none of them calculated the cut-off point. However, present results can be compared in terms of mean scores. For example, the average OASIS score obtained in the present study ($M = 3.92$) is much closer to Ito and Oe et al.'s [32] result in a nonclinical sample ($M = 3.67$) than to the one reported by Norman et al. [29] in university students ($M = 7.16$). Regarding the ODSIS, present results ($M = 2.79$) are closer to those found by Bentley et al. [30] in students ($M = 2.57$) than to those found by Ito et al. [36] in a nonclinical sample ($M = 5.57$). These differences may be due to the specific characteristics of the sample at the sociocultural level (e.g., nationality, sex, age), or to the recruitment process of the sample (e.g., online vs paper-and-pencil).

The only study for which there are cut-off data in a non-clinical sample, specifically in a community population, is the one from the Czech Republic [34]. The high cut-off points suggested in this study are far from those of the present study (15 for the OASIS, and 12 for the ODSIS) and also beyond those obtained in clinical samples. The authors explain that it may be due to the characteristics of the sample and the pandemic process in which the questionnaires were administered.

We found a Cronbach's alphas of 0.94 for OASIS and 0.95 for ODSIS which demonstrate excellent internal consistency. These scores are within the range ($0.80 \leq \alpha \leq 0.96$) observed in the literature [29, 30], implying that the items were well validated and understandable by the participants in this study.

Although statistically significant correlations between the OASIS/ODSIS and other questionnaires included in the present study were in the hypothesized directions, it is worthy of mention the significant correlations between the OASIS and the DASS-14 depression subscale, between the ODSIS and the DASS-14 anxiety subscale, and between the OASIS and the ODSIS. These facts may be explained by the high comorbidity that the EDs present among themselves [38].

Finally, the highest precision of the OASIS and ODSIS was obtained for medium and moderately high levels of anxiety and depression symptoms. This result is of special interest, considering the nonclinical nature of the sample but the relatively high prevalence of ED symptoms among university students. Therefore, the IRT models suggest these instruments are very useful for research and clinical purposes when assessing emotional symptoms in this population.

This study presents several limitations. First, women represented 85.60% of the total sample, thus being sex distribution unbalanced. Although this could have influenced the results of the present investigation, it should be noted that there were no statistically significant differences in the OASIS and ODSIS scores based on sex. Also, EDs are more prevalent in females [2]. Second, the difficulty of evaluating whether the study participants actually had a clinical diagnosis or not through an online survey. To do this, we asked two questions in the evaluation battery: "In the past, have you received any kind of psychological treatment?" and "At present, are you receiving any kind of psychological treatment?" in order to be able to differentiate those participants who could be considered "clinical" from the "nonclinical". However, it should not be forgotten that a person may be receiving psychological treatment and not present a clinical diagnosis or clinical symptoms as such. In future research, it would be interesting to be able to evaluate this variable more exhaustively, for example, administering an interview or writing questionnaires to evaluate the presence of symptoms and mental health disorders. Third, OASIS and ODSIS cut-offs were based on the DASS-14 scores rather than on established clinical criteria.

Future studies are ought to use alternative clinical criteria such as specific screening scores of diagnostics. Finally, the characteristics of the sample that make up this study are very specific, since they are university students, so the results should not be generalized to another type of sample or population.

Conclusions

The validation of the OASIS and the ODSIS in Spanish university students provides several advantages at research and clinical level. On the one hand, it allows us to have normative scores from Spanish samples, offering normative data (mean scores, standard deviations and Cronbach's alpha) that can be compared with clinical ones to perform certain statistical analysis, such as the reliable change index [61]. On the other hand, and much more importantly, having two validated transdiagnostic instruments in a university sample allows us to improve the evaluation of transdiagnostic processes early and at a stage that involves many stressful events, facilitating the early detection of EDs in this population. Finally, both scales will facilitate the derivation of ED cases to the appropriate services in order to offer them efficient and fast care that improves their long-term prognosis.

Author Contributions: Conceptualization, JO; methodology, AQO and OPB.; formal analysis, VML; investigation, JO, ADG, AQO and OPB; resources, JO and VML; data curation AQO and OPB; writing—original draft preparation, AQO and ADG; writing—review and editing, all authors; supervision, JO; project administration, JO; funding acquisition, JO. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: The study was funded by the PI20/00697 project integrated in Plan Estatal de I+D+I 2017-2020 and co-funded by the “ISCIII Subdirección General de Evaluación y Fomento de la investigación del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER). Otra manera de hacer Europa, and also cofunded by the Gobierno de Aragón and FEDER 2014–2020 “Construyendo Europa desde Aragón” (Research team S31_20D).

Institutional Review Board Statement: This study was presented and approved by the Research Ethics Committee of the Community of Aragón (No. CP.-C.I. PI20/053).

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

Data Availability Statement: Data are available under request to the corresponding author.

Acknowledgments: Thanks to all colleagues and professors from the collaborating Universities who helped us to disseminate the study. Thanks to the participants who completed the online survey.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflicts of interest.

References

1. Bullis, J.R.; Boettcher, H.; Sauer-Zavala, S.; Farchione, T.J.; Barlow, D.H. What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2019, 26.
2. World Health Organization *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*; Author: Geneva;
3. Baxter, A.J.; Scott, K.M.; Vos, T.; Whiteford, H.A. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine* **2013**, 43, 897–910, doi:10.1017/S003329171200147X.
4. Olatunji, B.O.; Cisler, J.M.; Tolin, D.F. Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clinical psychology review* **2007**, 27, 572–581.
5. Kessler, R.C.; Berglund, P.; Demler, O.; Jin, R.; Merikangas, K.R.; Walters, E.E. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* **2005**, 62, 593, doi:10.1001/archpsyc.62.6.593.
6. Murray, C.J.L.; Abbafati, C.; Abbas, K.M.; Abbasi, M.; Abbasi-Kangevari, M.; Abd-Allah, F.; Abdollahi, M.; Abedi, P.; Abedi, A.; Abolhassani, H.; и съавт. Five insights from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet* **2020**, 396, 1135–1159, doi:10.1016/S0140-6736(20)31404-5.
7. Cooke, R.; Bewick, B.M.; Barkham, M.; Bradley, M.; Audin, K. Measuring, monitoring and managing the psychological well-being of first year university students. *British Journal of Guidance & Counselling* **2006**, 34, 505–517, doi:10.1080/03069880600942624.
8. Harvey, S.B.; Glozier, N.; Henderson, M.; Allaway, S.; Litchfield, P.; Holland-Elliott, K.; Hotopf, M. Depression and work performance: an ecological study using web-based screening. *Occupational Medicine* **2011**, 61, 209–211, doi:10.1093/occmed/kqr020.
9. Hysenbegasi, A.; Hass, S.L.; Rowland, C.R. The impact of depression on the academic productivity of university students. *Journal of mental health policy and economics* **2005**, 8, 145.
10. Ribeiro, Í.J.S.; Pereira, R.; Freire, I. V.; de Oliveira, B.G.; Casotti, C.A.; Boery, E.N. Stress and Quality of Life Among University Students: A Systematic Literature Review. *Health Professions Education* **2018**, 4, 70–77, doi:10.1016/j.hpe.2017.03.002.
11. Adlaf, E.M.; Gliksman, L.; Demers, A.; Newton-Taylor, B. The Prevalence of Elevated Psychological Distress Among Canadian Undergraduates: Findings from the 1998 Canadian Campus Survey. *Journal of American College Health* **2001**, 50, 67–72, doi:10.1080/07448480109596009.

12. Bayram, N.; Bilgel, N. The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* **2008**, *43*, 667–672, doi:10.1007/s00127-008-0345-x.
13. Al-Naggar, R.A.; Al-Naggar, D.H. Prevalence and associated factors of emotional disorder among Malaysian University students. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health* **2012**, *4*, 0.
14. Duffy, A.; Keown-Stoneman, C.; Goodday, S.; Horrocks, J.; Lowe, M.; King, N.; Saunders, K.E.A. Predictors of mental health and academic outcomes in first-year university students: Identifying prevention and early-intervention targets. *BJPsych open* **2020**, *6*.
15. Auerbach, R.P.; Alonso, J.; Axinn, W.G.; Cuijpers, P.; Ebert, D.D.; Green, J.G.; Hwang, I.; Kessler, R.C.; Liu, H.; Mortier, P. Mental disorders among college students in the World Health Organization world mental health surveys. *Psychological medicine* **2016**, *46*, 2955–2970.
16. Cuijpers, P.; Cristea, I.A.; Ebert, D.D.; Koot, H.M.; Auerbach, R.P.; Bruffaerts, R.; Kessler, R.C. Psychological treatment of depression in college students: a metaanalysis. *Depression and Anxiety* **2016**, *33*, 400–414, doi:10.1002/da.22461.
17. Ibrahim, A.K.; Kelly, S.J.; Adams, C.E.; Glazebrook, C. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research* **2013**, *47*, 391–400, doi:10.1016/j.jpsychires.2012.11.015.
18. Weitzman, E.R. Poor Mental Health, Depression, and Associations With Alcohol Consumption, Harm, and Abuse in a National Sample of Young Adults in College. *Journal of Nervous & Mental Disease* **2004**, *192*, 269–277, doi:10.1097/01.nmd.0000120885.17362.94.
19. Finlay-Jones, R.A.; Burvill, P.W. The prevalence of minor psychiatric morbidity in the community. *Psychological medicine* **1977**, *7*, 475–489.
20. Beck, A.T.; Steer, R.A.; Brown, G.K. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*; Psychological Corporation: San Antonio, TX, 1996;
21. Kroenke, K.; Spitzer, R.L.; Williams, J.B.W. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine* **2001**, *16*, 606–613.
22. Radloff, L.S. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement* **1977**, *1*, 385–401.
23. Houck, P.R.; Spiegel, D.A.; Shear, M.K.; Rucci, P. Reliability of the self-report version of the panic disorder severity scale. *Depression and Anxiety* **2002**, *15*, 183–185.
24. Mattick, R.P.; Clarke, J.C. Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy* **1998**, *36*, 455–470.

25. Meyer, T.J.; Miller, M.L.; Metzger, R.L.; Borkovec, T.D. Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour research and therapy* **1990**, *28*, 487–495.
26. Campbell-Sills, L.; Norman, S.B.; Craske, M.G.; Sullivan, G.; Lang, A.J.; Chavira, D.A.; Bysritsky, A.; Sherbourne, C.; Roy-Byrne, P.; Stein, M.B. Validation of a brief measure of anxiety-related severity and impairment: the Overall Anxiety Sensitivity and Impairment Scale (OASIS). *Journal of Affective Disorders* **2009**, *112*, 92–101, doi:10.1016/j.jad.2008.03.014.
27. Barlow, D.H.; Allen, L.B.; Choate, M.L. Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy* 2004.
28. Ziegler, M.; Kemper, C.J.; Kruiyen, P. Short Scales—Five Misunderstandings and Ways to Overcome Them. *J Individ Differ* **2014**, *35*, 185–189.
29. Norman, S.B.; Cissel, S.H.; Means-Christensen, A.J.; Stein, M.B. Development and validation of an Overall Anxiety Severity and Impairment Scale. *Depression and Anxiety* **2006**, *23*, 245–249, doi:10.1002/da.
30. Bentley, K.H.; Gallagher, M.W.; Carl, J.R.; Barlow, D.H. Development and validation of the Overall Depression Severity and Impairment Scale. *Psychological assessment* **2014**, *26*, 815–830, doi:10.1037/a0036216.
31. Osma, J.; Castellano, C.; Crespo, E.; García-Palacios, A. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in a spanish public mental health setting. *Behavioral Psychology* **2015**, *23*, 447–466, doi:10.1177/0145445514553094.
32. Ito, M.; Oe, Y.; Kato, N.; Nakajima, S.; Fujisato, H.; Miyamae, M.; Kanie, A.; Horikoshi, M.; Norman, S.B. Validity and clinical interpretability of Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Journal of Affective Disorders* **2015**, *170*, 217–224, doi:10.1016/j.jad.2014.08.045.
33. Hermans, M.; Korrelboom, K.; Visser, S. A Dutch version of the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS): Psychometric properties and validation. *Journal of Affective Disorders* **2015**, *172*, 127–132, doi:10.1016/j.jad.2014.09.033.
34. Farrahi, H.; Gharraee, B.; Oghabian, M.A.; Pirmoradi, M.R.; Najibi, S.M.; Batouli, S.A.H. Psychometric Properties of the Persian Version of the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences* **2020**, *14*.
35. Sandora, J.; Novak, L.; Brnka, R.; van Dijk, J.P.; Tavel, P.; Malinakova, K. The abbreviated overall anxiety severity and impairment scale (Oasis) and the abbreviated overall depression severity and impairment scale (odsis): Psychometric properties and evaluation of the czech versions. *International Journal of Environmental Research and Public Health* **2021**, *18*, doi:10.3390/ijerph181910337.

36. Ito, M.; Bentley, K.H.; Oe, Y.; Nakajima, S.; Fujisato, H.; Kato, N.; Miyamae, M.; Kanie, A.; Horikoshi, M.; Barlow, D.H. Assessing depression related severity and functional impairment(warning) the Overall Depression Severity and Impairment Scale (ODSIS). *PLoS ONE* **2015**, *10*, 1–14, doi:10.1371/journal.pone.0122969.
37. González-Robles, A.; Mira, A.; Miguel, C.; Molinari, G.; Díaz-García, A.; García-Palacios, A.; Bretón-López, J.M.; Quero, S.; Baños, R.M.; Botella, C. A brief online transdiagnostic measure: Psychometric properties of the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) among Spanish patients with emotional disorders. *PLoS ONE* **2018**, *13*, 1–18, doi:10.1371/journal.pone.0206516.
38. Osma, J.; Quilez-Orden, A.; Suso-Ribera, C.; Peris-Baquero, O.; Norman, S.B.; Bentley, K.H.; Sauer-Zavala, S. Psychometric properties and validation of the Spanish versions of the overall anxiety and depression severity and impairment scales. *Journal of Affective Disorders* **2019**, *252*, 9–18, doi:10.1016/j.jad.2019.03.063.
39. Moore, S.A.; Welch, S.S.; Michonski, J.; Poquiz, J.; Osborne, T.L.; Sayrs, J.; Spanos, A. Psychometric evaluation of the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) in individuals seeking outpatient specialty treatment for anxiety-related disorders. *Journal of Affective Disorders* **2015**, *175*, 463–470, doi:10.1016/j.jad.2015.01.041.
40. Norman, S.B.; Campbell-Sills, L.; Hitchcock, C.A.; Sullivan, S.; Rochlin, A.; Wilkins, K.C.; Stein, M.B. Psychometrics of a brief measure of anxiety to detect severity and impairment: The overall anxiety severity and impairment scale (OASIS). *Journal of Psychiatric Research* **2011**, *45*, 262–268, doi:10.1016/j.jpsychires.2010.06.011.
41. Bragdon, L.B.; Diefenbach, G.J.; Hannan, S.; Tolin, D.F. Psychometric properties of the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) among psychiatric outpatients. *Journal of Affective Disorders* **2016**, *201*, 112–115, doi:10.1016/j.jad.2016.05.005.
42. Mira, A.; Gonzalez-Robles, A.; Miguel, C. Capturing the Severity and Impairment Associated With Depression: The Overall Depression Severity and Impairment Scale (ODSIS) Validation in a Spanish Clinical Sample. *Frontiers in Psychiatry*, doi:10.3389/fpsy.2019.00180.
43. Norman, S.B.; Allard, C.B.; Trim, R.S.; Thorp, S.R.; Behrooznia, M.; Masino, T.T.; Stein, M.B. Psychometrics of the overall anxiety severity and impairment scale (OASIS) in a sample of women with and without trauma histories. *Archives of Women's Mental Health* **2013**, *16*, 123–129, doi:10.1007/s00737-012-0325-8.
44. Brooks, R. EuroQol: the current state of play. *Health policy* **1996**, *37*, 53–72.
45. Badia, X.; Roset, M.; Montserrat, S.; Herdman, M.; Segura, A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones [EuroQol Spanish Version: description and Applications]. *Medicina Clínica [Clinical Medicine]* **1999**, *112*, 79–86.
46. Lovibond, P.F.; Lovibond, S.H. The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy* **1995**, *33*, 335–343.

47. Bados, A.; Solanas, A.; Andrés, R. Psychometric Properties of the Spanish Version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema* **2005**, *17*, 679–683.
48. Qualtrics Qualtrics (version 2.16) [computer program] 2017.
49. Commission, I.T. ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second Edition). *International Journal of Testing* **2018**, *18*, 101–134, doi:10.1080/15305058.2017.1398166.
50. Timmerman, M.E.; Lorenzo-Seva, U. Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological methods* **2011**, *16*, 209.
51. Abad, F.J.; Olea, J.; Ponsoda, V.; García, C. *Medición en ciencias sociales y de la salud [Measurement in social and health sciences]*; Editorial Síntesis: Madrid, 2011;
52. Ferrando, P.J.; Lorenzo-Seva, U. Assessing the quality and appropriateness of factor solutions and factor score estimates in exploratory item factor analysis. *Educational and Psychological Measurement* **2018**, *78*, 762–780.
53. Evans, L.; Haeberlein, K.; Chang, A.; Handal, P. Convergent Validity and Preliminary Cut-Off Scores for the Anxiety and Depression Subscales of the DASS-21 in US Adolescents. *Child Psychiatry & Human Development* **2020**, *52*, 579–585.
54. Roman, F.; Santibañez, P.; Vinet, V. Use of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) as Screening Tests in Clinical Youngsters. *Acta de investigación psicológica* **2016**, *6*, 2325–2336.
55. Samejima, F. Estimation of latent ability using a response pattern of graded scores. *Psychometric monograph supplement* **1969**.
56. *Universitat Rovira i Virgili, FACTOR 10.10.03*; Universitat Rovira I Virgili: Tarrazona, Spain, 2020.
57. Muthén, L.K.; Muthén, B.O. *Growth Modeling with Latent Variable Using Mplus: Advanced Growth Models, Survival Analysis and Missing Data*; Mplus Short Courses: Los Angeles, CA, USA, 2010.
58. IBM Corp. *IBM SPSS Statistics for Windows; Version 26.0*; IBM Corp.: Armonk, NY, USA, 2019.
59. Vector Psychometric Group, LLC. *IRTPRO 4.2*; Group LLC.: Chapel Hill, NC, USA, 2013.
60. Kim, H.-Y. Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative dentistry & endodontics* **2013**, *38*, 52.
61. Jacobson, N.S.; Truax, P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. **1992**.

CAPÍTULO 4.

OTROS CONSTRUCTOS DIMENSIONALES: LA SIGNIFICACIÓN CLÍNICA

En la versión extensa de esta tesis, este capítulo incluye un manuscrito de la tesis doctoral que, aunque todavía no ha sido publicado, se encuentra en proceso de evaluación por parte de la revista:

Osma, J., Quilez-Orden, A., Ordoñez, J.L., Peris-Baquero, O. y Echeburúa, E. (enviado).
Psychometric properties of the Maladjustment Inventory in a Spanish clinical and student sample. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*.

En esta versión reducida aparece eliminado, por ser contenido protegido hasta que se dé su publicación en una revista científica.

CAPÍTULO 5.

DISCUSIÓN GENERAL

5.1. Discusión general

La clasificación supone un proceso fundamental en psicopatología, y tiene como fin último, realizar un adecuado diagnóstico que permita comprender el comportamiento de un ser humano en función de la categoría a la que pertenezca (Lemos, 2008).

El enfoque categorial ha sido el modelo dominante en psicopatología, y supone un proceso dicotómico y cualitativo, según el cual un individuo pertenece o no a una categoría, en función de la presencia de determinados criterios diagnósticos (Belloch et al., 2020). Son ampliamente conocidas las limitaciones de este enfoque, ya que entiende las categorías como entidades discretas, da lugar a una distinción artificial entre lo normal y lo patológico, y presenta problemas de validez diagnóstica y fiabilidad interjueces (Vázquez et al., 2011). Por otro lado, la clasificación categorial no refleja la realidad de la psicopatología ni los avances en investigación, al no contemplar las altas tasas de comorbilidad ni los síntomas subclínicos (Vázquez et al., 2014).

Como consecuencia de todas estas limitaciones, a lo largo de los años se han dado avances en la clasificación de la psicopatología, por medio del desarrollo de nuevos modelos, como la teoría de redes (Blanco et al., 2019), o enfoques dimensionales como el RDoC (Insel et al., 2010) o el HiTOP (Kotov et al., 2017). Estos nuevos enfoques se están poniendo a prueba, aunque todavía necesitan mayor investigación para poder ser aplicados en el campo de la psicología clínica (Chorot et al., 2020).

A pesar de las limitaciones propias del enfoque categorial, sigue siendo el modelo dominante porque supone la gran ventaja de facilitar la comunicación entre profesionales, y favorecer el sentido unitario de la psicopatología (Lemos, 2008). Teniendo en cuenta este aspecto, el enfoque que más fuerza está adoptando en la actualidad es el transdiagnóstico, que da lugar a modelos híbridos que asumen cierta parte de categorización, pero también introducen aspectos clave del enfoque dimensional (Lemos, 2008).

El enfoque transdiagnóstico no niega la existencia de categorías, sino que centra el foco de la investigación en la identificación de componentes nucleares compartidos por diferentes etiquetas (Barlow et al., 1988). El objetivo de los modelos transdiagnósticos no es sustituir a los sistemas de clasificación actual, sino más bien, fomentar la investigación y la práctica clínica desde los mecanismos subyacentes compartidos (Vázquez et al., 2011). Los sistemas tradicionales desde el enfoque categorial dan lugar a herramientas de evaluación e intervención específicas para cada categoría, dificultando la práctica clínica, y aumentando el coste y duración del proceso de evaluación y diagnóstico (McManus et al., 2010). Sin embargo, el enfoque transdiagnóstico se dirige a varias categorías a la vez, al explorar e intervenir sobre los constructos nucleares compartidos, y permite atender casos de comorbilidad y no especificados, que son los más comunes en la práctica clínica (McManus et al., 2010).

Los Trastornos Emocionales (TE; trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y relacionados) son los más prevalentes a nivel mundial y también en España, afectando aproximadamente a 5 millones de personas en este país (IHME, 2023). Los TEs presentan elevadas tasas de comorbilidad entre sí, que ascienden hasta un 76% a lo largo de la vida (Brown y Barlow, 2009), por lo que las limitaciones del enfoque categorial todavía se hacen más evidentes, siendo mucho más necesario para este grupo de trastornos la aproximación desde un enfoque transdiagnóstico (Barlow et al., 2014).

El modelo funcional para los TEs propone el neuroticismo como la dimensión central en la etiología, curso y mantenimiento de estos trastornos (Barlow et al., 2014). Brown y Barlow (2009) desarrollaron un modelo híbrido dimensional-categorial, por el que exponen que los TEs pueden conceptualizarse en base a un conjunto de dimensiones de orden superior (temperamento neurótico y temperamento positivo) e inferior (estado de ánimo, foco de ansiedad y evitación) (Brown y Barlow, 2009).

Desde este modelo, se desarrolló el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los TEs (PU; Barlow et al., 2011; 2018), que gracias a su flexibilidad ha sido aplicado en diferentes poblaciones, contextos, y problemáticas, y que ha demostrado ser eficaz y un tratamiento de primera elección para los TEs (Carlucci et al., 2021; Cassiello-Robbins et al., 2020; Sakiris y Berle, 2019).

Sin embargo, los estudios que evalúan la eficacia del PU, o que estudian las características de los TEs desde un enfoque dimensional, utilizan medidas de evaluación específicas para cada constructo, que han sido desarrolladas desde el enfoque categorial, quedando patente la necesidad de desarrollar instrumentos de evaluación que den lugar a perfiles híbridos categoriales-dimensionales (Rosellini y Brown, 2014).

Así, desde hace años queda establecida la necesidad de contar con medidas de evaluación dimensionales, que permitan poner a prueba el ajuste del modelo híbrido y las intervenciones transdiagnósticas. No fue hasta el año 2019 que apareció el Inventario Multidimensional para los Trastornos Emocionales (MEDI; Rosellini y Brown, 2019). En el momento de redacción de la presente tesis, no contaba con validaciones ni estudios sobre sus propiedades psicométricas más allá del estudio original, convirtiéndose en un objetivo fundamental de este trabajo (alcanzado en los manuscritos I y II, 2 y 2.2, respectivamente).

Además del MEDI, existen otras medidas que se han desarrollado desde el enfoque transdiagnóstico, como las Escalas Generales de Gravedad e Interferencia de Ansiedad y Depresión (OASIS; Norman et al., 2006 y ODSIS; Bentley et al., 2014), que sí han sido estudiadas y validadas a través de diferentes poblaciones y países (p.ej., Campbell-Sills et al., 2009; Ito et al., 2015; Sandora et al., 2021).

Son medidas transdiagnósticas porque no identifican la gravedad de la sintomatología con la presencia o frecuencia de síntomas, sino que también evalúan cómo estos síntomas interfieren en la vida cotidiana de las personas, con ítems como “¿cuánto interfirió su ansiedad/depresión en su capacidad para hacer las cosas que necesitaba hacer en el trabajo, la escuela o el hogar?”, “¿cuánto interfirió su ansiedad/depresión en su vida social y sus relaciones?” (Osma et al., 2019). Además, son transdiagnósticas porque son potencialmente aplicables para cualquier diagnóstico específico dentro de los trastornos de ansiedad (OASIS) y del estado de ánimo (ODSIS), incluso para casos de comorbilidad, no especificados o subclínicos (Ito et al., 2015; Norman et al., 2011).

Podría decirse que el OASIS y el ODSIS fueron el punto de partida de la presente tesis doctoral. A nivel de Trabajo de Fin de Grado, se realizó la validación al castellano y la exploración de las propiedades psicométricas de estas escalas con muestra clínica (Osma et al., 2019; incluido en el capítulo 3, apartado 3.1) para poder ser utilizadas en la intervención transdiagnóstica del PU, que ya se estaba aplicando en este país. A raíz de este trabajo, se detectaron otro tipo de necesidades, que son las que motivaron a continuar con la investigación en evaluación dimensional por medio de la presente tesis doctoral, y que se discuten en este apartado.

Como se ha comentado, el número de estudios que exploran las propiedades psicométricas del OASIS y el ODSIS es mucho mayor, aunque todavía no existían datos en población no clínica española, concretamente, en estudiantado universitario.

Contar con estos datos se convirtió en una necesidad para aplicar el PU desde un enfoque preventivo, y para realizar análisis estadísticos que permitan valorar si una persona tiene cambios clínicamente significativos tras la aplicación de una intervención transdiagnóstica, como el Índice de Cambio Fiable (Jacobson y Truax, 1991).

Por último, con el estudio y aplicación de las escalas OASIS y ODSIS, se hicieron más evidentes las ventajas de evaluar la interferencia de la sintomatología en las diferentes áreas de la vida cotidiana, surgiendo así la necesidad de poder evaluar este constructo más allá de los síntomas de ansiedad y depresión.

En varios estudios transdiagnósticos realizados en este país, se utilizó la Escala de Interferencia (EI; Echeburúa et al., 2000) para evaluar este constructo (Osma et al., 2015; 2018; 2022). Sin embargo, desde su aparición en el año 2000, no hay estudios que exploren sus propiedades psicométricas con muestras más actuales. Por ello, otra necesidad detectada en la evaluación dimensional fue explorar las propiedades de la EI, para poder examinar la interferencia que genere cualquier tipo de problema, y en cualquier área de la vida cotidiana.

Esta necesidad también se hace evidente en otros contextos, ya que el DSM expone la significación clínica como un criterio necesario para poder hablar de trastorno mental (APA, 2013). Así mismo, desde el enfoque transdiagnóstico se anima a contemplar este constructo en la formulación de caso (Barlow et al., 2011).

Hasta aquí pues, quedan detectadas tres necesidades fundamentales: contar con herramientas validadas al castellano para: (1) la evaluación dimensional de los TE; (2) la evaluación transdiagnóstica de síntomas de ansiedad y depresión; (3) la evaluación de la interferencia de diferentes problemas en diferentes áreas vitales.

Estas tres necesidades deberán explorarse en población clínica y no clínica, para conocer datos clínicos y normativos que permitan trabajar desde la detección precoz y la prevención. Además, es importante que las escalas que se validen para la evaluación de estos constructos tengan en cuenta la situación actual de los servicios de salud mental en España, adaptándose a las limitaciones principales de los mismos, esto es las largas listas de espera, sobrecarga asistencial, escaso tiempo de las consultas, y escasos recursos económicos y materiales con los que cuenta (Ministerio de Sanidad, 2022). Por todo ello, es fundamental que las medidas sean breves, rápidas de aplicar y que no requieran formación específica para poder utilizarlas de manera práctica en el SNS (Latorre et al., 2012).

Así pues, el objetivo principal de la presente tesis doctoral es realizar avances en el plano de la evaluación dimensional, teniendo en cuenta las necesidades mencionadas previamente. Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Explorar las propiedades psicométricas de una herramienta de evaluación dimensional para los TE (Inventario Multidimensional para los Trastornos Emocionales; MEDI) en una muestra clínica y no clínica (estudiantado universitario) española.
2. Explorar las propiedades psicométricas de las escalas utilizadas para la evaluación longitudinal en la intervención transdiagnóstica en población no clínica española (Escala General de Gravedad e Interferencia de Ansiedad y Depresión; OASIS y ODSIS).
3. Explorar las propiedades psicométricas de una herramienta de evaluación de la significación clínica (Escala de Interferencia; EI) en una muestra española clínica y no clínica (estudiantado universitario).

A continuación, discutiremos los hallazgos principales de la tesis considerando los tres constructos a los que se dirigen las escalas validadas.

5.1.1. Evaluación dimensional de los Trastornos Emocionales

Sin duda, contar con herramientas que permitan realizar una evaluación dimensional, desde el enfoque transdiagnóstico y el modelo híbrido de los TEs (Brown y Barlow, 2009), supone un avance importante.

Como se ha comentado previamente, el artículo publicado por Rosellini y Brown en 2019 para el desarrollo y la presentación del MEDI, implica un cambio en la concepción de la evaluación de los TEs. Esta herramienta ha despertado un gran interés en el campo de investigación en psicología clínica, y ya aparece en diferentes artículos y manuales como medida transdiagnóstica (p. ej., Boettcher et al., 2020; Farchione et al., 2021; Tung et al., 2020). Sin embargo, desde su aparición en 2019, no se han publicado estudios que exploren sus propiedades psicométricas en otras muestras, aunque sí se está trabajando en la realización de estudios en países como Portugal, Dinamarca y Alemania, entre otros.

Por todo ello, los resultados referentes a las propiedades psicométricas del MEDI en población española suponen datos novedosos y con grandes implicaciones. Aun así, es necesario plantear varios aspectos abiertos a discusión sobre el inventario.

Una de las características principales del MEDI, es que sus ítems están diseñados desde un enfoque transdiagnóstico, por ejemplo, los ítems de la dimensión intrusiones cognitivas, se dirigen a explorar su carácter intrusivo, egodistónico y su capacidad de impulsar conductas, y no tanto al contenido específico que puedan tener: “*Me vienen a la mente pensamientos, imágenes o recuerdos desagradables contra mi voluntad*”, “*A menudo mis conductas están impulsadas por pensamientos o imágenes indeseadas*” (Rosellini y Brown, 2019).

Esto es algo fundamental para poder ser aplicado en diferentes contextos y con diferentes poblaciones, pero es posible que requiera una exploración posterior más exhaustiva de aquellas dimensiones que reflejen puntuaciones más elevadas, por ejemplo, en este caso se podría realizar un análisis funcional sobre las intrusiones cognitivas, o utilizar escalas específicas dirigidas a la evaluación de esta dimensión, como la Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Goodman et al., 1989).

Un aspecto que llama la atención de esta escala es que solo evalúa 9 de las 10 dimensiones del modelo híbrido (Rosellini y Brown, 2019). La dimensión que no queda representada es la manía, y ya los autores de la escala hablan de esta limitación y proponen como línea futura el desarrollo de estudios con población representativa de sintomatología relacionadas con la manía, para que pueda ser incluida en la escala. Este sigue siendo un punto pendiente, pues en la validación al castellano tampoco se ha podido incluir (Osma, Martínez-Loredo, Quilez-Orden et al., 2021; 2023).

Por otro lado, aunque el MEDI supone un gran avance para la concepción dimensional de los TEs, explorando sintomatología propia de cada una de las 9 dimensiones, no contempla otros mecanismos transdiagnósticos implicados en la etiología, curso y mantenimiento de los TEs. Sí evalúa los constructos de temperamento neurótico y positivo, que son los mecanismos centrales que más evidencia empírica acumulan (Barlow et al., 2014; Naragon-Gainey et al., 2013); también evalúa cinco dimensiones transdiagnósticas que hacen referencia al foco de ansiedad y una que hace referencia al estado de ánimo (Rosellini et al., 2019). Sin embargo, no evalúa otras dimensiones transdiagnósticas relevantes como el perfeccionismo (Egan et al., 2011), la intolerancia a la incertidumbre (Einstein, 2014), o el mindfulness (Cash y Whittingham, 2010).

En un capítulo dirigido a recomendaciones para la evaluación transdiagnóstica de los TEs, Rosellini et al. (2019), reconocen el MEDI como un avance para la evaluación dimensional, pero exponen tres opciones para realizar una evaluación completa desde un enfoque transdiagnóstico: (1) utilizar una entrevista clínica y administrarla de manera completa sin saltar ninguna de sus secciones, como la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-5 (ADIS-5; Brown y Barlow, 2014); (2) utilizar una amplia gama de cuestionarios para evaluar todas las dimensiones transdiagnósticas; o (3) utilizar el MEDI y ampliar la evaluación con otras escalas para el resto de dimensiones transdiagnósticas o con análisis funcional (Rosellini et al., 2019). Esta última parece la opción más viable, ya que las dos primeras requieren una gran cantidad de tiempo (p. ej., la ADIS-5 se aplica en una media de 5 horas sin saltar secciones) y suponen una alta carga para los profesionales (Rosellini et al., 2019), siendo muy complicada su aplicación en el SNS por las limitaciones que presenta.

Por todo ello, aunque el MEDI supone un gran avance en la evaluación dimensional de los TEs al ofrecer la evaluación de 9 dimensiones transdiagnósticas en un solo instrumento, y reducir tiempos y costes para la evaluación dimensional (Rosellini y Brown, 2019), todavía es necesario investigar la introducción de nuevas dimensiones o constructos transdiagnósticos, así como valorar si se puede llevar a cabo una reducción de ítems que la conviertan en una herramienta más coste-efectiva. Es importante que los avances para la evaluación sigan haciéndose basados en los resultados de investigación científica, pero de manera progresiva (Rosellini et al., 2019).

Así mismo, por cada edición del Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales, aparecen nuevas ediciones de las entrevistas semiestructuradas para la evaluación de las categorías, como por ejemplo la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-5 (ADIS-5; Brown y Barlow, 2014) anteriormente mencionada, para la última versión del DSM-5 (APA, 2013).

En este sentido aunque el propio autor del MEDI propone utilizar las entrevistas diagnósticas sin saltar ninguna sección para darle un enfoque transdiagnóstico y explorar síntomas subclínicos (Rosellini et al., 2019), sería interesante iniciar una línea de investigación con el objetivo de desarrollar entrevistas desde un enfoque puramente transdiagnóstico, que exploren los criterios clínicos de manera dimensional, al igual que los ítems del MEDI, que están específicamente diseñados desde esta perspectiva.

5.1.2. Evaluación longitudinal en la intervención transdiagnóstica

Las escalas OASIS y ODSIS permiten realizar un cribado rápido, así como una evaluación longitudinal, pudiendo ser aplicadas en diferentes momentos previos, posteriores y durante la intervención psicológica, por ser escalas breves que evalúan presencia, intensidad e interferencia de síntomas de ansiedad y depresión (Osma et al., 2019).

A pesar de que el OASIS y el ODSIS son instrumentos que han demostrado sensibilidad al cambio terapéutico (Osma et al., 2019), no hay que olvidar que son herramientas de cribado, pero no diagnósticas, por lo tanto, pueden ser utilizadas para una primera orientación clínica, pero no deben ser determinantes para el establecimiento de un cuadro clínico. Además, al ser medidas breves, pueden sobreestimar la sintomatología evaluada debido a la influencia de sesgos de respuesta como el efecto de “*indulgencia*”, por el que los participantes magnifican las respuestas; o el efecto de “*tendencia extrema*”, por el que los participantes podrían limitar las respuestas a las puntuaciones extremas de cada ítem (De las Cuevas y González, 1992). Por ello, es fundamental tener en cuenta el juicio del profesional sanitario, y realizar una evaluación más extensa de cara a tomar decisiones clínicas.

Aunque no tengan finalidad diagnóstica, sí permiten diferenciar grados de la sintomatología. En este sentido, los puntos de corte en población española clínica y no clínica, permiten utilizar estas escalas para valorar evolución y cambios clínicamente significativos (Osma et al., 2019; Osma, Martínez-Loredo, Díaz-García et al., 2021); y estos mismos puntos de corte, podrían ser utilizados para valorar qué tipo de atención necesita cada paciente.

Otra cuestión interesante es que, a pesar de evaluar frecuencia, intensidad e interferencia, son herramientas unifactoriales. Esto tiene sentido, al ser herramientas tan breves, y evaluar tres constructos estrechamente relacionados entre sí (es probable que la intensidad y la interferencia estén condicionados por la frecuencia, y viceversa), pero podría ser interesante realizar estudios que valoren cuál es el efecto mediador de cada uno de estos constructos y cómo se influyen entre sí.

En esta línea, aunque tanto el OASIS como el ODSIS evalúan la interferencia de la sintomatología ansiosa y depresiva en la vida de los participantes, solo se refieren al área laboral, académica, tareas de casa, vida social y relaciones, dejando fuera otras áreas vitales que pueden ser importantes para los individuos, como por ejemplo, la autonomía personal, que es evaluada en otras escalas como la “Work and Social Adjustment Scale” (WSAS; Mundt et al., 2002; Vázquez Morejón et al., 2021). Desde el propio manual del terapeuta, en el PU animan a utilizar otras escalas para la evaluación de la interferencia funcional más allá del OASIS y el ODSIS, nombrando esta última de ejemplo (Barlow et al., 2018).

5.1.3. Evaluación de la significación clínica

La significación clínica implica el tercero de los constructos a los que se dirigen los estudios de la presente tesis doctoral. Como se ha visto en los puntos anteriores, desde las intervenciones transdiagnósticas, como el PU, se anima a evaluar esta dimensión que puede aparecer ante cualquier tipo de trastorno mental o sintomatología clínica (Barlow et al., 2018).

Los resultados del presente trabajo aportan datos recientes sobre las propiedades psicométricas de la Escala de Interferencia (EI; Echeburúa et al., 2000) en población española clínica y no clínica, y esto supone un avance importante, al favorecer contar con datos sobre sus evidencias de validez, y datos de referencia a nivel clínico y normativo, para poder hacer un uso de la herramienta en investigación e intervención.

Sin embargo, hay algunas cuestiones sobre la escala abiertas a discusión, relacionadas con las áreas evaluadas y la manera en la que se redactan los ítems para explorarlas. Por ejemplo, la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG, GAF por sus siglas en inglés; Endicott et al., 1976) o el Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad (WHODAS 2.0, Üstün et al., 2010), evalúan áreas diferentes, como autocuidado, higiene, comprensión y comunicación. A pesar de que en el DSM-5-TR (APA, 2022) se desaconseja su uso por no tener valores normativos ni estudios que faciliten la interpretación de sus resultados (Gold, 2014), podría ser interesante reflexionar sobre las áreas que incluyen.

Así mismo, puede darse la situación de que un participante/paciente no se sienta identificado con alguna de las áreas vitales exploradas como, por ejemplo, la relación de pareja. A pesar de que ciertos ítems introducen aclaraciones (p. ej., en el caso del ítem que hace referencia a la relación de pareja, se especifica “o la posibilidad de encontrarla”), podría ser confuso qué responder. El último ítem, intenta superar esta limitación, haciendo referencia a la vida normalizada previa a presentar los problemas o los síntomas “A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada” pero, aun así, sigue siendo necesario realizar estudios sobre sus propiedades psicométricas y explorar opciones para mejorar el ajuste y validez de los ítems y las áreas exploradas en la escala.

5.2. Resultados y aportaciones clave

A pesar de que los temas abiertos en la discusión dan lugar a limitaciones y líneas futuras de investigación, que serán discutidos en profundidad en los siguientes apartados (5.3 y 5.4), la presente tesis ofrece aportaciones importantes para la investigación y la práctica clínica, que hacen referencia, en general, a los avances obtenidos para la evaluación dimensional de los TEs.

A continuación, se van a explicar los resultados clave obtenidos, diferenciando tres dominios fundamentales: (1) constructos dimensionales evaluados; (2) validaciones con población clínica y no clínica; y (3) atención a las necesidades específicas del SNS.

5.2.1. Evaluación de constructos dimensionales

Una de las fortalezas principales de la tesis, es que aporta datos nuevos y actualizados sobre las propiedades psicométricas de diferentes escalas que evalúan constructos dimensionales de gran relevancia, fomentando la investigación de este tipo de escalas, y en un plano más amplio, de enfoque innovadores transdiagnósticos que están demostrando su adecuación a la realidad de la sanidad pública de España. Más concretamente, aporta datos sobre las evidencias de validez de las siguientes escalas y constructos:

- Inventario Multidimensional para los Trastornos Emocionales (MEDI; Rosellini y Brown, 2019): evalúa 9 de las 10 dimensiones transdiagnósticas identificadas en el modelo híbrido para los TEs. Es una escala innovadora, cuyas propiedades psicométricas no han sido exploradas desde su desarrollo en 2019, y que aparece en diferentes manuales y protocolos de estudio como medida transdiagnóstica para los trastornos emocionales (Boettcher et al., 2020; Farchione et al., 2021).
- Escalas Generales de Gravedad e Interferencia de Ansiedad y Depresión (OASIS, Norman et al., 2006; y ODSIS, Bentley et al., 2014): evalúan de manera transdiagnóstica la sintomatología ansiosa y depresiva, incluyendo la interferencia de ambas. Son las escalas utilizadas para la evaluación continuada durante la aplicación del PU. Aunque ya existían datos sobre sus evidencias de validez en población clínica, los resultados clave de la presente tesis es que aportan datos normativos en población no clínica, que permiten tener referencia de cuándo un cambio es clínicamente significativo y fomentan la realización de programas de prevención. Además, al ser datos de estudiantes universitarios, se fomenta la evaluación, detección precoz e intervención en este grupo, que presenta mayores tasas de malestar emocional que la población general (Cuijpers et al., 2016). Detectar los casos de manera temprana, permite mejorar el pronóstico, al recibir atención psicológica adecuada para el problema específico que presenta la persona (Osma, Martínez-Loredo, Díaz-García et al., 2021).

- Escala de Interferencia (EI; Echeburúa et al., 2000): evalúa el constructo de significación clínica en cualquier tipo de problema y para las diferentes áreas vitales, aspecto que resulta fundamental para el establecimiento de cualquier diagnóstico de salud mental, y que facilita la formulación de caso completa desde una perspectiva transdiagnóstica. El último de los resultados clave de esta tesis, proporciona datos en población clínica y no clínica española para una medida de evaluación de la interferencia. Es una medida utilizada en estudios de investigación, por lo que contar con análisis actuales que evalúen sus propiedades de validez, facilita su aplicación de manera rigurosa.

En el siguiente apartado (5.4), se discutirán las implicaciones para la investigación y la práctica clínica, derivadas de contar con estas herramientas validadas al castellano para cada uno de estos constructos. En general, la aportación principal de la tesis es que son los primeros estudios que validan y exploran las propiedades psicométricas en castellano de escalas dirigidas a evaluar constructos transdiagnósticos, facilitando la investigación y la práctica clínica desde este enfoque.

5.2.2. *Validación con población clínica y no clínica*

El hecho de que las propiedades psicométricas de las escalas que evalúan los tres constructos previamente mencionados se hayan explorado en población clínica y no clínica, es en sí misma una fortaleza de la presente tesis.

La validación en población clínica permite obtener medias y desviaciones típicas en este tipo de muestra, sirviendo de referencia al evaluar a pacientes en el ámbito de la intervención, y fomentando la realización de otros análisis con relevancia clínica como el establecimiento de puntos de corte o la sensibilidad al cambio terapéutico de las escalas (Osma et al., 2019; 2023).

Además, las validaciones en muestra no clínica permiten contar con datos normativos (medias, desviaciones típicas, puntuaciones T o percentiles), que sirvan como punto de referencia, o para calcular si un cambio es clínicamente significativo por medio de análisis estadísticos como el Índice de Cambio Fiable propuesto por Jacobson y Truax (1991). De manera específica, contar con datos de las propiedades psicométricas de escalas dimensionales en estudiantes universitarios, es una ventaja añadida, ya que como se ha comentado previamente, es una etapa en la que aumenta la prevalencia de los TEs (Al-Naggar et al., 2012).

Así, contar con datos de medidas de evaluación dimensionales en este grupo de población, fomenta la realización de intervenciones transdiagnósticas, y facilita la detección precoz para mejorar el pronóstico y favorecer la prevención entre estudiantes universitarios (Osma, Martínez-Loredo, Díaz-García et al., 2021; Osma, Martínez-Loredo, Quilez-Orden et al., 2021).

5.2.3. *Atención a las necesidades del Sistema Nacional de Salud español*

Por último, la fortaleza central y transversal a todos los estudios de esta tesis, es que se centran en evaluar las propiedades psicométricas de herramientas de evaluación que van a poder ser aplicadas en el SNS de España.

Las tres herramientas son transdiagnósticas, breves, rápidas de aplicar y no requieren formación específica, por lo que podrán ser aplicadas en el contexto de la sanidad pública española, porque se adaptan a sus limitaciones principales, que son largas listas de espera, sobrecarga asistencial, cambios en las plantillas de personal y tiempo reducido en las consultas (Latorre et al., 2012).

Además, estas escalas podrán ser utilizadas por los profesionales sanitarios de los diferentes niveles asistenciales para facilitar el cribado y las adecuadas derivaciones en Atención Primaria, entendida como puerta de entrada al SNS; y para favorecer la evaluación dimensional de cara a planificar y monitorizar intervenciones transdiagnósticas clínicas o preventivas. Una de las fortalezas principales es que, al ser escalas breves, permiten reducir tiempos y costes de evaluación (Osma, Martínez-Loredo et al., 2022), aumentando la probabilidad de que todas las personas que llegan al SNS reciban una evaluación e intervención eficaz y basada en la evidencia (Osma et al., 2019).

5.3. Limitaciones generales

A pesar de las numerosas aportaciones expuestas en el apartado anterior, hay que reconocer ciertas limitaciones que dificultan la generalización e interpretación de los resultados de la tesis.

Una limitación general hace referencia al tamaño muestral limitado. Aunque hay que tener en cuenta que no existe acuerdo claro sobre cuál es la mejor orientación para el cálculo del tamaño muestral en estos estudios (White, 2022), existe literatura que recomienda contar con 10 participantes por ítem como pauta general para el cálculo del tamaño muestral (Boateng et al., 2018; Nunnally, 1978).

En este sentido, el MEDI es la escala en la que se hizo más evidente que el tamaño muestral era limitado, al ser la que presenta mayor número de ítems (Osma et al., 2019; 2023). Aun así, es importante destacar que para todos los estudios que exploran las propiedades psicométricas en muestra clínica, la muestra se reclutó en el SNS, donde la sobrecarga asistencial es elevada, y en muchas ocasiones es difícil que los profesionales sanitarios tengan el tiempo necesario para recoger muestra para estudios de investigación (Osma, Martínez-Loredo et al., 2022).

Otra limitación compartida que también está relacionada con las características de la muestra, es la distribución no homogénea de los participantes en función el género, siendo mayor el porcentaje de mujeres en todos los estudios. Es importante tener en cuenta que, en cierta medida, esta circunstancia es representativa de la realidad, ya que los TEs son más frecuentes en mujeres que en hombres (OMS, 2017); y también es mayor el porcentaje de mujeres que estudia grados universitarios, especialmente para la mayoría de grados que han participado en los estudios, y que están más relacionados con las Ciencias de la Salud (Instituto Nacional de Estadística, 2020). A pesar de que la distribución de los participantes no fue homogénea en cuanto al sexo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las puntuaciones de las escalas entre hombres y mujeres en ninguno de los estudios. Aun así, hay que tener en cuenta esta limitación de cara a interpretar y generalizar los resultados de la presente tesis.

Tanto para los estudios en población clínica como en población no clínica, el reclutamiento de la muestra fue por conveniencia, siendo reclutados de diferentes Universidades españolas para la muestra no clínica, y de diferentes Unidad de Salud Mental del SNS de España para la muestra clínica. De hecho, esta última estuvo compuesta por pacientes diagnosticados con al menos un TE, lo que todavía la convierte en una muestra más específica. Hay que tener en cuenta que esta especificidad derivada del tipo de muestreo puede influir en la representatividad y generalización de los resultados.

En algunos estudios, se ha utilizado más de un formato para cumplimentar las baterías de evaluación (online y papel y lápiz). Por ejemplo, en el caso de la validación del MEDI con muestra clínica (Osma, Martínez-Loredo et al., 2022), no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones del inventario en función del formato con el que se cumplimentaron los cuestionarios, pero, aun así, es una limitación a tener en cuenta porque podría influir en la motivación para responderlos.

En los estudios en los que se exploran las propiedades psicométricas en muestra no clínica, más concretamente en estudiantes universitarios, no se han utilizado entrevistas clínicas ni autoinformes que descarten la presencia de trastornos psicológicos (Osma, Martínez-Loredo, Díaz-García et al., 2021; Osma, Martínez-Loredo, Quilez-Orden et al., 2021). En su lugar, sólo se hizo una pregunta cerrada sobre si están recibiendo o no tratamiento psicológico en el momento de realizar el estudio. Esto podría sesgar los resultados, siendo probable que hayan participado personas que puedan presentar sintomatología con relevancia clínica.

Otra limitación hace referencia al cálculo de los puntos de corte. En aquellos estudios en los que se ha realizado este análisis estadístico, se utilizaron correlaciones con medidas “gold” estándar. Aunque es cierto que las medidas utilizadas ofrecen una detección adecuada, podrían introducir un sesgo en el diagnóstico, al no contar con una combinación de autoinformes con criterios clínicos como entrevistas diagnósticas. Esta misma limitación se aprecia en los análisis estadísticos realizados para el cálculo de la sensibilidad al cambio terapéutico.

Una limitación específica del estudio que explora las propiedades psicométricas de la escala EI (Osma et al., enviado) es que, aunque incluye muestra clínica y no clínica, ambos grupos difieren significativamente en cuanto a características sociodemográficas (p. ej., edad, nivel educativo o nivel laboral), por lo que en cierta medida no son comparables entre sí. En este mismo estudio, otra limitación específica es que utiliza escalas diferentes para evaluar la variable de calidad de vida en muestra clínica y no clínica.

5.4. Implicaciones y líneas futuras

Teniendo en cuenta las aportaciones y limitaciones derivadas de la tesis, en este punto van a discutirse las principales implicaciones para la investigación y la práctica clínica, así como los puntos fundamentales que quedan por explorar y que, por tanto, son potenciales líneas de investigación futuras.

5.4.1. Implicaciones a nivel de investigación científica

La validación de instrumentos psicométricos forma parte del marco científico de la Psicología, no solo para mejorar los procesos clínicos de diagnóstico y tratamiento, sino también para permitir el avance de la investigación (Roncero, 2015). En general, contar con datos sobre las propiedades psicométricas de tres escalas que evalúan constructos dimensionales, facilita e impulsa la investigación en este mismo campo. Además, los estudios de validación que exploran las propiedades de las escalas tras adaptaciones lingüísticas, culturales o para diferentes poblaciones, facilitan la posterior investigación para comparar puntuaciones y resultados de los diferentes estudios (Roncero, 2005).

Un aspecto fundamental para la aplicación de escalas es su factibilidad, es decir, que más allá de su interés científico, pueda ser aplicados fácilmente para la población a la que se dirigen (Roncero, 2015). Al ser tres herramientas breves, reducen los tiempos de las baterías de evaluación, haciendo que los estudios sean más viables y reduciendo la carga de respuesta en los participantes (Rolstad et al., 2011). Además, se adaptan a las limitaciones del SNS, aumentando su factibilidad entre los profesionales sanitarios, y haciendo más probable la realización de investigaciones que exploren el panorama de la sanidad pública en España.

Contar con herramientas de evaluación dimensional como el MEDI (Rosellini y Brown, 2019), permitirá aumentar la investigación sobre el ajuste del modelo híbrido para los TEs (Rosellini y Brown, 2014) y, además, permitirá reducir la batería de evaluación en estudios que utilicen una intervención transdiagnóstica, y que hasta ahora utilizaban herramientas específicas para evaluar cada una de las dimensiones. Esto facilitará la investigación en todo lo referente al enfoque transdiagnóstico de los TEs, dejando abiertas nuevas líneas futuras que se comentarán a continuación.

Con respecto al OASIS (Norman et al., 2006) y al ODSIS (Bentley et al., 2014), los resultados de la presente tesis fomentarán la investigación centrada en la población universitaria, lo que permitirá conocer más a fondo las características de esta muestra desde un enfoque dimensional, y cuáles son sus necesidades.

Los datos referentes a la EI (Echeburúa et al., 2000), facilitarán contar con una escala que explore datos de significación clínica e interferencia del problema o la sintomatología que presenten los participantes. Así, se fomentará que en las investigaciones clínicas se explore este constructo, que es fundamental para poder hablar de problemas de salud mental (APA, 2013). También que se fomentará la realización de estudios que exploren cómo se relaciona la interferencia con otros constructos interesantes para la psicopatología.

5.4.2. Recomendaciones para futuras investigaciones

Derivadas de las limitaciones previamente comentadas, se aportan recomendaciones para futuras investigaciones dirigidas a explorar medidas de evaluación dimensional que deben ser tenidas en cuenta (ver Tabla 5.4.1).

Tabla 5.4.1. Recomendaciones para futuras investigaciones

Recomendaciones para futuras investigaciones sobre evaluación dimensional	
Muestra	- Asegurar un tamaño muestral adecuado, por medio del cálculo en función de la escala concreta que se vaya a validar, y de las características del estudio - Intentar que se dé una distribución homogénea por sexos dentro de la muestra, o controlar esta variable con diferentes técnicas, como explorar que no existan diferencias estadísticamente significativas para las puntuaciones en función del sexo - Utilizar métodos de muestreo diferentes al “muestreo por conveniencia”, para facilitar que la muestra no sea tan específica y, por lo tanto, los resultados puedan ser generalizados más fácilmente - Reclutar muestra comunitaria, representativa de la población general para estudios que exploren propiedades psicométricas de escalas en población no clínica - Si un mismo estudio recluta diferentes tipos de muestra (p. ej., muestra clínica y muestra no clínica) controlar las variables sociodemográficas para que sean potencialmente comparables entre sí
Baterías de evaluación	- Utilizar el mismo formato para cumplimentar la batería de evaluación en todos los subgrupos muestrales - Utilizar las mismas escalas para la evaluación de los mismos constructos en los diferentes subgrupos muestrales
Criterios clínicos	- En caso de explorar propiedades psicométricas en muestras no clínicas, utilizar autoinformes que exploren criterios diagnósticos, o bien evaluar por medio del juicio clínico de profesionales sanitarios que los participantes de la muestra no presentan sintomatología clínica - Utilizar herramientas que exploren criterios clínicos, o bien el juicio clínico de profesionales o grupo control, para realizar análisis estadísticos que requieran este tipo de información, como cálculo de puntos de corte o exploración de la sensibilidad al cambio terapéutico

5.4.3. Líneas futuras de investigación

Además de las recomendaciones previamente mencionadas, de las limitaciones de la presente tesis se derivan futuras líneas de investigación en el campo de la evaluación dimensional. En general, sería necesario realizar estudios que exploren las propiedades psicométricas de estas escalas en diferentes países, contextos y poblaciones; y, en particular, sería muy interesante explorar sus propiedades psicométricas en muestra no clínica comunitaria, tal y como se indica en las recomendaciones con respecto a la muestra.

A continuación, se plantean líneas futuras de investigación más específicas de cada una de las medidas, en función del constructo dimensional al que se dirijan.

En cuanto al MEDI, entendido como medida para la evaluación transdiagnóstica de las dimensiones de los TEs, se han detectado limitaciones que dan lugar a las siguientes líneas futuras de investigación:

- Estudios que exploren su estabilidad temporal y sensibilidad al cambio terapéutico tras la aplicación de una intervención transdiagnóstica.
- Estudios que creen ítems dirigidos a la dimensión de manía del modelo híbrido dimensional-categorial para los TEs, y que estudien sus propiedades psicométricas por medio de muestras lo suficientemente representativas de esa dimensión.
- Estudios que exploren medidas para la evaluación de otros constructos dimensionales, como el perfeccionismo, la intolerancia a la incertidumbre o el mindfulness.
- Estudios dirigidos al desarrollo de entrevistas semiestructuradas específicamente diseñadas desde un enfoque híbrido-transdiagnóstico.
- Estudios que exploren la correspondencia entre los perfiles producto de la evaluación con el MEDI, y entrevistas diagnósticas.
- Estudios que exploren el papel moderador o mediador de las diferentes dimensiones y constructos transdiagnósticos en los TEs.
- Estudios dirigidos a valorar si es posible reducir más los ítems del MEDI, sin sacrificar sus propiedades de fiabilidad y validez.

Por otro lado, en cuanto a las medidas OASIS y ODSIS, que evalúan frecuencia, intensidad e interferencia de sintomatología ansiosa y depresiva, futuras líneas de investigación podrían ir dirigidas a:

- Explorar si tiene sentido añadir algún ítem que haga referencia a la interferencia de la sintomatología en otras áreas vitales.
- Valorar si estas escalas sobreestiman las puntuaciones de gravedad e interferencia de la sintomatología en comparación con otras herramientas o con el juicio clínico del profesional sanitario.
- Explorar en qué medida estas escalas de cribado, podrían detectar rangos en las puntuaciones que den lugar a toma de decisiones sobre el tipo de intervención más adecuada para los participantes.

Por último, con respecto a la EI, que evalúa el grado de significación clínica y la medida en que diferentes problemas de los participantes interfieren en sus áreas vitales, algunas líneas futuras de investigación podrían ser:

- Estudios que exploren su estabilidad temporal y sensibilidad al cambio terapéutico tras la aplicación de intervenciones psicológicas.
- Evaluar otras áreas en las que pueda darse interferencia y que no hayan sido incluidas, como autonomía o autocuidado e higiene.
- Valorar si la redacción de los ítems puede afectar a cómo los participantes se sienten identificados o no en las diferentes áreas vitales.

5.4.4. Implicaciones para la práctica clínica

Además de las implicaciones para la investigación científica, sin duda, las aportaciones de la presente tesis tienen implicaciones para la práctica clínica en general, y para la práctica clínica en el panorama de la salud pública en España, en particular.

Estas tres escalas, ofrecen, por medio de un número reducido de ítems, la posibilidad de explorar diferentes aspectos fundamentales de los TEs, que son los trastornos más prevalentes en España (IHME, 2023): dimensiones implicadas en su aparición y mantenimiento; frecuencia, intensidad e interferencia de síntomas de ansiedad y depresión; e interferencia en las diferentes áreas vitales de la sintomatología y los problemas que puedan suponer el motivo de consulta en cada paciente.

Al reducir el número de ítems, suponen menos costes y tiempo para la evaluación, reduciendo también la sobrecarga para los profesionales que las aplican y para los pacientes (Osma et al., 2019). Esto es especialmente importante en las consultas del SNS, cuya duración media es de 35 minutos (Montilla et al., 2002). Si en este contexto se utilizasen entrevistas semiestructuradas como la ADIS-5 (Brown y Barlow, 2014) o baterías de evaluación con cuestionarios específicos para cada constructo, se necesitarían varias sesiones sólo para llevar a cabo la evaluación. Por ejemplo, Rosellini et al. (2019) recomiendan utilizar la ADIS-5 sin saltar ninguna sección para poder hacer una evaluación desde un enfoque transdiagnóstico, y explican que esto lleva aproximadamente 5 horas, lo que supondría unas 6 sesiones en el SNS español (de unos 35 minutos de duración cada una). Teniendo en cuenta que el tiempo medio entre sesiones es de 1.6 meses (Flores et al., 2022), se necesitarían alrededor de 10 meses para poder realizar una evaluación dimensional completa, algo totalmente inviable y que empeoraría el pronóstico de los pacientes.

Además, hay que tener en cuenta, que al ser herramientas transdiagnósticas, pueden aplicarse potencialmente a diferentes trastornos, y a casos de comorbilidad y no especificados. Precisamente, con estas herramientas transdiagnósticas, se podría superar una de las principales dificultades que los profesionales sanitarios encuentran para el manejo clínico de los TEs, que es la alta comorbilidad que se da en la mayoría de los casos (Aragón et al., 2009).

Contar con una herramienta como el MEDI, tiene implicaciones importantes para la práctica clínica. Por medio de un único inventario, pueden explorarse las principales dimensiones de los TEs. Como se ha comentado en la discusión, puede ser necesario ampliar esta información por medio de otros autoinformes más específicos o análisis funcionales, pero el MEDI ofrece a los clínicos un perfil visual con información individualizada desde un enfoque transdiagnóstico, que va a ser fundamental para comprender qué le ocurre al paciente y poder planificar una intervención individualizada teniendo en cuenta sus puntuaciones (Quilez-Orden et al., 2020). Además, utilizar el MEDI durante y de manera posterior a la aplicación de una intervención transdiagnóstica tiene sentido, ya que permite observar la evolución de las puntuaciones en cada una de las dimensiones, y permite tomar decisiones flexibles a lo largo del tratamiento sobre los objetivos terapéuticos y las técnicas que deban aplicarse en cada momento.

Así mismo, herramientas como el OASIS y el ODSIS, pueden ser utilizadas en la práctica clínica para monitorizar la evolución de la sintomatología entre sesiones. Al pasar tantas semanas entre sesión y sesión, tiene sentido que el paciente pueda registrar una evolución semanal de la sintomatología, igual que se indica en el PU (Barlow et al., 2018). Estas herramientas también pueden ser utilizadas para la realización de un cribado inicial, algo que puede estar especialmente indicado para detectar casos que requieran atención especializada.

El OASIS y el ODSIS también pueden utilizarse como medidas continuas durante el tratamiento transdiagnóstico, para facilitar que los pacientes tomen conciencia de sus emociones, y monitorizar los cambios tras los módulos o técnicas dirigidas a cada uno de los mecanismos transdiagnósticos.

Por último, las implicaciones de la EI son fundamentales, ya que es potencialmente aplicable a cualquier problema o sintomatología, y permite al clínico explorar en qué áreas personales es menos funcional el paciente, y dirigir a ellas los principales focos terapéuticos. Además, es una manera de evaluar el criterio de significación clínica de una manera objetiva, y no únicamente por medio del juicio clínico del profesional, que en ocasiones puede verse sesgado por la información que el paciente comparta en consulta.

En resumen, las aportaciones de la presente tesis suponen implicaciones muy importantes para la práctica clínica, al permitir una evaluación integral desde un enfoque transdiagnóstico, reduciendo tiempos y costes de la evaluación, y permitiendo que los pacientes reciban el tratamiento más adecuado en cada caso.

5.5. Referencias

- Al-Naggar, R.A. y Al-Naggar, D.H. (2012). Prevalence and associated factors of emotional disorder among Malaysian University students. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 4(7), 1401-1411.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Aragónés, E., Piñol, J. L. y Labad, A. (2009). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Atención primaria*, 41(10), 545-551. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.11.011>
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L., Allen, L. B., Ehrenreich-May, J. (2011). *The Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide*. Nueva York: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Carl, J. R., Bullis, J. R. y Ellard, K. K. (2014). The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: Back to the future. *Clinical Psychological Science*, 2(3), 344-365. <http://dx.doi.org/10.1177/2167702613505532>
- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., Murray-Latin, H., Ellard, K. K., Bullis, J. R. ... y Cassiello-Robbins, C. (2018). *Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide (2.ª ed.)*. Nueva York: Oxford University Press.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Clasificación y diagnóstico en psicopatología. En Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (Eds.), *Manual de Psicopatología*, Vol.1 (pp. 35-67). Madrid: McGraw-Hill.
- Bentley, K. H., Gallagher, M. W., Carl, J. R. y Barlow, D. H. (2014). Development and validation of the Overall Depression Severity and Impairment Scale. *Psychological Assessment*, 26 (3). <http://doi.org/10.1037/a0036216>
- Blanco, I., Contreras, A., Valiente, C., Espinosa, R., Nieto, I. y Vázquez, C. (2019). El análisis de redes en psicopatología: conceptos y metodología. *Behavioral Psychology*, 27 (1), 87-106.
- Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quinonez, H. R. y Young, S. L. (2018). Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: A Primer. *Frontiers in Public Health*, 6, 149. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>
- Boettcher, H., Correa, J., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Rosellini, A. J., Brown, T. A., Kennedy, K., Todd, J. F. y Barlow, D. H. (2020). Dimensional Assessment of Emotional Disorder Outcomes in Transdiagnostic Treatment: A Clinical Case Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(4), 442-453. <http://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.11.001>

- Brown, T. A. y Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21(3), 256-271. <http://doi.org/10.1037/a0016608>
- Brown, T. A. y Barlow, D. H. (2014). *Anxiety and related disorders interviews schedule for DSM-5 (ADIS-5): Adult version*. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Campbell-Sills, L., Norman, S. B., Craske, M. G., Sullivan, G., Lang, A. J., Chavira, D. A. y Stein, M.B. (2009). Validation of a brief measure of anxiety-related severity and impairment: the Overall Anxiety Sensitivity and Impairment Scale (OASIS). *Journal of Affective Disorders*, 112, 92–101. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.03.014>
- Carlucci, L., Saggino, A. y 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>
- Cash, M. y Whittingham, K. (2010). What facets of mindfulness contribute to psychological well-being and depressive, anxious, and stress-related symptomatology? *Mindfulness*, 1(3), 177-182. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s12671-010-0023-4>
- Cassiello-Robbins, C., Southward, M. W., Tirpak, J. W. y Sauer-Zavala, S. (2020). A systematic review of Unified Protocol applications with adult populations: Facilitating widespread dissemination via adaptability. *Clinical Psychology Review*, 13(61), 98-99. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101852>
- Chorot, P., Valiente, R. M. y Sandín, B. (2020). Clasificación y diagnóstico en psicopatología. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología (3ª edición)* (pp. 69-96). Madrid: McGraw-Hill.
- Cuijpers, P., Miguel, C., Ciharova, M., Ebert, D., Harrer, M. y Karyotaki, E. (2023). Transdiagnostic treatment of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 1-12. <http://doi.org/10.1017/S0033291722003841>
- De las Cuevas, C. y González de Rivera, J. L. (1992). Autoinformes y respuestas sesgadas. *Anales de psiquiatría*, 8(9), 362-366.
- Echeburúa, E., De Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26(107), 325–340.
- Egan, S. J., Wade, T. D. y Shafran, R. (2011). Perfectionism as a trans-diagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31, 203-212. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
- Einstein, D. A. (2014). Extension of the transdiagnostic model to focus on intolerance of uncertainty: A review of the literature and implications for treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21, 280-300. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12077>

- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L. y Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33(6), 766-771. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770060086012>
- Farchione, T. J., Fitzgerald, H. E., Curren, A., Janes, A. C., Gallagher, M. W., Sbi, S., Eustis, E. H. y Barlow, D. H. (2021). Efficacy of the Unified Protocol for the treatment of comorbid alcohol use and anxiety disorders: Study protocol and methods. *Contemporary Clinical Trials*, 108, 106512. <https://doi.org/10.1016/J.CCT.2021.106512>
- Flores, I. C., Garzón, L. F., Félix-Alcántara, M. P., Olivares, B. M., de la Vega Rodríguez, I., González, M. F. y Belmonte, M. J. M. (2022). Indicadores asistenciales y estándares de calidad asistencial para la psicología clínica en los centros de salud mental del Sistema Madrileño de Salud evaluados por sus profesionales. *Apuntes de Psicología*, 40(2), 71-86. <https://doi.org/10.55414/ap.v40i2.1414>
- Gold, L. H. (2014). DSM-5 and the Assessment of Functioning: The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0). *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 42(2), 173-181.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. y Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006-1011. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>
- IHME, Instituto de Métrica y Evaluación de la Salud. *Intercambio de datos de salud global (GHDx)*. Recuperado de: <https://www.healthdata.org/spain?language=149>
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., Sanislow, C. y Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167 (7), 748-751. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091379>
- Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Graduados Según Nivel Educativo. Pruebas de Acceso a la Universidad. Estudiantes Matriculados en Educación Universitaria*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Ito, M., Oe, Y., Kato, N., Nakajima, S., Fujisato, H., Miyamae, M., ... y Norman, S. B. (2015). Validity and clinical interpretability of overall anxiety severity and impairment scale (OASIS). *Journal of Affective Disorders*, 170, 217-224. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.045>
- Jacobson, N. S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.59.1.12>

- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., . . . Zimmerman, M. (2017) The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454. <http://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Latorre, J. M., Navarro, B., Parra, M., Salguero, J.M., Mae, C. y Cano-Vindel, A. (2012). Evaluación e intervención de los problemas de ansiedad y depresión en atención primaria: un problema sin resolver. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5 (1), 37-45. <https://doi.org/10.4321/S1699-695X2012000100007>
- Lemos, S. (2008). Clasificación y diagnóstico en psicopatología. En Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (Eds.), *Manual de Psicopatología. Edición revisada, Vol.1* (pp. 93-118). Madrid: McGraw-Hill.
- McManus, F., Shafran, R. y Cooper, Z. (2010). What does a transdiagnostic approach have to offer the treatment of anxiety disorders? *British Journal of Clinical Psychology*, 49, 491-505. <https://doi.org/10.1348/014466509X476567>
- Ministerio de Sanidad (2022). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Centro de Publicaciones. Recuperado de: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf
- Montilla, J. F., González, C., Retolaza, A., Dueñas, C. y Alameda, J. (2002). Uso de servicios ambulatorios de salud mental en España: Consumo de recursos en el primer año de asistencia a pacientes nuevos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 84, 25-47. <http://doi.org/10.4321/S0211-57352002000400003>
- Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K. y Greist, J. M. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *The British Journal of Psychiatry*, 180(5), 461-464. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461>
- Naragon-Gainey, K. (2010). Meta-analysis of the relations of anxiety sensitivity to the depressive and anxiety disorders. *Psychological Bulletin*, 136,128-150. <https://doi.org.10.1037/a0018055>
- Norman, S. B., Campbell-Sills, L., Hitchcock, C. A., Sullivan, S., Rochlin, A., Wilkins, K. C. y Stein, M. B. (2011). Psychometrics of a brief measure of anxiety to detect severity and impairment: the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Journal of Psychiatric Research*, 45(2), 262-268. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.06.011>
- Norman, S. B., Cissell, S., Means-Christensen, A. J. y Stein, M. B. (2006). Development and validation of an overall anxiety severity and impairment scale (OASIS). *Depression and Anxiety*, 23(4), 245-249. <https://doi.org/10.1002/da.20182>
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.

- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Osma, J., Castellano, C., Crespo, E. y García-Palacios, A. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in a Spanish public mental health setting. *Psicología Conductual*, 23(3), 447.
- Osma, J., Martínez-Loredo, V., Quilez-Orden, A., Peris-Baquero, O., Ferreres-Galán, V., Prado-Abril, J., Torres-Alfosea, M.A. y Rosellini, A. J. (2022). Multidimensional emotional disorders inventory: Reliability and validity in a Spanish clinical sample. *Journal of Affective Disorders*, 320, 65-73. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.140>
- Osma, J., Martínez-Loredo, V., Quilez-Orden, A., Peris-Baquero, Ó. y Suso-Ribera, C. (2021). Validity evidence of the multidimensional emotional disorders inventory among non-clinical Spanish University students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8251. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168251>
- Osma, J., Quilez-Orden, A. B., Ferreres-Galán, V., Meseguer, M. C., & Ariza, S. (2022). Feasibility and clinical usefulness of the Unified Protocol in women survivors of violence. *Journal of Child and Family Studies*, 1-16. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-022-02226-z>
- Osma, J., Quilez-Orden, A., Ordoñez, J.L., Peris-Baquero, O. y Echeburúa, E. (enviado). Reliability and validity data of the Maladjustment Inventory in a clinical and university students Spanish Sample. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*.
- Osma, J., Quilez-Orden, A., Suso-Ribera, C., Peris-Baquero, O., Norman, S. B., Bentley, K. H. y Sauer-Zavala, S. (2019). Psychometric properties and validation of the Spanish versions of the overall anxiety and depression severity and impairment scales. *Journal of Affective Disorders*, 252, 9-18. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.063>
- Osma, J., Suso-Ribera, C., Garcia-Palacios, A., Crespo-Delgado, E., Robert-Flor, C., Sanchez-Guerrero, A., ... y Torres-Alfosea, M. Á. (2018). Efficacy of the unified protocol for the treatment of emotional disorders in the Spanish public mental health system using a group format: study protocol for a multicenter, randomized, non-inferiority controlled trial. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16, 1-10. <http://doi.org/10.1186/s12955-018-0866-2>
- Rolstad, S., Adler, J. y Rydén, A. (2011). Response burden and questionnaire length: is shorter better? A review and meta-analysis. *Value in Health*, 14(8), 1101-1108. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2011.06.003>
- Roncero, C. (2015). La validación de instrumentos psicométricos: un asunto capital en la salud mental. *Salud mental*, 38(4), 235-236. <http://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.032>
- Rosellini, A. J. y Brown, T. A. (2014). Initial interpretation and evaluation of a profile-based classification system for the anxiety and mood disorders: Incremental validity compared to DSM-IV categories. *Psychological Assessment*, 26(4), 1212-1224. <https://doi.org/10.1037/PAS0000023>

- Rosellini, A. J. y Brown, T. A. (2019). The Multidimensional Emotional Disorder Inventory (MEDI): Assessing transdiagnostic dimensions to validate a profile approach to emotional disorder classification. *Psychological Assessment*, 31(1), 59-72. <https://doi.org/10.1037/pas0000649>
- Rosellini, A. J., Osma, J. y Brown, A. T. (2019). Evaluación transdiagnóstica y formulación de caso en los trastornos emocionales desde la perspectiva del Protocolo Unificado. En J. Osma (Coord.), *Aplicaciones del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de la disregulación emocional* (pp. 31-47) Madrid: Alianza Editorial.
- Sakiris, N. y Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical Psychology Review*, 72, 1017-1051. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751>
- Sandora, J., Novak, L., Brnka, R., van Dijk, J. P., Tavel, P. y Malinakova, K. (2021). The abbreviated overall anxiety severity and impairment scale (OASIS) and the abbreviated overall depression severity and impairment scale (ODSIS): Psychometric properties and evaluation of the Czech versions. *International journal of environmental research and public health*, 18(19), 10337. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph181910337>
- Tung, E. S., Wang, M., Brown, T. A. y Rosellini, A. J. (2020). Transdiagnostic assessment of emotional disorders. En M. M. Antony y D. H. Barlow (Eds.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (pp. 119-137). The Guilford Press.
- Üstün, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S. y Rehm, J. (2010). *Measuring health and disability: Manual for WHO disability assessment schedule WHODAS 2.0*. World Health Organization.
- Vázquez Morejón, A. J., Vázquez-Morejón, R. y Álvarez, P. C. (2021). Work and Social Adjustment Scale (WSAS): psychometric characteristics of a Spanish adaptation in a clinical population. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 49(6), 764-768. <https://doi.org/10.1017/S1352465821000308>
- Vázquez, C., Sánchez, A. y Romero, N. (2011). Clasificación y diagnóstico de los trastornos psicológicos: usos y limitaciones del DSM-IV-TR/DSM-5 y la CIE-10. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carroble (Eds.), *Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos* (pp. 92-223). Madrid: Pirámide.
- Vázquez, C., Sánchez, A. y Romero, N. (2014). Clasificación y diagnóstico de los trastornos psicológicos: Usos y limitaciones del DSM-IV-TR/DSM-5 y la CIE-10. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carroble (Eds.), *Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos*, 2a ed. (pp. 93-116). Madrid: Pirámide.
- White, M. (2022). Sample size in quantitative instrument validation studies: A systematic review of articles published in Scopus, *Heliyon*, 8, e12223. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e12223>

CAPÍTULO 6.
CONCLUSIONES GENERALES

6.1. Conclusiones Generales

Resulta fundamental investigar en medidas de evaluación dimensional y transdiagnósticas para los TEs. Los resultados clave de esta investigación, suponen un primer paso y un avance para este objetivo, no sólo ofreciendo datos sobre las propiedades psicométricas para diferentes constructos en población clínica y no clínica, sino también, permitiendo que por medio de los mismos se puedan realizar investigaciones futuras acerca del enfoque transdiagnóstico en el SNS.

Durante más de una década, se han desarrollado enfoques alternativos a la clasificación de psicopatología tradicional del enfoque categorial, y también, han aparecido tratamientos transdiagnósticos que han sido ampliamente estudiados. Esta tesis, pretende impulsar la investigación relacionada con la evaluación, arrojando luz sobre las grandes ventajas de este tipo de herramientas, y las implicaciones que tienen para futuras investigaciones y para la práctica clínica.

El fin último de esta tesis, es proporcionar datos que permitan evaluar mejor la salud mental de las personas, desde los enfoques más novedosos, para poder entender cuál es su perfil transdiagnóstico y las principales áreas vitales afectadas por los problemas o la sintomatología. Este es el camino para poder realizar adecuadas derivaciones y planificar tratamientos transdiagnósticos personalizados, y aunque esta tesis tan solo supone un pequeño avance, pretende potenciar la investigación y aplicación de escalas y protocolos que se muestren coste-efectivos, y que faciliten por tanto, el cuidado de la salud mental en millones de personas.

CAPÍTULO 7.
APÉNDICES

7.1. Apéndice 1. Compendio de publicaciones, datos sobre los trabajos incluidos en la tesis

Manuscrito I (Capítulo 2)
Osma, J., Martínez-Loredo, V., Quilez-Orden, A., Peris-Baquero, O., Ferreres-Galán, V., Prado-Abril, J., Torres-Alfosea, M.A. y Rosellini, A. J. (2022). Multidimensional emotional disorders inventory: Reliability and validity in a Spanish clinical sample. <i>Journal of Affective Disorders</i>, 320, 65-73. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.140 Revista: Journal of Affective Disorders Factor de Impacto (JCR 2021): 6.533 (Q1) Área temática: PSYCHIATRY Justificación de la contribución de la doctoranda: la doctoranda realizó una contribución significativa para la realización del presente trabajo, realizando tareas propias de la investigación, como introducción y tratamiento de datos, redacción del manuscrito, y revisión y edición del mismo.
Manuscrito II (Capítulo 2)
Osma, J., Martínez-Loredo, V., Quilez-Orden, A., Peris-Baquero, Ó., y Suso-Ribera, C. (2021). Validity evidence of the multidimensional emotional disorders inventory among non-clinical Spanish University students. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>, 18(16), 8251. https://doi.org/10.3390/ijerph18168251 Revista: International Journal of Environmental Research and Public Health Factor de Impacto (JCR 2021): 4.614 (Q1) Área temática: PUBLIC, ENVIRONMENTAL & OCCUPATIONAL HEALTH Justificación de la contribución de la doctoranda: tal y como aparece en el artículo publicado, la doctoranda realizó una contribución significativa, encargándose de diferentes tareas para la realización del trabajo, relacionadas con la metodología, investigación, tratamiento de datos, preparación del borrador original, revisión y edición del manuscrito.

Manuscrito III (Capítulo 2)
Quilez-Orden, A., Prado-Abril, J., Ferreres-Galán, V., Torres-Alfosea, M. Á., Santos-Goñi, M. A., Peris-Baquero, Ó. y Osma, J. (2020) Descripción del inventario multidimensional para los trastornos emocionales (MEDI) para la evaluación y diagnóstico dimensional. <i>Acción Psicológica</i>, 19(2), 15-32. https://doi.org/10.5944/ap.19.2.36992 Revista: Acción Psicológica Factor de Impacto (JCR): 0.09 (Q4) Área temática: PSYCHOLOGY, MULTIDISCIPLINARY Justificación de la contribución de la doctoranda: la doctoranda realizó una contribución significativa para la realización del presente trabajo, realizando tareas propias de la investigación, como introducción y tratamiento de datos, redacción del manuscrito, y revisión y edición del mismo.
Manuscrito IV (Capítulo 3)
Osma, J., Martínez-Loredo, V., Díaz-García, A., Quilez-Orden, A., y Peris-Baquero, Ó. (2021). Spanish Adaptation of the Overall Anxiety and Depression Severity and Impairment Scales in University Students. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>, 19(1), 345. https://doi.org/10.3390/ijerph19010345 Revista: International Journal of Environmental Research and Public Health Factor de Impacto (JCR 2021): 4.614 (Q1) Área temática: PUBLIC, ENVIRONMENTAL & OCCUPATIONAL HEALTH Justificación de la contribución de la doctoranda: tal y como aparece en el artículo publicado, la doctoranda realizó una contribución significativa, encargándose de diferentes tareas para la realización del trabajo, relacionadas con la metodología, investigación, tratamiento de datos, preparación del borrador original, revisión y edición del manuscrito.
Manuscrito V (Capítulo 4, contenido protegido)
Osma, J., Quilez-Orden, A., Ordoñez, J.L., Peris-Baquero, O. y Echeburúa, E. (enviado). Psychometric properties of the Maladjustment Inventory in a Spanish clinical and student sample. <i>Revista de Psiquiatría y Salud Mental</i>. Revista: Revista de Psiquiatría y Salud Mental Factor de Impacto (JCR 2021): 6.795 (Q1) Área temática: PSYCHIATRY Justificación de la contribución de la doctoranda: la doctoranda realizó una contribución significativa para la realización del presente trabajo, realizando tareas propias de la investigación, como introducción y tratamiento de datos, redacción del manuscrito, y revisión y edición del mismo.

