

Universidad de Huelva

Departamento de Psicología Clínica y Experimental



El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II (IDAS-II): propiedades psicométricas, interpretación de las puntuaciones y utilidad clínica de la versión en castellano

**Memoria para optar al grado de doctora
presentada por:**

Ana María de la Rosa Cáceres

Fecha de lectura: 13 de octubre de 2023

Bajo la dirección de los doctores:

Carmen Díaz Batanero

Manuel Sánchez García

Fermín Fernández Calderón

Huelva, 2023



Universidad de Huelva

Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social



El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II (IDAS-II): propiedades psicométricas, interpretación de las puntuaciones y utilidad clínica de la versión en castellano

**Memoria para optar al grado de doctor
presentada por:**

Ana María de la Rosa Cáceres

Fecha de lectura: octubre de 2023

Bajo la dirección de los doctores:

Carmen Díaz Batanero

Manuel García Sánchez

Fermín Fernández Calderón

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

Huelva, 2023



Universidad
de Huelva

TESIS DOCTORAL

El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II (IDAS-II):
propiedades psicométricas, interpretación de las puntuaciones y
utilidad clínica de la versión en castellano

ANA MARÍA DE LA ROSA CÁCERES

UNIVERSIDAD DE HUELVA

AÑO 2023

TESIS DOCTORAL



El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II (IDAS-II): propiedades psicométricas, interpretación de las puntuaciones y utilidad clínica de la versión en castellano

Presentada por:

Ana María de la Rosa Cáceres

Dirigida por:

Dra. Carmen Díaz Batanero

Dr. Manuel Sánchez García

Dr. Fermín Fernández Calderón

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud (Instrumentos y Diagnóstico en Salud)

Departamento de Psicología Clínica y Experimental

Facultad de Educación, Psicología y Ciencias del Deporte

Universidad de Huelva

2023

DOCTORAL THESIS



The Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II (IDAS-II): psychometric properties, interpretation of scores, and clinical utility of the Spanish version

Submitted by:

Ana María de la Rosa Cáceres

Supervised by:

Dra. Carmen Díaz Batanero

Dr. Manuel Sánchez García

Dr. Fermín Fernández Calderón

Doctoral Programme in Health Sciences (Measures and Diagnosis in Health)

Department of Clinical and Experimental Psychology

Faculty of Education, Psychology and Sport Sciences

University of Huelva

2023



Departamento de Psicología Clínica y Experimental
Facultad de Educación, Psicología y Ciencias del Deporte
Universidad de Huelva

Dra. Carmen Díaz Batanero, Dr. Manuel Sánchez García y Dr. Fermín Fernández Calderón, como directores de esta Tesis Doctoral y, todos pertenecientes al Departamento de Psicología Clínica y Experimental,

HACEN CONSTAR:

Que la Tesis Doctoral realizada por D.^a Ana María de la Rosa Cáceres, titulada *“El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II (IDAS-II): propiedades psicométricas, interpretación de las puntuaciones y utilidad clínica de la versión en castellano”* ha sido realizada bajo nuestra dirección y, puesto que cumple los requisitos establecidos en la legislación vigente para su presentación como compendio de publicaciones, autorizamos su presentación en el Departamento de Psicología Clínica y Experimental y su defensa posterior para optar al grado de Doctor.

Y para que conste a efectos de depósito e informe, firmamos la presente en Huelva, a 15 de junio de 2023.

DIAZ BATANERO
MARIA DEL
CARMEN -
26028146N

Firmado digitalmente por
DIAZ BATANERO MARIA
DEL CARMEN - 26028146N
Fecha: 2023.06.15
08:19:32 +02'00'

Fdo. Carmen Díaz Batanero

SANCHEZ
GARCIA
MANUEL -
05643720A

Firmado digitalmente
por SANCHEZ GARCIA
MANUEL - 05643720A
Fecha: 2023.06.15
08:31:29 +02'00'

Fdo. Manuel Sánchez García

FERNANDEZ
CALDERON FERMIN
- 48877254T

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ CALDERON
FERMIN - 48877254T
Fecha: 2023.06.15 08:52:54
+02'00'

Fdo. Fermín Fernández Calderón

AGRADECIMIENTOS

El trabajo que se presenta en esta tesis no habría sido posible sin el equipo con el que he tenido la suerte de trabajar durante todo este proyecto. Gracias, José Andrés Lorca, por presentarme al equipo que me apoya y la pareja que me arropa. Gracias a ti estoy donde quiero, y con quien quiero estar. Gracias también por enseñarme el amor por la ciencia. Gracias a mis directores de tesis, Carmen Díaz, Manuel Sánchez y Fermín Fernández por la supervisión, la guía, los ánimos recibidos durante estos años. Recuerdo que el único día que me dio clase Carmen le comenté a un compañero: *me encanta cómo explica esta mujer [...] no descartaría hacer la tesis algún día*. Y, aquí estoy, acabando la tesis con una mujer a la que admiro más cada día. No menos importante ha sido la enseñanza que he recibido por parte del resto de miembros del equipo que, por su dedicación y experiencia, son todo un referente a seguir. Mi admiración se extiende a Oscar Lozano y su liderazgo, José Carmona (Pepe) y su cercanía, Pedro Juan Pérez (Kiko) y su sabiduría, Jesús Gómez (Bujedo) y su humildad, y Andrea Blanc y su empatía. Gracias por mostrarme vuestros conocimientos y vuestra calidad humana. Gracias también por seguir ampliando la familia y acogernos con tanto cariño, ha sido un placer compartir la experiencia con Bella González, Daniel Dacosta, Alberto Parrado, Lidia Torres, Cinta Mancheño, Marta Narváez y Nehemías Romero. Con vuestro esfuerzo y a hombros de gigantes vais a conseguir lo que os propongáis.

Agradecer también a todas las personas que en algún momento han sido una pieza fundamental para que este proyecto siga adelante. La recogida de datos de este trabajo ha sido más fácil gracias a la colaboración de personas como Juan Alonso Ramírez y Juan José Mancheño. Gracias por abrirme las puertas de los Servicios Sociales y las Unidades de Salud Mental de Huelva. Antonio Vélez, Alberto Parrado, Marta Narváez, Mónica

Rossu, Susana y Cristina Bruneteau, gracias también por ayudarme en la labor de la recogida de datos. Tampoco me olvido de los más de dos mil participantes que, en algún momento, han dedicado su tiempo a colaborar en este estudio. Gracias por comprender la importancia de la investigación en nuestra sociedad.

La formación adquirida en este tiempo también tiene su origen en las universidades de Almería y Kassel. Agradecer especialmente la acogida y el trato recibido por Antonio Rojas, Pablo Sayans, Andrea Blanc, Jorge Ordóñez, Johannes Zimmermann y Leon Wendt. Ha sido un placer aprender de vosotros.

En lo personal, debo todo a mis padres, Pedro y María, y a mis hermanas, María José y Cristina. Gracias por inculcarme la constancia y el esfuerzo, y por apoyarme en cada paso. Gracias a mi pareja, Rosendo (Ros), por la comprensión, el apoyo incondicional y la confianza depositada en mí. Finalmente, gracias, Pablo, por motivarme allá donde estés. Espero que este trabajo sirva para ayudar a otras personas a ver lo que yo no supe. Si es así, habrá merecido la pena.

Esta tesis doctoral se ha realizado gracias a la financiación del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades para la Formación de Profesorado Universitario (dentro del Programa Estatal de Promoción del Talento y su Empleabilidad) adjudicada en concurso público, con resolución definitiva el 7 de octubre de 2020 y con referencia FPU19/00144.

ÍNDICE

Informe sobre las publicaciones presentadas.....	1
Resumen.....	3
Justificación y organización de la tesis.....	7
 Capítulo 1. Contextualización.....	 13
1.1. Aproximación a los trastornos internalizantes.....	14
1.1.1. Definición de los trastornos internalizantes.....	14
1.1.2. Prevalencia e impacto de los trastornos internalizantes	17
1.1.2.1. Trastorno de depresión.....	20
1.1.2.2. Trastorno de ansiedad.....	21
1.2. Modelos o enfoques teóricos que abordan la clasificación de los trastornos internalizantes.....	22
1.2.1. Modelos desarrollados desde aproximaciones categoriales	23
1.2.2. Críticas propuestas a los modelos categoriales.....	31
1.2.3. Modelos desarrollados desde aproximaciones dimensionales.....	36
1.3. La Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología (the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology; HiTOP).....	47
1.3.1. Definición de los niveles de la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología	48
1.3.2. Delimitación y organización de los trastornos internalizantes dentro de la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología	54
1.3.3. Evidencias empíricas que apoyan la organización jerárquica de las dimensiones internalizantes de la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología.....	58
1.3.3.1. Evidencias basadas en análisis factoriales.....	59
1.3.3.2. Otras fuentes de evidencias.....	62
1.3.4. Integración de la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología en el ámbito clínico	68
1.3.5. Instrumentos de evaluación de síntomas internalizantes afines a las aproximaciones dimensionales congruentes con la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología	78
1.4. El Inventario de Síntomas de Depresión y Ansiedad (IDAS-II).....	92
1.4.1. Desarrollo del instrumento	92

1.4.1.1.	Desarrollo del IDAS.....	93
1.4.1.1.1.	Fase 1: Banco inicial de ítems.....	94
1.4.1.1.2.	Fase 2: Desarrollo de las escalas.....	96
1.4.1.1.3.	Fase 3: Propiedades psicométricas del IDAS.....	99
1.4.1.1.4.	Versión final del IDAS.....	100
1.4.1.2.	Desarrollo del IDAS-II.....	103
1.4.1.2.1.	Fase 1: Banco inicial de ítems.....	103
1.4.1.2.2.	Fase 2: Desarrollo de las escalas.....	104
1.4.1.2.3.	Fase 3: Propiedades psicométricas del IDAS-II.....	107
1.4.1.2.4.	Versión final del IDAS-II.....	111
1.4.2.	Adaptaciones hasta la fecha.....	114
1.4.3.	Acumulación de evidencias de las propiedades psicométricas del IDAS e IDAS-II desde su desarrollo	120
1.4.4.	Utilidad clínica	135
1.4.4.1.	Baremos.....	136
1.4.4.2.	Puntos de corte diagnósticos.....	138
1.4.5.	Líneas abiertas de investigación	140

Capítulo 2. Objetivos de la investigación y planteamiento metodológico.....145

2.1.	Justificación y objetivos.....	146
2.1.1.	Objetivo general	146
2.1.2.	Objetivos específicos	148
2.1.3.	Hipótesis	154
2.2.	Metodología general.....	157
2.2.1.	Diseño del estudio	157
2.2.2.	Participantes	157
2.2.3.	Instrumentos	167
2.2.4.	Procedimiento.....	171
2.2.5.	Análisis de datos.....	173
2.2.6.	Estándares éticos.....	182
2.2.7.	Financiación	183
2.2.8.	Transparencia y acceso abierto.....	184

Chapter 3. Results of the studies.....	185
3.1. Spanish adaptation of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II) and a study of its psychometric properties.....	186
3.1.1. Introduction	186
3.1.2. Method.....	190
3.1.3. Results	195
3.1.4. Discussion.....	202
3.2. Examining the relationships between emotional disorder symptoms in a mixed sample of community adults and patients: A network analysis perspective.....	210
3.2.1. Introduction	210
3.2.2. Method.....	213
3.2.3. Results	218
3.2.4. Discussion.....	224
3.3. Norms according to age and gender for the Spanish version of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II).....	230
3.3.1. Introduction	230
3.3.2. Method.....	233
3.3.3. Results	237
3.3.4. Discussion.....	248
3.4. Assessing internalizing symptoms and their relation with levels of impairment: Evidence-based cutoffs for interpreting Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II) scores.....	253
3.4.1. Introduction	253
3.4.2. Method.....	258
3.4.3. Results	263
3.4.4. Discussion.....	267
Chapter 4. Discussion and conclusions.....	273
4.1. Introduction.....	274
4.2. Discussion in relation to the specific objectives of the study.....	277
4.2.1. Specific objective 1.....	277
4.2.2. Specific objective 2.....	280
4.2.3. Specific objective 3.....	283
4.2.4. Specific objective 4.....	287

4.3. Implications of the study results.....	290
4.4. Limitations.....	296
4.5. Future lines.....	300
4.6. Conclusions.....	303
Chapter 5. Abstract and conclusions.....	307
5.1. Abstract.....	308
5.2. Conclusions.....	310
Capítulo 6. Resumen y conclusiones.....	313
6.1. Resumen.....	314
6.2. Conclusiones.....	316
Referencias.....	321
Anexo 1. Revisión de artículos relacionados con el IDAS-II.....	425
Anexo 2. Versión del IDAS-II en castellano.....	473
Anexo 3. Consentimiento informado y hojas de información al paciente.....	483
Anexo 4. Copia de los trabajos publicados.....	489

LISTA DE TABLAS

Capítulo 1. Contextualización

Tabla 1.2.1 *Categorías globales que incluyen trastornos internalizantes en cada versión del DSM*

Tabla 1.2.2 *Categorías globales que incluyen trastornos internalizantes en cada versión de la ICD*

Tabla 1.2.3 *Equivalencia de las categorías diagnósticas del DSM-5 y la ICD-11 que incluyen trastornos internalizantes*

Tabla 1.3.1 *Constructos incluidos en medidas basadas en dimensiones amplias relevantes para el modelo HiTOP*

Tabla 1.4.1 *Valores de fiabilidad como consistencia interna (alfa de Cronbach) para las escalas del IDAS*

Tabla 1.4.2 *Valores de fiabilidad como consistencia interna (alfa de Cronbach) para las escalas del IDAS-II*

Tabla 1.4.3 *Fiabilidad test-retest para las escalas del IDAS e IDAS-II*

Tabla 1.4.4 *Cargas factoriales de las escalas del IDAS del trabajo de Watson et al. (2007)*

Tabla 1.4.5 *Cargas factoriales de las escalas del IDAS del trabajo de Watson y O'Hara (2017)*

Tabla 1.4.6 *Cargas factoriales de las escalas del IDAS-II*

Capítulo 2. Objetivos de la investigación y planteamiento metodológico de la investigación

Tabla 2.2.1 *Distribución de diagnósticos del DSM-5 en la muestra 4 (n = 329)*

Tabla 2.2.2 *Distribución de diagnósticos del DSM-5 en la muestra 5 (n = 318)*

Tabla 2.2.3 *Variables sociodemográficas de cada muestra*

Tabla 2.2.4 *Muestras empleadas para cada objetivo*

Chapter 3. Results of the studies

Table 3.1.1 *Analysis of the scales and reliability of the IDAS-II for the student (n = 378) and for the community sample (n = 620)*

Table 3.1.2 *Pearson's correlations between the IDAS-II scales for the community (n = 620) and for the student sample (n = 378)*

Table 3.1.3 *Pearson's correlations between the IDAS-II scale scores and the total BDI-II, BAI, HCL-32, PCL-C and OCI-R scores for the student (n = 378) and community sample (n = 620)*

Table 3.2.1 *DSM-5 diagnoses distribution*

Table 3.2.2 *Results of the analysis of the scales and reliability of the IDAS-II (N = 2,021)*

Table 3.2.3 *Partial and zero-order correlations between network symptoms on estimation sample (n = 1,010)*

Table 3.2.4 *Standardized values of centrality indices and bridge centrality indices, explained variance, participation coefficient, and participation ratio of each node on estimation sample (n = 1,010)*

Table 3.3.1 *Reliability, means and standard deviations for IDAS-II scales*

Table 3.3.2 *Percentiles, T scores and direct scores for all sample (N = 1,072)*

Table 3.3.3 *Mean (standard deviation) by gender and age group*

Table 3.3.4 *Percentiles, T scores and direct scores for 18 – 44 years old men (n = 188)*

Table 3.3.5 *Percentiles, T scores and direct scores for 45 – 75 years old men (n = 349)*

Table 3.3.6 *Percentiles, T scores and direct scores for 18 – 44 years old women (n = 379)*

Table 3.3.7 *Percentiles, T scores and direct scores for 45 – 75 years old women (n = 156)*

Table 3.4.1 *Sociodemographic variables in the clinical, community and total sample*

Table 3.4.2 *DSM-5 diagnoses in patient sample (n = 318)*

Table 3.4.3 *Descriptive statistics among community and patient sample, comparison between groups and clinical cutoff of IDAS-II scales and WHODAS 2.0 total score*

Table 3.4.4 *Results of the ROC analyses and estimated cut points based on criteria for moderate and severe impairment (N = 1,390)*

Table 3.4.5 *Linear regression analysis for WHODAS 2.0 score (N = 1,390)*

Anexos

Tabla Suplementaria 1. *Revisión de trabajos relacionados con el IDAS-II*

LISTA DE FIGURAS

Capítulo 1. Contextualización

Figura 1.2.1 *Estructura inicial de la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología (HiTOP)*

Figura 1.2.2 *Matriz de los Criterios de Dominio de Investigación (RDoC)*

Figura 1.2.3 *Visión general de las principales relaciones entre los Criterios de Dominio de Investigación (RDoC) y la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología (HiTOP)*

Figura 1.3.1 *Estructura actual de la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología (HiTOP)*

Figura 1.3.2 *Modelo conceptual del super espectro Disfunción Emocional de la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología (HiTOP)*

Chapter 3. Results of the studies

Figure 3.1.1 *Factorial loading of the model obtained for the student sample ($n = 378$)*

Figure 3.1.2 *Factorial loading of the model obtained for the community sample ($n = 620$)*

Figure 3.2.1 *Empirical network model (network structure estimated from a walktrap modularity analysis; $n = 1,010$)*

INFORME SOBRE LAS PUBLICACIONES PRESENTADAS

La presente tesis doctoral se presenta bajo la normativa de tesis doctoral como compendio de publicaciones. En su totalidad se presentan cuatro aportaciones científicas publicadas. A continuación, se detalla cada una de ellas:

1. De la Rosa-Cáceres, A., Stasik-O'Brien, S. M., Rojas, A. J., Sanchez-García, M., Lozano, O. M., & Díaz-Batanero, C. (2020). Spanish adaptation of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II) and a study of its psychometric properties. *Journal of Affective Disorders*, 271, 81-90.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.187>
 - Factor de Impacto JCR (2020): 4.839
 - Posición relativa: Q1 (25/144 – *Psychiatry [SSCI]*)
2. De la Rosa-Cáceres, A., Sayans-Jiménez, P., Stasik-O'Brien, S., Sanchez-Garcia, M., Fernández-Calderón, F., & Díaz-Batanero, C. (2022). Examining the relationships between emotional disorder symptoms in a mixed sample of community adults and patients: A network analysis perspective. *Current Psychology*, 0123456789. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-02907-4>
 - Factor de Impacto JCR (2021): 2.387
 - Posición relativa: Q2 (74/148 – *Psychology, Multidisciplinary [SSCI]*)
3. Sanchez-Garcia, M., De la Rosa-Cáceres, A., Stasik-O'Brien, S., Mancheño-Barba, J.J., Lozano, O. M., & Díaz-Batanero, C. (2021). Norms according to

age and gender for the Spanish version of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II). *Frontiers in Psychology*, 12, 748025. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.748025>

- Factor de Impacto JCR (2021): 4.232
- Posición relativa: Q1 (35/148 – *Psychology, Multidisciplinary [SSCI]*)

4. De la Rosa-Cáceres, A., Lozano, O. M., Sanchez-Garcia, M., Fernandez-Calderon, F., Rossi, G., & Diaz-Batanero, C. (2023). Assessing internalizing symptoms and their relation with levels of impairment: Evidence-based cutoffs for interpreting Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II) scores. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 45, 170-180. <https://doi.org/10.1007/s10862-022-10008-6>

- Factor de Impacto JCR (2021): 2.118
- Posición relativa: Q3 (95/131 – *Psychology, Clinical [SSCI]*)

RESUMEN

Los trastornos internalizantes de depresión y ansiedad son los trastornos mentales más prevalentes e incapacitantes a nivel mundial (e.g., WHO, 2017). Los síntomas de estos trastornos pueden ser evaluados desde una perspectiva dimensional y consistente con la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología (HiTOP; Kotov et al., 2017) mediante el empleo del Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS; Watson et al., 2012). El IDAS-II se encuentra entre las cinco medidas de autoinforme de depresión más utilizadas y estudiadas en la actualidad (Klein, 2023), gracias a que permite realizar una evaluación transdiagnóstica que cubre la sintomatología de diferentes trastornos (e.g., depresión, ansiedad, trastorno bipolar, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático), y a que dispone de baremos y puntos de corte que amplían la utilidad clínica del instrumento (Nelson et al., 2018; Stasik-O'Brien et al., 2019). Sin embargo, las propiedades psicométricas de la versión española del instrumento no han sido examinadas hasta el momento.

El objetivo general de la tesis doctoral es estudiar las propiedades psicométricas de la versión del IDAS-II adaptada al español, proporcionar baremos para la interpretación de sus puntuaciones y aportar evidencias sobre su utilidad clínica en pacientes con problemas de salud mental. Este objetivo general se aborda a lo largo de cuatro trabajos que exponen los resultados de la tesis.

El primer trabajo aporta evidencias psicométricas que avalan el empleo del IDAS-II en el contexto español, siendo este el primer instrumento de evaluación de síntomas internalizantes consistente con el modelo HiTOP que se hace disponible en España. Además, los resultados muestran por primera vez que la estructura interna del IDAS-II es consistente con la conceptualización del instrumento (Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2012; Wester et al., 2022) y del modelo HiTOP (Kotov et al., 2017). En el segundo trabajo se aplica análisis de redes empíricas para arrojar luz sobre las relaciones entre los

síntomas internalizantes e identificar los síntomas que podrían contribuir a la comorbilidad, uno de los principales retos de la práctica clínica del siglo XXI (e.g., Amerio et al., 2016; Ludmir & Small, 2018). Los resultados sugieren que Disforia podría ser un síntoma importante en la iniciación y mantenimiento de los trastornos de depresión y ansiedad, mientras que Manía, Pánico, Claustrofobia y (bajo) Bienestar podrían contribuir a explicar la comorbilidad. El tercer trabajo aporta las evidencias de unidimensionalidad que apoyan el empleo de la puntuación de cada escala de forma independiente, y los baremos que permiten identificar la severidad de cada síntoma atendiendo, por primera vez, al sexo y a la edad de las personas. El cuarto trabajo proporciona los puntos de corte clínicos que permiten discriminar de forma fiable entre muestras funcionales y disfuncionales, además de los puntos de corte que permiten discriminar entre diferentes niveles de discapacidad. A partir del empleo de los baremos y los puntos de corte, los profesionales clínicos pueden desarrollar intervenciones personalizadas enfocadas en los síntomas más severos y/o incapacitantes. Finalmente, se identifican los síntomas internalizantes que más contribuyen a explicar la discapacidad.

En su conjunto, las aportaciones de la tesis facilitan el empleo del IDAS-II en el contexto español, un instrumento que permite realizar una evaluación precisa, detallada y exhaustiva de la sintomatología internalizante asociada a los trastornos emocionales. Dichas aportaciones se enmarcan dentro de las directrices realizadas en materia de salud mental (e.g., European Commission Decision, 2020; United Nations, 2015), al proporcionar una herramienta que mejora la evaluación de los pacientes en las distintas etapas del proceso terapéutico, y que amplía el margen de actuación en el ámbito clínico y de investigación en España.

JUSTIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA TESIS

Los trastornos internalizantes, como la depresión y la ansiedad, constituyen en la actualidad un problema de relevancia social, clínica y asistencial (e.g., Friedrich, 2017; WHO, 2017). Durante las últimas décadas, la prevalencia de estos trastornos ha incrementado de forma incesante (e.g., Goodwin et al., 2022; Santomauro et al., 2021) hasta alcanzar una tasa de 3,152.9 casos de depresión y 4,802.4 casos de ansiedad por cada 100,000 habitantes durante la pandemia del COVID-19 (Santomauro et al., 2021). Además, es frecuente observar que los pacientes afectados por estos trastornos presentan más de un trastorno mental de forma simultánea (i.e., comorbilidad; Brown et al., 2001; Caspi et al., 2020; Kessler et al., 2015; Lamers et al., 2011). A las altas tasas de prevalencia y de comorbilidad asociada a estos trastornos, cabe añadir la importante repercusión que estos tienen en términos de la discapacidad. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la depresión es la primera causa de discapacidad (WHO, 2017, 2021) y la ansiedad el sexto factor que más contribuye a la pérdida de salud global en todo el mundo (WHO, 2017).

Esta situación motivado la elaboración de diferentes propuestas nacionales (e.g., Boletín Oficial de las Cortes Generales, 2017; Junta de Andalucía, 2016) e internacionales (e.g., European Commission Decision, 2020; United Nations, 2015) dirigidas a mejorar la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes que presentan trastornos mentales, así como a profundizar en la comprensión de la comorbilidad. Como ejemplo, la Proposición no de Ley 161/001805, aprobada por la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales, insta a la actualización de la Estrategia Nacional de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud de España para el periodo 2017-2022 con el objeto de realizar una

correcta “detección, identificación y diagnóstico precoz de la persona que lo padece ... la evaluación clínica y funcional del paciente ... la elaboración de un plan individualizado de tratamiento... y un seguimiento periódico” (Boletín Oficial de las Cortes Generales, 2017, p. 79). A su vez, el programa de trabajo Horizonte 2018-2020 de la Unión Europea (European Commission Decision, 2020) plantea aumentar la comprensión sobre los mecanismos causales de la comorbilidad de los trastornos mentales dentro de la línea de trabajo “Salud, cambio demográfico y bienestar” (SC1-BHC-01-2019).

Para dar respuesta a estas necesidades es fundamental desarrollar y/o adaptar al castellano instrumentos de evaluación de trastornos internalizantes que superen las limitaciones de los instrumentos de evaluación tradicionales (Fried & Nesse, 2015b; Ibáñez et al., 2010; Yu et al., 2019) a la vez que permitan realizar una evaluación consistente con los modelos nosológicos de trastornos mentales más recientes. Uno de los instrumentos que satisface en mayor medida estas necesidades es el Inventory of Depression and Anxiety Symptoms-II (IDAS-II; Watson et al., 2012). El IDAS-II ha mostrado ser de gran utilidad para evaluar síntomas de diversos trastornos internalizantes en contextos clínicos y de investigación (Nelson et al., 2018; Stasik-O’Brien et al., 2019; Watson et al., 2012) desde una perspectiva dimensional congruente con el modelo de la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología (the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology [HiTOP]; Kotov et al., 2017).

La presente tesis doctoral tiene como objetivo estudiar las propiedades psicométricas de la versión del IDAS-II adaptada al contexto e idioma español aportando evidencias de fiabilidad y validez de sus puntuaciones, proporcionar baremos para la interpretación de sus puntuaciones y aportar evidencias sobre su utilidad clínica en pacientes con problemas de salud mental. Este objetivo se enmarca en las directrices en materia de salud mental realizadas por diversas instituciones (e.g., European Commission

Decision, 2020; United Nations, 2015). Así, la presente tesis proporciona una herramienta que permite realizar una evaluación detallada y exhaustiva de los síntomas que conforman diferentes trastornos internalizantes, y que, además, facilita el proceso de toma de decisiones clínicas, en torno a aspectos como la elección del tratamiento, la evaluación del mismo y la predicción de necesidades asistenciales futuras (APA, 2020; First et al., 2004; Kraemer et al., 2004).

El objetivo general de la tesis doctoral se ha alcanzado a partir de cuatro trabajos. El primer trabajo de la tesis versa sobre el estudio de las propiedades psicométricas de la versión española del IDAS-II, aportando evidencias de fiabilidad y validez de las puntuaciones del instrumento que avalan su aplicación en el contexto español. El segundo trabajo aplica análisis de redes a las respuestas de una muestra española al IDAS-II con un doble propósito. Por un lado, complementar las evidencias de validez basadas en la estructura interna del instrumento. Por otro, analizar las relaciones entre los síntomas internalizantes evaluados por el instrumento para aumentar la comprensión sobre la comorbilidad entre trastornos, siendo este uno de los grandes retos actuales en el ámbito de la salud mental (e.g., Koyuncu et al., 2019; Wu & Fang, 2014). Los dos últimos trabajos tienen como fin facilitar la aplicación del IDAS-II en contextos clínicos. Para ello, el tercer trabajo aporta los baremos que permiten determinar el nivel de severidad sintomatológica de los pacientes de la población española. Por su parte, el cuarto trabajo proporciona puntos de corte complementarios que permitirán discriminar entre muestras comunitarias y muestras de pacientes, además de identificar las puntuaciones del IDAS-II asociadas a una discapacidad moderada y severa, de acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). De forma adicional, el cuarto trabajo de la tesis arroja luz sobre los síntomas internalizantes evaluados por el IDAS-II que más contribuyen a explicar la discapacidad.

El contenido de la tesis doctoral donde se engloban estos cuatro trabajos se desarrolla a lo largo de seis capítulos.

El primer capítulo expone el marco contextual en el que se lleva a cabo la tesis. Dicho capítulo comienza realizando una aproximación a la definición y la prevalencia de los trastornos internalizantes, haciendo énfasis sobre los trastornos mentales más prevalentes e incapacitantes a nivel mundial, estos son, la depresión y la ansiedad (e.g., Friedrich, 2017; Santomauro et al., 2021). Seguidamente, se exponen los modelos de clasificación de los trastornos internalizantes de acuerdo con las diferentes propuestas desarrolladas desde las aproximaciones categoriales y dimensionales. A continuación, se desarrolla en mayor profundidad el modelo HiTOP, considerado como la alternativa a los sistemas de clasificación tradicionales (Conway et al., 2021; Kotov et al., 2017) por superar muchas de las limitaciones señaladas a estos y propiciar importantes avances en contextos clínicos y de investigación durante los últimos años (Conway, Li, et al., 2019; Conway et al., 2021; Kotov et al., 2022; Ruggero et al., 2019). Dentro de este apartado, se enumeran los diferentes instrumentos que permiten realizar una evaluación psicopatológica consistente con el modelo HiTOP, donde el IDAS-II destaca por ser el instrumento de evaluación de síntomas internalizantes que ofrece mayores ventajas para su aplicación en contextos clínicos y de investigación. El primer capítulo concluye con el resumen del proceso de desarrollo del IDAS-II (Watson et al., 2012).

El segundo capítulo indica el objetivo general de la tesis, así como los diferentes objetivos específicos que derivan de este y sus respectivas hipótesis. Tras ello, se indica la metodología empleada en los estudios que conforman la tesis, atendiendo a las muestras de participantes utilizadas de cada estudio, los instrumentos empleados para la medición de cada variable, el procedimiento seguido para la recogida de datos y los análisis de datos aplicados. Asimismo, se enumeran los estándares éticos que guían el desarrollo de

los estudios, la financiación que apoya los trabajos realizados, y la transparencia y acceso abierto a los datos de cada estudio.

El tercer capítulo corresponde con los resultados de investigación. Este capítulo está organizado en cuatro subapartados donde se presentan, respectivamente, los cuatro estudios que conforman la tesis.

El cuarto capítulo presenta la discusión de los resultados aportados. Además, se desarrollan las implicaciones de los resultados de los trabajos de la tesis a nivel metodológico, teórico y clínico. Seguidamente, se indican las limitaciones y se resaltan las líneas futuras que darán continuidad al trabajo iniciado en la presente tesis. Por último, se resaltan las conclusiones principales.

El quinto y sexto capítulo incluyen el resumen y las conclusiones de la tesis en inglés y en español, respectivamente, para optar a la mención internacional en el título de Doctor de acuerdo al reglamento vigente de los estudios de doctorado de la Universidad de Huelva.

Finalmente, cabe señalar que el trabajo desarrollado en la tesis y las líneas de investigación futura que derivan de esta se enmarcan en dos proyectos financiados. El primer proyecto, relacionado con el estudio de las propiedades psicométricas de la versión española del IDAS-II y las evidencias sobre su utilidad clínica, se titula “Cambio fiable y clínicamente relevante del Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II - IDAS-II: un estudio longitudinal sobre su utilidad clínica (RELY-IDAS-II)” (referencia: PID2020-116187RB-I00). Dicho proyecto ha sido financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación del Gobierno de España en la convocatoria de Proyectos I + D + i 2020 “Retos del Conocimiento”. El segundo proyecto, que trata sobre el estudio de la comorbilidad a partir de análisis de redes, se titula “Network-Psyco: Modelización a través de redes empíricas de las conexiones entre facetas y rasgos psicológicos” (referencia: UHU-

El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II (IDAS-II)

1257470). La financiación de este segundo proyecto ha sido otorgada por el Programa Operativo FEDER Andalucía 2014-2020, financiado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (EU) y la Junta de Andalucía (España).

CAPÍTULO 1. CONTEXTUALIZACIÓN

1.1. APROXIMACIÓN A LOS TRASTORNOS INTERNALIZANTES

Como se ha descrito en la justificación, el objeto de estudio de esta tesis doctoral son los trastornos internalizantes. Para enmarcar el objeto de estudio de esta tesis se realizará, en primer lugar, una breve introducción a los trastornos internalizantes. Para ello, este primer apartado, presenta una definición conceptual de estos trastornos, desde el origen hasta el uso actual del término internalizante. Se describe, además, el conjunto de trastornos englobados en esta categoría dentro del marco teórico adoptado para la tesis doctoral, la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología (The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology [HiTOP]; Kotov et al., 2017). Seguidamente, se describirá la prevalencia y el impacto de estos trastornos, centrándonos específicamente en los trastornos de depresión y ansiedad, que constituyen, en la actualidad, los trastornos mentales más prevalentes e incapacitantes a nivel mundial (Friedrich, 2017; GBD Mental Disorders Collaborators, 2022).

1.1.1. DEFINICIÓN DE LOS TRASTORNOS INTERNALIZANTES

El concepto *internalizante* fue empleado por primera vez por Achenbach en el año 1966, para hacer referencia a un conjunto de síntomas psicopatológicos que implican problemas con uno mismo (i.e., self; e.g., síntomas de depresión, ansiedad, obsesiones o miedos), en contraposición a la psicopatología *externalizante*, que se caracteriza por generar conflictos con el entorno (i.e., los demás; e.g., síntomas de desobediencia, robo o vandalismo; Achenbach, 1966). En la actualidad, el término internalizante se emplea para

describir un conjunto de síntomas y trastornos que se caracterizan principalmente por una disfunción emocional y/o conductas de evitación relacionadas, y que se engloban bajo un mismo factor de orden superior, denominado espectro Internalizante (Watson et al., 2021, 2022).

Para la delimitación del concepto internalizante, esta tesis se basará en la estructura jerárquica del modelo HiTOP (Kotov et al., 2017). La justificación del empleo de este modelo teórico, así como su descripción en detalle, se realiza en el apartado 1.2 (“Modelos o enfoques teóricos que abordan la clasificación de los trastornos internalizantes”). La agrupación de los síntomas y trastornos en el espectro Internalizante en este modelo deriva de la evidencia acumulada durante décadas (e.g., Kotov, 2011; Markon, 2010; Ringwald et al., 2021; Røysamb et al., 2011). Como sistema de clasificación, dentro de este modelo el espectro Internalizante conforma cinco factores (Distrés, Miedo, Manía, Patología Alimentaria, y Problemas Sexuales) que engloban, a su vez, diferentes trastornos (Kotov et al., 2017). Así, el factor Distrés engloba el trastorno de depresión mayor (TDM), distimia, trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de estrés postraumático (TEPT) y trastorno de la personalidad límite (TPL). El factor Miedo comprende los trastornos fobia social, agorafobia, fobia específica, trastorno de ansiedad por separación, trastorno de pánico y trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). El factor Manía contempla el trastorno bipolar I y trastorno bipolar II. El factor Patología Alimentaria incluye bulimia nerviosa, anorexia nerviosa y trastorno por atracón. Por último, el factor Problemas Sexuales integra bajo deseo sexual, dificultades con la activación, baja función orgásmica y dolor relacionado con el sexo.

La organización de los síntomas y los trastornos en el espectro Internalizante encuentra apoyo tanto en evidencias empíricas basadas en análisis factoriales (e.g., De Jonge et al., 2018; Eaton et al., 2013; Forbush & Watson, 2013; Kotov et al., 2015), como

en otras fuentes de evidencias, que se resumen en el trabajo de Watson et al. (2022). En concreto, estos autores (Watson et al., 2022) muestran que los trastornos internalizantes tienen en común diversos aspectos, como factores genéticos (e.g., Kendler et al., 2011; Silberg & Bulik, 2005; Wade et al., 2015), factores de riesgo ambientales (e.g., Albott et al., 2018; Conway et al., 2018; Vachon et al., 2015), alteraciones afectivas y cognitivas (e.g., Gruner & Pittenger, 2017; Quilty et al., 2014) y alteraciones neurobiológicas (e.g., Coloigner et al., 2019; Shen et al., 2017; Siehl et al., 2018), entre otros.

Cabe señalar que, dentro del espectro Internalizante, el modelo HiTOP engloba a los comúnmente denominados *trastornos emocionales* en los factores Distrés, Miedo y Manía. Los trastornos emocionales corresponden con trastornos en los que el sujeto experimenta emociones negativas fuertes e intensas a las que reacciona de forma aversiva, y realiza esfuerzos para amortiguar, escapar o evitar dicha experiencia emocional negativa (ya sea de forma preventiva o como reacción a la aparición de un estado emocional negativo; Bullis et al., 2019). En la línea de esta definición, se ha observado que los trastornos internalizantes se relacionan generalmente con un excesivo control (Akse et al., 2007; Donnellan & Robins, 2010; Hart et al., 2003; Klimstra et al., 2010; Rossi et al., 2021; van Leeuwen et al., 2004), por el cual el individuo intenta controlar o regular sus propias emociones de forma reiterada (Kerrel, 2008).

Una vez revisada la definición de los trastornos internalizantes e indicado los trastornos se agrupan bajo esa categoría, el siguiente apartado aborda la prevalencia y el impacto de la depresión y la ansiedad, los trastornos internalizantes más relevantes en la sociedad actual, por su alta incidencia y repercusión sobre la discapacidad.

1.1.2. PREVALENCIA E IMPACTO DE LOS TRASTORNOS INTERNALIZANTES

La relevancia de la salud mental en la sociedad está más presente que nunca. Esto se debe en gran medida a la alta incidencia que los trastornos de depresión y ansiedad tienen sobre la sociedad actual, afectando de forma negativa a la población, tanto por su manifestación sintomatológica, como por su repercusión en términos de discapacidad, calidad de vida, economía o incluso mortalidad (Gao et al., 2019; GBD Mental Disorders Collaborators, 2022; Reutfors et al., 2018; Vieta et al., 2021; Wilmer et al., 2021).

Ampliamente conocida es la estrecha relación que existe entre la depresión y la ansiedad con la discapacidad. Esta relación, expuesta en la literatura (Friedrich, 2017; GBD Mental Disorders Collaborators, 2022; Morin, Nelson, et al., 2020), también es señalada por organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), que apunta a la depresión como primera causa de discapacidad en todo el mundo (WHO, 2017, 2021), y la ansiedad como el sexto factor que más contribuye a la pérdida de salud global a nivel mundial (WHO, 2017). En el año 2019, la depresión fue el trastorno que contribuyó a una mayor proporción de años de vida ajustados por discapacidad (37.3%), seguido por la ansiedad (22.9%; GBD Mental Disorders Collaborators, 2022).

El impacto de la depresión y la ansiedad trasciende generalmente más allá de la discapacidad, afectando también a la calidad de vida de los pacientes de forma proporcional a la severidad de los síntomas (Gao et al., 2019; Sivertsen et al., 2015; Trivedi et al., 2010; Wilmer et al., 2021). Más aún, la depresión resistente al tratamiento se asocia no solo con una peor calidad de vida (Corral et al., 2022; K. M. Johnston et al., 2019; Mrazek et al., 2014), sino también con una mayor tasa de intentos de suicidio (Corral et al., 2022; Gronemann et al., 2021) y de mortalidad (Reutfors et al., 2018). En términos generales, la depresión aumenta el riesgo de mortalidad en más del 50%,

encontrándose que los pacientes con depresión presentan un riesgo relativo de mortalidad del 1.52 en comparación con las personas sin depresión, tras examinar los datos de 238 trabajos (Cuijpers et al., 2014).

La depresión y la ansiedad también conllevan un aumento significativo del gasto sanitario. König et al. (2020) miden este incremento en Ratio of Means (RoM), esto es, el ratio del promedio de los gastos sanitarios de pacientes con depresión frente a los gastos sanitarios de participantes sin depresión, que se puede interpretar como el porcentaje de cambio en el gasto sanitario promedio entre los grupos (con depresión vs. sin depresión). Los resultados mostraron que el mayor incremento del gasto sanitario directo por depresión se da en la adolescencia (RoM = 2.79), seguido de la adultez (RoM = 2.59) y la vejez (RoM = 1.73). Este aumento del gasto directo para los pacientes con depresión deriva de gastos relacionados con el tratamiento, la medicación y la hospitalización (König et al., 2020). Tan solo en España, se estima que el coste económico total de los pacientes con depresión en el año 2017 fue de 223.9 millones de euros (con un promedio de 3,235.3 euros anuales por paciente), de los cuales el 18.4% derivaba de gastos directos de tratamiento, y el 81.6% de gastos indirectos como la incapacidad laboral (Vieta et al., 2021). Paralelamente, Konnopka y König (2020) encuentran que el incremento del coste directo por ansiedad (RoM = 2.17) supera al incremento del coste indirecto que deriva de la reducción o la pérdida de productividad debido a la ansiedad (RoM = 1.92). Un trabajo realizado a partir de datos de los 36 países más grandes del mundo estima que, solo en pérdida de productividad, la ansiedad conlleva un gasto de 592,000 millones de dólares anuales, suponiendo el 36% del gasto total (Chisholm et al., 2016).

A la vista del notable impacto que los trastornos de depresión y ansiedad tienen en la sociedad, durante los últimos años la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha recalcado el papel de la salud mental en la consecución de los Objetivos de Desarrollo

Sostenible a nivel global (United Nations, 2015). Más recientemente, la OMS ha lanzado un llamamiento a todos los países para intensificar los servicios, el apoyo y los recursos en materia de salud mental, ante el aumento de casos de trastornos mentales a nivel mundial acontecido tras la pandemia del COVID-19 (WHO, 2022b).

Esta intensificación de recursos resulta especialmente necesaria tras la pandemia por el incremento de casos (WHO, 2022a). Además, la depresión y la ansiedad son la principal causa de años vividos con discapacidad de todo el mundo (GBD Mental Disorders Collaborators, 2022) y conllevan un coste económico mayor que otras enfermedades crónicas como la diabetes o el cáncer (Trautmann et al., 2016).

En cuanto al sexo, los trastornos internalizantes de depresión y ansiedad presentan una mayor incidencia en mujeres que en hombres (Eaton et al., 2012; Otten et al., 2021; Salk et al., 2017; WHO, 2017). Según datos de la OMS, en el año 2017, un 5.1% de las mujeres presentaba depresión y un 4.6% ansiedad, mientras que en el caso de los hombres este porcentaje descendía al 3.6% y al 2.6%, respectivamente (WHO, 2017). Esta diferencia en las tasas de prevalencia de depresión y ansiedad en función del sexo alcanza su máximo pico en la adolescencia ($OR = 3.02$ para edades comprendidas entre los 13 y los 15 años; Salk et al., 2017), y puede deberse tanto a diferencias a nivel genético, como a diferencias en interacción entre los genes y el ambiente (Zhao et al., 2020). Todas estas diferencias ponen de manifiesto la relevancia de considerar la perspectiva de género en la atención a los trastornos de depresión y ansiedad, dadas las diferentes implicaciones que estos trastornos pueden tener para hombres y mujeres.

En los siguientes subapartados se proporciona más información sobre la prevalencia de los trastornos de depresión y ansiedad y su evolución más reciente, fruto de la pandemia del COVID-19 (Friedrich, 2017; GBD Mental Disorders Collaborators, 2022; WHO, 2017).

1.1.2.1. TRASTORNO DE DEPRESIÓN

En línea con la alerta de la OMS sobre el incremento de casos de depresión durante la pandemia del COVID-19, la revisión sistemática de Santomauro et al. (2021), realizada a partir de datos de 204 países, estima que ha habido un incremento de 53.2 millones de casos de depresión en todo el mundo a consecuencia del COVID-19, donde la prevalencia asciende a 3,152.9 casos de depresión por cada 100,000 habitantes. Dicho incremento estuvo principalmente asociado a las tasas de infección diaria de SARS-CoV-2 ($B = 18.1$, 95% CI [7.9, 28.3], $p = <.001$) y a las restricciones de movilidad humana ($B = 0.9$, 95% CI [0.1, 1.8], $p = .029$). En congruencia con la proporción de casos de depresión observados durante los años previos a la pandemia (Eaton et al., 2012; Patten et al., 2016; Salk et al., 2017), el aumento de los casos de depresión durante el COVID-19 fue mayor en mujeres ($B = 0.1$, 95% CI [0.1, 0.2], $p = <.001$) que en hombres (Santomauro et al., 2021). Los años de vida ajustados por discapacidad a causa del trastorno de depresión en el año 2020 se estiman en 49.4 millones (Santomauro et al., 2021).

A nivel europeo, una revisión sistemática y meta-análisis realizado sobre los datos de 32 países estima que el 26.4% de la población europea presentó depresión durante la pandemia, entre enero y junio de 2020 (Nochaiwong et al., 2021). Sin embargo, los porcentajes de prevalencia de depresión difieren de forma significativa entre los diferentes países. Un estudio longitudinal (Hajek et al., 2022) desarrollado sobre datos de ocho países europeos (Alemania, Dinamarca, Países Bajos, Francia, Portugal, Italia y España y Reino Unido) encontró que la presencia probable de depresión en enero de 2022 (la fecha más reciente de la que se informa) osciló entre el 18.1% (Países Bajos) y el 28.2% (Italia), siendo el porcentaje de España del 22.4%.

Por lo que respecta a España, una revisión sistemática y meta-análisis desarrollado a partir de 38 muestras (Zhang et al., 2022), mostró que, durante la pandemia, la

prevalencia de depresión alcanzó tasas del 20% en población comunitaria (i.e., personas que no demandan tratamiento para salud mental), 59% en estudiantes y 33% en trabajadores sanitarios de primera línea. Otro trabajo desarrollado sobre muestras españolas vuelve a reflejar también la mayor incidencia de la depresión en mujeres (39.9%) que en hombres (28.1%) durante la pandemia (García-Fernández et al., 2021). Por el contrario, los hombres presentaron un mayor porcentaje de ideación suicida tras la pandemia del COVID-19 (3.11%) frente a las mujeres (2.52%), si bien estas diferencias por sexo no fueron estadísticamente significativas ($p = .161$; Ayuso-Mateos et al., 2021).

1.1.2.2. TRASTORNO DE ANSIEDAD

De forma similar a lo observado para la depresión, la pandemia ha ocasionado un incremento de 76.2 millones de casos de ansiedad en todo el mundo, alcanzándose una tasa de 4,802.4 casos de ansiedad por cada 100,000 habitantes (Santomauro et al., 2021). Este incremento de casos de ansiedad, también ha estado asociado a las tasas de infección diaria de SARS-CoV-2 ($B = 13.8$, 95% CI [10.7, 17.0], $p = <.001$) y a las restricciones de movilidad humana ($B = 0.9$, 95% CI [0.1, 1.7], $p = .022$) durante la pandemia, y ha sido mayor en el caso de las mujeres ($B = 0.1$, 95% CI [0.1, 0.2], $p = <.001$; Santomauro et al., 2021). En términos de discapacidad, el trastorno de ansiedad ha causado 44.5 millones de años de vida ajustados por discapacidad en el año 2020 (Santomauro et al., 2021).

En cuanto a la prevalencia de la ansiedad a nivel europeo, se observan algunas diferencias significativas entre los diferentes países. Por ejemplo, la prevalencia probable de ansiedad en Alemania, Dinamarca, Países Bajos, Francia, Portugal, Italia y España en enero de 2022 osciló entre el 14.7% (Países Bajos) y el 28.3% (Italia), siendo el porcentaje de España del 24.3% (Hajek et al., 2022). Más concretamente, la prevalencia de ansiedad en España durante la pandemia alcanzó el 17% en muestras comunitarias, el 39% en

muestras de estudiantes y el 46% en muestras de trabajadores sanitarios de primera línea (Zhang et al., 2022). La incidencia de ansiedad durante la pandemia en la población española también fue significativamente mayor en mujeres que en hombres (18.4 vs. 14.1, $p < .001$; García-Fernández et al., 2021).

1.2. MODELOS O ENFOQUES TEÓRICOS QUE ABORDAN LA CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS INTERNALIZANTES

Una vez delimitado el concepto de trastorno internalizante y descrita la prevalencia de los principales trastornos incluidos en este grupo, en este apartado se aborda la clasificación de estos trastornos desde distintas aproximaciones. A lo largo de las últimas décadas, la clasificación de los trastornos mentales ha estado sujeta a múltiples modificaciones (Surís et al., 2016). Por ello, es importante conocer el contexto en el que se han desarrollado los sistemas de clasificación de trastornos mentales vigentes. En los siguientes apartados se realiza un resumen de los cambios que han acontecido en torno a la clasificación de los trastornos mentales del espectro Internalizante. En primer lugar, se abordarán los modelos nosológicos desarrollados desde las aproximaciones categoriales que han servido como herramientas diagnósticas para la práctica clínica, estos son, el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM]) y la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (International Classification of Diseases [ICD]). Seguidamente, se describirán los dos principales modelos de clasificación dimensionales recientemente desarrollados, el HiTOP y los *Criterios de Dominio de Investigación* (Research Domain Criteria [RDoC]).

1.2.1. MODELOS DESARROLLADOS DESDE APROXIMACIONES CATEGORIALES

Los sistemas de clasificación de trastornos mentales que han sustentado el diagnóstico de los trastornos internalizantes durante décadas, y hasta la actualidad, son el DSM (e.g., APA, 1980, 1987, 1994, 2000, 2013) y la ICD (e.g., WHO, 1975, 1979, 1993, 2019), elaborados, respectivamente, por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y por la OMS. Ambos modelos nosológicos están basados en sistemas diagnósticos categoriales, de modo que cada diagnóstico se determina como una etiqueta (presencia/ausencia de un trastorno). Esta clasificación se realiza en base a la observación o la evaluación de la presencia (o no presencia) de un determinado número de criterios diagnósticos que se derivan de un conjunto de síntomas más amplio.

A modo de ejemplo, para el diagnóstico de TDM, el DSM-5 (APA, 2013) exige que cinco (o más) síntomas (de entre un listado de nueve) hayan estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y hayan representado un cambio del funcionamiento previo. Además, se requiere que al menos uno de los síntomas sea estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer. Los nueve síntomas que constituyen los criterios para el TDM según el DSM-5 (APA, 2013) son los siguientes:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.

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

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

Si bien tanto el DSM como la ICD están basados en un sistema de clasificación categorial (e.g., APA, 1994, 2000, 2013; WHO, 1979, 1993, 2019), existen múltiples diferencias entre ambos modelos, así como entre las diferentes versiones que se han publicado para cada uno de ellos. Por lo que respecta al DSM, la primera versión del manual (DSM-I; APA, 1952) fue elaborada tras la Segunda Guerra Mundial con el objetivo de proporcionar un lenguaje común que permitiera clasificar a los soldados que habían sido afectados psicológicamente por la guerra (Del Barrio, 2009). El desarrollo de las dos primeras versiones, el DSM-I (APA, 1952) y el DSM-II (APA, 1968), estuvo marcado por una gran influencia psicoanalítica (Blashfield et al., 2014; Del Barrio, 2009). Algunos ejemplos de esta influencia se pueden observar en la inclusión de explicaciones etiológicas de carácter psicodinámico y el frecuente empleo de términos psicoanalíticos en las etiquetas diagnósticas (e.g., “neurosis” e “histeria/histérica”), donde la “Neurosis” llega a constituir una de las principales categorías diagnósticas amplias.

Sin embargo, las múltiples críticas señaladas a estas primeras versiones del DSM favorecieron que se fijara el propósito de establecer criterios diagnósticos sustentados en bases empíricas durante el desarrollo del DSM-III, tornándose hacia un modelo médico

(Del Barrio, 2009; Surís et al., 2016). El cambio de la aproximación psicoanalítica hacia un modelo médico llevó consigo la introducción de múltiples novedades (APA, 1980). Una de las innovaciones más significativas fue la implementación de un sistema de evaluación multiaxial, por el cual cada trastorno es definido operativamente a partir de una lista de signos y síntomas (APA, 1980; Clark et al., 2017; Zachar & Kendler, 2017). La definición operativa de los trastornos constituye un hito crucial para la estandarización de los diagnósticos y el posterior desarrollo de tests y escalas estandarizados (Kawa & Giordano, 2012; Mayes & Horwitz, 2005). Asimismo, el DSM-III (APA, 1980) incorpora por primera vez información relativa a la edad de inicio, la duración y la prevalencia de cada diagnóstico, además de establecer criterios de inclusión y exclusión para cada categoría. La inclusión de estas novedades contribuyó a mejorar la fiabilidad de los diagnósticos del DSM-III respecto a las versiones previas del manual (e.g., Russell et al., 1979; Spitzer et al., 1979).

El abandono de la orientación psicoanalítica también conllevó un cambio en la denominación de las categorías diagnósticas (APA, 1968, 1980). Como ejemplo, las “Neurosis” (DSM-II; APA, 1968) pasaron a denominarse “Trastornos de ansiedad” en el DSM-III (APA, 1980), término que se mantiene hasta la versión más reciente del DSM (DSM-5; APA, 2013). La Tabla 1.2.1 muestra las categorías globales que engloban los trastornos internalizantes en las diferentes versiones del DSM, así como el número de trastornos que engloba cada categoría. Los mayores cambios se observan entre el DSM-II (APA, 1968) y el DSM-III (APA, 1980), y entre el DSM-IV-TR (APA, 2000) y el DSM-5 (APA, 2013). Más concretamente, el DSM-5 (APA, 2013) establece categorías independientes para “Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados” y para “Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés”, que en versiones anteriores quedaban englobados bajo la categoría “Trastornos de ansiedad”.

Tabla 1.2.1

Categorías globales que incluyen trastornos internalizantes en cada versión del DSM

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

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

La ICD, por su parte, no solo se limita a la organización de trastornos mentales, sino que abarca un conjunto más amplio de trastornos y enfermedades. Así, las primeras versiones de la ICD (WHO, 1900, 1910, 1920, 1929, 1938) ofrecen únicamente un listado de causas de muerte, no siendo hasta el año 1948 cuando se publica la versión que incluye por primera vez las causas de morbilidad, la ICD-6 (WHO, 1948).

Desde la publicación de la ICD-6 (WHO, 1948) hasta la versión más reciente (ICD-11; WHO, 2019), se han producido numerosas modificaciones en cuanto a la organización de los trastornos internalizantes (ver Tabla 1.2.2). Por ejemplo, los trastornos de ansiedad han sido englobados en tres categorías diferentes a lo largo de las distintas versiones. Mientras que en las primeras versiones ICD-6 (WHO, 1948) e ICD-7 (WHO, 1958) quedaban englobados bajo la categoría “Trastornos psiconeuróticos”, en la última versión (ICD-11; WHO, 2019) pasan a estar incluidos en la categoría de “Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo”. Asimismo, cabe destacar cómo la anorexia se engloba inicialmente entre los “Síntomas referidos a sistemas u órganos”, mientras que en la última versión (ICD-11; WHO, 2019) se considera un tipo de “Trastorno del comportamiento alimentario”.

Tabla 1.2.2

Categorías globales que incluyen trastornos internalizantes en cada versión de la ICD

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

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

A pesar de las diferencias que pueden observarse entre ambas clasificaciones, existe una correspondencia directa entre las categorías globales que incluyen los trastornos internalizantes en las versiones más recientes del DSM (APA, 2013) y la ICD (WHO, 2019), si bien emplean denominaciones ligeramente diferentes entre sí (ver Tabla 1.2.3). Así, la categoría “Trastornos del comportamiento alimentario” (ICD-11) corresponde con “Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos” (DSM-5), la categoría “Trastornos específicamente relacionados con el estrés” (ICD-11) corresponde con “Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés” (DSM-5), la categoría “Trastorno obsesivo compulsivos y otros trastornos relacionados” (ICD-11) corresponde con “Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados” (DSM-5) y la categoría “Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo” (ICD-11) corresponde con “Trastornos de ansiedad” (DSM-5). Cabe señalar que la categoría “Trastornos del estado de ánimo” de la ICD-11 engloba tanto los trastornos de depresión como los trastornos bipolares, mientras que el DSM-5 separa estos trastornos en dos categorías diferentes: “Trastornos depresivos” y “Trastorno bipolar y trastornos relacionados”.

Tabla 1.2.3

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

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

De forma similar, existe también una correspondencia directa entre los diagnósticos incluidos en las categorías globales del DSM y de la ICD. Por ejemplo, el trastorno de depresión mayor de gravedad leve de episodio único (con código 296.21) incluido en la categoría “Trastornos depresivos” del DSM-5 (APA, 2013) corresponde con el trastorno depresivo episodio único (con código 6A70) incluido en la categoría “Trastornos del estado de ánimo” de la ICD-11 (WHO, 2019). Si bien es posible observar una correspondencia directa entre la mayoría de diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013) y de la ICD-11 (WHO, 2019), cabe señalar algunas excepciones. Por ejemplo, el trastorno mixto de ansiedad y depresión y el trastorno de estrés postraumático complejo de la ICD-11 (WHO, 2019) no corresponden con ningún trastorno del DSM-5 (APA, 2013). Por su parte, el trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo del DSM-5 (APA, 2013) tampoco tiene correspondencia con ningún trastorno de la ICD-11 (WHO, 2019; First et al., 2021). No obstante, cabe destacar que tanto el trastorno de estrés postraumático complejo como el trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo han sido incorporados por primera vez a la ICD-11 (WHO, 2019) y al DSM-5 (APA, 2013), respectivamente.

Por último, el DSM-5 (APA, 2013) y la ICD-11 (WHO, 2019) también establecen criterios diagnósticos muy similares para los trastornos internalizantes, con algunas excepciones. Por ejemplo, los criterios diagnósticos para trastorno de pánico aparecen especificados con mayor detalle en el DSM-5 (APA, 2013), que exige la presencia de cuatro o más síntomas de entre un listado de trece, frente a la ICD-11 (WHO, 2019), que exige la presencia de varios síntomas, dejando a juicio del profesional clínico el número de síntomas requerido para el diagnóstico.

En definitiva, si bien existen ligeras diferencias entre el DSM y la ICD, ambos modelos establecen categorías y criterios diagnósticos para trastornos internalizantes

generalmente equivalentes entre sí, proporcionando un lenguaje común para los profesionales clínicos. Esta equivalencia ha facilitado la integración de los avances acontecidos en los contextos clínicos y de investigación, además de comunicación y la transmisión del conocimiento en los ámbitos de la psicología y la medicina, donde ambos modelos han sido aplicados a lo largo de las últimas décadas (Clark et al., 2017; Kawa & Giordano, 2012; Surís et al., 2016). Los sistemas categoriales DSM e ICD siguen siendo ampliamente utilizados en la actualidad, constituyendo los marcos de referencia más extendidos para el diagnóstico de trastornos mentales. Sin embargo, la literatura ha señalado varias limitaciones a estos modelos categoriales. En el siguiente apartado se desarrollan las limitaciones a tener en cuenta sobre los sistemas categoriales descritos en este apartado.

1.2.2. CRÍTICAS PROPUESTAS A LOS MODELOS CATEGORIALES

Durante las últimas décadas se ha acumulado un conjunto de evidencias que ponen de manifiesto importantes limitaciones sobre estos sistemas de clasificación tradicionales (Krueger & Bezdjian, 2009; Widiger & Trull, 2007). Las elevadas tasas de comorbilidad observadas entre trastornos, la heterogeneidad sintomatológica observada entre pacientes de una misma categoría diagnóstica, y la inadecuada cobertura por la que los criterios diagnósticos no logran representar de forma exhaustiva toda la variedad de manifestaciones que presentan los pacientes, son algunas de las limitaciones más señaladas (Dalglish et al., 2020; Fried, 2017; Krueger & Bezdjian, 2009; Widiger & Trull, 2007; Zimmerman et al., 2015). A continuación, se proporciona más información sobre estas y otras limitaciones.

En primer lugar, una de las principales limitaciones de los sistemas categoriales más reiteradas en la literatura está relacionada con la observación de altas tasas de comorbilidad entre trastornos (Dell’Osso & Pini, 2012; Widiger & Trull, 2007). Definida como la presencia simultánea de dos o más trastornos en el individuo (APA, 2015), la comorbilidad psicológica es especialmente frecuente en los trastornos internalizantes (Brown et al., 2001; Caspi et al., 2020; Kessler et al., 2015; Lamers et al., 2011). Según datos de la OMS, el 41.6% de las personas con depresión también presentó un trastorno de ansiedad en el mismo periodo de 12 meses (40.0% en el caso de la población española; Kessler et al., 2015). De acuerdo con algunos autores (Dell’Osso & Pini, 2012; Forbes, Tackett, et al., 2016; Krueger & Markon, 2011), la aplicación de las aproximaciones diagnósticas categoriales podría estar favoreciendo a sobreestimar las tasas de comorbilidad entre estos trastornos. Esta afirmación se apoya en al menos dos argumentos.

Por un lado, se sostiene que las elevadas tasas de comorbilidad vienen favorecidas por la superposición de síntomas entre diferentes trastornos (e.g., Dell’Osso & Pini, 2012; Zbozinek et al., 2012) por la cual un mismo síntoma (e.g., insomnio) constituye un criterio diagnóstico de varios trastornos de forma simultánea (e.g., TDM, TAG, trastorno de insomnio, abstinencia de cannabis o TEPT; APA, 2013). Ante dicha superposición, la presencia de ansiedad haría más probable que la persona cumpliera los criterios diagnósticos de varios trastornos al mismo tiempo (i.e., TDM, TAG, trastorno de insomnio, TEPT, etc.), siendo este un ejemplo de cómo la superposición de síntomas contribuiría a aumentar la comorbilidad (Dell’Osso & Pini, 2012).

Por otro lado, investigaciones recientes (Kotov et al., 2020; Krueger et al., 2021; Watson et al., 2022) muestran que los trastornos mentales no constituyen categorías discretas, sino que, por el contrario, conforman espectros transdiagnósticos de naturaleza

continua dimensional que trascienden las categorías diagnósticas (Caspi & Moffitt, 2018; Forbes, Tackett, et al., 2016; Krueger & Markon, 2011; Markon & Krueger, 2005). Bajo esta perspectiva, el sistema categorial separa un mismo espectro transdiagnóstico en diferentes categorías diagnósticas discretas más específicas, aumentando la probabilidad de que los pacientes cumplan, de forma simultánea, los criterios diagnósticos de los diferentes trastornos en los que se ha separado el espectro (i.e., comorbilidad; Caspi & Moffitt, 2018; Dell’Osso & Pini, 2012).

En segundo lugar, otra limitación comúnmente señalada es la inadecuada cobertura que ofrecen las categorías diagnósticas. Así, el propio manual del DSM-5 (APA, 2013) indica que existen determinados trastornos (e.g., trastornos alimentarios o trastornos de la personalidad) cuya categoría diagnóstica más frecuente es la categoría residual (“no especificado”). Esta categoría residual engloba a las personas cuyos síntomas no están adecuadamente representados por ninguna de las categorías diagnósticas individuales incluidas en el manual (APA, 2000). A pesar de que el número de posibles diagnósticos ha ido incrementando de forma progresiva en las sucesivas versiones del DSM, la categoría diagnóstica “no especificado” sigue siendo una de las más empleadas (APA, 2013; Johnson & Levy, 2017). En este sentido, Widiger y Trull (2007) sugieren que la naturaleza dimensional de los trastornos mentales difícilmente puede ser cubierta por categorías discretas, de modo que el aumento del número de categorías diagnósticas no constituye una solución para que los sistemas categoriales capturen adecuadamente este carácter dimensional.

En tercer lugar, algunos autores señalan que los límites que separan la normalidad de la patología en los sistemas nosológicos categoriales han sido establecidos de forma arbitraria, en la medida en que éstos se han determinado a partir de un consenso entre las opiniones subjetivas de expertos, sin una base empírica clara (Hofmann, 2014; Kendler

& Solomon, 2016; Kraemer et al., 2004; Widiger & Trull, 2007). Como ejemplo, Skodol (2012) critica la falta de evidencia empírica a la hora de determinar el número de síntomas necesarios para establecer los diagnósticos en dichos sistemas. Además, el número de síntomas necesarios para establecer los diagnósticos ha ido variando en las diferentes versiones del DSM (e.g., APA, 2000, 2013). Estos cambios han dado lugar a sesgos en las tasas de prevalencia que han dificultado la toma de decisiones políticas en materia de salud mental, pues a raíz de estos cambios se desconoce qué proporción del cambio de la tasa de prevalencia se debe a un cambio real o al cambio introducido en los criterios diagnósticos (Regier & Narrow, 2002).

Finalmente, la alta heterogeneidad sintomatológica que se observa entre personas que comparten el mismo diagnóstico ha sido también señalada como una crítica a los sistemas diagnósticos tradicionales (Fried, 2017; Krueger & Bezdjian, 2009; Widiger & Trull, 2007; Zimmerman et al., 2015). Esta alta heterogeneidad deriva de la configuración categorial politética del propio sistema diagnóstico (Dalglish et al., 2020; Krueger & Bezdjian, 2009), por el cual la mayoría de trastornos se diagnostican en base a la presencia de un determinado número de síntomas de entre un listado más amplio, pero no se requiere ningún síntoma en concreto para el diagnóstico. Por ejemplo, una persona debe presentar tres (o más) síntomas, de entre un listado de seis posibles, para ser diagnosticada con TAG de acuerdo con el DSM-5 (APA, 2013). En consecuencia, existe la posibilidad de que dos personas diagnosticadas con TAG no presenten ningún síntoma común, pues cada persona podría presentar tres síntomas completamente diferentes.

Esta posibilidad es incluso más probable en el caso de otros trastornos como el trastorno de la conducta, cuyo diagnóstico exige la presencia de tres (o más) síntomas de entre quince posibles (APA, 2013). Así pues, dos personas diagnosticadas con trastorno de la conducta podrían presentar síntomas completamente diferentes (e.g., una persona

podría presentar tres síntomas de agresión a personas, y la otra, tres síntomas de engaño o robo). La amplia heterogeneidad de pacientes que se podrían incluir bajo la misma categoría diagnóstica reduce la utilidad comunicativa de la categoría diagnóstica, pues dos profesionales que emplean el mismo diagnóstico pueden estar haciendo referencia a pacientes altamente heterogéneos entre sí. En esta línea, Zimmerman et al. (2015) señalan que existen 227 formas diferentes en que las personas podrían cumplir los criterios diagnósticos de TDM del DSM-5 (APA, 2013).

Más aún, incluso dos personas que presentan los mismos síntomas diagnósticos pueden variar ampliamente en cuanto a la severidad de sus síntomas. Sin embargo, el sistema diagnóstico categorial ignora estas diferencias, clasificando los diferentes niveles de severidad (leve, moderada o alta) en la misma categoría (diagnóstico presente; Krueger & Bezdjian, 2009). De acuerdo con algunos autores, esto supone una pérdida de información valiosa, pues los diferentes niveles de severidad pueden servir de guía para la toma de decisiones clínicas en torno a aspectos tan relevantes como la administración de medicación, la hospitalización, o la incapacidad laboral (Kraemer et al., 2004; Widiger & Samuel, 2005).

Por otro lado, siguiendo el ejemplo del diagnóstico para el trastorno de conducta, las personas que presentan entre 1 y 2 síntomas no serán diagnosticadas de ese trastorno, mientras que las personas que presentan entre 3 y 15 síntomas sí recibirán el diagnóstico. De este modo, el sistema categorial supone mayores diferencias entre personas que presentan 2 y 3 síntomas, que son asignadas a categorías diferentes (i.e., diagnóstico ausente y diagnóstico presente), que entre personas que presentan 3 y 15 síntomas, que son asignadas a la misma categoría (i.e., diagnóstico presente). A su vez, la falta de discriminación entre los niveles inferiores al punto de corte que delimita la presencia y la ausencia del diagnóstico, impide identificar a aquellas personas que presentan niveles

subclínicos asociados a peores niveles de funcionalidad y mayor riesgo de presentar psicopatología (Potuzak et al., 2012; Shankman et al., 2009).

Estas limitaciones señaladas a los sistemas nosológicos categoriales han generado un incremento de la preocupación y el interés por desarrollar sistemas nosológicos alternativos que estén basados en la evidencia y resuelvan estas limitaciones (e.g., First, 2017; Hengartner & Lehmann, 2017), los cuales se resumen a continuación.

1.2.3. MODELOS DESARROLLADOS DESDE APROXIMACIONES DIMENSIONALES

A lo largo de la última década, diversos autores han volcado sus esfuerzos en desarrollar modelos nosológicos empíricos que superen las limitaciones de los sistemas nosológicos categoriales. Esto ha dado lugar al desarrollo de dos importantes sistemas nosológicos alternativos más recientes (Micheline et al., 2021): el HiTOP (Kotov et al., 2017) y el RDoC (Cuthbert, 2014). A continuación, se resume el proceso de desarrollo de ambos sistemas, así como las limitaciones de los sistemas categoriales a las que dan respuesta.

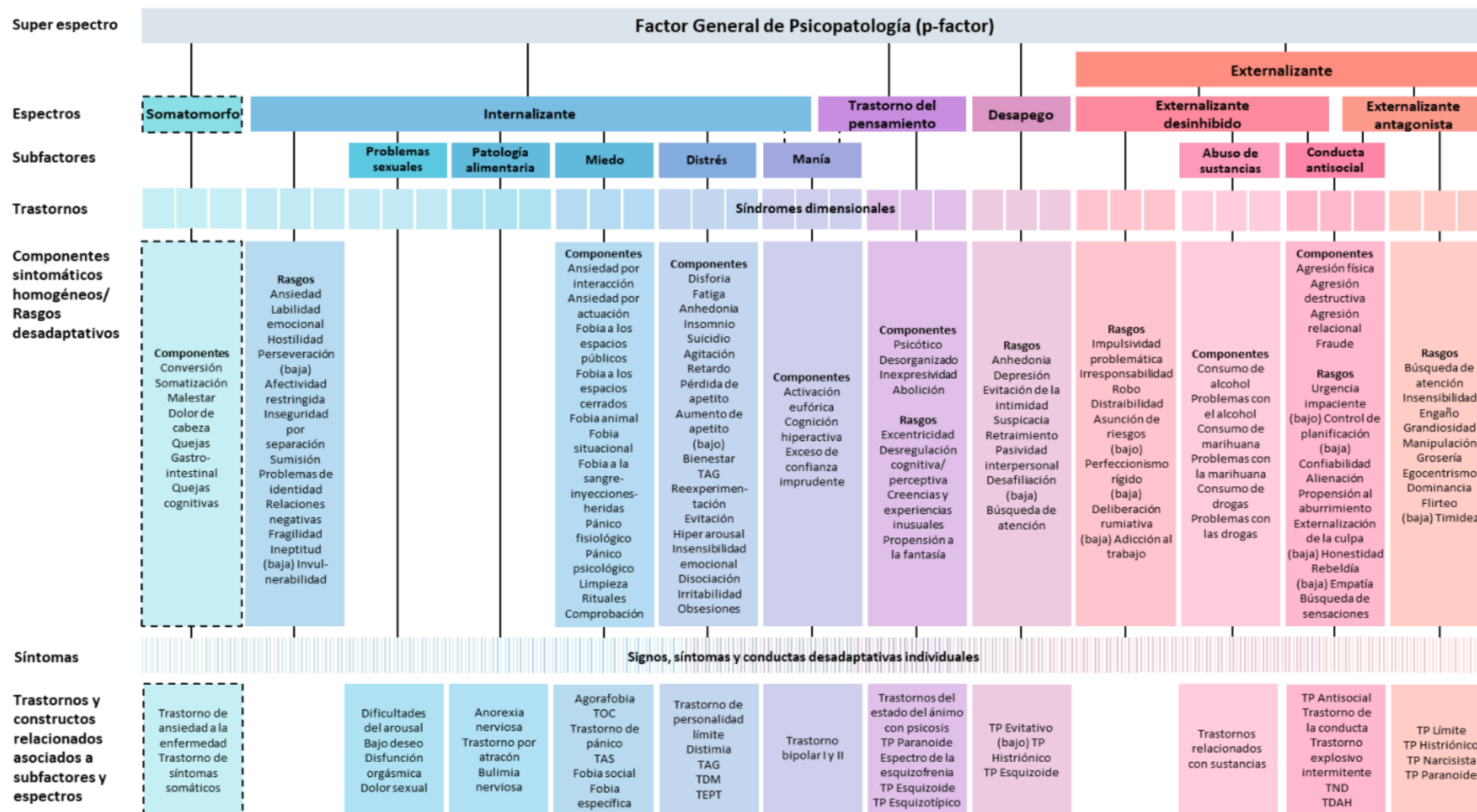
El sistema nosológico HiTOP (Kotov et al., 2017), publicado en el año 2017, es desarrollado por un consorcio de investigadores a partir de la evidencia acumulada por trabajos que, durante décadas, han analizado la organización empírica de los trastornos mentales mediante la aplicación de técnicas de análisis multivariantes (e.g., análisis factoriales o modelos de ecuaciones estructurales; e.g., Kotov, 2011; Markon, 2010; Pianowski et al., 2019; Ringwald et al., 2021; Røysamb et al., 2011; Wright & Simms, 2015). Partiendo de la evidencia hallada en la literatura, el modelo HiTOP reorganiza y reconceptualiza la clasificación de los trastornos mentales integrando los trastornos y los síntomas en una jerarquía conformada por seis niveles ordenados de mayor a menor

amplitud: super espectro, espectros, subfactores, trastornos, componentes y síntomas. La organización de la clasificación jerárquica de los constructos psicopatológicos del modelo HiTOP se presenta en la Figura 1.2.1.

El modelo HiTOP da respuesta a tres de las limitaciones señaladas a los sistemas categoriales: la arbitrariedad de los límites establecidos entre la patología y la normalidad, la elevada comorbilidad entre trastornos y la heterogeneidad entre personas con un mismo trastorno (Kotov et al., 2017, 2021). Así, en primer lugar, a diferencia de los modelos categoriales que conceptualizan los trastornos y los síntomas como presentes o ausentes (i.e., DSM y ICD), el modelo HiTOP conceptualiza los trastornos y los síntomas (y los constructos psicopatológicos en general) de forma dimensional, de modo que se considera que estos pueden variar a lo largo de un continuo dimensional que abarca diferentes niveles de severidad, desde la normalidad hasta la patología (Kotov et al., 2017). La conceptualización dimensional de los constructos psicopatológicos ha sido respaldada por numerosos trabajos (Carragher et al., 2014; Haslam et al., 2012, 2020; van Os et al., 2009; Waszczuk, Kotov, et al., 2017; Wright et al., 2013) y proporciona, además, mayor información sobre el funcionamiento global que los diagnósticos categoriales (Waszczuk, Kotov, et al., 2017).

Figura 1.2.1

Estructura inicial de la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología (HiTOP)



Nota: Las líneas discontinuas indican elementos del modelo que se incluyeron de forma provisional y requieren más estudio. TOC = trastorno obsesivo-compulsivo, TAS = trastorno de ansiedad por separación, TAG = trastorno de ansiedad generalizada, TDM = trastorno depresivo mayor, TEPT = trastorno de estrés postraumático, TP = trastorno de la personalidad, TND = trastorno negativista desafiante, TDAA = trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Adaptado de "The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies" por R. Kotov, M. A. Waszczuk, R. F. Krueger, M. K. Forbes, D. Watson, L. A. Clark, T. M. Achenbach, R. R. Althoff, M. Y. Ivanova, R. Michael Bagby, T. A. Brown, W. T. Carpenter, A. Caspi, T. E. Moffitt, N. R. Eaton, K. T. Forbush, D. Goldberg, D. Hasin, S. E. Hyman, ... M. Zimmerman, 2017, *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), supplementary material Table 1 (<http://dx.doi.org/10.1037/abn0000258>).

En segundo lugar, el modelo HiTOP, a diferencia de los sistemas categoriales, proporciona un marco explicativo de la comorbilidad entre trastornos (Kotov et al., 2021). Concretamente, el modelo HiTOP resume los patrones de comorbilidad entre trastornos en las dimensiones de orden superior de la jerarquía (Kotov et al., 2018, 2021). Por ejemplo, el espectro Internalizante representa los patrones de comorbilidad entre los trastornos de depresión, ansiedad, TEPT, TOC y otros trastornos (Kotov et al., 2017, 2021), observados en estudios empíricos (De Jonge et al., 2018; Forbush & Watson, 2013; Girard et al., 2017; Levin-Aspenson et al., 2019). De este modo, la comorbilidad deja de ser una limitación, pasando a ser un fenómeno explícito y predecible a partir de la estructura del modelo, donde los trastornos comórbidos se organizan de forma conjunta en un espectro superior (Kotov et al., 2017). Siguiendo la estructura jerárquica del modelo, los investigadores y los profesionales clínicos pueden optar por focalizarse en los aspectos comunes a los trastornos comórbidos (e.g., espectros), o bien en trastornos específicos (Kotov et al., 2018, 2021). Asimismo, la comorbilidad señalada a nivel de espectro resume también un conjunto de factores comunes a los trastornos comórbidos, como factores de riesgo genéticos (Hettema et al., 2006; Kendler et al., 2011; Wade et al., 2015), factores de riesgo ambientales (Albott et al., 2018; Conway et al., 2018; Keyes et al., 2012) o alteraciones cognitivas (Abushalbak et al., 2021; Bloemen et al., 2018).

En tercer lugar, el modelo HiTOP permite capturar la heterogeneidad sintomatológica que existe entre las personas que presentan un mismo trastorno a partir de los síntomas, que se localizan en el nivel más bajo de la jerarquía (Kotov et al., 2017). La jerarquía del modelo HiTOP agrupa los síntomas empíricamente relacionados entre sí en un mismo componente, y los síntomas que no están relacionados entre sí en componentes diferentes (Kotov et al., 2017, 2021). Los síntomas que eran separados en trastornos diferentes según el modelo categorial, son ahora considerados

transdiagnósticos, de modo que estos no se limitan a una categoría o diagnóstico, sino que por el contrario trascienden los límites diagnósticos pudiendo ser comunes a varios trastornos del mismo factor. El modelo HiTOP no solo contempla la posibilidad de que un mismo síntoma sea común a diferentes trastornos, sino que también permite realizar una evaluación más detallada de los síntomas atendiendo a los diferentes niveles de severidad en los que puedan manifestarse (Kotov et al., 2017). Esta evaluación permite esclarecer en mayor medida la heterogeneidad entre pacientes que, aunque presentan los mismos síntomas, varían ampliamente en cuanto a su severidad. La evaluación de la severidad de los síntomas es, además, esencial para la práctica clínica, pues las evidencias señalan que cada síntoma puede conllevar diferentes implicaciones en términos de discapacidad, funcionalidad o factores de riesgo (Fried et al., 2014; Fried, 2015; Fried & Nesse, 2015b).

El segundo de los modelos recientemente definidos desde la aproximación dimensional es el modelo RDoC (Cuthbert, 2014). Este modelo comienza a desarrollarse como parte del plan estratégico del Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health [NIMH]) del año 2008, que tiene como objetivo “*desarrollar, con propósitos de investigación, nuevas formas de clasificación de los trastornos mentales basadas en dimensiones de comportamiento observables y medidas neurológicas*” (NIMH, 2008, p. 17). Sin embargo, a diferencia de otros sistemas de clasificación (e.g., DSM, ICD o HiTOP), el RDoC no persigue desarrollar un sistema de clasificación de utilidad clínica inmediata (Clark et al., 2017; Cuthbert & Insel, 2013). El RDoC pretende, en cambio, desarrollar un sistema de clasificación que sirva como marco de referencia para la investigación, haciendo énfasis en la comprensión de los procesos neurológicos,

biológicos, psicológicos, sociales y culturales que subyacen a los trastornos mentales (Clark et al., 2017; Cuthbert, 2020; Cuthbert & Insel, 2013).

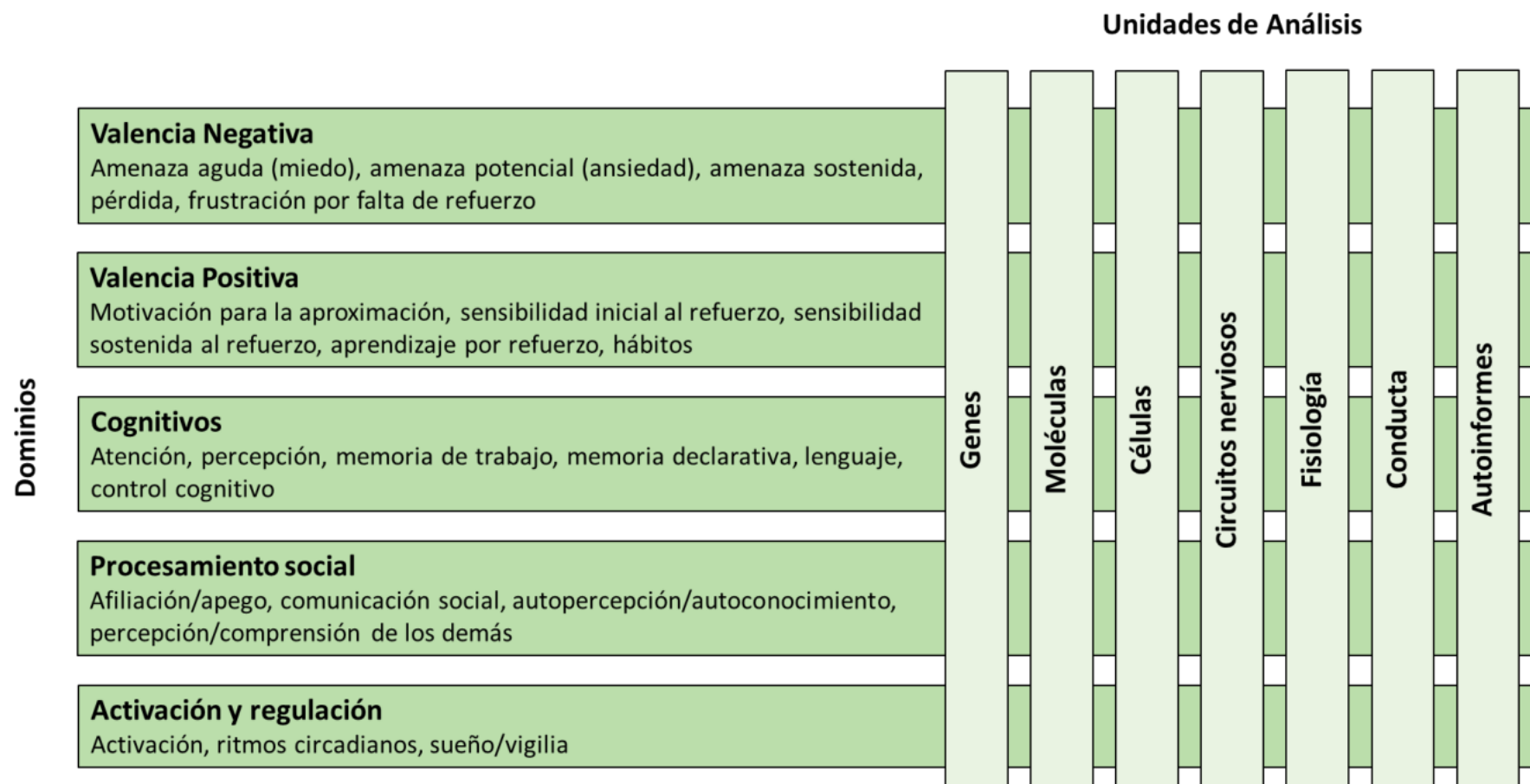
El desarrollo de esta nueva forma de clasificación se inicia con la revisión de la literatura científica básica y aplicada en torno a las dimensiones psicopatológicas, sus definiciones, y los elementos o unidades de análisis que podrían emplearse para evaluar cada dimensión (Cuthbert, 2014). Fruto de esta revisión, se elabora la matriz del RDoC, que comprende dos dimensiones distribuidas en filas y columnas, como se muestra en la Figura 1.2.2.

Las filas de la matriz representan cinco dominios de investigación (valencia negativa, valencia positiva, cognitivos, procesamiento social, y activación/regulación) que agrupan diferentes constructos y subconstructos dimensionales. Por ejemplo, el dominio valencia negativa agrupa los constructos amenaza aguda (miedo), amenaza potencial (ansiedad), amenaza sostenida, pérdida y frustración por la falta de refuerzo. Las columnas de la matriz representan siete unidades de análisis que se pueden emplear para evaluar cada constructo: genes, moléculas, células, circuitos nerviosos, fisiología, conducta y autoinformes. De acuerdo con el sistema RDoC, las unidades de análisis de fisiología, conductas y autoinformes pueden ser consideradas como resultado de varios circuitos nerviosos cerebrales (Cuthbert, 2014).

El siguiente paso a realizar para el desarrollo del sistema de clasificación del RDoC consiste en reunir literatura exhaustiva en torno al estudio de los cinco dominios del modelo en sus diferentes unidades de análisis. Con ello se pretende arrojar luz sobre el rol de los procesos biológicos, psicológicos y sociales en la aparición y el curso del deterioro en dominios funcionales de los problemas psicopatológicos. Una vez se disponga de una base empírica sólida, se procederá a discutir las definiciones de los trastornos mentales y elaborar el sistema de clasificación (Clark et al., 2017).

Figura 1.2.2

Matriz de los Criterios de Dominio de Investigación (RDoC)



Nota: La matriz del RDoC se compone de seis dominios (filas) y sus respectivos constructos, que pueden ser caracterizados en base a siete unidades de análisis (columnas). Adaptado de “Linking RDoC and HiTOP: A new interface for advancing psychiatric nosology and neuroscience” por G. Michelini, I. M. Palumbo, C. G. DeYoung, R. D. Latzman, y R. Kotov, 2021, *Clinical Psychology Review*, 86, 102025, p. 3 (<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102025>).

Las diferentes fases de desarrollo del modelo RDoC permiten dar respuesta a tres de las limitaciones señaladas a los sistemas categoriales: la arbitrariedad de los límites establecidos entre la patología y la normalidad, la falta de fundamentación empírica en cuanto a la etiología y los mecanismos patofisiológicos que subyacen a los trastornos, y la heterogeneidad entre las personas que comparten un mismo trastorno (Michellini et al., 2021). En primer lugar, de forma similar al HiTOP, el RDoC supone un cambio radical en cuanto a la conceptualización de los trastornos mentales, abandonando la delimitación categorial entre la normalidad y la patología, para atender a la naturaleza continua de los constructos psicopatológicos mediante la adopción de la aproximación dimensional (Clark et al., 2017; Cuthbert, 2014; Kozak & Cuthbert, 2016). Concretamente, el RDoC conceptualiza la psicopatología como los extremos de dimensiones psicobiológicas que están vinculados a problemas clínicos (Kozak & Cuthbert, 2016). Por ejemplo, atendiendo al continuo dimensional de la motivación por la recompensa, el extremo superior de la dimensión (i.e., exceso de motivación por la recompensa) se relacionaría con el abuso de sustancias o el juego patológico (Gaher et al., 2015; O'Brien, 2009), mientras que el extremo inferior (i.e., déficit de motivación con la recompensa) se relacionaría con la anhedonia o la anorexia (Tadayonnejad et al., 2022; Treadway & Zald, 2011).

En segundo lugar, el modelo RDoC tiene como propósito arrojar luz sobre los procesos biológicos y psicológicos (e.g., atención, memoria, miedo, búsqueda de recompensa) que subyacen a los problemas psicopatológicos (Kozak & Cuthbert, 2016). El fin último de identificar estos procesos es poder ofrecer explicaciones biopsicológicas a los problemas clínicos (Kozak & Cuthbert, 2016). Esta información supliría la falta de atención que los sistemas de clasificación categoriales (DSM e ICD) han otorgado a la etiología de los trastornos mentales (Clark et al., 2017).

En tercer lugar, el sistema RDoC tiene entre sus prioridades dar explicación a la heterogeneidad que se observa entre las personas que comparten un mismo diagnóstico (Morris et al., 2022). Un ejemplo de ello se observa en el caso del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), donde se ha encontrado que los subtipos o perfiles de pacientes con TDAH se asocian a determinados procesos cognitivos (Fenollar-Cortés et al., 2014; Goh et al., 2020). Por ejemplo, entre los pacientes con TDAH que muestran un perfil irritable, aquellos que muestran los síntomas más severos son los que presentan también déficits cognitivos (e.g., Goh et al., 2020).

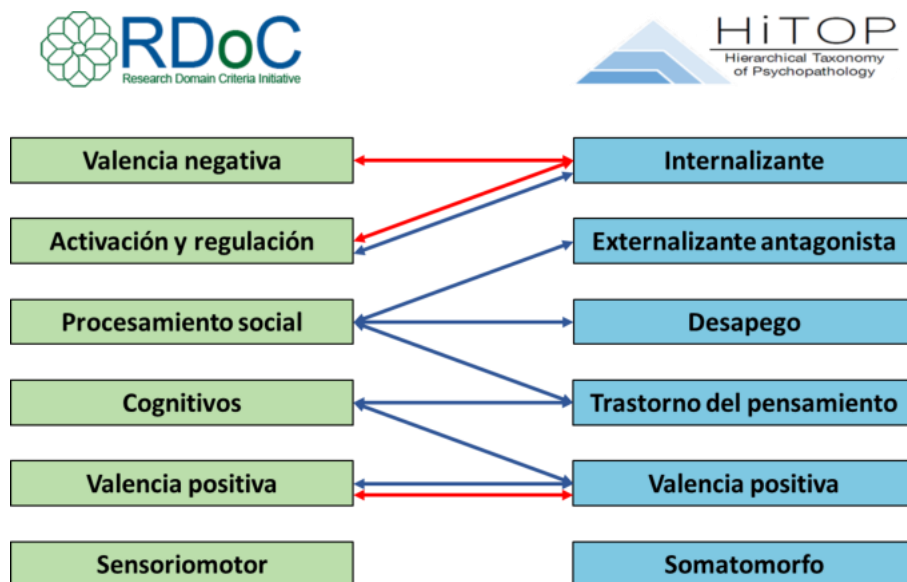
Los sistemas HiTOP y RDoC tienen en común el abandono de las categorías diagnósticas en pro de la adopción de las aproximaciones dimensionales para superar las limitaciones señaladas a los sistemas categoriales. Sin embargo, ambos sistemas presentan notables diferencias (Michellini et al., 2021). La primera diferencia concierne al procedimiento por el cual ambos modelos han sido desarrollados. Mientras que el HiTOP se desarrolla en base a la covariación entre dimensiones psicopatológicas (i.e., síntomas y trastornos) observada en los trabajos empíricos (Kotov et al., 2017), el RDoC se desarrolla atendiendo a las diferentes unidades de análisis que podrían emplearse para evaluar las dimensiones psicopatológicas (Cuthbert, 2014).

En segundo lugar, existen diferencias en cuanto a las dimensiones que conforman cada sistema. Así, el modelo HiTOP incluye dimensiones psicopatológicas de diferente grado de especificidad (i.e., super espectro, espectros, subfactores, trastornos, componentes y síntomas; Kotov et al., 2017). El RDoC, en cambio, enfatiza en los procesos neurobiológicos de la conducta humana, dando cabida en el modelo a distintas unidades de análisis y a cinco dominios de investigación donde se integran los constructos psicopatológicos con un mismo nivel de especificidad (Cuthbert, 2014). A pesar de estas

diferencias, Micheline et al. (2021) encuentran que existen ciertas relaciones entre los dominios del RDoC y los espectros del HiTOP, de acuerdo con las evidencias aportadas por estudios previos. La Figura 1.2.3 refleja relaciones consistentes y robustas entre los dominios del RDoC y los espectros del HiTOP.

Figura 1.2.3

Visión general de las principales relaciones entre los Criterios de Dominio de Investigación (RDoC) y la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología (HiTOP)



Notas: Las flechas muestran las asociaciones más consistentes entre los dominios del RDoC y los espectros del HiTOP (i.e., las que muestran asociaciones más robustas entre más de un tercio de los constructos del RDoC con un espectro o sus subfactores del modelo HiTOP). Los detalles completos de las asociaciones entre las dimensiones del RDoC y los espectros/subfactores del HiTOP se muestran en las figuras suplementarias del trabajo de Micheline et al. (2021). Rojo = relación positiva; Azul = relación negativa. Adaptado de “Linking RDoC and HiTOP: A new interface for advancing psychiatric nosology and neuroscience” por G. Micheline, I. M. Palumbo, C. G. DeYoung, R. D. Latzman, y R. Kotov, 2021, *Clinical Psychology Review*, 86, 102025, p. 3 (<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102025>).

Por último, si bien ambos modelos están actualmente en continuo desarrollo (e.g., Conway, Kotov, et al., 2022; Damme et al., 2022), éstos se enfrentan a limitaciones diferentes. En el caso del RDoC, se trata de un modelo que enfatiza sobre las unidades de

análisis útiles para el estudio de los correlatos neurales y fisiológicos de los trastornos mentales pero que, en cambio, no incluye la mayoría de los síntomas, signos y comportamientos que requieren atención clínica, como podrían ser la irritabilidad o la agresión (Michellini et al., 2021; Ross & Margolis, 2019). En este sentido, si bien el modelo RDoC resulta especialmente útil para investigar las bases neurales y fisiológicas que subyacen a los trastornos mentales, su aplicación en la práctica clínica es limitada y no se encuentra entre sus objetivos inmediatos (Clark et al., 2017; Hakak-Zargar et al., 2022; Kozak & Cuthbert, 2016; Shankman & Gorka, 2015). Por el contrario, el modelo HiTOP no pone el foco sobre los procesos subyacentes a los trastornos mentales, sino en las dimensiones que son comúnmente objeto de atención clínica a lo largo de distintos niveles de especificidad (síntomas, trastornos, espectros), proporcionando, además, un listado de instrumentos (e.g., autoinformes y entrevistas) con propiedades psicométricas favorables que permiten la evaluación de estos constructos (Kotov et al., 2017, 2021). Estos aspectos han contribuido a que el modelo HiTOP sea de utilidad tanto en contextos clínicos, como en contextos de investigación (Conway et al., 2019; Kotov et al., 2022; Ruggero et al., 2019).

Teniendo presente lo anterior, diversos autores (Latzman et al., 2020; Michellini et al., 2021) consideran que ambos sistemas (HiTOP y RDoC) ofrecen una perspectiva complementaria sobre la comprensión de la psicopatología. Así, mientras que el RDoC enfatiza sobre la etiología y los sistemas neurales que subyacen a los diferentes constructos psicopatológicos, el HiTOP se focaliza sobre las dimensiones psicopatológicas que son objeto de atención clínica, proporcionando un marco de referencia para conceptualizar, organizar y evaluar las dimensiones psicopatológicas en la práctica clínica (Cuthbert, 2014; Kotov et al., 2022; Latzman et al., 2020; Michellini et al., 2021).

El siguiente apartado aborda en mayor profundidad el modelo HITOP, la alternativa dimensional a los sistemas nosológicos categoriales que destaca por su énfasis en la aplicabilidad clínica (e.g., Kotov et al., 2017; Michelini et al., 2021). Esta aplicabilidad al ámbito clínico justifica su elección como marco teórico de la presente tesis doctoral. El siguiente apartado define los niveles que conforman la jerarquía del modelo HiTOP, dedicando un apartado específico al espectro Internalizante que engloba los trastornos de depresión y ansiedad, por su alta relevancia clínica y social en términos de prevalencia, y por su repercusión sobre la discapacidad y la calidad de vida (Friedrich, 2017; GBD Mental Disorders Collaborators, 2022; WHO, 2017).

1.3. LA TAXONOMÍA JERÁRQUICA DE LA PSICOPATOLOGÍA (THE HIERARCHICAL TAXONOMY OF PSYCHOPATHOLOGY; HiTOP)

En el apartado anterior, se han expuesto los sistemas de clasificación nosológica de trastornos internalizantes más empleados durante las últimas décadas, junto a sus ventajas y limitaciones. En el presente apartado, se aborda en mayor profundidad el sistema nosológico HiTOP, considerado como la alternativa a los sistemas nosológicos tradicionales (Conway et al., 2021; Kotov et al., 2017) por superar muchas de las limitaciones señaladas a estos y propiciar importantes avances en contextos clínicos y de investigación durante los últimos años (Conway, Forbes, et al., 2019; Conway et al., 2021; Kotov et al., 2022; Ruggero et al., 2019). Concretamente, se abordará la definición de los niveles que conforman la jerarquía del modelo, la delimitación y organización de

los trastornos internalizantes dentro de la jerarquía, y las evidencias empíricas que lo apoyan. Finalmente, los dos últimos subapartados tratan sobre la integración del HiTOP en el ámbito clínico, y los instrumentos de evaluación de síntomas internalizantes afines al modelo que son de utilidad para la práctica clínica y la investigación.

1.3.1. DEFINICIÓN DE LOS NIVELES DE LA TAXONOMÍA JERÁRQUICA DE LA PSICOPATOLOGÍA

El desarrollo de la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología comienza en el año 2015, cuando los doctores Roman Kotov, Robert F. Krueger y David Watson organizan el consorcio “the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology” (HiTOP). Dicho consorcio, conformado inicialmente por 40 investigadores y profesionales clínicos interesados en la nosología cuantitativa de los trastornos mentales (Kotov et al., 2021), reúne actualmente a más de 160 integrantes (Stony Brook Medicine, 2022). Como se ha descrito en el apartado anterior, la creación de dicho consorcio vino motivada por la necesidad de desarrollar una taxonomía basada en la evidencia empírica acumulada, que supere las limitaciones señaladas a los sistemas nosológicos tradicionales (Ruggero et al., 2019). Para lograr este propósito, el consorcio plantea como objetivo elaborar un sistema de clasificación empírico basado en la evidencia acumulada en torno a las dimensiones de los trastornos mentales (de aquí en adelante, el término “dimensiones” será empleado para hacer alusión a características desadaptativas que se dan en la población en diferente grado, oscilando desde la normalidad hasta la patología (Kotov et al., 2017).

La estructura jerárquica de psicopatología del modelo HiTOP organiza las dimensiones psicopatológicas en seis niveles diferentes, ordenados de mayor a menor

amplitud: super espectro, espectros, subfactores, trastornos, componentes sintomáticos y rasgos desadaptativos, y signos y síntomas (Kotov et al., 2017). Cada nivel superior de la estructura constituye una dimensión amplia que engloba un conjunto de dimensiones más específicas altamente relacionadas entre sí (ver Figura 1.2.1, p. 38). A continuación, se definen los niveles que conforman la jerarquía, desde el más específico situado en el nivel inferior (signos y síntomas), hasta el más amplio localizado en el nivel superior (super espectro).

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

El modelo HiTOP agrupa los signos y síntomas en diferentes *componentes sintomáticos y rasgos desadaptativos* en base a la evidencia cuantitativa (Conway et al., 2021). Los componentes sintomáticos son definidos como conjuntos de comportamientos sintomáticos altamente relacionados (Conway et al., 2021), mientras que los rasgos desadaptativos constituyen disposiciones de personalidad relativamente específicas (Kotov et al., 2017). La Figura 1.2.1 refleja los componentes sintomáticos y rasgos desadaptativos del modelo HiTOP, entre los que se encuentran Disforia, Fatiga, Insomnio y Suicidio (Kotov et al., 2017).

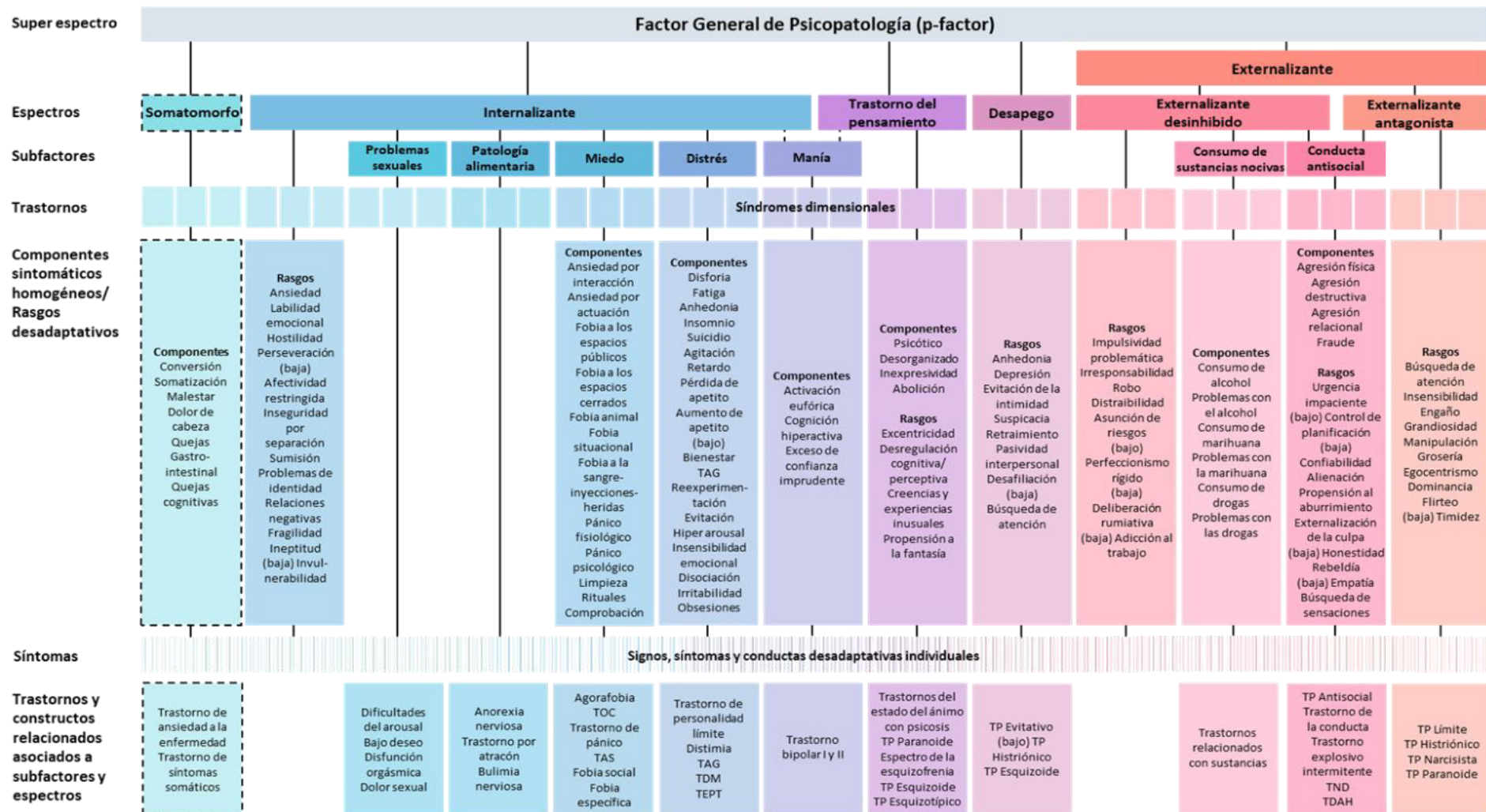
Seguidamente en la jerarquía se sitúan los *trastornos*, definidos como tendencias dimensionales a experimentar síntomas y rasgos desadaptativos relacionados (Conway

et al., 2021). Así, el modelo HiTOP abandona la definición categorial del trastorno (presente vs. ausente), pasando a definirlo como un constructo que se distribuye de forma dimensional a lo largo de un continuo de severidad (Conway et al., 2021). Cabe señalar que los trastornos que se definen en el modelo HiTOP constituyen, a día de hoy, un elemento provisional en el modelo, pues se requieren más estudios que aporten evidencias sobre el modo en el que los síntomas co-ocurren de forma empírica para dar lugar a los trastornos (Conway et al., 2021). En congruencia con el sistema dimensional, el modelo HiTOP establece el diagnóstico en base a la descripción cuantitativa, detallada y sistemática del perfil de las dimensiones psicopatológicas del paciente, proporcionando información sobre la severidad de cada dimensión (Kotov et al., 2022; Ruggero et al., 2019).

Ascendiendo en la jerarquía, los trastornos que han mostrado estar empíricamente relacionados entre sí se agrupan en *subfactores*. Por ejemplo, los trastornos fobia social, agorafobia, fobia específica, trastorno de ansiedad por separación, trastorno de pánico y TOC se agrupan en el subfactor Miedo (Kotov et al., 2017), puesto que todos estos trastornos tienen en común formas de distrés específicas condicionadas por el contexto, y con frecuencia presentan evitación conductual (Watson et al., 2022). El consorcio HiTOP ha revisado recientemente el modelo, introduciendo un cambio en la jerarquía por el cual el subfactor Abuso de Sustancias del modelo inicial, pasa a denominarse Consumo de Sustancias Nocivas en la versión más reciente (HiTOP Consortium, 2022a), como se refleja en la Figura 1.3.1.

Figura 1.3.1

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



Nota: Las líneas discontinuas indican elementos del modelo que se incluyeron de forma provisional y requieren más estudio. TOC = trastorno obsesivo-compulsivo, TAS = trastorno de ansiedad por separación, TAG = trastorno de ansiedad generalizada, TDM = trastorno depresivo mayor, TEPT = trastorno de estrés postraumático, TP = trastorno de la personalidad, TND = trastorno negativista desafiante, TDAH = trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Adaptado de "Current HiTOP model" por HiTOP Consortium, 2022, *Center for Open Science*, (<https://osf.io/gds3n>).

A su vez, los subfactores altamente relacionados entre sí se agrupan en un mismo *espectro* que, definido como un conjunto de trastornos, constituyen las formas de psicopatología más amplias que pueden distinguirse entre sí (Kotov et al., 2017; Sauer-Zavala, 2021). El HiTOP contempla seis espectros diferentes: Somatomorfo, Internalizante, Trastorno del Pensamiento, Desapego, Externalizante Desinhibido y Externalizante Antagonista (Kotov et al., 2017). De entre estos, el Internalizante es el espectro más amplio y complejo del modelo (Watson et al., 2022), agrupando los trastornos de depresión, ansiedad, TEPT, TOC y otros trastornos que covarían altamente entre sí (Levin-Aspenson et al., 2019; Martel et al., 2017; Scott et al., 2020).

Finalmente, el nivel superior de la jerarquía lo conforma el *super espectro*, que proporciona un marco explicativo a la relación entre distintos espectros (ver Figura 1.3.1). El super espectro del modelo HiTOP corresponde con el factor general de psicopatología o factor *p* (Kotov et al., 2021), que resume la propensión común de los individuos a desarrollar todas y cada una de las formas de psicopatología comunes (Caspi & Moffitt, 2018). En este sentido, se ha observado que las puntuaciones en el factor *p* predicen la psicopatología futura (e.g., Cervin et al., 2021; Lahey et al., 2012; Patalay et al., 2015). Además, de acuerdo con varios autores (Caspi & Moffitt, 2018; Oltmanns et al., 2018; Smith et al., 2020; Widiger & Oltmanns, 2017), el factor *p* podría entenderse como un índice de discapacidad general de la persona, pues altas puntuaciones en este factor correlacionan significativamente con altas puntuaciones en discapacidad (e.g., Caspi et al., 2014; Cervin et al., 2021).

Como se ha descrito, de acuerdo con la estructura jerárquica, cada trastorno puede ser analizado en diferentes niveles de especificidad, de mayor a menor amplitud, que resultan óptimos para diferentes objetivos (e.g., los niveles más amplios capturan la comorbilidad, y los más específicos la heterogeneidad; Kotov et al., 2021; Ruggero et al.,

2019). Por ejemplo, el TDM podría ser analizado en niveles superiores a partir del espectro Internalizante o a partir del factor general de psicopatología o factor *p*. El análisis del espectro Internalizante podría resultar útil para explicar la comorbilidad entre el TDM y otros trastornos con los que se encuentra relacionado (distimia, TAG, TEPT y trastorno de personalidad límite [TPL]; Kotov et al., 2017). Por su parte, el factor general de psicopatología o factor *p* podría ser estudiado para identificar a las personas que puedan requerir de asistencia en salud mental (Kotov et al., 2021, 2022).

Por lo que respecta a los niveles inferiores de la jerarquía, el TDM podría ser explicado a partir de los síntomas y componentes que conforman el subfactor Distrés (e.g., disforia, fatiga, insomnio o suicidio; Kotov et al., 2017). El análisis de la severidad de estos y otros síntomas relacionados con la depresión haría posible la descripción del perfil sintomatológico del paciente, esclareciendo así la heterogeneidad que existe entre las diferentes personas que comparten un mismo diagnóstico.

El modelo HiTOP facilita un listado de instrumentos que pueden ser empleados para este propósito (Kotov et al., 2017). Por ejemplo, instrumentos como el Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS; Watson et al., 2007) o la Interview for Mood and Anxiety Symptoms (IMAS; Kotov et al., 2015) podrían ser empleados para evaluar la severidad de los síntomas de depresión de acuerdo con el modelo HiTOP. Los instrumentos congruentes con el modelo HiTOP se describen en mayor detalle en el apartado 1.3.5. (“Instrumentos de evaluación de síntomas internalizantes afines a las aproximaciones dimensionales congruentes con la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología”). De acuerdo con Kotov et al. (2022) los componentes más específicos del modelo (i.e., síntomas) también podrían ser considerados en la prescripción de tratamientos. Un ejemplo es el caso de la Food and Drug Administration (FDA) de EEUU, que ha aprobado la aplicación de esketamina para el tratamiento de TDM con

comportamiento o ideación suicida aguda (Canady, 2020). Más aún, cabe señalar que los síntomas del modelo pueden constituir en sí mismos objetos de intervención (Micheline et al., 2021; Waszczuk, Zimmerman, et al., 2017).

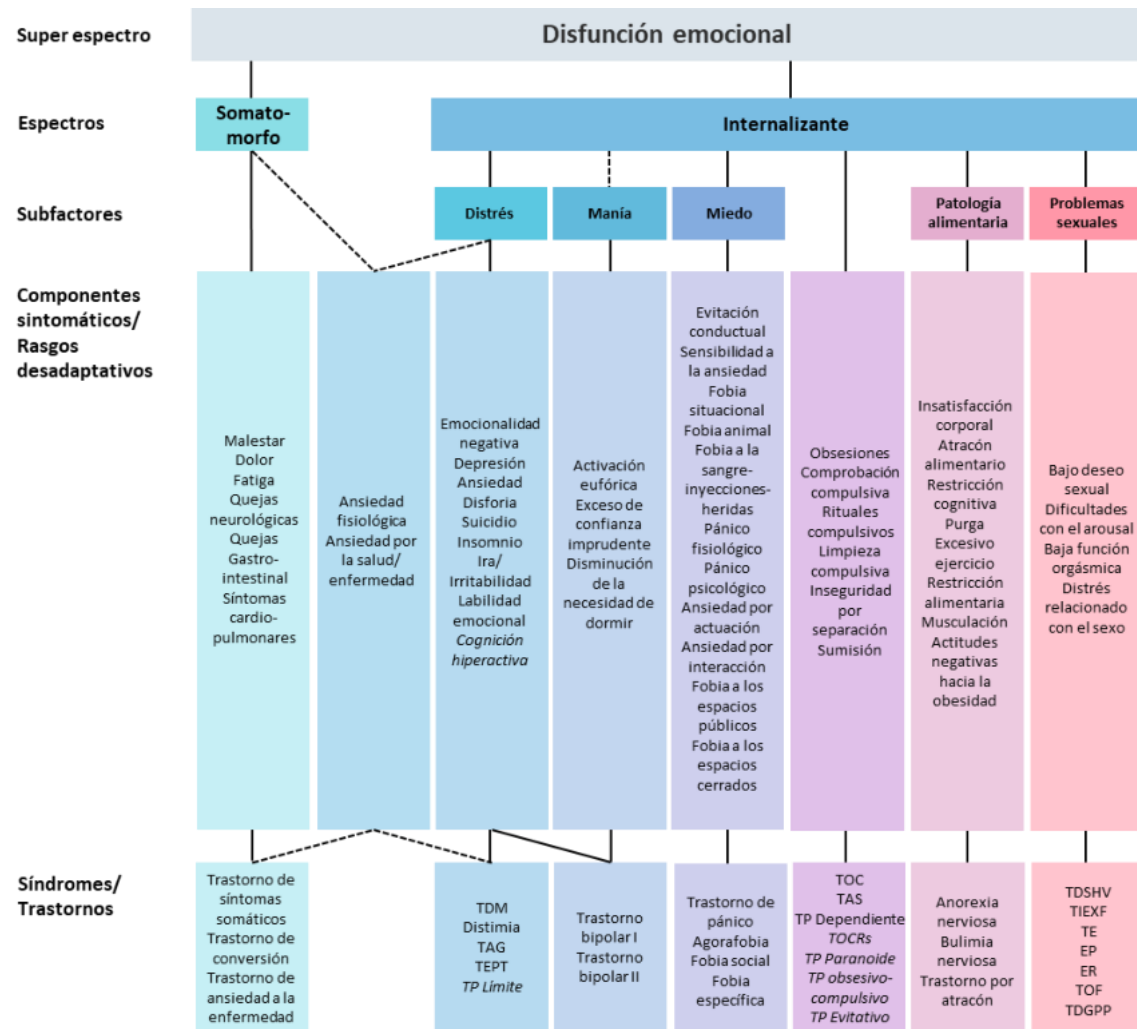
En definitiva, la jerarquía empírica del modelo HiTOP reconceptualiza los constructos psicopatológicos, proporcionando distintos niveles de especificidad útiles para dar respuestas a diferentes objetivos, en contextos clínicos y de investigación, desde una perspectiva empírica (Conway et al., 2019; Kotov et al., 2017, 2022; Ruggero et al., 2019). En el siguiente apartado, se proporciona más información sobre cómo el modelo HiTOP delimita y organiza los trastornos internalizantes dentro de la jerarquía.

1.3.2. DELIMITACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LOS TRASTORNOS INTERNALIZANTES DENTRO DE LA TAXONOMÍA JERÁRQUICA DE LA PSICOPATOLOGÍA

Dentro de la jerarquía establecida por el HiTOP, los trastornos internalizantes ocupan un nivel intermedio, que es inferior al de subfactores, espectros y super espectro y superior al de componentes y síntomas (Kotov et al., 2017). Para una mejor comprensión de la organización de los trastornos internalizantes en el modelo HiTOP, en este apartado, se detallan los componentes de los diferentes niveles de la jerarquía psicopatológica relacionados con los trastornos internalizantes de menor a mayor especificidad. La versión más actualizada de la jerarquía del modelo HiTOP en relación con las dimensiones internalizantes se muestra en la Figura 1.3.2.

Figura 1.3.2

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



Nota: Las líneas discontinuas representan la inclusión provisional. Los componentes sintomáticos y los diagnósticos con una ubicación estructural ambigua o incoherente aparecen en cursiva. HiTOP: Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología, TDM: trastorno depresivo mayor, TP: trastorno de la personalidad, TOC = trastorno obsesivo-compulsivo, TAS = trastorno de ansiedad por separación, TORS = trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, TDSHV = trastorno del deseo sexual hipoactivo en el varón, TIEXF = trastorno del interés/excitación sexual femenino, TE = trastorno eréctil, EP = eyaculación prematura, ER = eyaculación retardada, TOF = trastorno orgásmico femenino, TDGPP = trastorno de dolor genito-pélvico/penetración. Adaptado de “Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): III. Emotional Dysfunction superspectrum” por D. Watson, H. F. Levin-Aspenson, M. A. Waszczuk, C. C. Conway, T. Dalgleish, M. N. Dretsch, N. R. Eaton, M. K. Forbes, K. T. Forbush, K. A. Hobbs, G. Michelini, B. D. Nelson, M. Sellbom, T. Slade, S. C. South, M. Sunderland, I. Waldman, M. Witthöft, A. G. C. Wright, ... R. E. Zinbarg, 2022, *World Psychiatry*, 21(1), 26-54, p. 33 (<https://doi.org/10.1002/wps.20943>).

En el nivel superior de la jerarquía, los trastornos internalizantes se engloban, junto con el resto de dimensiones psicopatológicas, en el super espectro o factor general de psicopatología (Kotov et al., 2021). El factor general de psicopatología, también denominado factor *p*, resume la propensión común de los individuos a desarrollar todas y cada una de las formas de psicopatología comunes (e.g., Caspi & Moffitt, 2018). Más concretamente, los espectros Internalizante y Somatomorfo quedan englobados bajo el super espectro Disfunción Emocional, que comprende las diferencias individuales en afecto negativo/neuroticismo comunes a ambos espectros, contribuyendo así a explicar la comorbilidad entre los trastornos internalizantes y somatomorfos (Watson et al., 2022).

En un nivel inferior al super espectro, se localiza el espectro Internalizante (Kotov et al., 2017; Watson et al., 2022). El espectro Internalizante es, junto al Externalizante, uno de los primeros espectros en ser identificados (Achenbach, 1966), y destaca por ser uno de los espectros que reúne mayor acumulación de evidencias en diferentes rangos de edad (Hoertel et al., 2015; McElroy, Belsky, et al., 2018; Olinio et al., 2018; Sunderland et al., 2013), sexos (Eaton et al., 2012), etnias (Eaton, Keyes, et al., 2013; He & Li, 2021), orientaciones sexuales (Eaton, 2014) y culturas (Krueger et al., 2003).

El espectro Internalizante agrupa, a su vez, cinco subfactores: Distrés, Miedo, Manía, Patología Alimentaria y Problemas Sexuales (Watson et al., 2022). Cada subfactor está conformado por un grupo de trastornos internalizantes que covarían estrechamente entre sí. Distrés y Miedo son los subfactores del espectro Internalizante que se han identificado de forma más consistente en la literatura (Kotov et al., 2017). No obstante, si bien estos síntomas son separados en el modelo, cabe señalar que también existen estudios que encuentran que los subfactores Distrés y Miedo se muestran altamente correlacionados entre sí, llegando a resultar indistinguibles en algunos casos (e.g., Kessler et al., 2011; Kotov, 2011; Røysamb et al., 2011).

El primer subfactor, Distrés, engloba trastornos que implican una emocionalidad negativa dominante (Watson, 2005), estos son, TDM, distimia, TAG, TEPT y TPL (e.g., Beesdo-baum et al., 2009; Eaton, Krueger, Keyes, et al., 2011; Eaton, Krueger, et al., 2013; Keyes et al., 2013; Kim & Eaton, 2015; Miller et al., 2012). Entre los componentes sintomáticos que se engloban bajo el subfactor de Distrés se encuentran disforia, insomnio, suicidio e irritabilidad entre otros (Watson et al., 2022; Figura 1.3.2).

El segundo subfactor, Miedo, engloba trastornos que implican formas de distrés más específicas condicionadas por el contexto y que incluyen evitación conductual con frecuencia (Watson et al., 2022). Ejemplos de trastornos englobados en este subfactor son el trastorno de pánico, las fobias específicas y la agorafobia (e.g., Beesdo-baum et al., 2009; Eaton, Krueger, et al., 2013; Eaton, Krueger, Keyes, et al., 2011; Keyes et al., 2013; Kim & Eaton, 2015; Miller et al., 2012). Entre los componentes sintomáticos que se relacionan con el subfactor Miedo en un nivel inferior de la jerarquía se encuentran pánico, ansiedad por interacción y fobia a los espacios cerrados entre otros (Figura 1.3.2).

El tercer subfactor del espectro Internalizante, Patología Alimentaria, incluye trastornos como la bulimia nerviosa, la anorexia nerviosa y el trastorno por atracón (Forbush et al., 2010; Forbush & Watson, 2013). Trabajos previos han identificado ocho componentes sintomatológicos relacionados con este subfactor que han sido replicados en diferentes poblaciones (pacientes, estudiantes universitarios y comunitaria), estos son, insatisfacción corporal, atracón alimentario, restricción cognitiva, purga, excesivo ejercicio, restricción alimentaria, musculación y actitudes negativas hacia la obesidad (Forbush et al., 2013, 2014; Tang et al., 2015; ver Figura 1.3.2).

El cuarto subfactor, Problemas Sexuales, engloba componentes sintomatológicos de disfunción sexual, como bajo deseo sexual, dificultades con la excitación, baja función orgásmica y distrés relacionado con el sexo (Forbes, Baillie, et al., 2016a, 2016b; Forbes

& Schniering, 2013) (Figura 1.3.2). Cabe señalar que, de acuerdo con Kotov et al. (2021), este subfactor reúne evidencias moderadas sobre su inclusión en la estructura, siendo uno de los subfactores que menos se han estudiado hasta la actualidad.

Finalmente, el quinto subfactor que se integra en el espectro Internalizante del modelo es Manía (Kotov et al., 2017). No obstante, de acuerdo con estudios previos, la estructura jerárquica refleja que la dimensión de Manía se relaciona no solo con el espectro Internalizante (Blanco et al., 2015; Forbush & Watson, 2013; Keyes et al., 2013; Kotov et al., 2015), sino también con el espectro Trastorno del Pensamiento (Caspi et al., 2014; Keyes et al., 2013; Kotov, 2011; Miller et al., 2012). Los componentes sintomatológicos que componen el subfactor Manía son la activación eufórica, el exceso de confianza imprudente y la disminución de la necesidad de dormir (Kotov et al., 2017; Ruggero et al., 2014; Watson et al., 2022), relacionados con el trastorno bipolar I y el trastorno bipolar II (ver Figura 1.3.2).

Tras la descripción de los distintos factores englobados dentro del espectro internalizante en el modelo HiTOP, a continuación, se describen las evidencias empíricas que sustentan esta agrupación.

1.3.3. EVIDENCIAS EMPÍRICAS QUE APOYAN LA ORGANIZACIÓN JERÁRQUICA DE LAS DIMENSIONES INTERNALIZANTES DE LA TAXONOMÍA JERÁRQUICA DE LA PSICOPATOLOGÍA

El consorcio HiTOP ha realizado una importante labor de revisión de la literatura para examinar las evidencias en torno a la taxonomía jerárquica del modelo, tanto de forma previa (Kotov et al., 2017), como de forma posterior al desarrollo del mismo

(Conway, Forbes, et al., 2019; Hopwood et al., 2020; Kotov et al., 2020; Ruggero et al., 2019). En total, se han revisado 554 trabajos empíricos o revisiones sistemáticas/meta-análisis que han contribuido a acumular evidencias sobre las dimensiones que conforman el modelo (Kotov et al., 2021). Entre estos, se encuentran estudios psicométricos ($n = 261$), estudios genéticos ($n = 134$), estudios del ámbito de las neurociencias ($n = 45$), estudios relacionados con aspectos de interés para la práctica clínica (e.g., factores de riesgo, discapacidad, funcionalidad; $n = 66$), estudios relacionados con aspectos útiles para la intervención (e.g., predicción de resultados de tratamiento, selección de tratamientos, selección de los síntomas objeto de intervención; $n = 28$) y estudios que contrastan la fiabilidad de las dimensiones frente a los diagnósticos clínicos tradicionales ($n = 20$; Kotov et al., 2021). A estos hay que sumar 14 revisiones narrativas que encuentran evidencias que apoyan diferentes dimensiones del modelo (factor general y espectros Internalizante, Externalizante Desinhibido y Trastorno del Pensamiento; Kotov et al., 2021). A continuación, se resumen las evidencias empíricas que apoyan la organización de las dimensiones internalizantes del modelo HiTOP, distinguiendo entre evidencias basadas en análisis factoriales y otras fuentes de evidencias (Watson et al., 2022).

1.3.3.1. EVIDENCIAS BASADAS EN ANÁLISIS FACTORIALES

La estructura formulada para el espectro Internalizante del modelo HiTOP encuentra evidencias en un amplio conjunto de trabajos anteriores y posteriores al desarrollo del modelo que utilizan principalmente el análisis factorial como técnica analítica (e.g., Kotov, 2011; Markon, 2010; Pianowski et al., 2019; Ringwald et al., 2021; Røysamb et al., 2011; Wright & Simms, 2015). A continuación, se resumen estas y otras evidencias que quedan sintetizadas en el trabajo de revisión de Kotov et al. (2022).

De acuerdo con la revisión de Kotov et al. (2022), en la parte superior de la jerarquía, el espectro Internalizante queda englobado, junto con el espectro Somatomorfo, en el super espectro Disfunción Emocional, que explica la comorbilidad entre las dimensiones internalizantes y somatomorfas (ver Figura 1.3.2). Esta estructura jerárquica encuentra apoyo en estudios de análisis factoriales (Forbes et al., 2017; Morey et al., 2013). Esta estructura observada podría estar explicada en base a la relación que ambos espectros (Internalizante y Somatomorfo) muestran con el afecto negativo/neuroticismo (AN/N), definido como la propensión a experimentar experiencias emocionales negativas altamente correlacionadas (e.g., Denovan et al., 2019; Rosmalen et al., 2007; Sellbom et al., 2020; Zinbarg et al., 2016). Por ejemplo, se ha observado una alta correlación entre la psicopatología internalizante y el neuroticismo, que alcanza el valor de .98 (Griffith et al., 2010). Asimismo, las dimensiones internalizantes también se muestran altamente relacionadas con facetas y vulnerabilidades cognitivas englobadas en la dimensión AN/N, como la ansiedad, la depresión, la intolerancia a la incertidumbre, la sensibilidad a la ansiedad, la evitación experiencial y el perfeccionismo (e.g., Naragon-Gainey & Watson, 2018; Watson et al., 2019; Zinbarg et al., 2016). Más aún, el AN/N predice episodios de trastornos internalizantes (Brandes & Tackett, 2019; Goldstein et al., 2018; Jeronimus et al., 2016). En este sentido, el AN/N puede ser considerado un factor de riesgo para los trastornos internalizantes (Ormel et al., 2013), donde se ha observado que ambas dimensiones (AN/N y psicopatología internalizante) comparten factores genéticos (Hettema et al., 2006; Nagel et al., 2018; South & Krueger, 2008).

Al descender en la jerarquía al nivel de espectro, la literatura especializada también ofrece numerosos trabajos empíricos basados en análisis factoriales que aportan evidencias sobre la estructura del espectro Internalizante (e.g., Forbes et al., 2017; Girard et al., 2017; Kim & Eaton, 2015; Levin-Aspenson et al., 2019; Olinio et al., 2018; Scott

et al., 2020) y los subfactores que lo integran (e.g., De Jonge, et al., 2018; Eaton, Krueger, et al., 2013; Forbush & Watson, 2013; Kotov et al., 2015; Mitchell et al., 2014). Concretamente, la literatura muestra que el espectro Internalizante engloba trastornos de depresión, ansiedad, TEPT, fobias, trastorno de pánico, TOC, trastorno bipolar y TLP entre otros (De Jonge et al., 2018; Eaton, Krueger, et al., 2013; Forbush & Watson, 2013; Girard et al., 2017; Kotov et al., 2015; Mitchell et al., 2014; Scott et al., 2020).

De acuerdo con la jerarquía del modelo, el espectro Internalizante engloba seis subfactores (i.e., grupos de trastornos que covarían altamente entre sí), estos son, Distrés, Manía, Miedo, Patología Alimentaria y Problemas Sexuales (Watson et al., 2022). En el apartado anterior (1.3.2 “Delimitación y organización de los trastornos internalizantes dentro de la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología”) se han mostrado las evidencias anteriores a la publicación del modelo HiTOP que apoyan la organización estructural de los trastornos y los síntomas en los subfactores del modelo (Kotov et al., 2017). Esta estructura ha sido confirmada por estudios posteriores que aportan evidencias adicionales sobre la estructura jerárquica del modelo (Coniglio et al., 2018; De Jonge et al., 2018; Levin-Aspenson et al., 2019). No obstante, Watson et al. (2022) señala que, actualmente, existen dos componentes del modelo cuya ubicación en la estructura teórica no ha sido aclarada hasta la fecha. En primer lugar, el TOC no parece corresponder de forma clara con ninguno de los subfactores internalizantes del modelo (Watson et al., 2022), como se refleja en la Figura 1.3.2. En segundo lugar, si bien existen evidencias de que Patología Alimentaria constituye un subfactor independiente (Forbush et al., 2010; Forbush & Watson, 2013), algunos trabajos incluyen estas dimensiones en el subfactor Distrés (Forbush et al., 2017; Mitchell et al., 2014).

1.3.3.2. OTRAS FUENTES DE EVIDENCIAS

De acuerdo con la revisión de Kotov et al. (2022), en la literatura también se identifican otras fuentes de evidencias que apoyan la estructura jerárquica del modelo HiTOP (Watson et al., 2022). Concretamente, se ha observado que las dimensiones internalizantes tienen en común determinados factores genéticos (e.g., Ask et al., 2016; Gillespie et al., 2000; Kendler et al., 2011), factores de riesgo ambientales (e.g., Albott et al., 2018; Conway et al., 2018; Vachon et al., 2015), dificultades afectivas y cognitivas (e.g., Gonda et al., 2015; Gruner & Pittenger, 2017; Roca et al., 2015), alteraciones neurobiológicas (e.g., Donnelly et al., 2018; Frank, 2013; Romei et al., 2020), otros biomarcadores (e.g., Dietrich et al., 2013; Genis-Mendoza et al., 2022; Sahu et al., 2022), antecedentes temperamentales durante la infancia (Anderson et al., 2021; Rackoff & Newman, 2020; Toro et al., 2020) y respuestas al tratamiento (Barlow et al., 2017; García-Escalera et al., 2016; Steele et al., 2018). A continuación, se detallan las principales evidencias en relación a cada uno de estos factores.

En primer lugar, la literatura especializada ha mostrado que el espectro Internalizante presenta factores genéticos comunes con el espectro Somatomorfo (Ask et al., 2016; Gillespie et al., 2000; Hansell et al., 2012; Kendler et al., 2011), pero también otros factores genéticos independientes (Gillespie et al., 2000; Kendler et al., 2011). Estos resultados son consistentes con la estructura jerárquica del modelo, de modo que ambos espectros constituyen dimensiones diferentes, pero a su vez se muestran relacionados entre sí en un nivel superior (super espectro). Por ejemplo, la observación de valores de correlación moderados entre las variantes genéticas del dolor crónico y del TDM ($r = .53$; K. J. A. Johnston et al., 2019) que sugieren la posible existencia de un solapamiento genético (i.e., variantes genéticas comunes) entre el espectro Internalizante y Somatomorfo, queda representado en el superespectro Disfunción Emocional del modelo

HiTOP. Paralelamente, también se ha observado un solapamiento genético entre trastornos del subfactor Patología Alimentaria (e.g., anorexia nerviosa), Distrés (e.g., TDM y TAG) y Miedo (e.g., agorafobia y pánico) (Kendler et al., 2011; Silberg & Bulik, 2005; Wade et al., 2015), así como entre trastornos del subfactor Manía (e.g., trastorno bipolar) y Distrés (e.g., depresión) (McGuffin et al., 2003; Song et al., 2015), que apoya la agrupación de estos subfactores bajo el espectro Internalizante. No obstante, los trastornos de diferentes subfactores también muestran factores genéticos diferentes. Por ejemplo, los resultados de un estudio longitudinal realizado sobre 422 pares de gemelos sugieren la existencia de influencias genéticas independientes para la ansiedad y la depresión (Takahashi et al., 2021), apoyando la separación de estos trastornos en subfactores diferentes (i.e., Distrés y Miedo).

En segundo lugar, por lo que respecta a los factores de riesgo ambientales, el maltrato infantil es, hasta la fecha, el factor de riesgo para trastornos internalizantes que se ha identificado de forma más consistente en la literatura (Albott et al., 2018; Caspi et al., 2014; Conway et al., 2018; Keyes et al., 2012; Vachon et al., 2015). Los trabajos realizados en esta línea muestran que el maltrato infantil constituye un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología internalizante, pero no para trastornos específicos (Conway et al., 2018; Keyes et al., 2012; Vachon et al., 2015), lo que sugiere que el maltrato infantil constituye un factor de riesgo a nivel de espectro. Durante la adolescencia, la victimización por parte de los compañeros (e.g., abuso verbal o agresión relacional) constituye otro factor de riesgo relevante para la aparición de psicopatología internalizante (Forbes et al., 2020). La discriminación racial (Rodríguez-Seijas et al., 2015) y la insatisfacción conyugal (South et al., 2011) constituyen asimismo factores de riesgo transdiagnósticos a las dimensiones que conforman el espectro Internalizante.

En tercer lugar, las evidencias señalan que las dimensiones internalizantes también están asociadas a una serie de factores cognitivos como la inflexibilidad cognitiva y desinhibición conductual (e.g., Gruner & Pittenger, 2017; Quilty et al., 2014), así como con factores afectivos como la hiposensibilidad a la recompensa y/o la hipersensibilidad al castigo (e.g., Alloy et al., 2016; Berry et al., 2019). De acuerdo con Watson et al. (2022), estos factores afectan a la capacidad para inhibir pensamientos y emociones intrusivos y perseverantes, lo que contribuye al desarrollo de patrones de respuestas aberrantes y tomas de decisiones desadaptativas. Si bien estas afectaciones se dan a nivel de espectro, existen también algunos factores cognitivos que se relacionan de forma más específica con determinados trastornos. Por ejemplo, se ha observado que la depresión se relaciona con alteraciones en la velocidad psicomotora, la atención, la memoria y el funcionamiento ejecutivo (Gonda et al., 2015; Roca et al., 2015; Rock et al., 2014), mientras que el TOC se asocia principalmente a disfunciones en la planificación y en la toma de decisiones entre otras (Benzina et al., 2016; Gonçalves et al., 2016; Gruner & Pittenger, 2017).

En cuarto lugar, atendiendo a las bases neurobiológicas, se ha observado que las alteraciones relacionadas con la psicopatología internalizante se localizan generalmente en circuitos frontoestriatales y frontolímbicos, implicados en la regulación del comportamiento y el procesamiento de emociones en respuesta a castigos y recompensas (Watson et al., 2022). No obstante, se han encontrado algunas diferencias a nivel de subfactor. Por ejemplo, el subfactor Miedo se relaciona con una hiperactivación de regiones cerebrales implicadas en las respuestas cognitivo-emocionales a la amenaza (e.g., amígdala y el cortex occipital; Binelli et al., 2014; Liberzon et al., 2015; Via et al., 2014), mientras que el subfactor Patología alimentaria se relaciona con la alteración de procesos relacionados con la autorregulación y la recompensa (Donnelly et al., 2018;

Frank, 2013; Romei et al., 2020). En congruencia con la estructura jerárquica, también se observan alteraciones neurobiológicas específicas de cada trastorno, que apoyan su independencia, así como comunes a varios trastornos, que apoyan la agrupación de diferentes trastornos en el mismo subfactor. Así, si bien tanto el TDM como el TEPT muestran una alteración en la activación de regiones asociadas a la cognición y la emoción (e.g., Brown & Morey, 2012; Joormann & Quinn, 2014) y una disminución del volumen de la materia blanca (Coloigner et al., 2019; Shen et al., 2017; Siehl et al., 2018), estos trastornos difieren en cuanto las funciones que se ven afectadas a consecuencia de las alteraciones en la materia blanca. Concretamente, la alteración de la materia blanca afecta a las funciones ejecutivas, el aprendizaje, la memoria asociativa y el procesamiento de la saliencia en el caso del TEPT (Siehl et al., 2018), y a la cognición, la memoria y la emoción en el caso de la depresión (Jiang et al., 2017).

En quinto lugar, la literatura científica ha identificado biomarcadores comunes a las dimensiones del modelo HiTOP que se engloban bajo una misma dimensión superior de jerarquía. Por ejemplo, existen evidencias de que los trastornos de los espectros Internalizante y Somatomorfo (englobados en el super espectro Disfunción Emocional) comparten varios biomarcadores periféricos relacionados con la reactividad al estrés. Uno de ellos es el aumento de los niveles de cortisol, que se ha visto asociado a trastornos de los subfactores Distrés (Dietrich et al., 2013; Genis-Mendoza et al., 2022; Sahu et al., 2022) y Miedo (Cremers & Roelofs, 2016; Furtado & Katzman, 2015), y a trastornos somatomorfos (Bob et al., 2008; Gerber et al., 2017). Por otro lado, la disminución de la expresión del factor neurotrófico derivado del cerebro (brain-derived neurotrophic factor; BDNF) se ha visto asociada a trastornos englobados en el espectro Internalizante, como la depresión (Jiang et al., 2017; Lee et al., 2022) y el trastorno bipolar (Fernandes et al., 2015; Munkholm et al., 2016), a la patología alimentaria (Monteleone & Maj, 2013), e

incluso al comportamiento suicida (Salas-Magaña et al., 2017). De forma similar, se han hallado niveles elevados de interlucina-6 y factor de necrosis tumoral alfa en depresión (Goldsmith et al., 2016; Haapakoski et al., 2015; Köhler et al., 2017), TEPT (Passos et al., 2015; Renna et al., 2018), trastorno bipolar (Goldsmith et al., 2016) y anorexia nerviosa (Dalton et al., 2018).

En sexto lugar, en relación a los factores temperamentales, la literatura ha señalado al menos tres dominios temperamentales durante la infancia que se muestran altamente relacionados con el espectro Internalizante (Watson et al., 2022). El primero es la afectividad negativa (AN) que, en congruencia con su relación con el super espectro Disfunción Emocional (Watson et al., 2022), predice dimensiones internalizantes como síntomas de depresión (Anderson et al., 2021; Rackoff & Newman, 2020; Toro et al., 2020), ansiedad (Lonigan et al., 2003; Rackoff & Newman, 2020; Toro et al., 2020) y patología alimentaria (Sierra et al., 2021; Zander & De Young, 2014), además de síntomas somáticos (Elklit & Christiansen, 2009; Spink et al., 2018; Thompson et al., 2007). No obstante, algunos trabajos sugieren que AN constituye un factor de riesgo transdiagnóstico más amplio al relacionase también con las dimensiones de otros espectros (Cyr et al., 2022; Stanton & Watson, 2014), especialmente con el externalizante (Gartstein et al., 2012; Leaberry et al., 2019). El segundo dominio temperamental de la infancia asociado al espectro Internalizante es el bajo nivel de acercamiento o sociabilidad (e.g., miedo, aislamiento social; Oldehinkel et al., 2004; Sette et al., 2022). Finalmente, el tercer dominio temperamental relacionado con el espectro Internalizante es el bajo control intencional (Marchetti et al., 2018; Muris et al., 2007; Santens et al., 2020). No obstante, la revisión de Krueger et al. (2021) encuentra evidencias de que este dominio también predice de forma consistente la psicopatología externalizante, sugiriendo una influencia a nivel transdiagnóstico.

Finalmente, la respuesta a los tratamientos constituye otra fuente de evidencia sobre el espectro Internalizante (Watson et al., 2022). En las últimas décadas se han desarrollado intervenciones transdiagnósticas que permiten tratar la comorbilidad de los trastornos internalizantes interviniendo sobre los aspectos comunes a dichos trastornos (e.g., disregulación emocional y neuroticismo; Barlow et al., 2017; García-Escalera et al., 2016; Newby et al., 2015; Steele et al., 2018). Como ejemplo, la terapia cognitivo conductual (TCC) ha mostrado ser eficaz para el tratamiento de la depresión y la ansiedad, mostrando tamaños del efecto de medianos a grandes en cuanto a la reducción de los síntomas (García-Escalera et al., 2016; Newby et al., 2015). De forma similar, el Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales (UP; Barlow et al., 2011) permite tratar la comorbilidad de los trastornos internalizantes (Barlow et al., 2011, 2017) de forma eficiente, pues, aunque muestra una eficacia equivalente a la de los tratamientos diseñados para tratar trastornos específicos (Barlow et al., 2017; Eustis et al., 2020; Steele et al., 2018), los profesionales que aplican el UP solo necesitan aprender un protocolo para tratar los diferentes trastornos (Barlow et al., 2017; Steele et al., 2018). La eficacia de las intervenciones transdiagnósticas corroboran la existencia y la estructura del espectro Internalizante, ya que evidencian la existencia de factores comunes a los trastornos comórbidos internalizantes, en línea con la operativización del espectro que realiza el modelo (Kotov et al., 2017; Watson et al., 2022). La respuesta al tratamiento de las intervenciones farmacológicas evidencian asimismo la existencia de factores comunes a los trastornos del espectro Internalizante (Watson et al., 2022). Sirva de ejemplo el meta-análisis de Vries et al. (2018), que concluye que los antidepresivos son eficaces no solo para el tratamiento de la depresión, sino también para el tratamiento de otros trastornos internalizantes, como el trastorno de ansiedad social, el TOC y el TEPT, en cualquiera de sus niveles de severidad.

1.3.4. INTEGRACIÓN DE LA TAXONOMÍA JERÁRQUICA DE LA PSICOPATOLOGÍA EN EL ÁMBITO CLÍNICO

En el apartado anterior se han expuesto las evidencias que apoyan la organización de las dimensiones internalizantes en el modelo HiTOP. En el presente apartado, se detalla el modo en el que el modelo HiTOP se ha llevado a la práctica clínica, resaltando las ventajas y las limitaciones que se han señalado al respecto. En este sentido, existen al menos cuatro modos por los que el modelo HiTOP puede incrementar la utilidad clínica y resultar útil durante la planificación y el desarrollo de las intervenciones (Kotov et al., 2022; Ruggero et al., 2019). Concretamente, el modelo sirve de guía a la hora de determinar los síntomas objeto de intervención óptimos (e.g., Hopwood et al., 2020; Kotov et al., 2022; Ruggero et al., 2019), permite describir la severidad sintomatológica de cada paciente (e.g., Kotov et al., 2022; Ruggero et al., 2019), ha mostrado ser útil para predecir el pronóstico y los resultados clínicos de los pacientes (e.g., Kotov et al., 2021, 2022; Ruggero et al., 2019), y ofrece un carácter más exhaustivo de evaluación de las dimensiones del modelo (e.g., Bagby et al., 2016; Kotov et al., 2022). A continuación, se detalla en mayor profundidad estos cuatro aspectos relacionados con utilidad clínica del modelo HiTOP.

En primer lugar, de acuerdo con varios autores (Hopwood et al., 2020; Kotov et al., 2022; Ruggero et al., 2019), el modelo HiTOP puede servir de guía a la hora de determinar los síntomas objeto de intervención más óptimos, de modo que el profesional clínico puede optar por intervenir sobre los niveles más amplios (e.g., espectros) o más específicos (e.g., síntomas) de la jerarquía, en función de las necesidades de cada paciente. La intervención sobre niveles más amplios de la jerarquía permitirá abordar la comorbilidad, en la medida en que se tratan aspectos comunes a diferentes trastornos

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

En segundo lugar, la aproximación dimensional que adopta el modelo HiTOP permite describir la severidad sintomatológica del paciente a partir del empleo de baremos (Kotov et al., 2022; Ruggero et al., 2019). La distinción entre diferentes rangos de severidad para cada síntoma proporciona una información más específica que permite planificar un tratamiento acorde a las necesidades de cada paciente. Por ejemplo, un paciente con severidad sintomática leve se beneficiaría de tratamientos preventivos, mientras otro que presente una severidad sintomática grave requerirá de tratamiento ambulatorio (Kotov et al., 2022). Asimismo, la evaluación de la severidad de los síntomas durante y tras la intervención resulta útil para monitorear los cambios de severidad que acontecen en cada síntoma. Esto puede resultar de especial interés en el caso de intervenciones dirigidas al tratamiento de un determinado síntoma en particular (Ruggero et al., 2019). De la misma forma, la evaluación de la severidad de cada síntoma podría contribuir a identificar cuáles son los síntomas sobre los que la intervención genera un mayor impacto.

En tercer lugar, las dimensiones del modelo HiTOP han mostrado ser útiles para predecir el pronóstico y los resultados clínicos del paciente (Kotov et al., 2021, 2022; Ruggero et al., 2019). Un trabajo reciente de Waszczuk et al. (2021) muestra que los

rasgos de personalidad del modelo HiTOP predicen significativamente los primeros brotes de trastornos psiquiátricos (incremento en R^2 al introducirlos: $\Delta R^2 = .06-.15$), la cronicidad de los síntomas ($\Delta R^2 = .03-.06$) y el funcionamiento ($\Delta R^2 = .02-.07$) en mayor medida que los diagnósticos psiquiátricos pasados y actuales. Paralelamente, se ha observado que las puntuaciones dimensionales que proporciona el modelo HiTOP muestran, frente a los diagnósticos categoriales, una predicción superior del pronóstico sobre los diagnósticos futuros (Eaton, Krueger, et al., 2013; Morey et al., 2012), los intentos de suicidio (Eaton, Krueger, et al., 2013; Morey et al., 2012), el funcionamiento (Morey et al., 2012), el uso de medicación (Morey et al., 2012), el riesgo de mortalidad (Kim et al., 2021) y la discapacidad (Forbush et al., 2017).

Importante es también la información que aportan los síntomas y rasgos del modelo para el pronóstico. Así, mientras que los síntomas son características psicopatológicas que se manifiestan durante un periodo específico de tiempo, los rasgos son constructos disposicionales que describen tendencias persistentes a manifestar características psicopatológicas (DeYoung, Chmielewski, et al., 2022). Esto es, mientras que los síntomas capturan los problemas actuales del paciente (e.g., durante las últimas dos semanas), los rasgos proporcionan información sobre características más duraderas que sugieren cronicidad (DeYoung, Chmielewski, et al., 2022; Kotov et al., 2021, 2022). Por ejemplo, un paciente que presenta alta severidad en el síntoma disforia y un rango de severidad normal en el rasgo de depresión sugiere un problema agudo con buen pronóstico, mientras que si este mismo paciente presentara una alta severidad de rasgo de depresión, sugeriría una mayor cronicidad (Kotov et al., 2022). En definitiva, la evaluación de los rasgos de personalidad suponen un valor añadido al modelo por su aporte de información adicional en cuanto al pronóstico del paciente y la predicción de los resultados clínicos (Waszczuk et al., 2021).

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

Trabajos que comparan la utilidad clínica de las descripciones dimensionales (adoptadas por el HiTOP) y las descripciones categoriales (adoptadas por los sistemas nosológicos tradicionales), encuentran que los profesionales clínicos consideran que las descripciones dimensionales son mejores para la comunicación con el paciente (Balling et al., 2023; Bornstein & Natoli, 2019; Glover et al., 2012; Hansen et al., 2019; Morey et al., 2014), la planificación del tratamiento (Balling et al., 2023; Bornstein & Natoli, 2019; Hansen et al., 2019), la comprensión de los síntomas de los pacientes (Bornstein & Natoli, 2019; Hansen et al., 2019; Mościcki et al., 2013) y la descripción de los problemas del paciente de forma más exhaustiva (Balling et al., 2023; Bornstein & Natoli, 2019; Hansen et al., 2019; Morey et al., 2014) frente a las descripciones categoriales. No obstante, se obtienen resultados mixtos cuando se compara la facilidad de uso de las categorías y las dimensiones (Balling et al., 2023; Glover et al., 2012; Hansen et al., 2019; Mościcki et al., 2013). Profesionales clínicos entrenados en el empleo del modelo HiTOP consideran que este modelo es más útil frente al DSM-5 para construir la alianza

terapéutica (0% DSM-5 vs. 67% HiTOP), seleccionar el tratamiento (44% vs. 89%), evaluar un pronóstico probable (67% vs. 100%) y educar a los pacientes y/o las familias sobre los diagnósticos (78% vs. 89%), e igual de útil que el DSM-5 para la comunicación con otros profesionales de la salud (89%), atendiendo a los porcentajes de acuerdo sobre la utilidad de cada sistema (Kotov et al., 2022).

En términos generales, los resultados anteriores reflejan una mayor utilidad clínica del HiTOP frente a los sistemas categoriales tradicionales. Más aún, la utilidad clínica de los sistemas categoriales viene siendo cuestionada por trabajos como el de First et al. (2018), que informan sobre la escasa guía para la selección del tratamiento que aportan los diagnósticos categoriales. De acuerdo con los resultados obtenidos por First et al. (2018) los profesionales clínicos afirman emplear los criterios diagnósticos categoriales principalmente para cumplir con motivos administrativos. La amplia heterogeneidad de pacientes que son diagnosticados con el mismo trastorno, podría ser el motivo por el que los profesionales clínicos encuentran que las categorías diagnósticas resultan poco útiles para la selección del tratamiento (First et al., 2018). Además, en el ámbito de la psiquiatría, cada diagnóstico puede ser tratado con múltiples medicaciones, y la mayoría de las medicaciones son empleadas para tratar múltiples trastornos (Waszczuk, Zimmerman, et al., 2017). Es por ello que la medicación psiquiátrica es prescrita en base a los síntomas específicos, o bien transdiagnósticos, y no en base a los diagnósticos, de modo que el sistema de clasificación jerárquico del modelo HiTOP resulta más efectivo que los diagnósticos tradicionales para guiar el tratamiento farmacológico (Waszczuk, Zimmerman, et al., 2017).

Estos son algunos ejemplos de cómo el sistema de clasificación empírico del modelo HiTOP ofrece una mayor utilidad clínica frente a los sistemas categoriales. Sin embargo, a pesar de todas estas ventajas, la aplicación del modelo HiTOP en los contextos

clínicos no está exenta de limitaciones (Haeffel, Jeronimus, Fisher, et al., 2022; Haeffel, Jeronimus, Kaiser, et al., 2022; Wittchen & Beesdo-Baum, 2018). Algunos autores han criticado que el modelo HiTOP no aborda de la etiología de los trastornos (Wittchen & Beesdo-Baum, 2018), que carece de información sobre los factores asociados al curso de los trastornos (Haeffel, Jeronimus, Fisher, et al., 2022; Haeffel, Jeronimus, Kaiser, et al., 2022) o que no es exhaustivo en cuanto a las dimensiones que integra el modelo (Haeffel, Jeronimus, Kaiser, et al., 2022). A continuación, se detallan estas y otras de las principales limitaciones señaladas a la aplicación clínica del modelo HiTOP, así como el modo en el que el modelo da o no respuesta a estas limitaciones.

En primer lugar, se ha señalado que el HiTOP no incluye la etiología en el modelo (Kotov et al., 2022; Wittchen & Beesdo-Baum, 2018). En este sentido, Wittchen y Beesdo-Baum (2018) apuntan que, si bien el modelo HiTOP aborda los síntomas somáticos, conductuales, cognitivos y afectivos, no contempla los circuitos neurales funcionales y las disfunciones estructurales que pueden subyacer a dichos síntomas. Ante esta limitación, integrantes del consorcio HiTOP (DeYoung, Kotov, et al., 2022; Kotov et al., 2022) afirman que la exclusión de la etiología en el modelo fue una decisión deliberada tras valorar la limitada comprensión de la etiología sobre los trastornos mentales que existe hasta la actualidad, y la dificultad para vincular síntomas psicopatológicos a causas específicas (e.g., la relación entre la psicosis y el abuso de sustancias; Starzer et al., 2018). Según DeYoung, Kotov, et al. (2022), sustentar el modelo en una teoría deficiente sería una acción arriesgada pues, en el caso de que la teoría resultara incorrecta, el sistema nosológico resultante de esta podría invalidarse. Además, en la literatura existen precedentes de otras clasificaciones psicológicas descriptivas (e.g., clasificaciones de personalidad e inteligencia; John et al., 2008;

McGrew, 2009) que, aunque tampoco incluyen teorías etiológicas, han resultado útiles para el avance de la ciencia (DeYoung, Kotov, et al., 2022).

Una segunda limitación señalada al modelo HiTOP es la no inclusión de información adicional sobre los factores asociados al curso del trastorno que sí incluye el DSM (e.g., la edad de inicio, la prevalencia, el número de episodios, la duración del trastorno, los síntomas necesarios, los criterios de inclusión o exclusión, la severidad de la discapacidad asociada y las diferencias culturales, por sexo y por edad; Haeffel, Jeronimus, Fisher, et al., 2022; Haeffel, Jeronimus, Kaiser, et al., 2022). Sin embargo, los integrantes del consorcio HiTOP (DeYoung, Kotov, et al., 2022) sostienen que esta crítica ignora el amplio conjunto de conocimiento científico que se ha desarrollado en torno a las dimensiones que integran el modelo y que se resume en la organización jerárquica de las dimensiones. De acuerdo con DeYoung, Kotov, et al. (2022), el conocimiento científico obtenido en torno a dichas dimensiones no solo aporta información parcialmente descriptiva (e.g., correlatos conductuales y biológicos; e.g., Hur et al., 2019), sino también información parcialmente explicativa (e.g., relacionados con la respuesta al tratamiento en ensayos clínicos aleatorizados; e.g., Kushner et al., 2013). Por otro lado, afirman que los criterios de inclusión o exclusión no tienen sentido en un sistema dimensional, puesto que el HiTOP no persigue asignar a las personas a una determinada categoría diagnóstica (DSM), sino caracterizar la psicopatología de cada paciente de forma individualizada de acuerdo a la severidad de cada dimensión sintomatológica (DeYoung, Kotov, et al., 2022; Ruggero et al., 2019). Finalmente, DeYoung, Kotov, et al. (2022) aclaran que el consorcio ya ha iniciado un proyecto para integrar la severidad de la discapacidad en el modelo y actualmente desarrollan varias líneas de investigación en torno a la prevalencia de los trastornos y sus diferencias culturales, por sexo y edad (Eaton, 2014; Eaton et al., 2012; Eaton, Krueger, & Oltmanns,

2011; Rodriguez-Seijas et al., 2019). Concretamente, para integrar la severidad en el modelo se ha propuesto establecer puntos de corte (i.e., rangos) que hagan posible la identificación del nivel de discapacidad asociado a cada síntoma (Ruggero et al., 2019).

En tercer lugar, también se ha criticado que el modelo HiTOP no es suficientemente exhaustivo en cuanto a las dimensiones que integra (Haeffel, Jeronimus, Kaiser, et al., 2022). Así, existen algunas dimensiones pendientes de ser incorporadas al modelo (e.g., discapacidad cognitiva, trastorno del espectro del autismo, demencia) y otras que ocupan una ubicación provisional en la jerarquía (e.g., manía, trastornos de la conducta alimentaria; DeYoung, Kotov, et al., 2022; Kotov et al., 2021). A este respecto, el consorcio HiTOP tiene entre sus líneas futuras de trabajo el desarrollo de investigaciones dirigidas a integrar dimensiones psicopatológicas adicionales en el modelo y esclarecer las dimensiones que presentan una ubicación provisional (DeYoung, Kotov, et al., 2022; Kotov et al., 2021, 2022).

En cuarto lugar, se ha señalado que, hasta la fecha, el modelo HiTOP no dispone de guías clínicas que indiquen cuáles son los tratamientos con apoyo empírico que pueden emplearse para intervenir sobre los perfiles específicos del HiTOP (desarrollados en base de la evaluación de la severidad sintomatológica de cada paciente; Haeffel, Jeronimus, Kaiser, et al., 2022). Sin embargo, existen determinados tratamientos (e.g., antipsicóticos, inhibidores de recaptación de serotonina o psicoterapias como el UP) que han mostrado ser eficaces para intervenir sobre las dimensiones del modelo que ocupan el nivel de espectro (Kotov et al., 2020; Sakiris & Berle, 2019; Watson et al., 2022). El consorcio HiTOP trabaja actualmente en el desarrollo de guías de intervención basadas en el modelo, que integren las evidencias científicas acumuladas en esta línea (Kotov et al., 2022). Paralelamente, en términos de utilidad clínica, varios trabajos han mostrado que las dimensiones que conforman el modelo HiTOP explican mayor cantidad de varianza

que los diagnósticos del DSM sobre variables de interés clínico, como el funcionamiento global o el riesgo de intentos de suicidio (e.g., Kotov et al., 2022; Martin et al., 2021; Morey et al., 2012).

En quinto lugar, Haeffel, Jeronimus, Kaiser, et al. (2022) critican que el modo en el que el HiTOP aborda la comorbilidad consiste en agrupar diferentes diagnósticos bajo una nueva etiqueta, generando agrupaciones más amplias y heterogéneas que pueden no ser clínicamente útiles y dificultar la comprensión de la etiología de los trastornos mentales. En respuesta a esta crítica, el consorcio HiTOP recuerda, en primer lugar, que las etiquetas diagnósticas de los trastornos del DSM se integran como un elemento provisional en la jerarquía del modelo, debido a las escasas evidencias de fiabilidad y validez que han reunido hasta la fecha (Conway et al., 2021; DeYoung, Kotov, et al., 2022). La inclusión de las etiquetas diagnósticas en la jerarquía tienen como único fin ilustrar la correspondencia de las nosologías existentes con el HiTOP (DeYoung, Kotov, et al., 2022). Por otro lado, la agrupación de los trastornos en agrupaciones más amplias se realiza en base a la covarianza entre trastornos con el propósito de mostrar la co-ocurrencia entre los mismos, aportando, por ende, información de utilidad para la práctica clínica (DeYoung, Kotov, et al., 2022). Finalmente, en respuesta a la afirmación de que el HiTOP crea agrupaciones más heterogéneas (Haeffel, Jeronimus, Kaiser, et al., 2022), los integrantes del consorcio responden que los niveles más bajos de la jerarquía del modelo proporcionan dimensiones de síntomas extremadamente homogéneas y específicas, mientras que en los niveles más altos muestran cómo estas dimensiones tienden a co-ocurrir. Así pues, las dimensiones están diseñadas para tener la máxima homogeneidad dado un nivel determinado de la jerarquía (DeYoung, Kotov, et al., 2022).

Finalmente, Haeffel, Jeronimus, Kaiser, et al. (2022) señalan que el HiTOP aún no está listo para su implementación en la práctica clínica en base a dos argumentos que

son de especial relevancia para el desarrollo de esta tesis doctoral. El primero, que hasta la fecha no hay disponible ninguna medida estandarizada que permita evaluar todas las dimensiones del modelo HiTOP al completo. El segundo, que los instrumentos de evaluación congruentes con el modelo no disponen de baremos ni puntos de corte clínicos que permitan interpretar las puntuaciones para identificar las psicopatologías o proporcionar información de utilidad clínica en torno al tratamiento (Haeffel, Jeronimus, Kaiser, et al., 2022). El consorcio HiTOP responde al primer argumento indicando que, en muchas ocasiones, la práctica clínica no requiere la evaluación exhaustiva de todas las dimensiones del modelo, sino la evaluación un conjunto determinado de dimensiones que puede realizarse a partir de instrumentos de evaluación congruentes con el modelo HiTOP ya disponibles (DeYoung, Kotov, et al., 2022; HiTOP Consortium, 2022b; Kotov et al., 2017). En cualquier caso, el consorcio HiTOP trabaja actualmente en el desarrollo de un instrumento que permita evaluar de forma exhaustiva todas las dimensiones que conforman el modelo HiTOP (Simms et al., 2021). Por otro lado, cabe señalar que el segundo argumento en el que se apoya la limitación no es del todo cierto. Los instrumentos de evaluación afines al modelo HiTOP actualmente disponibles son frecuentemente empleados en la práctica clínica y permiten evaluar las dimensiones del modelo de acuerdo a baremos y puntos de corte (HiTOP Consortium, 2022b; Kotov et al., 2017). Estos instrumentos cubren la necesidad apuntada por la limitación para las personas de habla inglesa. Sin embargo, es cierto que varios de los instrumentos afines al modelo están pendientes de ser adaptados a otros idiomas y/o carecen de baremos y/o puntos de corte para interpretar las puntuaciones en determinadas poblaciones. El hecho de que algunos de los instrumentos afines al modelo HiTOP no hayan sido adaptados a otros idiomas es uno de los principales aspectos que limitan la aplicación clínica del modelo HiTOP en diferentes países, entre ellos España.

En el siguiente apartado, se aporta más información sobre las estrategias que sigue el consorcio HiTOP para promover y desarrollar instrumentos congruentes con el modelo (Simms et al., 2021). Además, se enumeran los instrumentos de evaluación que pueden emplearse para aplicar el modelo en la práctica clínica (HiTOP Consortium, 2022b; Kotov et al., 2017), haciendo especial énfasis en aquellos que evalúan las dimensiones internalizantes del modelo. Estos instrumentos facilitan la aplicación del modelo HiTOP en la práctica clínica en la medida en que permiten tomar decisiones clínicas en base al perfil sintomatológico de cada paciente, gracias a la evaluación de las dimensiones del modelo en sus diferentes niveles de la jerarquía (e.g., Ruggero et al., 2019).

1.3.5. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS INTERNALIZANTES AFINES A LAS APROXIMACIONES DIMENSIONALES CONGRUENTES CON LA TAXONOMÍA JERÁRQUICA DE LA PSICOPATOLOGÍA

Como se ha señalado en el apartado anterior, el consorcio HiTOP ha trabajado en dos estrategias para promover y desarrollar instrumentos congruentes con el HiTOP (Simms et al., 2021). La primera estrategia, ha consistido en identificar los instrumentos ya disponibles que evalúan dimensiones congruentes con el modelo HiTOP (HiTOP Consortium, 2022b; Kotov et al., 2017). La segunda, trata sobre el desarrollo de un autoinforme y entrevista que permita evaluar todas las dimensiones (amplias y específicas) del modelo HiTOP. Además, se pretende que este instrumento global sirva de base para poner a prueba la estructura del modelo. A continuación, se amplía la información sobre cada una de estas estrategias. Finalmente, se indica cuáles son los

instrumentos que pueden emplearse en la actualidad para evaluar las dimensiones internalizantes de acuerdo con el modelo HiTOP.

En relación con la primera estrategia, el consorcio HiTOP ha facilitado un listado de instrumentos que permiten evaluar determinadas dimensiones del modelo HiTOP (Kotov et al., 2017). La Tabla 1.3.1 muestra el listado de instrumentos disponibles para este propósito, junto al formato en el que han sido desarrollados (e.g., autoinforme y/o entrevista) y las dimensiones del modelo que cubren. La mayoría de estos instrumentos engloban escalas que permiten evaluar dimensiones amplias y específicas del modelo de forma simultánea (e.g., subfactores y componentes y rasgos), de modo que los investigadores y los clínicos pueden focalizarse sobre el nivel de la jerarquía que consideren más óptimo para abordar su objetivo de investigación o de intervención, respectivamente (Conway et al., 2021). Aunque ninguno de los instrumentos englobados en la lista cubre la evaluación de las dimensiones del modelo al completo, estos pueden ser utilizados de forma conjunta para evaluar un mayor número de dimensiones (HiTOP Consortium, 2022b). Algunos de estos instrumentos están disponibles de forma gratuita bajo autorización del autor (e.g., IDAS-II), mientras que otros requieren de su compra (e.g., CAPS; HiTOP Consortium, 2022b; Simms et al., 2021). La mayoría de los instrumentos disponen de baremos y han sido adaptados a diferentes poblaciones (e.g., Irak & Albayrak, 2020; Nelson et al., 2018; Watson et al., 2012).

Tabla 1.3.1

Constructos incluidos en medidas basadas en dimensiones amplias relevantes para el modelo HiTOP

Instrumento	Formato	Cobertura
Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA; Achenbach et al., 2004; Achenbach & Rescorla, 2001, 2003) para jóvenes, adultos y ancianos	Informe parental, informe del profesor, informe de informante, autoinforme	Espectros (2): Internalizante y Externalizante Desinhibido Síndromes o trastornos (8): Ansiedad/Depresión, Aislamiento, Quejas Somáticas, Problemas del Pensamiento, Problemas de Atención, Conducta Agresiva, Comportamiento Transgresor de las Normas e Intrusiones
Child y Adolescent Psychopathology Scale (CAPS; Lahey et al., 2004)	Entrevista	Espectros (2): Internalizante y Externalizante Desinhibido Síndromes o trastornos (6): Trastorno Negativista Desafiante Hiperactivo-Impulsivo, Depresión, Inatención, Trastorno de la Conducta, Trastorno de Ansiedad por Separación/Miedos y Ansiedad Social
Externalizing Spectrum Inventory (ESI; Krueger et al., 2007)	Autoinforme	Espectros (2): Externalizante Desinhibido Subfactores (2): Abuso de Sustancias e Insensibilidad Componentes/rasgos (23): Agresión Relacional, Agresión Física, Agresión Destructiva, Empatía, Externalización de la Culpa, Alineación, Problemas con el Alcohol, Consumo de Alcohol, Problemas con Marihuana, Consumo de Marihuana, Problemas con las Drogas, Consumo de Drogas, Robo, Fraude, Honestidad, Irresponsabilidad, Impulsividad Problemática, Planificación de Control, Urgencia Impaciente, Rebeldía, Propensión al Aburrimiento y Búsqueda de Atención

Instrumento	Formato	Cobertura
Inventory for Depression y Anxiety Symptoms (IDAS-II; Watson et al., 2012)	Autoinforme	Espectros (1): Internalizante Subfactores (3): Distrés, Miedo y Manía Componentes (18): Disforia, Fatiga, Irritabilidad, Pánico, Intrusiones Traumáticas, Insomnio, Pérdida de Apetito, Manía, Suicidio, Evitación Traumática, Aumento de Apetito, Limpieza, Ordenación, Comprobación, Claustrofobia, Ansiedad Social, Euforia y Bienestar
Interview for Mood y Anxiety Symptoms (IMAS; Kotov et al., 2015)	Entrevista	Espectros (1): Internalizante Subfactores (3) Distrés, Miedo y Manía Síndromes o trastornos (8): Síntomas Vegetativos, Depresión Cognitiva, TEPT, Pánico, Ansiedad Social, Fobia, TOC y Manía Componentes (31): Disforia, Anhedonia, Fatiga, Suicidio, Agitación, Retardo, Pérdida de Apetito, Insomnio, Ansiedad Generalizada, Intrusiones, Evitación, Hiper Arousal, Embotamiento Emocional, Disociación, Síntomas Físicos, Síntomas Psicológicos, Ansiedad por Interacción, Ansiedad por Actuación, Fobia a los Espacios Públicos, Fobia a los Espacios Cerrados, Fobia Animal, Fobia Situacional, Fobia a la Sangre, Limpieza, Ritual, Comprobación, Activación Eufórica, Cognición Hiperactiva, Exceso de Confianza Imprudente, Obsesiones e Irritabilidad
Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS; Andreasen, 1983) y Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS; Andreasen, 1984)	Entrevista	Espectros (1): Trastorno del Pensamiento Síndromes o trastornos (2): Positivo y Negativo Componentes (4): Distorsión de la Realidad, Desorganización, Inexpresividad y Apatía

El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II (IDAS-II)

Instrumento	Formato	Cobertura
Schedule for Nonadaptive y Adaptive Personality, 2 nd edition (SNAP-2; Clark et al., 2014)	Autoinforme, informe del informante	Dominios (4): Afectividad Negativa, Desapego, Desinhibición y Antagonismo Rasgos (15): Temperamento Negativo, Desconfianza, Manipulación, Agresión, Autolesiones, Percepciones Excéntricas, Dependencia, Temperamento Positivo, Exhibicionismo, Sentimiento de Merecimiento, Desapego, Desinhibición, Impulsividad, Decoro y Adicción al Trabajo
Personality Inventory for DSM-5 (PID-5; Krueger et al., 2012)	Autoinforme, informe del informante	Dominios (5): Afectividad Negativa, Desapego, Desinhibición, Antagonismo y Psicoticismo Rasgos (25): Ansiedad, Depresión, Inestabilidad Emocional, Perseveración, Perfeccionismo Rígido, Inseguridad De Separación, Sumisión, Susplicacia, Anhedonia, Evitación de la Intimidad, Afectividad Restringida, Retraimiento, Búsqueda de Atención, Insensibilidad, Falsedad, Hostilidad, Grandiosidad, Manipulación, Distraibilidad, Impulsividad, Irresponsabilidad, Excentricidad, Desregulación Perceptual y Creencias Inusuales
Five-Factor Form (FFF; Rojas & Widiger, 2014)	Autoinforme, informe del terapeuta	Dominios (5): Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la Experiencia, Amabilidad y Responsabilidad Rasgos (30): Ansiedad, Hostilidad, Depresión, Autoconciencia, Impulsividad, Vulnerabilidad, Cordialidad, Gregarismo, Asertividad, Actividad, Búsqueda de Emociones, Emociones Positivas, Fantasía, Estética, Acciones, Ideas, Valores, Confianza, Franqueza, Altruismo, Conformidad, Modestia, Sensibilidad, Competencia, Orden, Sentido del Deber, Necesidad de Logro, Autodisciplina y Deliberación

Instrumento	Formato	Cobertura
Five-Factor Model Personality Disorder Scales (FFM-PD; Widiger et al., 2012)	Autoinforme	Dominios (5): Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la Experiencia, Amabilidad y Responsabilidad Rasgos (99): Aprehensión por la Evaluación, Ansiedad por la Incertidumbre, Inseguridad por Separación, Preocupación Excesiva, Falta de Preocupación, Ansiedad Social, Ira Desregulada, Ira Reactiva, Ira, Desesperación, Desaliento, Pesimismo, Satisfacción Personal, Avergonzado, Disociación, Vergüenza, Remordimiento, Indiferencia, Autoconfianza, Malestar Social, Desregulación Comportamental, Urgencia, Superación, Desregulación Afectiva, Fragilidad, Indefensión, Necesidad de Atención, Fluctuación Emocional Rápida, Necesidad de Admiración, Invulnerabilidad, Necesidad de Intimidad, Búsqueda de la Intimidad, Independencia Fría, Frialdad, Anhedonia Social, Temor Social, Búsqueda de Atención, Exhibicionismo, Aislamiento Social y Retraimiento, Retraimiento, Falta de Asertividad, Autoritarismo, Dominación, Aversión al Riesgo, Insinuación, Sociabilidad, Aversión al Riesgo, Búsqueda de Emociones, Alegría, Anhedonia Física, Tendencias Disociativas, Fantasías Romáticas, Percepciones Aberrantes, Afectuosidad, Restricción Emocional, Rigidez, Inflexibilidad, Excentricismo, Ideas Aberrantes, Dogmatismo, Desconfianza, Ingenuidad, Sugestionabilidad, Cinismo, Desconfianza Interpersonal, Manipulador, Emocionalidad Melodramática, Manipulación, Altruismo, Explorador, Sentimiento de Merecimiento, Egocéntrico, Oposicionista, Sumisión, Oposición, Tímido, Autosuficiente, Vanidad, Arrogancia, Delirios de Grandeza, Arrogancia, Falta de Empatía, Insensibilidad, Ineptitud, Perfeccionismo, Desorden, Meticulosidad, Detallista, Desconsideración, Búsqueda de Aclamación, Adicción al Trabajo, Negligencia, Tenacidad, Persistencia, Imprudencia, Pensamiento Impresionista, Deliberación Rumiativa y Temeridad.

El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II (IDAS-II)

Instrumento	Formato	Cobertura
Computerized Adaptive Test of Personality Disorder (CAT-PD; Simms et al., 2011)	Autoinforme	Dominios (5): Afectividad Negativa, Desapego, Desinhibición vs. Compulsividad, Antagonismo y Psicoticismo Rasgos (33): Labilidad Afectiva, Ira, Anhedonia, Ansiedad, Insensibilidad, Problemas Cognitivos, Depresión, Dominancia, Desapego Emocional, Exhibicionismo, Propensión a la Fantasía, Grandiosidad, Ansiedad por la Salud, Agresión Hostil, Irresponsabilidad, Manipulación, Desconfianza, Falta de Perseverancia, Falta de Planificación, Violación de Normas, Peculiaridad, Perfeccionismo, Inseguridad en las Relaciones, Rigidez, Asunción de Riesgos, Desinterés Romántico, Grosería, Autolesiones, Retraimiento Social, Sumisión, Creencias Inusuales, Experiencias Inusuales y Adicción al Trabajo
Dimensional assessment of personality pathology—Basic Questionnaire (BQ; Livesley & Jackson, 2009)	Autoinforme	Dominios (4): Afectividad Negativa, Desapego, Desinhibición vs. Compulsividad y Antagonismo Rasgos (18): Sumisión, Desregulación Cognitiva, Problemas de Identidad, Labilidad Afectiva, Búsqueda de Estimulación, Compulsividad, Expresión Restringida, Insensibilidad, Oposición, Problemas de Intimidad, Rechazo, Ansiedad, Problemas de Conducta, Susplicacia, Evitación Social, Narcisismo y Apego Inseguro.
Personality Assessment Inventory (PAI; Morey, 2007)	Autoinforme	Espectros (5): Internalizante, Trastorno del Pensamiento, Externalizante Desinhibido, Externalizante Antagonista y Desapego Síndromes o trastornos (15): Quejas Somáticas, Ansiedad, Trastornos Relacionados con la Ansiedad, Depresión, Manía, Paranoia, Esquizofrenia, Agresión, Suicidio, Problemas con el Alcohol, Problemas con las Drogas, Rasgos Límite, Rasgos Antisociales, Dominancia y Amabilidad

Instrumento	Formato	Cobertura
		Componentes/rasgos (30): Conversión, Preocupaciones por la Salud, Somatización, Ansiedad Cognitiva, Ansiedad Cognitiva, Ansiedad Fisiológica, Obsesivo-Compulsivo, Fobias, Estrés Traumático, Depresión Afectiva, Depresión Cognitiva, Depresión Fisiológica, Nivel de Actividad, Grandiosidad, Irritabilidad, Hipervigilancia, Persecución, Resentimiento, Experiencias Psicóticas, Aislamiento Social, Trastorno del pensamiento, Inestabilidad Afectiva, Problemas de Identidad, Relaciones Negativas, Autolesiones, Conducta Antisocial, Egocentrismo, Búsqueda de Sensaciones, Actitud Agresiva, Agresión Física y Agresión Verbal
Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form (MMPI-2-RF; Ben-Porath & Tellegen, 2008) / Personality Psychopathology—Five (PSY-5; Harkness et al., 2014)	Autoinforme	Espectro (3): Internalizante, Trastorno del Pensamiento y Externalizante Dominios (5): Afectividad Negativa, Desapego, Desinhibición y Antagonismo Síndromes o trastornos (9): Desmoralización, Quejas Somáticas, Bajas Emociones Positivas, Cinismo, Conducta Antisocial, Ideas Persecutorias, Emociones Negativas Disfuncionales, Experiencias Aberrantes y Activación Hipomaníaca Componentes/rasgos (23): Malestar, Quejas Gastrointestinales, Quejas de Dolor de Cabeza, Quejas Neurológicas, Quejas Cognitivas, Ideación Suicida, Impotencia, Falta de Confianza en Sí Mismo, Ineficacia, Estrés/Preocupación, Ansiedad, Propensión a la Ira, Miedos que Restringen el Comportamiento, Múltiples Miedos Específicos, Abuso de Sustancias, Agresión, Activación y Problemas Familiares

Nota. Adaptado de “The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies” por R. Kotov, M. A. Waszczuk, R. F. Krueger, M. K. Forbes, D. Watson, L. A. Clark, T. M. Achenbach, R. R. Althoff, M. Y. Ivanova, R. Michael Bagby, T. A. Brown, W. T. Carpenter, A. Caspi, T. E. Moffitt, N. R. Eaton, K. T. Forbush, D. Goldberg, D. Hasin, S. E. Hyman, ... M. Zimmerman, 2017, *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), supplementary material Table 1 (<http://dx.doi.org/10.1037/abn0000258>).

El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II (IDAS-II)

Dos de los instrumentos que permiten evaluar dimensiones del HiTOP, IDAS-II (Watson et al., 2012) y CAT-PD (Simms et al., 2011), forman parte del HiTOP Digital Assessment and Tracker (HiTOP-DAT; HiTOP Consortium, 2022a), una batería de 405 ítems que permite evaluar la mayoría de dimensiones del HiTOP (Jonas et al., 2021). Además del IDAS-II y el CAT-PD, el HiTOP-DAT también incluye ítems de otros cinco instrumentos, estos son, Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE; Stefanis et al., 2002), Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Saunders et al., 1993), Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT; Berman et al., 2007), Patient Health Questionnaire Physical Symptoms (PHQ-15; Kroenke et al., 2002) y World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0; WHO, 2010). Gracias a la inclusión del WHODAS 2.0, el HiTOP-DAT aporta información no solo de los síntomas y rasgos de cada espectro, sino también del deterioro del funcionamiento diario (Kotov et al., 2021, 2022). El HiTOP-DAT puede ser completado en aproximadamente 45 minutos de forma online (Kotov et al., 2022). Al concluir su cumplimentación, el profesional clínico recibe automáticamente un correo electrónico que informa sobre las puntuaciones obtenidas y el perfil de las dimensiones que indica la severidad sintomatológica del paciente en relación con la población de referencia, de acuerdo con los baremos (Kotov et al., 2021, 2022). De este modo, el HiTOP-DAT hace posible la detección y prevención de un amplio rango de psicopatologías. Además, su manual incluye la equivalencia entre los rangos de severidad de las dimensiones del HiTOP y los códigos de la ICD, comúnmente empleados en la práctica clínica (e.g., el componente de comprobación del HiTOP equivale a el código F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo de la ICD; Kotov et al., 2022).

La segunda estrategia para promover y desarrollar instrumentos congruentes con el modelo HiTOP consiste en desarrollar un instrumento que permita evaluar todas las dimensiones (amplias y específicas) que conforman el modelo (Simms et al., 2021). Este trabajo está siendo actualmente desarrollado a lo largo de tres fases (Kotov et al., 2021). La primera fase consiste en la definición de los constructos, y el desarrollo de los ítems y las escalas que formarán parte del instrumento. Diferentes subgrupos del consorcio HiTOP han trabajado en paralelo en el diseño de las escalas preliminares que permitirán evaluar las dimensiones englobadas en los diferentes espectros del modelo (Kotov et al., 2021). El protocolo y los resultados de la primera fase han sido publicados, tanto para el instrumento global de forma resumida (Simms et al., 2021), como para cada espectro del modelo de forma más detallada (Cicero et al., 2022; Mullins-Sweatt et al., 2022; Sellbom et al., 2021; Watson et al., 2021; Zimmermann et al., 2021). La segunda fase, actualmente en desarrollo, consiste en la administración conjunta de todas las escalas preliminares que han sido desarrolladas para, posteriormente, desarrollar la versión final de las escalas, estudiar su estructura interna, y proporcionar los baremos representativos de la población. Por último, durante la tercera fase se realizarán estudios sobre la generalización de la validez, y se desarrollará la versión de entrevista del instrumento (Kotov et al., 2021).

Una vez haya concluido este trabajo, se prevé poner a disposición de los profesionales clínicos un instrumento que permita evaluar todas las dimensiones del modelo HiTOP de forma conjunta (i.e., empleando las mismas instrucciones, marco temporal y formato de respuesta; Simms et al., 2021). Este instrumento estará disponible de forma gratuita en dos formatos, autoinforme y entrevista (Kotov et al., 2021; Simms et al., 2021). Mientras tanto, el consorcio HiTOP recomienda emplear las medidas congruentes con el modelo ya disponibles para evaluar las dimensiones del modelo tanto en contextos clínicos como de investigación (ver Tabla 1.3.1).

Teniendo en cuenta los instrumentos actualmente disponibles para evaluar dimensiones en congruencia con el modelo HiTOP (Tabla 1.3.1), las dimensiones internalizantes puede ser evaluadas actualmente mediante siete instrumentos diferentes (IDAS-II, IMAS, ASEBA, CAPS, PAI, MMPI-2-RF y PSY-5). Sin embargo, solo dos de estos se centran de forma exclusiva en la evaluación de dimensiones internalizantes, el Inventory for Depression y Anxiety Symptoms (IDAS-II; Watson et al., 2012) y la Interview for Mood y Anxiety Symptoms (IMAS; Kotov et al., 2015).

Tanto el IDAS-II como el IMAS evalúan dimensiones incluidas en los subfactores Distrés, Miedo y Manía, observándose una alta correspondencia entre las escalas de ambos instrumentos, con correlaciones moderadas y altas entre las escalas convergentes del IDAS-II y el IMAS (Dornbach-Bender et al., 2017; Ruggero et al., 2014; Watson et al., 2007, 2012). Además, se han aportado adecuadas evidencias de fiabilidad de las puntuaciones de ambos instrumentos. Así, el valor promedio de fiabilidad alfa de Cronbach de las escalas es superior a .80 para ambos instrumentos en muestras de pacientes (promedio α de .87 para el IDAS-II y .86 para el IMAS) y de estudiantes (promedio α de .85 para el IDAS-II y .80 para el IMAS; Kotov et al., 2015; Watson et al., 2012).

No obstante, el IDAS-II y el IMAS difieren principalmente en cuatro aspectos: el formato de administración, la cobertura, el periodo de evaluación y el formato de respuesta. Así, el mientras que el IMAS es una entrevista que evalúa la severidad de 31 componentes sintomáticos internalizantes durante el pasado mes a partir de una escala de 3 puntos (*ausente, por debajo del punto de corte, y por encima del punto de corte*; Kotov et al., 2015), el IDAS-II es un autoinforme que evalúa la severidad de 18 componentes sintomáticos internalizantes durante las últimas dos semanas a partir de una escala de 5

puntos (*en absoluto, un poco, moderadamente, bastante y extremadamente*; Watson et al., 2012).

Estas diferencias conllevan varias implicaciones. En cuanto al formato de administración, la preferencia por el formato de entrevista o autoinforme puede diferir en función de los objetivos o los intereses del clínico. No obstante, cabe señalar que, si bien la entrevista IMAS no se encuentra disponible en formato autoinforme, el IDAS, por el contrario, sí se encuentra disponible en formato entrevista, la Clinician Rating Version of the IDAS (IDAS-CR; Watson et al., 2008). Concretamente, la IDAS-CR permite evaluar las 11 escalas que conforman la primera versión del IDAS (Watson et al., 2007) a partir de un formato de respuesta de 3 puntos similar al del IMAS (*ausente, subclínico, y presente*). El valor promedio de correlación convergente entre las escalas del IDAS y el IDAS-CR oscila entre .51 y .60 en función del estudio, siendo estos valores relativamente altos si se tiene en cuenta que el IDAS-CR solo emplea una pregunta en una escala de 3 puntos para evaluar cada dimensión (Watson et al., 2008, 2012). En este sentido, si bien el IDAS está disponible en versión de autoinforme (IDAS) y entrevista (IDAS-CR), el IMAS solo se encuentra disponible en versión de entrevista.

Por lo que respecta a la cobertura, el IMAS permite evaluar un mayor número de componentes sintomáticos frente al IDAS-II (31 vs. 18) ofreciendo, por tanto, una información más completa sobre la sintomatología del paciente (ver Tabla 1.3.1). No obstante, la mayor comprensión del IMAS también implica un mayor coste en cuanto al tiempo y los recursos necesarios para su administración. Así, la versión revisada del IMAS (IMAS-R; Kotov et al., 2016) está conformada por 221 ítems (frente a los 99 ítems del IDAS-II) y requiere de la presencia de un entrevistador para determinar las respuestas (Kotov et al., 2015).

En relación con el periodo de evaluación, el IDAS-II tiene un periodo de evaluación de dos semanas (Watson et al., 2012), que corresponde con el mínimo periodo de tiempo que los síntomas deben haber estado presentes para cumplir los criterios diagnósticos del TDM según el DSM-5 (APA, 2013) y la ICD-11 (WHO, 2019). En cambio, el IMAS (Kotov et al., 2015) tiene un periodo de evaluación de un mes, que es superior al exigido para cumplir con el diagnóstico (dos semanas). En este sentido, la evaluación de los síntomas durante el último mes implica que las personas que han presentado síntomas únicamente durante las últimas dos semanas pueden no ser adecuadamente identificadas por la medida, a pesar de cumplir con el criterio temporal exigido para el diagnóstico. Esto puede dar lugar a un aumento de la tasa de falsos negativos, disminuyendo, en consecuencia, la sensibilidad del instrumento. Por otro lado, diversos autores recomiendan que en los estudios longitudinales se empleen medidas que evalúen los síntomas durante el periodo más breve posible (e.g., durante las últimas dos semanas, durante el día o en el momento), con el fin de disminuir la cantidad de varianza de rasgos en la evaluación de los síntomas (DeYoung, Chmielewski, et al., 2022). En este contexto, el periodo de evaluación de síntomas durante las últimas dos semanas resulta más apropiado para realizar futuros estudios longitudinales que permitan, por ejemplo, arrojar luz sobre las relaciones causales entre los síntomas.

Finalmente, en lo relativo al formato de respuesta, no existe un consenso claro en la literatura sobre el número óptimo de opciones de respuesta (Adelson & McCoach, 2010; Chen et al., 2015; Lee & Paek, 2014; Leung, 2011; Lozano et al., 2008; Maydeu-Olivares et al., 2009; Xu & Leung, 2018). No obstante, la mayoría de trabajos encuentran que los valores de las evidencias de la fiabilidad de las puntuaciones (e.g., Adelson & McCoach, 2010; Lee & Paek, 2014; Lozano et al., 2008; Maydeu-Olivares et al., 2009; Xu & Leung, 2018) y de las evidencias de validez (e.g., Lee & Paek, 2014; Lozano et al.,

2008) aumentan a medida que se incrementa el número de alternativas de respuesta, respaldando el empleo de cinco alternativas de respuesta frente a tres.

En general, estas comparaciones reflejan que, aunque el IDAS-II ofrece una menor cobertura que al IMAS, presenta un mayor número de ventajas: está disponible en dos formatos (entrevista y autoinforme), conlleva un menor coste de administración, el periodo de evaluación que emplea (dos semanas) corresponde con el tiempo mínimo requerido para el diagnóstico y resulta más idóneo para los estudios longitudinales, y ofrece un mayor número de alternativas de respuestas. Además, las escalas del IDAS disponen de puntos de corte que permite discriminar entre diferentes rangos de severidad sintomatológica (leve, moderado y grave), así como puntos de corte diagnósticos que pueden ser empleados para diferentes propósitos (e.g., screening o confirmación del diagnóstico), mostrando evidencias de que las puntuaciones de las escalas del IDAS permiten discriminar entre diferentes trastornos (Stasik-O'Brien et al., 2019). De forma similar, el IDAS-II también dispone de baremos normativos que permiten identificar el percentil de severidad sintomatológica de cada paciente (Nelson et al., 2018).

Dadas las múltiples propiedades favorables que muestran el IDAS y el IDAS-II para evaluar síntomas internalizantes en contextos clínicos y de investigación, la presente tesis doctoral se centra en la versión más reciente de este instrumento, el IDAS-II (Watson et al., 2012). Este instrumento constituye el foco central del siguiente apartado.

1.4. EL INVENTARIO DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD (IDAS-II)

Tras la revisión de los instrumentos congruentes con el modelo HiTOP que permiten evaluar las dimensiones internalizantes (Kotov et al., 2017), este apartado se centra en el Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II; Watson et al., 2012), siendo este el instrumento sobre el que se focaliza la presente tesis doctoral. Concretamente, se abordarán aspectos relacionados con el desarrollo del instrumento, las adaptaciones realizadas hasta la fecha, las evidencias acerca de las propiedades psicométricas, la interpretación de las puntuaciones, los estudios realizados sobre su utilidad clínica y las líneas abiertas de investigación.

1.4.1. DESARROLLO DEL INSTRUMENTO

El IDAS fue desarrollado en un contexto en el que las evidencias de validez acumuladas son, en muchos casos, insuficientes para respaldar la interpretación de las puntuaciones de los instrumentos de depresión tradicionales (Watson et al., 2007). Por ejemplo, varios estudios han encontrado que diferentes medidas de depresión muestran correlaciones moderadas y altas con otras medidas de ansiedad (Bados et al., 2005; Ibáñez et al., 2010; Segal et al., 2010; Yu et al., 2019), lo que evidencia la escasa utilidad discriminante de esas medidas.

Por otro lado, la evidencia de validez basada en el contenido de la prueba tampoco se ha visto respaldada para algunas de las escalas de depresión más utilizadas, como el Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D; Roadolff, 1977) o la Hamilton Depression Rating Scale (HDRS; Hamilton, 1960), pues estas no cubren la evaluación de todos los criterios diagnósticos para TDM del DSM (e.g., APA, 2000,

2013). Además, la mayoría de las medidas de depresión se limitan a proporcionar una puntuación global de severidad del trastorno que ignora la heterogeneidad entre pacientes, de modo que dos personas que presentan la misma puntuación global pueden diferir ampliamente en cuanto a su sintomatología (Fried & Nesse, 2015b).

1.4.1.1. DESARROLLO DEL IDAS

El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS; Watson et al., 2007) se desarrolló con el propósito de proporcionar un instrumento de evaluación de depresión que superara estas y otras limitaciones señaladas a los instrumentos de evaluación tradicionales. Fueron varias las estrategias que se emplearon para superar dichas limitaciones. En primer lugar, el IDAS incluyó ítems que evalúan no solo síntomas de depresión, sino también síntomas relacionados con la ansiedad, para tratar de aumentar la discriminación entre ambos constructos. En segundo lugar, se crearon escalas que evalúan síntomas específicos de depresión, con la finalidad de proporcionar puntuaciones individuales para cada síntoma que permitan esclarecer la heterogeneidad sintomatológica de cada paciente. En tercer lugar, se incluyeron ítems que evalúan los nueve criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor del DSM-IV atendiendo a sus diferentes manifestaciones (e.g., aumento de apetito y pérdida de apetito, insomnio e hiperinsomnio), con el propósito de incrementar la utilidad del instrumento en torno a la investigación sobre depresión, ofreciendo una mayor representación de los aspectos más importantes del constructo (Watson et al., 2007).

En el proceso de desarrollo del IDAS se pueden distinguir tres fases, la elaboración del banco inicial de ítems, el desarrollo de las escalas y la evaluación de las propiedades psicométricas. El siguiente apartado resume las fases del proceso de desarrollo del IDAS, de acuerdo con lo expuesto en el trabajo de Watson et al. (2007).

1.4.1.1.1. FASE 1: BANCO INICIAL DE ÍTEMS

La primera fase en el desarrollo del IDAS tuvo como objetivo elaborar un banco de ítems y evaluar la naturaleza y la calidad del banco inicial para, posteriormente, eliminar los ítems que contienen información redundante y generar nuevos ítems para las dimensiones inicialmente infrarrepresentadas (Watson et al., 2007).

El conjunto inicial de ítems que se empleó para el desarrollo del IDAS (Watson et al., 2007) incluyó preguntas adaptadas del Mood and Anxiety Symptom Questionnaire (MASQ; Watson et al., 1995), un instrumento que evalúa el mismo tipo de síntomas de depresión y ansiedad. Las Tablas A1 y A2 del material suplementario A del trabajo de Watson et al. (2007) muestran los ítems del MASQ junto a sus respectivas versiones adaptadas que formaron parte del conjunto inicial de ítems utilizados para el desarrollo del IDAS. Además, los autores del IDAS redactaron algunos ítems adicionales para evaluar determinados constructos que el MASQ cubría de forma limitada, como eran la ideación suicida, que solo era evaluada a partir de un ítem, o los cambios de apetito, pues el MASQ evaluaba la pérdida de apetito, pero no el aumento. De forma similar, los autores también redactaron ítems adicionales para evaluar otras dimensiones que no eran cubiertas por ningún ítem del MASQ. Estas dimensiones eran agorafobia, fobia social, TOC y TEPT. En total, se adaptaron y se redactaron un total de 180 ítems, que conformaron el banco inicial. El banco inicial de ítems se encuentra disponible para su consulta en material suplementario 2 del trabajo de Watson et al. (2007).

Los 180 ítems del banco inicial se organizaron en grupos de ítems homogéneos (Homogeneous Item Composites, HICs), formados por un conjunto de ítems candidatos para cada constructo objeto de evaluación, asegurando que cada dimensión tenía una posibilidad razonable de emerger en posteriores análisis factoriales (Watson et al., 2007; Watson y O'Hara, 2017). Concretamente, los 180 ítems del conjunto inicial quedaron

organizados en 20 HICs, de los cuales 13 HICs (117 ítems) correspondían con síntomas relevantes de depresión y 7 (63 ítems) con síntomas relacionados con la ansiedad. Un total de 499 estudiantes universitarios estadounidenses completaron el conjunto inicial de 180 ítems. En cada ítem, los participantes tenían que indicar en qué medida habían experimentado cada síntoma “durante las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy” en una escala de 5 puntos (desde *en absoluto* hasta *extremadamente*; Watson et al., 2007).

Para identificar las dimensiones de síntomas infrarrepresentados se realizó una serie de análisis de componentes principales (ACP) sobre el conjunto inicial de ítems (Watson et al., 2007). El análisis factorial sobre los 117 ítems de depresión dio lugar a la identificación de 7 factores: un factor de naturaleza amplia formado por ítems de diferentes HICs (Síntomas Centrales de Depresión), cinco factores de naturaleza específica que corresponden con síntomas de criterios diagnósticos de depresión (Suicidio, Insomnio, Fatiga, Problemas Psicomotores y Problemas de Apetito) y un factor que refleja alta energía y afecto positivo (Bienestar). Por su parte, el análisis factorial sobre los 63 ítems de síntomas de ansiedad dio lugar a la identificación de 5 factores: uno de naturaleza amplia (Estado de Ánimo Ansioso), y cuatro de naturaleza específica (Pánico, Ansiedad Social, Síntomas Obsesivos-Compulsivos e Intrusiones Traumáticas). El HIC compuesto por ítems de Agorafobia no logró conformar un factor distintivo, de modo que esta dimensión no fue tenida en cuenta en análisis posteriores.

Además de los análisis factoriales, se llevaron a cabo otros análisis para identificar los ítems redundantes. Como resultado, se eliminaron 32 ítems redundantes y se elaboraron 21 nuevos ítems, creándose un nuevo conjunto de 169 ítems que sería posteriormente empleado en la segunda fase de desarrollo del instrumento (Watson et al., 2007).

1.4.1.1.2. FASE 2: DESARROLLO DE LAS ESCALAS

La segunda fase tuvo como objetivo desarrollar el conjunto final de escalas y evaluar las evidencias de validez convergente y discriminante examinando las relaciones entre las puntuaciones del IDAS y las puntuaciones de otras medidas de depresión y ansiedad (Watson et al., 2007). Para aumentar la generalizabilidad de los resultados, este estudio se realizó sobre los datos de tres grandes muestras: estudiantes universitarios ($n = 673$), pacientes psiquiátricos ($n = 369$) y adultos de muestra comunitaria ($n = 370$).

Un ACP sobre los 169 ítems en las tres muestras permitió identificar 10 factores específicos que representaban diferentes dimensiones sintomatológicas bien definidas (Suicidio, Insomnio, Fatiga, Bienestar, Pánico, Ansiedad Social, Intrusiones Traumáticas, Pérdida de Apetito, Aumento de Apetito e Irritabilidad). Seguidamente, se creó una escala específica para cada una de las 10 dimensiones atendiendo a tres principios: 1) mantener los ítems que mostraron cargas factoriales más altas sobre su factor y más bajas sobre el resto de los factores; 2) mantener los ítems menos redundantes y más informativos; y 3) ante ítems con propiedades psicométricas similares, seleccionar los ítems que optimizaban las características de las escalas en la muestra de pacientes. La aplicación de estos criterios resultó en la creación de dos escalas de ocho ítems (Bienestar y Pánico), tres escalas de seis ítems (Suicidio, Fatiga e Insomnio), dos escalas de cinco ítems (Ansiedad Social e Irritabilidad), una escala de cuatro ítems (Intrusiones Traumáticas) y dos escalas de tres ítems (Pérdida de Apetito y Aumento de Apetito; Watson et al., 2007).

Además de estas 10 escalas específicas, se identificó un factor más amplio que cubría la evaluación de diferentes tipos de síntomas. Esto dio lugar a la creación de la escala Disforia, que se compone de 10 ítems que evalúan estado de ánimo deprimido, anhedonia, preocupación, inutilidad, culpa, retardo psicomotor, agitación psicomotora, problemas cognitivos y desesperanza, donde cada dimensión era evaluada por un ítem

excepto problemas cognitivos, que era evaluada por dos ítems. Así pues, la escala Disforia cubre la evaluación de los principales síntomas emocionales y cognitivos que comparten los trastornos de depresión y ansiedad (Watson et al., 2007).

Si bien la escala Disforia ofrece una amplia cobertura, su foco es inferior al de la mayoría de instrumentos de evaluación de depresión tradicionales. Por ello, se optó por crear una escala adicional que permitiera evaluar un amplio rango de síntomas relacionados con la depresión, de forma similar a los instrumentos de evaluación de depresión tradicionales como el Beck Depression Inventory-II (BDI-II; Beck et al., 1996). Esto dio lugar al desarrollo de la escala de Depresión General, que se conforma a partir de 20 ítems de otras escalas (los 10 ítems de la escala Disforia, además de 2 ítems de Suicidio, Fatiga, Insomnio, Pérdida de Apetito y Bienestar -las puntuaciones de los ítems de Bienestar se recodifican para que puntuaciones altas indiquen elevada depresión-).

En consecuencia, la versión final del IDAS (Watson et al., 2007) está conformada por 64 ítems organizados en 10 escalas específicas (Suicidio, Fatiga, Insomnio, Pérdida de Apetito, Aumento de Apetito, Irritabilidad, Bienestar, Pánico, Ansiedad Social e Intrusiones Traumáticas) y 2 escalas globales (Depresión General y Disforia). De estas, 11 escalas estaban compuestas por ítems no superpuestos entre sí (las 10 escalas específicas y Disforia), mientras que una (Depresión General) estaba conformada por ítems de otras escalas. La versión final de 64 ítems del IDAS se muestra en el material suplementario F del trabajo de Watson et al. (2007).

Una vez desarrolladas las escalas finales del IDAS, se procedió a estimar la fiabilidad de sus puntuaciones y a evaluar las fuentes de evidencias de validez. En cuanto a la fiabilidad como consistencia interna, la estimación del coeficiente alfa de Cronbach sobre los datos de las tres muestras del estudio (estudiantes universitarios, pacientes psiquiátricos y adultos de población comunitaria) mostró valores alfa iguales o superiores

El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II (IDAS-II)

a .80 en todas las escalas, a excepción de Pérdida de Apetito ($\alpha = .78$) y Aumento de Apetito ($\alpha = .77$) en la muestra de estudiantes. Por otro lado, los valores de las correlaciones entre las 10 escalas específicas del instrumento sugerían que las escalas evaluaban dimensiones claramente distinguibles entre sí, pues la correlación más alta hallada entre las escalas del IDAS fue de .56 (Watson et al., 2007).

En cuanto a la estructura interna, un ACP posterior con las tres muestras del estudio sobre las 11 escalas del IDAS formadas por ítems no superpuestos entre sí permitió identificar un factor general dominante que explicaba entre el 89.7% y el 95.4% de la varianza común. Por tanto, al contrario de lo esperado, las escalas no podían ser separadas en dos tipos de síntomas (depresión y ansiedad), sino que definían un factor general, donde Disforia era el marcador que mostraba las cargas factoriales más altas, comprendidas entre .89 y .92 en las tres muestras (Watson et al., 2007).

Por último, se calcularon las correlaciones entre las puntuaciones de las escalas del IDAS y las puntuaciones de las escalas de otros instrumentos que también evalúan depresión o ansiedad, estos son, el BDI-II (Beck et al., 1996), el Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck y Steer, 1990) y el IMAS (Kotov et al., 2005). Las correlaciones entre las escalas proporcionaron evidencias de validez convergentes y discriminantes. Por ejemplo, la escala Suicidio del IDAS mostró un valor de correlación significativamente más alto con su correspondiente escala del IMAS, Suicidio, ($r = .62$; evidencia convergente), que con el resto de las escalas del IMAS (el valor de correlación más alto de la escala Suicidio del IDAS con el resto de las escalas del IMAS fue de .35; evidencia discriminante). Se observó el mismo patrón para el resto de las escalas del IDAS que mantenían una correspondencia directa con otras escalas del IMAS (e.g., Fatiga del IDAS y Fatiga del IMAS, Insomnio del IDAS e Insomnio del IMAS; Watson et al., 2007).

1.4.1.1.3. FASE 3: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL IDAS

Finalmente, se estimó la fiabilidad de las puntuaciones del IDAS y se evaluaron diferentes fuentes de evidencia de validez, en cinco muestras adicionales: estudiantes de educación secundaria ($n = 254$), estudiantes universitarios ($n = 307$), adultos jóvenes ($n = 271$), mujeres que acaban de dar a luz ($n = 832$), y pacientes psiquiátricos ($n = 339$; Watson et al., 2007).

En esta tercera fase, 50 de los 60 valores alfa de Cronbach de consistencia interna estimados en las cinco muestras fueron iguales o superiores a .80. Cabe señalar que este es el primer estudio en examinar la fiabilidad test-retest para las escalas del IDAS. Los coeficientes de correlación test-retest de una semana para las 11 escalas específicas del IDAS oscilaron entre .72 (Irritabilidad) y .83 (Disforia y Pánico), superándose el valor mínimo recomendado de .70 (Nunnally & Bernstein, 1994). De nuevo, los valores de las correlaciones entre las escalas específicas del IDAS indicaron que estas evalúan dimensiones claramente distinguibles entre sí (la correlación más alta observada entre las escalas fue de .52; Watson et al., 2007).

En cuanto a las evidencias de validez basadas en la estructura interna, el ACP del estudio de la tercera fase mostró resultados similares al ACP del trabajo de la segunda fase, hallándose un factor general dominante que explicaba entre el 85.9% y el 92.4% de la varianza común entre las cinco muestras. De nuevo, Disforia fue el indicador que presentó cargas factoriales más altas sobre el factor general, comprendidas entre .89 y .93 entre las cinco muestras (Watson et al., 2007).

Finalmente, las correlaciones entre las puntuaciones de las escalas del IDAS y las puntuaciones de las escalas de otras medidas que evalúan depresión o ansiedad, como el BDI-II (Beck et al., 1996), el BAI (Beck y Steer, 1990), el Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS-2; Reynolds, 2002) y el Edinburgh Postnatal Depression Scale

(EPDS; Cox et al., 1987) proporcionaron evidencias de validez convergentes y discriminantes sobre las cinco muestras (Watson et al., 2007). Así pues, de acuerdo con lo esperado, las escalas del IDAS mostraron correlaciones más altas con escalas de otros instrumentos que evalúan los mismos constructos (evidencias convergentes), y más bajas con las que evalúan constructos diferentes (evidencias discriminantes). Por ejemplo, mientras que seis escalas de depresión (Depresión General, Disforia, Suicidio, Fatiga, Irritabilidad y Bienestar) mostraron correlaciones significativamente más altas con el BDI-II (r promedio = $|.66|$) que con el BAI (r promedio = $|.53|$), las escalas de ansiedad Pánico e Intrusiones Traumáticas mostraron, respectivamente, correlaciones más altas con el BAI ($r = .57-.78$) que con el BDI-II ($r = .59-.52$).

1.4.1.1.4. VERSIÓN FINAL DEL IDAS

El trabajo de Watson et al. (2007) ha permitido el desarrollo del IDAS, un instrumento que permite evaluar la severidad de síntomas de depresión y ansiedad durante las últimas dos semanas a partir de 64 ítems con cinco opciones de respuesta (desde 1 *en absoluto* hasta 5 *extremadamente*). Los 64 ítems del instrumento se agrupan en 10 escalas que evalúan síntomas específicos de depresión y ansiedad (Suicidio, Fatiga, Insomnio, Pérdida de Apetito, Aumento de Apetito, Irritabilidad, Bienestar, Pánico, Ansiedad Social e Intrusiones Traumáticas) y dos escalas que evalúan un rango más amplio de síntomas (Depresión General y Disforia). Por lo que respecta a las escalas globales, Depresión General ofrece una medida de depresión similar a la de los instrumentos de evaluación tradicionales, mientras que Disforia evalúa los principales síntomas emocionales y cognitivos de depresión y ansiedad. Puntuaciones más altas indican mayor severidad sintomatológica en todas las escalas excepto Bienestar, donde puntuaciones más altas indican mayor bienestar. El material suplementario F del trabajo de Watson et al. (2007)

muestra la versión final del IDAS junto a la relación de los ítems que conforman cada escala.

El estudio de las propiedades psicométricas del IDAS muestra evidencias que respaldan la fiabilidad de sus puntuaciones como consistencia interna y test-retest, y aportan evidencias de validez basadas en la estructura interna y en las relaciones con otras variables, sobre cinco muestras diferentes que abarcan desde la adolescencia hasta la vejez (estudiantes de educación secundaria, estudiantes universitarios, adultos jóvenes, mujeres que acaban de dar a luz y pacientes psiquiátricos; Watson et al., 2007). En relación con la estructura interna, se ha observado que todas las escalas del instrumento se agrupan en un mismo factor general en los diferentes análisis realizados a cada una de las cinco muestras empleadas para su desarrollo, explicando dicho factor general entre el 85.9% y el 92.4% de la varianza común.

Entre las principales ventajas del IDAS, cabe señalar su amplia cobertura pues, además de los síntomas de depresión, permite evaluar también otros síntomas relacionados con la ansiedad (e.g., Ansiedad Social e Intrusiones Traumáticas) no incluidos en las medidas de depresión tradicionales (e.g., BDI-II o CES-D). La inclusión de escalas que evalúan ansiedad ha contribuido, a su vez, a encontrar evidencias que respaldan la validez discriminante de las puntuaciones de las escalas para diferenciar entre constructos de depresión y de ansiedad (Watson et al., 2007). Todo ello, en un contexto donde muchos de los instrumentos tradicionales para evaluar depresión presentan altas correlaciones con medidas de ansiedad (e.g., Bados et al., 2005; Ibáñez et al., 2010; Segal et al., 2010; Yu et al., 2019). Asimismo, cabe destacar que el tiempo de administración del IDAS es inferior al de otras medidas de depresión (e.g., BDI-II), a pesar de ofrecer una mayor cobertura. Mas aún, el IDAS no solo proporciona una puntuación global de severidad de depresión (mediante la escala Depresión General), sino también

El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II (IDAS-II)

puntuaciones específicas para cada síntoma de depresión y de ansiedad, lo que hace posible abordar la heterogeneidad entre dos pacientes que puedan obtener la misma puntuación en la escala global. Por todo ello, el IDAS destaca, entre los instrumentos disponibles hasta el momento de su desarrollo, por evaluar un amplio número de síntomas internalizantes de manera eficiente y detallada (Watson et al., 2007).

Finalmente, cabe señalar que las evidencias de fiabilidad y validez para la interpretación de las puntuaciones del IDAS han sido ampliadas sobre muestras de estudiantes universitarios y pacientes en un trabajo posterior (Watson et al., 2008). En dicho trabajo, Watson et al. (2008) desarrollaron la versión del IDAS en formato entrevista (IDAS Clinician Rating version; IDAS-CR), que les permitió posteriormente examinar evidencias de validez convergentes y discriminantes adicionales calculando las correlaciones entre las puntuaciones de las versiones de autoinforme y de entrevista. El IDAS-CR proporciona una puntuación para cada una de las 11 escalas específicas del IDAS a partir de una medida de tres puntos (*ausente, subclínico o presente*). Los resultados de este trabajo se abordan en mayor profundidad en el apartado 1.4.3 (“Acumulación de evidencias de las propiedades psicométricas del IDAS e IDAS-II desde su desarrollo”). No menos importante es la contribución de Stasik-O’Brien et al. (2019), quienes aportan rangos de severidad que permiten, a investigadores y profesionales clínicos, identificar el nivel de severidad sintomatológica de los pacientes (leve, moderado o severo) a partir de las puntuaciones de las escalas del IDAS. De forma adicional, este trabajo también aporta puntos de corte que hacen posible la identificación de un amplio rango de diagnósticos del DSM a partir de las puntuaciones de las escalas del IDAS (Stasik-O’Brien et al., 2019). Las aportaciones de Stasik-O’Brien et al. (2019), se comentan en mayor detalle en el apartado 1.4.4 (“Utilidad clínica”).

1.4.1.2. DESARROLLO DEL IDAS-II

La acumulación de evidencias de fiabilidad y validez que respaldaban el empleo del IDAS para evaluar síntomas de depresión y de ansiedad de forma eficiente sobre diferentes muestras (i.e., estudiantes de educación secundaria, estudiantes universitarios, adultos, mujeres que acaban de dar a luz y pacientes psiquiátricos; Watson et al., 2007, 2008), impulsó al equipo de Watson a desarrollar una segunda versión del instrumento que expandiera su cobertura sintomatológica (IDAS-II; Watson et al., 2012). Así, el IDAS-II fue desarrollado con el propósito de ofrecer una versión ampliada del IDAS que incluya nuevas escalas para evaluar otros síntomas de trastornos de ansiedad y de trastorno bipolar (Watson et al., 2012). En el proceso de desarrollo del IDAS-II se pueden diferenciar tres fases: la elaboración del banco inicial de ítems, el desarrollo de las escalas y la evaluación de las propiedades psicométricas del IDAS-II. A continuación, se detalla el proceso de cada fase de desarrollo del IDAS-II, de acuerdo con lo expuesto en el trabajo de Watson et al. (2012).

1.4.1.2.1. FASE 1: BANCO INICIAL DE ÍTEMS

El desarrollo del IDAS-II comenzó con la generación de múltiples marcadores (ítems) para cubrir cada dimensión sintomática que constituía un objeto de evaluación. La generación de estos marcadores estuvo guiada por las evidencias empíricas acumuladas en torno a la organización de los síntomas que conforman los diferentes objetos de evaluación (Watson et al., 2012). Por ejemplo, la generación de los marcadores que evalúan síntomas de TEPT se realizó de acuerdo con la organización de síntomas de TEPT según el DSM-IV (APA, 2000), y los modelos de King et al. (1998) y Simms et al. (2002), que sugieren que la evaluación de TEPT debería cubrir los síntomas de intrusiones

traumáticas, evitación traumática, insensibilidad emocional, disforia y aumento de la activación. Dado que el IDAS ya cubre la evaluación de las intrusiones traumáticas, la disforia y el aumento de la activación a partir de varias escalas, para el desarrollo del IDAS-II se incluyeron dos HICS que englobaban ítems para evaluar, respectivamente, evitación traumática e insensibilidad emocional.

Este procedimiento se repitió para el resto de los nuevos constructos objeto de evaluación que se pretendían evaluar a partir del IDAS-II, resultando en una organización de marcadores conformada por 99 ítems agrupados en 12 HICs (Watson et al., 2012). Estos 12 HICs cubrían dimensiones de trastornos relacionados con la ansiedad, como el TEPT (Evitación Traumática e Insensibilidad Emocional), TOC (Limpieza, Comprobación, Ordenación), ansiedad social (Ansiedad por la Interacción Social y Ansiedad por el Rendimiento), fobia específica (Fobia Animal, Fobia a las Inyecciones en Sangre y Fobia Situacional) y agorafobia (Agorafobia), además de trastorno bipolar (Síntomas Bipolares).

1.4.1.2.2. FASE 2: DESARROLLO DE LAS ESCALAS

En la fase de desarrollo de las escalas, una muestra de estudiantes ($n = 307$) y una muestra comunitaria de adultos ($n = 355$) completaron los 99 nuevos ítems, junto con los ítems de la primera versión del IDAS y otras medidas de autoinforme. Tras ello, se aplicó un AFE en cada muestra por separado. La selección de las dimensiones objeto de evaluación que formarían parte de la versión final de la escala se realizó en base a dos criterios. El primero, identificar el máximo número de factores dotados de significado psicológico. El segundo, seleccionar solo las escalas que reflejaran factores que emergían claramente en las dos muestras. Con esto se pretendía diferenciar tipos específicos de síntomas de la forma más precisa posible, y generar dimensiones robustas y

generalizables. Además, para que una escala se mantuviera en la versión final del instrumento, esta debía incluir al menos tres marcadores (o ítems) que presentaran cargas iguales o superiores a $|.35|$ sobre el factor que era objeto de evaluación, e inferiores a $|.30|$ en el resto de los factores, en ambas muestras (Watson et al., 2012).

La aplicación de estos criterios conllevó la introducción de dos grandes cambios. Por un lado, se eliminaron los ítems de Insensibilidad Emocional por estar altamente relacionados con la escala de Disforia ($r = .84$ en la muestra de estudiantes y $r = .83$ en la muestra de adultos) y no constituir una dimensión diferenciada en los análisis estructurales. Por otro lado, se abandonó la idea de crear escalas separadas para Ansiedad por la Interacción Social y Ansiedad por el Rendimiento, dado que ambas estaban altamente correlacionadas entre sí ($r = .79$ en la muestra de estudiantes y $r = .84$ en la muestra de adultos), y a su vez con la escala Ansiedad Social ($r = .75 - .80$), en ambas muestras. No obstante, uno de los ítems de Ansiedad por el Rendimiento se añadió a la escala Ansiedad Social, debido a que la adición de este ítem generaba un aumento del coeficiente alfa de la escala sin incrementar las correlaciones con otras escalas del IDAS-II. En consecuencia, la escala Ansiedad Social pasó de estar conformada por 5 ítems en el IDAS, a estar conformada por 6 ítems en el IDAS-II (Watson et al., 2012).

El siguiente paso consistió en crear las escalas de ansiedad y de trastorno bipolar. Para ello, se realizó un AFE sobre los ítems que se mantenían como candidatos. Este análisis retuvo ocho factores, de los cuales seis cubrían síntomas de ansiedad (Limpieza, Ordenación, Comprobación, Evitación Traumática, Fobia Animal y Claustrofobia), y dos síntomas de trastorno bipolar (Manía y Euforia). No obstante, se eliminaron las dimensiones Fobia a las Inyecciones en Sangre, por fallar en definir un factor replicable en ambas muestras, y Fobia Animal, por no lograr mostrar evidencias que respalden la validez discriminante y convergente en la segunda fase de desarrollo del instrumento. Por

tanto, la evaluación de los síntomas relacionados con trastornos de ansiedad se cubrió finalmente a partir de cinco nuevas escalas: Limpieza (7 ítems), Ordenación (5 ítems), Comprobación (3 ítems), Evitación Traumática (4 ítems) y Claustrofobia (5 ítems). Por su parte, la evaluación de los síntomas de trastorno bipolar quedaba cubierta por dos escalas: Manía (5 ítems) y Euforia (5 ítems). La escala Manía hace referencia a la locuacidad, la fuga de ideas, la labilidad afectiva y las secuelas negativas de la excesiva actividad dirigida a los objetivos, mientras que la escala Euforia evalúa el humor elevado, el aumento de energía y la grandiosidad (Watson et al., 2012).

Las siete nuevas escalas (Limpieza, Ordenación, Comprobación, Claustrofobia, Evitación Traumática, Manía y Euforia) se añadieron a la versión inicial del IDAS. En consecuencia, la segunda versión del instrumento (IDAS-II; Watson et al., 2012) se compone de 99 ítems englobados en 18 escalas formadas por ítems no superpuestos entre sí, además de una escala formada a partir de ítems de otras escalas (Depresión general).

A continuación, se enumeran las 18 escalas específicas que conforman la versión final del IDAS-II (Watson et al., 2012) junto a un ejemplo de ítem de cada escala: Disforia (e.g., “Me he desanimado por cosas”), Fatiga (e.g., “Me he sentido agotado/a”), Insomnio (e.g., “He tenido problemas para quedarme dormido/a”), Suicidio (e.g., “He pensado que el mundo estaría mejor sin mí”), Pérdida de Apetito (e.g., “He perdido el apetito”), Aumento de Apetito (e.g., “He pensado mucho en comida”), Bienestar (e.g., “He sentido que he conseguido muchas cosas”), Irritabilidad (e.g., “Me he sentido furioso/a”), Manía (e.g., “Mis pensamientos han saltado rápidamente de una idea a otra”), Euforia (e.g., “Me he sentido eufórico/a sin ningún motivo en especial”), Pánico (e.g., “He sentido que me desmayaba”), Ansiedad Social (e.g., “He sentido ansiedad de hablar en público”), Claustrofobia (e.g., “He evitado sitios estrechos y cerrados”), Intrusiones Traumáticas (e.g., “He tenido recuerdos de algo aterrador que ha pasado”), Evitación Traumática (e.g.,

“He intentado ignorar recuerdos molestos”), Comprobación (e.g., “He comprobado las cosas una y otra vez”), Ordenación (e.g., “He tenido la necesidad de reorganizar las cosas para que estuvieran de la forma correcta”) y Limpieza (e.g., “Me ha sido difícil tocar cosas que estaban sucias”).

1.4.1.2.3. FASE 3: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL IDAS-II

La tercera fase del desarrollo del IDAS-II consistió en el estudio de sus propiedades psicométricas (Watson et al., 2012). Concretamente, se estimó la fiabilidad como consistencia interna y se evaluaron las evidencias de validez basadas en la estructura interna y en la relación con otras variables (evidencia convergente, evidencia discriminante y relaciones prueba-criterio). Para ello, se contó con la participación de trece muestras adicionales, estas eran, seis muestras de estudiantes ($n = 363$; $n = 219$; $n = 546$; $n = 373$; $n = 727$; $n = 342$), dos muestras comunitarias de adultos ($n = 372$; $n = 364$) y cinco muestras de pacientes ($n = 94$; $n = 200$; $n = 394$; $n = 252$; $n = 220$).

El análisis de la fiabilidad como consistencia interna mostró valores alfa de Cronbach generalmente altos en todas las muestras (la mayoría de valores oscilaron entre .80 y .90; Watson et al., 2012).

La estructura interna del IDAS-II se examinó a partir de dos procedimientos. El primero consistió en calcular las correlaciones entre las escalas del instrumento, y el segundo en el análisis de la estructura factorial. Ambos análisis se realizaron sobre una muestra combinada de estudiantes, pacientes y adultos de población comunitaria ($N = 4,503$). Los valores de las correlaciones entre las escalas del IDAS-II muestran que las nuevas escalas del instrumento presentan correlaciones más bajas con Disforia (valores de correlación comprendidos entre .08 y .56, con un promedio de $|.40|$) que las escalas

originales del IDAS (valores de correlación comprendidos entre $-.40$ y $.69$, con un promedio de $|.57|$; Watson et al., 2012). Estos resultados sugieren que el contenido de las nuevas escalas se diferencia más de los síntomas de distrés evaluados por Disforia. Por otro lado, se observaron altas correlaciones entre Intrusiones Traumáticas y Evitación Traumática ($r = .63$), así como entre Comprobación y Ordenación ($r = .63$), valores que pueden constituir una evidencia insuficiente para respaldar la validez discriminante (Watson et al., 2012).

El análisis factorial sobre las escalas del IDAS-II encontró una estructura diferente a la observada para el IDAS, a consecuencia de la inclusión de 7 nuevas escalas. Concretamente, la estructura factorial del IDAS-II estaba conformada por tres factores: Distrés, Obsesiones/Miedo y Estado de Ánimo Positivo (Watson et al., 2012). El factor I, Distrés, se asemejaba considerablemente al factor general hallado en la estructura factorial del IDAS (Watson et al., 2007), donde igualmente Disforia era la escala que presentaba la carga más alta sobre el factor ($.90$). El factor II, Obsesiones/Miedo, englobaba las tres escalas de TOC (Comprobación, Ordenación y Limpieza), además de Claustrofobia y Ansiedad Social, con cargas que oscilaban entre $.41$ (Ansiedad Social) y $.72$ (Limpieza). El factor III, Estado de Ánimo Positivo, estaba definido principalmente por Euforia (con una carga de $.70$) y Bienestar ($.69$), si bien Manía también mostraba una carga secundaria significativa ($.33$) en esta dimensión. En definitiva, las siete nuevas escalas del IDAS-II dieron lugar a la identificación de dos factores adicionales, de modo que se ampliaba la cobertura del instrumento al evaluarse también otros síntomas internalizantes adicionales diferentes a los englobados bajo el factor Distrés.

Como evidencias de validez basadas en la relación con otras variables se compararon las puntuaciones del instrumento en muestras de pacientes, estudiantes y adultos comunitarios. Los resultados descriptivos obtenidos fueron los esperados, de

modo que las puntuaciones más altas para el IDAS-II se observaron en la muestra de pacientes, y las más bajas en la muestra de estudiantes. Cuando se compararon las puntuaciones de la muestra de pacientes ($n = 908$) con las puntuaciones de la muestra comunitaria de adultos ($n = 1,091$), se observaron tamaños del efecto de las diferencias medios o grandes para 13 de las 18 escalas. Por el contrario, se encontraron tamaños del efecto pequeños en las escalas Comprobación ($d = 0.47$), Ordenación ($d = 0.30$), Limpieza ($d = 0.41$), Aumento de Apetito ($d = 0.20$) y Euforia ($d = -0.10$). La observación de diferencias de tamaño del efecto pequeño entre muestras de pacientes y de adultos para las escalas de TOC (Comprobación, Ordenación y Limpieza) podría deberse a que las manifestaciones subclínicas de estos síntomas son muy comunes en la población comunitaria, alcanzando tasas de hasta el 17% (e.g., Fullana et al., 2009; Ruscio et al., 2010). Por último, de forma contraria a lo esperado, la muestra de pacientes mostró puntuaciones ligeramente más bajas que la muestra de adultos ($d = -0.10$) y de estudiantes ($d = -0.34$) en la escala Euforia (Watson et al., 2012).

La evaluación de las evidencias convergentes y discriminantes se realizó sobre una muestra combinada de pacientes ($n = 448$) y una muestra combinada de estudiantes ($n = 591$). Las 7 nuevas escalas incorporadas al IDAS-II (Ordenación, Comprobación, Limpieza, Claustrofobia, Evitación Traumática, Manía y Euforia) mostraron correlaciones más altas con otras escalas que evaluaban los mismos constructos (evidencia convergente) y más bajas con otras escalas que evaluaban constructos diferentes (evidencia discriminante). Por ejemplo, la escala Claustrofobia mostró el valor de correlación más alto ($r = .51$) con la escala Confinamiento Físico del Phobic Stimuli Response Scales (PSRS; Cutshall y Watson, 2004) que evalúa el mismo constructo y, a su vez, la escala Confinamiento Físico mostró un valor de correlación más alto con la escala Claustrofobia frente al resto de las escalas del IDAS-II.

Por último, se aportaron evidencias de validez a partir de las relaciones prueba-criterio en una submuestra de pacientes ($n = 394$). Para ello, se calcularon las correlaciones entre las puntuaciones de las escalas del IDAS-II y las puntuaciones de las escalas del IMAS (Gamez et al., 2009), basadas en los síntomas y los diagnósticos del DSM-IV (Watson et al., 2012). En consonancia con lo esperado, la mayoría de las escalas del IDAS-II mostraron su correlación más alta con la escala del IMAS que evaluaba el mismo constructo. Por ejemplo, la escala Ansiedad Social del IDAS-II mostró su correlación más alta con la escala Fobia Social del IMAS ($r = .70$). Sin embargo, esto no ocurrió para las escalas Pánico, Intrusiones Traumáticas y Evitación Traumática del IDAS-II. Así, la escala Pánico no solo mostró un alto valor de correlación con la escala Pánico del IMAS ($r = .65$), sino también con la escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada del IMAS ($r = .63$). Algo similar se observó para las escalas Intrusiones Traumáticas y Evitación Traumática que, aunque mostraron altos valores de correlación con la escala de TEPT del IMAS ($r = .61$ y $r = .59$, respectivamente), la escala TEPT del IMAS también mostró un alto valor de correlación con la escala Disforia del IDAS-II ($r = .63$; Watson et al., 2012). A pesar de estas excepciones, las relaciones observadas en general tienen sentido teórico y respaldan las evidencias sobre la relación de las puntuaciones de la prueba con otras variables criterio relevantes. De forma adicional, se aplicaron análisis de regresión múltiple para identificar el poder predictivo de las escalas del IDAS-II en relación con las puntuaciones del IMAS. Los resultados de estos análisis también respaldan la validez de las relaciones prueba-criterio, pues el conjunto de las escalas del IDAS-II explicaba entre el 49% y el 66% de la varianza de ocho de los nueve trastornos. La capacidad para predecir el trastorno de fobia específica resultó ser inferior ($R^2 = .30$; Watson et al., 2012).

Los resultados obtenidos al calcular los coeficientes de correlación entre las puntuaciones de las escalas del IDAS-II y los diagnósticos del DSM-IV son muy similares. De nuevo, los resultados vuelven a respaldar la validez de las relaciones prueba-criterio al encontrarse los resultados esperados para la mayoría de las escalas, si bien también se observan algunas excepciones (Watson et al., 2012). Por ejemplo, la escala Limpieza no solo mostró un alto valor de correlación con TOC ($r = .51$), sino también con fobia específica ($r = .50$). La excepción más destacable se observa para la escala Pánico, que falló en mostrar una alta correlación o una correlación específica con el trastorno de pánico ($r = .43$). Los análisis de regresión para identificar el poder predictivo de las escalas del IDAS-II en relación con los diagnósticos del DSM-IV también proporcionaron resultados favorables, de modo que ocho escalas del IDAS-II (Intrusiones Traumáticas, Pánico, Ansiedad Social, Claustrofobia, Ordenación, Limpieza, Disforia y Euforia) contribuían de forma significativa a predecir sus correspondientes diagnósticos. Así, por ejemplo, Ansiedad Social fue el único predictor significativo de fobia social ($OR = 3.59$). No obstante, se observaron dos excepciones: la escala Comprobación no predijo TOC ($OR = 1.35$), y la escala Manía no contribuyó a explicar los episodios maníacos actuales ($OR = 1.60$).

1.4.1.2.4. VERSIÓN FINAL DEL IDAS-II

La versión final del IDAS-II (Watson et al., 2012) permite la evaluación dimensional de síntomas de depresión, ansiedad y trastorno bipolar. Concretamente, incorpora 7 nuevas escalas a las 11 ya existentes en el IDAS, permitiendo evaluar síntomas relacionados con TEPT, TOC, claustrofobia y trastorno bipolar, estas son, Ordenación, Comprobación, Limpieza, Claustrofobia, Evitación Traumática, Manía y Euforia. Como resultado, la versión final del IDAS-II incluye 99 ítems que conforman 18

escalas específicas y una escala global formada a partir de ítems de otras escalas (Watson et al., 2012). Las 18 escalas específicas del IDAS-II se agrupan, a su vez, en 3 factores: Distrés, Obsesiones/Miedo y Estado de Ánimo Positivo. La versión final del IDAS-II se encuentra disponible bajo petición al autor.

Un extenso número de trabajos han contribuido a ampliar las evidencias de fiabilidad y validez sobre la interpretación de las puntuaciones de escalas del IDAS-II en diferentes muestras (e.g., Dornbach-Bender et al., 2017; Kaye et al., 2022; Weitzner et al., 2019), que abarcan desde adultos de edad avanzada con edades comprendidas entre 55 y 80 años (Weitzner et al., 2019) hasta pacientes que buscan tratamiento ambulatorio para tratar el dolor de espalda crónico (Kaye et al., 2022). Las evidencias aportadas en estos trabajos se abordarán en mayor profundidad en el apartado 1.4.3 (“Acumulación de evidencias de las propiedades psicométricas del IDAS e IDAS-II desde su desarrollo”). Por otro lado, es importante destacar que el empleo del IDAS-II puede extenderse también a la práctica clínica gracias a los baremos aportados por Nelson et al. (2018), a partir de los cuales es posible identificar el nivel de severidad sintomatológica de los pacientes.

Si bien es cierto que los constructos que evalúa el IDAS-II también son evaluados de forma aislada por otras medidas de autoinforme ya existentes, existen varias ventajas en el hecho de evaluar diferentes constructos a partir de un mismo instrumento. Como primera ventaja, cabría señalar que el desarrollo del instrumento a partir de análisis factoriales ha permitido seleccionar las escalas que más se diferencian entre sí: las puntuaciones de las escalas del IDAS-II permiten diferenciar entre los constructos de depresión y de ansiedad en mayor grado que otros instrumentos de medida de depresión tradicionales (Watson et al., 2007, 2012). En segundo lugar, la evaluación de diferentes constructos a partir de una sola medida permite unificar el formato de respuesta y la franja

temporal de la evaluación para los diferentes constructos, de modo que se evitan los problemas de la varianza relacionados con el método (Johnson et al., 2011; Reio, 2010).

En cuanto a la franja temporal de evaluación del IDAS-II, cabe señalar que, mientras que las medidas de evaluación de trastorno bipolar generalmente usadas evalúan las dimensiones estables del trastorno (e.g., General Behavior Inventory [GBI; Depue et al. 1981, 1989], Hypomanic Personality Scale [HPS; Eckblad y Chapman, 1986], Hypomania Checklist-32 [HCL-32; Angst et al., 2005]), el IDAS-II centra su evaluación en la sintomatología más reciente, haciendo posible evaluar los síntomas actuales de trastorno bipolar (i.e., en las últimas dos semanas; Watson et al., 2012). De forma similar, los inventarios globales de psicopatología se centran en evaluar rasgos o dimensiones más estables (e.g., Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form [MMPI-2-RF; Ben-Porath & Tellegen, 2008], Millon Clinical Multiaxial Inventory-III [MCMI-III; Millon, 2009]), mientras que el IDAS-II evalúa la sintomatología más reciente que no es evaluada por el resto de inventarios. Aunque, a diferencia de otros inventarios globales, el IDAS-II se focaliza exclusivamente en los síntomas internalizantes, este instrumento tiene la ventaja de cubrir la evaluación de trastornos emocionales de forma más detallada y exhaustiva. Así, el IDAS-II proporciona puntuaciones individuales para los síntomas que conforman los trastornos haciendo posible abordar la heterogeneidad entre los pacientes (Watson et al., 2012).

La acumulación de evidencias de fiabilidad y de validez, la proporción de puntuaciones individuales para cada síntoma y la utilidad clínica, son algunos de los motivos que hacen que del IDAS-II sea recomendado por el consorcio HiTOP para evaluar síntomas de trastornos internalizantes desde una perspectiva dimensional (e.g., Kotov et al., 2017). Consideramos, por tanto, que el IDAS-II supone una buena alternativa para evaluar los síntomas de los trastornos emocionales de depresión, ansiedad

y trastorno bipolar de forma eficiente y exhaustiva. El amplio conjunto de ventajas que presenta el IDAS-II ha suscitado el interés por adaptar el instrumento a otros idiomas. Hasta la fecha, el IDAS-II ha sido adaptado al turco y al alemán en los trabajos de Irak y Albayrak (2020) y de Wester et al. (2022). Las aportaciones de estos trabajos se tratan en el siguiente apartado, que trata sobre las adaptaciones del IDAS realizadas hasta la fecha.

1.4.2. ADAPTACIONES HASTA LA FECHA

La literatura científica muestra que tanto el IDAS (Watson et al., 2007) como el IDAS-II (Watson et al., 2012) han sido aplicados en idiomas diferentes al de su desarrollo original, el inglés. En relación al IDAS, se han encontrado trabajos que aplican versiones de este instrumento en iraní (Abdi et al., 2015, 2016; Azarmehr et al., 2020; Hekmati et al., 2021) y en español (Bakhshaie et al., 2017, 2018; Kaminer et al., 2022; Zvolensky et al., 2015, 2016). Sin embargo, hasta nuestro conocimiento no se ha desarrollado ningún trabajo que examine las propiedades psicométricas de estas versiones de forma previa a su aplicación, por lo que se desconoce en qué medida la interpretación de las puntuaciones de estas versiones estaría respaldada por las evidencias de fiabilidad y de validez. Por el contrario, sí se han analizado las propiedades psicométricas de las adaptaciones del IDAS-II al turco (Irak & Albayrak, 2020) y al alemán (Wester et al., 2022). A continuación, se indican las evidencias de fiabilidad y de validez halladas para estas adaptaciones.

Adaptación del IDAS-II al turco

La adaptación del IDAS-II al turco fue desarrollada por Irak y Albayrak (2020). En su trabajo se estimó la fiabilidad de sus puntuaciones y se aportaron evidencias de validez basadas en la estructura interna y en la relación con otras variables sobre una muestra de adultos ($n = 931$) y una muestra de pacientes ($n = 208$). Los valores del

coeficiente alfa de Cronbach de consistencia interna oscilaron entre .91 (Depresión General) y .49 (Suicidio) en la muestra de adultos (α promedio = .80), y entre .90 (Limpieza) y .48 (Suicidio) en la muestra de pacientes (α promedio = .79). En ambas muestras, 17 de las 19 escalas presentaron valores alfa superiores al valor mínimo de .70 recomendado (Nunnally & Bernstein, 1994). Las escalas que mostraron valores alfa inferiores a .70, además de Suicidio, fueron Manía (α = .69) en la muestra de adultos y Pérdida de Apetito (α = .66) en la muestra de pacientes (Irak & Albayrak, 2020). Para estimar la fiabilidad test-retest, 100 adultos volvieron a completar la versión turca del IDAS-II cuatro semanas más tarde. El promedio de las correlaciones entre las puntuaciones test-retest fue de .35, y ninguno de los valores de correlación alcanzó el mínimo de .70 (Irak & Albayrak, 2020). El hallazgo de correlaciones test-retest inferiores a .70 podría explicarse parcialmente por el hecho de que el periodo de evaluación que transcurre entre las evaluaciones test-retests (cuatro semanas) es superior al periodo de evaluación del IDAS-II (las últimas dos semanas).

Las evidencias de validez basadas en la estructura interna del test se contrastaron mediante un AFE, y un posterior análisis factorial confirmatorio (AFC), sobre la muestra de adultos ($n = 931$; Irak & Albayrak, 2020). Como resultado del AFE, se identificaron tres factores (Distrés, Obsesiones/Miedo y Estado de Ánimo Positivo) que explicaban el 64.66% de la varianza total. La organización de las escalas en los tres factores fue muy similar a la encontrada para la versión original del IDAS-II (Watson et al., 2012) exceptuando la escala Aumento de Apetito, que en la versión turca presentó la carga factorial más alta sobre el factor Estado de Ánimo Positivo (.48), mientras que en la versión inglesa mostraba la carga más alta en el factor Distrés (.56). Seguidamente, se realizó un AFC que hipotetizaba un modelo factorial similar al hallado para la versión inglesa del IDAS-II, de modo que la escala Aumento de Apetito cargaba en el factor

Distrés. Como resultado, se obtuvieron unos índices de ajuste aceptables ($RMSEA = .06$; $CFI = .97$; $GFI = .95$; $TLI = .95$; $GFI \text{ ajustado} = .92$). Por tanto, es posible concluir que la estructura interna de la versión turca del IDAS-II es similar a la de la versión inglesa.

Para evaluar las evidencias de validez basadas en la relación con otras variables (evidencias convergentes y discriminantes), se calcularon las correlaciones entre las puntuaciones de las escalas del IDAS-II y las puntuaciones del BDI (Beck et al., 1996), BAI (Beck y Steer, 1990), Mood Disorder Questionnaire (MDQ; Hirschfeld et al., 2000), Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI; Hodgson y Rachman, 1977), Panic and Agoraphobia Scale (PAS; Bandelow, 1995) y Post-Traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version (PCL-C; Ruggiero et al., 2003) en las dos muestras del trabajo (Irak & Albayrak, 2020). En cuanto a las evidencias convergentes, se encontró que la mayoría de las escalas del IDAS-II mostraron correlaciones significativamente más altas con las escalas de otros instrumentos que evaluaban los mismos constructos (e.g., Depresión General con BDI [$r = .74$ en adultos y $r = .72$ en pacientes, respectivamente], Pánico con BAI [$r = .76$ y $r = .74$], Comprobación con MOCI [$r = .55$ y $r = .60$], Intrusiones Traumáticas con la escala Reexperimentación del PCL-C [$r = .52$ y $r = .62$]), que con el resto de escalas que evaluaban constructos diferentes.

En cuanto a las evidencias discriminantes, se observó que las escalas de depresión del IDAS-II (Depresión General, Disforia, Fatiga, Pérdida de Apetito y Bienestar) mostraron correlaciones más altas con las puntuaciones del BDI (r promedio = $|.57|$ y $|.52|$ en adultos y pacientes, respectivamente) que con las puntuaciones del BAI (r promedio = $|.49|$ y $|.39|$; Irak & Albayrak, 2020). A su vez, las escalas de ansiedad del IDAS-II (Pánico, Claustrofobia, Ansiedad Social, Comprobación, Ordenación y Limpieza) mostraron correlaciones significativamente más altas con el BAI (r promedio = $|.54|$ y $|.45|$ en adultos y pacientes, respectivamente), que con el BDI (r promedio = $|.43|$ y $|.33|$).

En este sentido, es posible concluir que se obtuvieron evidencias discriminantes para la mayoría de escalas, si bien se hallaron resultados diferentes a los esperados para cuatro escalas en la muestra de adultos (Irak & Albayrak, 2020). Concretamente, Aumento de Apetito mostró bajas correlaciones con las puntuaciones de todos los instrumentos contrastados (r promedio = .34), Insomnio mostró una correlación más alta con el BAI (r = .55) que con el BDI (r = .52), Intrusiones Traumáticas mostró valores de correlación más altos con el BDI (r = .61) y el BAI (r = .61) que con el PCL-C (r = .59), y Ansiedad Social mostró un valor de correlación ligeramente más elevado con las puntuaciones del PCL-C (r = .61) que con las puntuaciones del BAI (r = .59).

Finalmente, para evaluar las evidencias de validez basadas en las relaciones con otras variables, también se examinó en qué medida las escalas del IDAS-II discriminaban entre muestras de adultos y muestras de pacientes. Se observó que la muestra de pacientes presentaba puntuaciones significativamente más altas frente a la muestra de adultos en todas las escalas excepto Bienestar, donde, de acuerdo con lo esperado, los adultos mostraron puntuaciones significativamente más altas que los pacientes (Irak & Albayrak, 2020). Los tamaños del efecto de las diferencias fueron grandes para 13 de las 19 escalas, mientras que se encontraron tamaños del efecto medios para Limpieza (d = 0.54) y Pérdida de Apetito (d = 0.53), y tamaños del efecto pequeños para Ordenación (d = 0.48), Aumento de Apetito (d = 0.27), Euforia (d = 0.26) y Manía (d = 0.25).

Adaptación del IDAS-II al alemán

La adaptación del IDAS-II al alemán fue desarrollada por Wester et al. (2022). En su trabajo se estimó la fiabilidad como consistencia interna y se evaluaron las evidencias de validez basadas en la estructura interna, y convergentes y discriminantes, sobre una muestra comunitaria de adultos (n = 1.054). La fiabilidad como consistencia interna se

estimó a partir del coeficiente omega de orden superior. Los valores omega oscilaron entre .94 (Disforia) y .75 (Euforia), con un promedio de .85. Solo Ordenación ($\omega = .78$) y Euforia ($\omega = .75$). mostraron valores omega inferiores a .80. Estos resultados indicaron una consistencia interna de buena a excelente para la mayoría de las escalas.

La estructura interna de la versión en alemán del IDAS-II se examinó a partir de las correlaciones entre las escalas del instrumento y de un AFC (Wester et al., 2022). Los valores de correlación entre las escalas específicas oscilaron entre -.38 (Bienestar y Fatiga) y .69 (Pánico e Intrusiones Traumáticas), con un promedio de $|.42|$. Estos valores de correlación fueron ligeramente más altos que los hallados para la versión inglesa del IDAS-II (Watson et al., 2012). La escala Disforia mostró las correlaciones más altas con el resto de las escalas (r promedio = $|.61|$), de forma congruente con la amplia cobertura de síntomas que ofrece esta escala. De forma similar al trabajo de Watson et al. (2012), las 7 nuevas escalas incorporadas al IDAS-II mostraron los valores de correlación más bajos con Disforia, lo que sugiere que en la versión alemana también evalúan un contenido más diferenciado de Disforia (Wester et al., 2022).

A partir del AFC se contrastó la estructura factorial de tres factores (Distrés [Factor I], Obsesiones/Miedo [Factor II] y Estado de Ánimo Positivo [Factor III]) obtenida en el trabajo de Watson (2012), incluyendo las cargas factoriales cruzadas ($\lambda > |0.2|$) que se observaron para cuatro escalas: Ansiedad Social (en los factores I y II), Manía (en los factores I y III), Evitación Traumática (en los factores I y II) y Bienestar (en los factores I y III). Dicho modelo presentó un ajuste de moderado a bueno ($CFI \geq .94$; $RMSEA \leq .08$; $SRMR \leq .06$). La proporción de la varianza explicada por las escalas osciló entre .90 (Disforia) y .24 (Aumento de Apetito), con un promedio de .54. Estos valores sugieren que los factores hipotetizados pueden explicar la mayor parte de las diferencias individuales encontradas en la mayoría de indicadores (Wester et al., 2022).

Como evidencias de validez convergentes y discriminantes se calcularon las correlaciones entre las puntuaciones de las escalas del IDAS-II y las puntuaciones del Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; Kroenke et al., 2001), Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7; Spitzer et al., 2006), WHO-Five Well-Being Index (WHO-5; WHO, 1998), Fear of Negative Evaluation Scale-5 (SANB-5; Kemper et al., 2011), Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS; Abramowitz et al., 2010), Symptom Checklist-90 Revised – Short Version (HSCL-11; Lutz et al., 2006) y The International Trauma Questionnaire (ITQ; Cloitre et al., 2018). Las escalas del IDAS-II mostraron correlaciones más altas con las escalas de otros instrumentos que evaluaban los constructos correspondientes (convergencia: e.g., Bienestar con WHO-5 [$r = .65$], Ansiedad Social con SANB-5 [$r = .75$], Limpieza con la escala Contaminación del DOCS [$r = .66$]), que con el resto de las escalas que evaluaban constructos diferentes (discriminación; Wester et al., 2022). No obstante, cabe señalar algunas apreciaciones. Si bien la escala Evitación Traumática mostró la correlación más alta con la escala Evitación del ITQ ($r = .61$), esta correlación no difirió de forma estadísticamente significativa de las correlaciones con otras escalas (e.g., HSCL-11, PHQ-9, GAD). Por otro lado, aunque la escala Comprobación mostró una correlación más baja con su escala correspondiente, Responsabilidad del DOCS ($r = .53$), que con el GAD-7 ($r = .55$), esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Algo similar ocurrió para la escala Intrusiones Traumáticas, que mostró un valor de correlación más bajo con su correspondiente escala, Re-experimentación del ITQ ($r = .68$), que con el HSCL-11 ($r = .74$), el GAD-7 ($r = .74$) y el PHQ-9 ($r = .70$), si bien solo la diferencia con el HSCL-11 resultó ser estadísticamente significativa (Wester et al., 2022). Al margen de estas excepciones, los resultados hallados respaldan la evidencias convergentes y discriminantes para las puntuaciones de la mayoría de las escalas.

1.4.3. ACUMULACIÓN DE EVIDENCIAS DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL IDAS E IDAS-II DESDE SU DESARROLLO

En este apartado se resume la acumulación de evidencias de fiabilidad y de validez halladas hasta la fecha para las puntuaciones del IDAS e IDAS-II en su versión en inglés. En primer lugar, se abordarán las evidencias de fiabilidad, como consistencia interna y test-retest, y posteriormente las evidencias de validez basadas en la estructura interna (análisis factoriales exploratorios y confirmatorios) y en la relación con otras variables (evidencias convergente y discriminante y relaciones prueba-criterio).

Evidencias de fiabilidad como consistencia interna

La Tabla 1.4.1 muestra los valores de consistencia interna alfa de Cronbach encontrados para las puntuaciones de las escalas del IDAS. Dichos valores han sido estimados sobre 10 muestras diferentes, que incluyen estudiantes de secundaria, estudiantes universitarios, jóvenes adultos, adultos, mujeres que acaban de dar a luz, adultos de edad avanzada y pacientes psiquiátricos (Watson et al., 2007; Watson y O'Hara, 2017). Los valores alfa promedio oscilaron entre .87, en una muestra de mujeres que acaban de dar a luz, y .79, en una muestra de jóvenes adultos, siendo esta la única muestra que presentó un valor alfa promedio inferior a .80. Todas las escalas mostraron valores alfa superiores al mínimo recomendado de .70 (Nunnally & Bernstein, 1994), a excepción de Suicidio en la muestra de jóvenes adultos ($\alpha = .68$) y en la muestra de adultos de edad avanzada ($\alpha = .55$), e Intrusiones Traumáticas en la muestra de jóvenes adultos ($\alpha = .67$). Además, ocho de las diez muestras mostraron valores alfa $\geq .80$ para al menos diez escalas. Los valores alfa más altos se encontraron para las escalas Depresión General

y Disforia, que mostraron un valor alfa $\geq .90$ en siete muestras. Estos resultados se pueden interpretar como evidencias de fiabilidad como consistencia interna de las puntuaciones de las escalas del IDAS.

Los valores alfa de Cronbach encontrados para las puntuaciones de las escalas del IDAS-II se muestran en la Tabla 1.4.2. Estos valores fueron estimados sobre los datos de muestras de estudiantes, adultos, pacientes psiquiátricos y pacientes que buscan tratamiento para el dolor de espalda crónico (Kaye et al., 2022; Watson et al., 2012; Watson y O'Hara, 2017; Weitzner et al., 2019). Los valores alfa promedio oscilaron entre .87 y .83 entre las diferentes muestras, a excepción de la muestra de pacientes que buscan tratamiento para el dolor de espalda crónico, que mostró un valor alfa notablemente inferior al resto ($\alpha = .63$). Más aún, solo ocho de las 19 escalas de esta última muestra obtuvieron valores alfa superiores a .70. Por el contrario, el resto de las muestras mostraron valores alfa superiores a este valor en todas las escalas, a excepción de Euforia en una muestra de adultos ($\alpha = .68$). Más aún, el 85% de los valores alfa hallados para las escalas de estas muestras fueron iguales o superiores a .80. De forma similar al IDAS, los valores alfa más altos para el IDAS-II se encontraron para las escalas Depresión General y Disforia. En resumen, los resultados respaldan la fiabilidad como consistencia interna para las puntuaciones de las escalas del IDAS-II en todas las muestras empleadas en los trabajos citados, a excepción de la muestra de pacientes que buscan tratamiento para el dolor de espalda crónico.

Tabla 1.4.1

Valores de fiabilidad como consistencia interna (alfa de Cronbach) para las escalas del IDAS

Escala	Watson et al. (2007)							Watson y O'Hara (2017)		
	Estudio 2				Estudio 3			Mujeres que acaban de dar a luz (n = 830)	Mujeres que acaban de dar a luz (n = 1070)	Adultos de edad avanzada (n = 214)
	Estudiantes universita- rios (n = 673)	Pacientes (n = 353)	Adultos (n = 370)	Jóvenes adultos (n = 271)	Estudiantes de ed. secundaria (n = 247)	Estudiantes universita- rios (n = 307)	Pacientes (n = 337)			
	α	α	α	α	α	α	α	α	α	α
Depresión General (20)	.89	.91	.92	.88	.92	.89	.92	.91	.91	.91
Disforia (10)	.89	.90	.90	.86	.90	.86	.90	.90	.90	.90
Bienestar (8)	.84	.88	.90	.89	.86	.82	.89	.87	.88	.86
Pánico (8)	.83	.83	.85	.80	.85	.80	.86	.82	.81	.75
Fatiga (6)	.83	.82	.86	.72	.80	.82	.81	.82	.82	.84
Insomnio (6)	.81	.88	.86	.80	.81	.82	.88	.87	.87	.88
Suicidio (6)	.80	.87	.82	.68	.90	.84	.85	.74	.75	.55
Ansiedad Social (5)	.82	.86	.86	.76	.84	.80	.86	.84	.82	.76
Irritabilidad (5)	.85	.87	.87	.77	.85	.79	.88	.88	.88	.76
Intrusiones Trauma. (4)	.82	.85	.86	.67	.82	.75	.86	.83	.84	.79
Pérdida de Apetito (3)	.78	.80	.81	.91	.84	.81	.86	.87	.88	.75
Aumento de Apetito (3)	.77	.84	.86	.75	.77	.80	.81	.87	.87	.80
Valores promedio	.82	.86	.86	.79	.85	.81	.86	.87	.82	.80

Nota. El número de ítems que engloba cada escala se muestra entre paréntesis. Intrusiones Trauma. = Intrusiones Traumáticas.

Tabla 1.4.2

Valores de fiabilidad como consistencia interna (alfa de Cronbach) para las escalas del IDAS-II

Escala	Watson et al. (2012)			Watson y O'Hara (2017)	Weitzner et al. (2019)	Kaye et al. (2022)
	Pacientes (n = 908)	Adultos (n = 1,091)	Estudiantes (n = 2,504)	Estudiantes (n = 2,781)	Adultos (n = 323)	Pacientes que buscan tratamiento para dolor de espalda crónico (n = 230)
	α	α	α	α	α	α
Depresión General (20)				.90		.94
Disforia (10)	.90	.90	.88	.89	.91	.79
Fatiga (6)	.81	.84	.81	.80	.81	.83
Suicidio (6)	.83	.79	.86	.83	.74	.50
Insomnio (6)	.87	.84	.81	.82	.90	.51
Pérdida de Apetito (3)	.89	.84	.85	.84	.89	.51
Aumento de Apetito (3)	.80	.80	.78	.78	.81	.52
Irritabilidad (5)	.88	.86	.85	.83	.81	.79
Bienestar (8)	.90	.89	.88	.87	.91	.81
Mania (5)	.86	.82	.82	.82	.81	.44
Euforia (5)	.79	.72	.76	.75	.68	.43
Pánico (8)	.83	.82	.83	.83	.81	.58
Ansiedad Social (6)	.86	.86	.84	.85	.80	.58
Claustrofobia (5)	.89	.88	.85	.85	.87	.82
Intrusiones Trauma. (4)	.86	.83	.82	.82	.84	.16
Evitación Trauma. (4)	.88	.88	.88	.88	.86	.52
Comprobación (3)	.90	.87	.86	.85	.87	.74
Ordenación (5)	.85	.80	.80	.79	.83	.68
Limpieza (7)	.89	.87	.86	.85	.90	.80
Valores promedio	.87	.84	.85	.83	.84	.63

Nota. El número de ítems que engloba cada escala se muestra entre paréntesis. Intrusiones Trauma. = Intrusiones Traumáticas; Evitación Trauma. = Evitación Traumática.

Evidencias de fiabilidad test-retest

Los valores de correlación test-retest entre las distintas mediciones del IDAS e IDAS-II se muestran en la Tabla 1.4.3. La fiabilidad test-retest de las puntuaciones de las escalas del IDAS se ha estimado para dos intervalos temporales diferentes, una semana sobre una muestra de pacientes ($n = 250$; Watson et al., 2007), y cuatro años sobre una muestra de estudiantes ($n = 227$; Watson y O'Hara, 2017). La evaluación de la fiabilidad test-retest a corto plazo para el IDAS mostró valores de correlación comprendidos entre .84 (Depresión General) y .72 (Irritabilidad) que respaldan la fiabilidad test-retest, pues en todos los casos se superó el valor de correlación test-retest mínimo recomendado de .70 (Nunnally & Bernstein, 1994). De acuerdo con lo esperado, los valores de correlación test-retest a largo plazo (4 años) fueron sistemáticamente más bajos que los observados para el periodo de una semana. Las correlaciones entre las dos mediciones de las escalas de IDAS con un intervalo de 4 años oscilaron entre .64 (Disforia) y .28 (Pérdida de Apetito).

Por su parte, la fiabilidad test-retest sobre las escalas del IDAS-II se ha estimado para un intervalo temporal de dos semanas sobre una muestra de estudiantes ($n = 1,338$), y de nueve meses sobre una muestra de adultos ($n = 227$; Watson y O'Hara, 2017). En congruencia con lo esperado, las correlaciones entre las evaluaciones de las escalas del IDAS-II en un intervalo de dos semanas fueron sistemáticamente inferiores a las evaluaciones realizadas en un intervalo de una semana (para las escalas del IDAS; Watson et al., 2007). El valor promedio de correlación entre las evaluaciones de las escalas del IDAS-II en un intervalo de dos semanas fue de .67. De forma similar, los valores de las correlaciones entre las evaluaciones de las escalas del IDAS-II en un intervalo de nueve meses fueron inferiores a los valores de las correlaciones entre las evaluaciones realizadas en un intervalo de dos semanas, para la mayoría de escalas (Watson y O'Hara, 2017).

Aunque en el caso del intervalo de nueve meses ninguno de los valores de correlación superó el valor de .70, estos resultados eran esperables, pues el marco temporal de evaluación del IDAS-II está limitado a las últimas dos semanas, de modo que se evalúan síntomas sujetos a cambios, y no rasgos estables a largo plazo.

Tabla 1.4.3

Fiabilidad test-retest para las escalas del IDAS e IDAS-II

Escala	Watson et al. (2007)		Watson y O'Hara (2017)	
	1 semana	2 semanas	9 meses	4 años
	Pacientes (<i>n</i> = 250)	Estudiantes (<i>n</i> = 1,338)	Adultos (<i>n</i> = 294)	Estudiantes (<i>n</i> = 227)
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
Escalas del IDAS				
Depresión General (20)	.84	.76	.67	-
Disforia (10)	.83	.74	.66	.64
Bienestar (8)	.78	.67	.55	.52
Pánico (8)	.83	.63	.67	.34
Fatiga (6)	.78	.69	.62	.44
Insomnio (6)	.75	.61	.61	.51
Suicidio (6)	.77	.66	.62	-
Ansiedad Social (5)	.82	.74	.68	.51
Irritabilidad (5)	.72	.61	.63	.57
Intrusiones Trauma. (4)	.76	.64	.60	.35
Pérdida de Apetito (3)	.82	.54	.48	.28
Aumento de Apetito (3)	.81	.64	.49	.45
Escalas añadidas al IDAS-II				
Ansiedad Social (6)		.76	.68	
Limpieza (7)		.69	.74	
Ordenación (5)		.69	.66	
Evitación Trauma. (4)		.68	.55	
Manía (5)		.68	.69	
Comprobación (3)		.67	.60	
Euforia (5)		.65	.59	
Claustrofobia (5)		.59	.70	

Nota. El número de ítems que engloba cada escala se muestra entre paréntesis. Intrusiones Trauma. = Intrusiones Traumáticas; Evitación Trauma. = Evitación Traumática.

Evidencias de validez basadas en la estructura interna del test

En la literatura científica se encuentran diversos trabajos que aplican ACP y AFE sobre las escalas específicas del IDAS e IDAS-II con el propósito de analizar la estructura interna. En el caso del IDAS, se aplicó ACP sobre 14 muestras diferentes, que incluyen estudiantes de educación secundaria, estudiantes universitarios, jóvenes adultos, adultos, mujeres que acaban de dar a luz, adultos de edad avanzada y pacientes (Watson et al., 2007; Watson y O'Hara, 2017). Estos análisis han sido desarrollados en dos trabajos diferentes. Los resultados del trabajo de Watson et al. (2007) se muestran en la Tabla 1.4.4, y los resultados del trabajo de Watson y O'Hara (2017) en la Tabla 1.4.5. Los análisis realizados sobre las 14 muestras de ambos estudios coincidieron en identificar un factor general sobre el que todas las escalas muestran cargas superiores a $|\lambda|$, a excepción de Aumento de Apetito en dos muestras de pacientes ($\lambda = .29$ y $.25$, respectivamente) y en dos muestras de estudiantes de secundaria ($\lambda = .28$ en ambas muestras). El porcentaje de varianza común explicada por dicho factor general osciló entre el 95.4% (muestra de adultos) y el 85.9% (muestra de pacientes).

Tabla 1.4.4

Cargas factoriales de las escalas del IDAS del trabajo de Watson et al. (2007)

Escalas	Estudio 2				Estudio 3			
	Estudiantes universitarios (n = 673)	Pacientes (n = 369)	Adultos (n = 370)	Jóvenes adultos (n = 271)	Estudiantes de ed. secundaria (n = 254)	Estudiantes universitarios (n = 307)	Pacientes (n = 339)	Mujeres que acaban de dar a luz (n = 832)
Disforia	.89	.90	.92	.89	.92	.93	.91	.91
Bienestar	-.36	-.41	-.50	-.46	-.46	-.45	-.41	-.50
Pánico	.75	.73	.74	.60	.76	.72	.75	.70
Fatiga	.67	.65	.77	.59	.69	.71	.63	.73
Insomnio	.55	.57	.62	.60	.62	.59	.58	.65
Suicidio	.64	.66	.66	.47	.75	.55	.72	.51
Ansiedad Social	.70	.72	.75	.54	.68	.67	.73	.76
Irritabilidad	.75	.61	.76	.56	.78	.55	.70	.72
Intrusiones Traumáticas	.72	.70	.72	.54	.77	.61	.70	.66
Pérdida de Apetito	.50	.43	.54	.42	.59	.41	.50	.38
Aumento de Apetito	.46	.29	.42	.37	.28	.39	.23	.40
Varianza común (%)	94.9	89.7	95.4	91.2	91.4	92.4	85.9	92.0

Nota. Las cargas factoriales $\geq |.30|$ se muestran en negrita.

Tabla 1.4.5

Cargas factoriales de las escalas del IDAS del trabajo de Watson y O'Hara (2017)

Escalas	Pacientes (<i>n</i> = 1,914)	Adultos (<i>n</i> = 1,837)	Estudiantes universitarios (<i>n</i> = 4,055)	Mujeres que acaban de dar a luz (<i>n</i> = 1,070)	Estudiantes de ed. secundaria (<i>n</i> = 247)	Adultos de edad avanzada (<i>n</i> = 214)
Disforia	.90	.91	.89	.92	.92	.92
Bienestar	-.37	-.46	-.33	-.52	-.46	-.50
Pánico	.74	.77	.78	.71	.76	.73
Fatiga	.63	.76	.71	.74	.69	.78
Insomnio	.59	.60	.61	.66	.62	.58
Suicidio	.66	.67	.64	.53	.75	.65
Ansiedad Social	.70	.73	.71	.76	.68	.65
Irritabilidad	.64	.73	.72	.72	.78	.57
Intrusiones Traumáticas	.70	.72	.72	.67	.77	.67
Pérdida de Apetito	.51	.51	.53	.40	.59	.59
Aumento de Apetito	.25	.43	.46	.40	.28	.37
Varianza común (%)	89.1	97.1	96.1	92.7	91.4	89.0

Nota. Las cargas factoriales $\geq |.30|$ se muestran en negrita.

En el caso del IDAS-II, se ha aplicado ACP sobre muestras combinadas estandarizadas (Watson et al., 2012; Watson y O'Hara, 2017) y AFE sobre muestras de adultos (Nelson et al., 2018; Weitzner et al., 2019). Los resultados de estos trabajos se muestran en la Tabla 1.4.6. Todos los trabajos coincidieron en hallar una estructura conformada por tres factores, denominados Distrés (Factor I), Obsesiones/Miedo (Factor II) y Estado de Ánimo Positivo (Factor III). Sin embargo, las escalas que cargaban en cada factor variaron ligeramente en función de la muestra empleada. Así, el Factor I estuvo conformado en todas las muestras por las escalas Disforia, Fatiga, Irritabilidad, Pánico, Intrusiones Traumáticas, Insomnio, Pérdida de Apetito, Manía, Suicidio y Evitación Traumática. Sin embargo, también cargaron en el Factor I (con cargas superiores a .30): Ansiedad Social (Nelson et al., 2018; Watson et al., 2012; Watson & O'Hara, 2017), Aumento de Apetito (Watson et al., 2012; Weitzner et al., 2019), Claustrofobia (Nelson et al., 2018) y Bienestar (Nelson et al., 2018). Por su parte, el Factor II se conformó en todas las muestras por las tres escalas de TOC, estas son, Limpieza, Ordenación y Comprobación. No obstante, también se englobaron sobre el Factor II, en las muestras combinadas estandarizadas de Watson et al. (2012) y de Watson y O'Hara (2017) Claustrofobia ($\lambda = .60$ y $.58$, respectivamente) y Ansiedad Social ($\lambda = .41$ y $.44$, respectivamente); en la muestra de adultos de Nelson (2018) Manía ($\lambda = .30$), y en la muestra de adultos de Weitzner et al. (2019) Evitación Traumática ($\lambda = .49$), Manía ($\lambda = .36$) y Claustrofobia ($\lambda = .34$). Finalmente, el Factor III se conformó en todas las muestras por Euforia y Bienestar, si bien en las muestras combinadas estandarizadas de Watson et al. (2012) y de Watson y O'Hara (2017) también se englobaba en este factor Manía ($\lambda = .33$ en ambas muestras), y en la muestra de adultos de Weitzner et al. (2019) Disforia ($\lambda = -.31$).

Tabla 1.4.6

Cargas factoriales de las escalas del IDAS-II

Escalas	Watson et al. (2012)			Watson y O'Hara (2017)			Nelson et al. (2018)			Weitzner et al. (2019)		
	Muestra combinada estandarizada			Muestra combinada estandarizada			Adultos			Adultos		
	(n = 4,503)			(n = 4,780)			(n = 1,832)			(n = 323)		
	Factor			Factor			Factor			Factor		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
Disforia	.90	-.01	-.13	.87	.03	-.14	.85	.09	-.29	.86	.11	-.31
Fatiga	.76	-.09	-.01	.71	-.03	-.04	.65	.20	-.25	.69	-.00	-.20
Irritabilidad	.68	.04	.01	.67	.05	.01	.67	.10	.06	.76	-.06	.01
Pánico	.68	.16	.05	.69	.14	.06	.87	-.03	.12	.73	-.03	.13
Intrusiones Traumáticas	.66	.11	-.03	.66	.11	-.03	.83	.01	.02	.69	.14	-.22
Insomnio	.61	.01	.06	.61	.02	.06	.60	.14	-.16	.47	.16	-.05
Pérdida de Apetito	.56	-.04	.04	.62	-.10	.08	.66	-.07	.07	.56	-.09	.02
Manía	.55	.15	.33	.54	.17	.33	.50	.30	.06	.45	.36	.18
Suicidio	.52	.15	-.13	.54	.13	-.12	.81	-.08	-.10	.79	-.12	.13
Evitación Traumática	.47	.25	.00	.46	.25	.01	.68	.09	-.07	.30	.49	-.09
Aumento de Apetito	.32	.16	.08	.23	.27	.03	.23	.28	-.03	.33	.09	-.09
Limpieza	-.04	.72	-.01	-.04	.71	-.00	.18	.52	.13	.16	.50	.24
Ordenación	.03	.69	.10	.00	.71	.09	.06	.71	.16	-.12	.76	.09
Comprobación	.08	.64	.08	.05	.67	.07	-.03	.90	-.09	-.01	1.00	-.12
Claustrofobia	.11	.60	-.10	.13	.58	-.08	.52	.18	.20	.35	.34	.14
Ansiedad Social	.40	.41	-.13	.38	.44	-.15	.66	.18	-.03	.68	-.00	.08
Euforia	.16	.10	.70	.16	.10	.70	.18	.10	.75	.01	.04	.67
Bienestar	-.26	-.04	.69	-.26	-.03	.68	-.36	-.02	.77	-.51	-.02	.62

Nota. Las cargas factoriales $\geq |.30|$ se muestran en negrita.

Evidencias de validez basadas en las relaciones con otras variables: Evidencias convergentes y discriminantes

A las evidencias de validez convergentes y discriminantes aportadas en el desarrollo del IDAS e IDAS-II (Watson et al., 2007, 2012), cabe añadir algunas evidencias adicionales aportadas por trabajos posteriores. Por ejemplo, Watson et al. (2008) calcularon las correlaciones entre las puntuaciones de las escalas de la versión de autoinforme (IDAS) y las puntuaciones de escalas de la versión entrevista (IDAS-CR), en estudiantes universitarios ($n = 303$) y pacientes ($n = 605$). Los valores de correlación entre las escalas que evalúan el mismo constructo oscilaron entre .30 (Bienestar) y .62 (Disforia) en la muestra de estudiantes, y entre .52 (Bienestar) y .71 (Pérdida de Apetito) en la muestra de pacientes, siendo el coeficiente de correlación promedio .51 y .62, respectivamente. Los valores de correlación entre las escalas de Bienestar fueron notablemente inferiores al resto de escalas (los siguientes valores de correlación más bajos fueron .42 y .59 para Irritabilidad en la muestra de estudiantes y de pacientes, respectivamente). Según Watson et al. (2008), los entrevistadores informaban tener menor experiencia en la evaluación del funcionamiento psicológico sano, pues generalmente evalúan la psicopatología y la disfuncionalidad. Aun así, los valores de correlación observados son relativamente altos si se tiene en cuenta que el IDAS-CR solo toma una medida de tres puntos para cada escala (*ausente, subclínico o presente*). Estos resultados respaldan la relación entre las medidas de autoinforme y de entrevista del IDAS. Igualmente, las correlaciones entre las escalas del IDAS y el IDAS-CR que evalúan constructos diferentes permitieron examinar la validez discriminante. Se observó que las correlaciones entre las escalas que evalúan el mismo constructo (e.g., Disforia del IDAS y Disforia del IDAS-CR) fueron más altas que las correlaciones entre escalas que

evalúan constructos diferentes (e.g., Disforia del IDAS y Pánico del IDAS-CR) en ambas muestras (evidencias discriminantes).

El resto de evidencias convergentes y discriminantes adicionales halladas sobre las puntuaciones de las escalas del IDAS-II se concentran en dos trabajos (Dornbach-Bender et al., 2017; Weitzner et al., 2019). El trabajo de Weitzner et al. (2019) correlaciona las puntuaciones de las escalas del IDAS-II con las puntuaciones del GAD-7 (Spitzer et al., 2006), Geriatric Anxiety Inventory (GAI; Pachana et al., 2007), Geriatric Anxiety Scale (GAS; Segal et al., 2010), Geriatric Depression Scale (GDS; Yesavage et al., 1982) y Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Meyer et al., 1990) en una muestra de adultos de entre 55 y 80 años ($n = 323$). Los resultados respaldan las evidencias convergentes y discriminantes para las puntuaciones de la mayoría de las escalas (Weitzner et al., 2019). Así, las escalas del IDAS-II que evalúan ansiedad mostraron generalmente correlaciones más altas con otras escalas que miden ansiedad, frente al GDS, que evalúa depresión. Por ejemplo, las escalas de TOC del IDAS-II (Comprobación, Ordenación y Limpieza) mostraron un valor de correlación más alto con el GAD-7 ($r = .47, .26$ y $.33$, respectivamente), que con el GDS ($r = .33, .17$ y $.19$). Los valores de correlación más altos con el resto de las medidas se observaron para la escala Disforia (r promedio = $.76$) que, de acuerdo con su definición, mostró altos valores de correlación no solo con medidas de depresión, sino también con otras medidas de ansiedad, oscilando entre $.69$ (con el PSWQ) y $.81$ (con el GAS). Por el contrario, los valores de correlación más bajos se observaron para Aumento de Apetito, que en ningún caso superó el valor de correlación de $.30$ (Weitzner et al., 2019).

Por su parte, el trabajo de Dornbach-Bender et al. (2017) compara las puntuaciones de las escalas del IDAS-II con las puntuaciones del IMAS-R (Kotov et al., 2015) en una muestra de estudiantes que habían recibido tratamiento psiquiátrico a lo

largo de su vida ($n = 306$) y en una muestra de pacientes ($n = 426$). Estos resultados igualmente respaldan las evidencias convergentes y discriminantes para la mayoría de escalas del IDAS-II. Las correlaciones entre las escalas del IDAS-II y el IMAS-R que evalúan los mismos constructos fueron generalmente altas, con un promedio de correlaciones que oscila entre .54 (Evitación Traumática del IDAS-II y Evitación del IMAS-R) y .76 (Insomnio del IDAS-II e Insomnio del IMAS-R; Irritabilidad del IDAS-II e Irritabilidad del IMAS-R) entre ambas muestras (evidencias convergentes). Por el contrario, las correlaciones entre las IDAS-II y las escalas del IMAS-R que evalúan constructos diferentes oscilaron entre .43 (Disforia del IDAS-II y Disforia del IMAS-R) y .10 (Manía del IDAS-II y Activación Eufórica de Manía del IMAS-R) entre ambas muestras, siendo inferiores a .30 en la mayoría de las ocasiones (evidencias discriminantes).

Evidencias de validez basadas en las relaciones con otras variables: Relaciones prueba-criterio

Las evidencias de validez basadas en las relaciones prueba-criterio para las escalas del IDAS-II fueron reportadas en el trabajo del desarrollo del instrumento (ver apartado 1.4.1.2 “Desarrollo del IDAS-II”; Watson et al., 2012), no encontrándose trabajos posteriores que amplíen esta fuente de evidencias para el IDAS-II. Por el contrario, si bien las evidencias de validez basadas en las relaciones prueba-criterio no fueron evaluadas en el trabajo de desarrollo del IDAS (Watson et al., 2007), estas sí han sido evaluadas en un trabajo posterior de Watson et al. (2008).

Concretamente, Watson et al. (2008) evaluaron las evidencias de validez basadas en las relaciones prueba-criterio calculando correlaciones biserials entre las puntuaciones de las escalas del IDAS y los diagnósticos del DSM-IV evaluados mediante

la Structured Clinical Interview for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (SCID-IV; First et al., 1997). Se encontraron correlaciones moderadas y altas entre las escalas del IDAS-II y los diagnósticos correspondientes del DSM-IV, que respaldan las evidencias de validez de las relaciones prueba-criterio. Las correlaciones más altas se observaron entre el diagnóstico de TDM y las escalas Depresión General ($r = .62$) y Disforia ($r = .62$), siendo las correlaciones con este trastorno significativamente más altas que con el resto. Por su parte, se encontraron valores de correlación moderados entre la escala Pánico y el trastorno de pánico ($r = .47$), entre la escala Intrusiones Traumáticas y el TEPT ($r = .43$), y entre la escala Ansiedad Social y el trastorno fobia social ($r = .39$). Si bien el TAG mostró las correlaciones más altas con las escalas Depresión General ($r = .37$) y Disforia ($r = .37$), estos valores no son lo suficientemente altos como para respaldar las evidencias de validez prueba-criterio en relación con dicho trastorno.

De forma adicional, el trabajo de Watson et al. (2008) evaluó la validez incremental de las escalas del IDAS frente al BDI-II y el BAI para predecir los diagnósticos del DSM-IV evaluados mediante el SCID-IV aplicando regresión logística. Como resultado, se observó que siete escalas del IDAS contribuían de manera significativa a predecir cinco de los seis trastornos evaluados. Concretamente, Ansiedad Social contribuía a predecir trastorno de fobia social ($OR = 4.29$), Intrusiones Traumáticas ($OR = 3.58$) y Ansiedad Social ($OR = 1.50$) contribuían a predecir a TEPT, Disforia ($OR = 3.47$) contribuía a predecir TDM, Disforia ($OR = 1.97$) e Insomnio ($OR = 1.36$) contribuían a predecir TAG, y Fatiga ($OR = 1.77$) contribuía a predecir trastorno de pánico (ninguna escala del IDAS contribuyó a predecir TOC de manera significativa). Por el contrario, el BDI-II solo contribuyó a predecir de forma estadísticamente significativa el TDM ($OR = 2.45$), pero en menor medida que la escala Disforia del IDAS

($OR = 3.47$). De forma similar, si bien el BDI-II contribuyó a predecir de forma significativa el TAG ($OR = 1.92$), TEPT ($OR = 2.02$) y trastorno de pánico ($OR = 3.07$), solo obtuvo un valor de odds ratio superior al IDAS para predecir el trastorno de pánico ($OR = 3.07$ -BAI- vs. 1.77 -IDAS-). En consecuencia, los resultados respaldan la validez incremental de las escalas del IDAS para predecir cinco trastornos del DSM-IV frente al BDI-II y el BAI.

1.4.4. UTILIDAD CLÍNICA

Las evidencias de fiabilidad y validez señaladas en los apartados anteriores (Nelson et al., 2018; Watson et al., 2007, 2008, 2012; Watson y O'Hara, 2017; Weitzner et al., 2019), indican, en términos globales, que el IDAS e IDAS-II son instrumentos de utilidad para evaluar la severidad de síntomas de depresión, ansiedad y trastorno bipolar en contextos de investigación. Sin embargo, de forma previa a la aplicación del IDAS e IDAS-II en los contextos clínicos, resulta esencial examinar la utilidad clínica.

El análisis de la utilidad clínica de un instrumento implica, entre otras cuestiones, evaluar en qué medida las puntuaciones del instrumento permiten discriminar entre la presencia o ausencia de diferentes trastornos. Igualmente, es importante dotar a los profesionales clínicos de puntos de corte que faciliten el proceso de evaluación de los pacientes en la práctica clínica diaria. Desde esta perspectiva, sería de interés aportar puntos de corte empíricos que permitan identificar, a partir de las puntuaciones del IDAS, cuándo un paciente presenta un determinado trastorno, cuál su nivel de severidad sintomatológica en relación con su grupo de referencia (a partir del percentil al que corresponde en el continuo de gravedad de los síntomas), o cuál es su grado de discapacidad funcional asociada al trastorno (e.g., discapacidad leve, moderada o severa). Estos puntos de corte serían de utilidad en la medida en que permitirían, no solo

monitorear el cambio de la severidad sintomatológica del paciente durante el proceso terapéutico, sino también guiar la toma de decisiones en torno a aspectos tan relevantes como el tipo de tratamiento, la medicación, el alta médica o la baja laboral, de manera eficiente y basada en la evidencia (Kraemer et al., 2004; Widiger & Samuel, 2005). En los siguientes apartados, se exponen los resultados de los dos trabajos que han examinado la utilidad clínica del IDAS e IDAS-II hasta la fecha.

1.4.4.1. BAREMOS

El trabajo que analiza la utilidad clínica del IDAS-II tuvo como objetivo desarrollar los baremos normativos para la versión inglesa del IDAS-II (Nelson et al., 2018). Los baremos constituyen una herramienta de utilidad para la práctica clínica, pues permiten identificar el percentil de severidad sintomatológica concreto que ocupa una persona respecto a su población de referencia. Además, también es posible identificar el nivel de severidad sintomatológica estableciéndose rangos entre dos percentiles (e.g., severidad leve del percentil 70 al 93.99, severidad moderada del percentil 94 al 98.99 o severidad grave del percentil 99 en adelante). Hasta la fecha se han desarrollado los rangos de severidad sintomatológica para las escalas del IDAS (Stasik-O'Brien et al., 2019) y los baremos para las escalas del IDAS-II (Nelson et al., 2018).

Los rangos de severidad para las escalas del IDAS se localizan en la Tabla 9 del trabajo de Stasik-O'Brien et al. (2019). Estos rangos fueron desarrollados a partir de los datos de una amplia muestra combinada ($N = 5,750$) de personas residentes en los estados de Iowa y Nueva York (Estados Unidos) que incluye estudiantes de secundaria, estudiantes universitarios, adultos de población comunitaria, pacientes psiquiátricos, adultos de edad avanzada, personas con diabetes y mujeres que acaban de dar a luz. Se identificaron las puntuaciones T 55, 65 y 75 para la muestra combinada que corresponden,

respectivamente, con los percentiles 70, 94, y 99. De este modo, se considera que una persona presenta un nivel de severidad sintomatológica leve cuando su puntuación está comprendida entre el percentil 70 y 93.99, moderado cuando su puntuación está comprendida entre el percentil 94 y 98.99, y severo cuando su puntuación corresponde con un percentil igual o superior a 99. La disponibilidad de estos rangos permite al profesional clínico identificar de manera rápida el nivel de severidad sintomatológica que presenta el paciente. Así, por ejemplo, bastaría ver la tabla donde se indican los rangos para identificar que un paciente que ha obtenido una puntuación de 18 en la escala Ansiedad Social del IDAS presenta un nivel de severidad leve para ese síntoma.

Los baremos del IDAS-II se encuentran disponibles en las Tablas 5 y 6 del trabajo de Nelson et al. (2018). Estos fueron desarrollados a partir de los datos de una amplia muestra representativa de la población de Estados Unidos en cuanto a sexo, edad y etnia ($N = 1,836$), e indican qué percentil corresponde a cada una de las posibles puntuaciones para cada escala del IDAS-II. En consecuencia, a partir de la puntuación de un sujeto es posible conocer, tanto el percentil concreto de severidad que ocupa la persona respecto a su población de referencia, como el rango de severidad sintomatológica. En este caso, una persona que obtiene una puntuación de 18 en la escala Ansiedad Social del IDAS-II ocuparía el percentil 91, que corresponde con un nivel de severidad sintomatológica leve. Si bien el trabajo de Stasik-O'Brien et al. (2019) ya permitía identificar el rango de severidad para la escala Ansiedad Social, cabe recordar que la composición de esta escala es diferente para el IDAS, donde se conforma de 5 ítems, que para el IDAS-II, donde se conforma por 6 ítems. Además, los baremos aportados por Nelson et al. (2018) permiten identificar también el nivel de severidad para las 7 nuevas escalas incluidas en el IDAS-II, y de un modo más detallado, pues informa sobre el percentil exacto con el que corresponde la puntuación de cada escala y no solo el rango de severidad.

1.4.4.2. PUNTOS DE CORTE DIAGNÓSTICOS

El trabajo que analiza la utilidad clínica del IDAS, además de aportar los rangos de severidad sintomatológica (leve, moderada y grave) para las puntuaciones de las escalas, también examina en qué medida las escalas del IDAS permiten discriminar entre los diferentes trastornos (Stasik-O'Brien et al., 2019). Para este fin, Stasik-O'Brien (2019) desarrollan, por primera vez, puntos de corte diagnósticos que pueden ser empleados para diferentes propósitos (e.g., screening o confirmación del diagnóstico).

Los puntos de corte diagnósticos para las escalas del IDAS, al igual que los rangos de severidad, se desarrollaron a partir de las puntuaciones de la amplia muestra combinada ($N = 5,750$) de personas residentes en los estados de Iowa y Nueva York (Estados Unidos; Stasik-O'Brien et al., 2019). De forma previa a la generación de los puntos de corte, se examinó en qué medida las puntuaciones de las escalas del IDAS permiten discriminar entre la presencia o ausencia de trastornos del DSM-IV y DSM-5, así como predecirlos. Los diagnósticos del DSM-IV fueron evaluados mediante la SCID-IV (First et al., 1997), y los del DSM-5 mediante la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI; Sheehan, 2016).

Para examinar en qué medida las escalas del IDAS discriminan entre la presencia o ausencia de trastornos se empleó el análisis de curvas ROC, donde el valor AUC (area under curve) informa sobre la precisión de la medida para clasificar a los sujetos de acuerdo con el gold standard (i.e., presencia vs. ausencia del diagnóstico; Sharma y Jain, 2014). Valores AUC comprendidos entre .70 y .80 indican discriminación adecuada, valores entre .80 y .90 indican discriminación buena, y valores iguales o superiores a .90 discriminación excelente (Hosmer y Lemeshow, 2000). Para examinar en qué medida las puntuaciones de las escalas predicen los trastornos se aplicaron análisis de regresión logística.

En cuanto a la capacidad de las puntuaciones de las escalas del IDAS para discriminar entre los trastornos del DSM-IV evaluados por la SCID-IV, se encontró que las escalas Depresión General y Disforia presentaban una discriminación buena entre la presencia o ausencia de TDM (AUC = .868 y .873, respectivamente) y de TAG (AUC = .862 y .866), y una discriminación adecuada entre la presencia o ausencia de TEPT (AUC = .789 y .801) y de trastorno de pánico (AUC = .777 y .788). De acuerdo con lo esperado, las escalas Pánico, Ansiedad Social e Intrusiones Traumáticas presentaron el valor más alto de AUC para sus respectivos diagnósticos del DSM-IV (trastorno de pánico, ansiedad social y TEPT), con valores AUC de .808, .792 y .841, respectivamente. De forma similar, las escalas Pánico, Ansiedad Social e Intrusiones Traumáticas contribuían a predecir de forma estadísticamente significativa ($p < .001$) sus respectivos diagnósticos. La capacidad de las puntuaciones de las escalas del IDAS para discriminar entre los trastornos del DSM-5 evaluados por la MINI volvió a mostrar valores de discriminación entre buenos y excelentes, donde los valores AUC oscilaron entre .774 y .938, con un promedio de .867 (Stasik-O'Brien et al., 2019).

Teniendo en cuenta estos resultados, se proporcionaron los puntos de corte diagnósticos para los siguientes trastornos: TDM, trastorno de pánico, fobia social, TETP, fobia específica, y TAG. Las Tablas 6 y 7 del trabajo de Stasik-O'Brien et al. (2019) muestran los puntos de corte para las escalas Depresión General y Disforia, respectivamente. Para cada trastorno se aportaron tres puntos de corte que corresponden con tres propósitos de uso diferentes: screening, equilibrado y diagnóstico. Estos puntos de corte se determinaron en base a los valores de sensibilidad (i.e., tasa de verdaderos positivos), y de especificidad (i.e., tasa de verdaderos negativos). En este sentido, el punto de corte de screening corresponde con la puntuación de la escala más alta que presenta un valor de sensibilidad de al menos .90, el punto de corte equilibrado se sitúa en la

puntuación de la escala que muestra un mayor equilibrio entre los valores de sensibilidad y especificidad, y el punto de corte diagnóstico se sitúa en la puntuación de la escala más baja que presenta un valor de especificidad de al menos .90. Los puntos de corte para los trastornos de fobia social y fobia específica no se pudieron facilitar debido a que los valores de AUC ($AUC = .694$ y $.649$, respectivamente) fueron insuficientes para computarlos. En términos generales, la mayoría de los puntos de corte equilibrados correspondían con puntuaciones dentro del rango de severidad leve, mientras que la mayoría de los puntos de corte diagnósticos correspondían con un rango de severidad moderado (Stasik-O'Brien et al., 2019).

1.4.5. LÍNEAS ABIERTAS DE INVESTIGACIÓN

El IDAS y el IDAS-II son, hasta la actualidad, las únicas medidas de autoinforme que se focalizan en la evaluación de dimensiones internalizantes de forma consistente con el modelo HiTOP (HiTOP Consortium, 2022b). A partir de los apartados anteriores se ha podido conocer que el IDAS y el IDAS-II constituyen instrumentos útiles para evaluar la severidad de síntomas específicos de depresión, ansiedad y trastorno bipolar en contextos clínicos y de investigación (Nelson et al., 2018; Stasik-O'Brien et al., 2019; Watson et al., 2007, 2008, 2012; Watson & O'Hara, 2017; Weitzner et al., 2019). Así, diversos estudios han proporcionado baremos y puntos de corte diagnósticos que permiten a los profesionales clínicos identificar el nivel de severidad sintomatológica de los pacientes de forma rápida, precisa y basada en la evidencia (Nelson et al., 2018; Stasik-O'Brien et al., 2019).

Estas y otras ventajas han favorecido que el IDAS y el IDAS-II hayan sido ampliamente empleados en la literatura. Así, la base de datos SCOPUS identifica un total

de 570 trabajos que han mencionado el “Inventory of Depression and Anxiety Symptoms” en alguno de sus apartados, cuando se realiza una búsqueda desde el año de publicación de la primera versión del IDAS (2007) hasta la actualidad (el 31 de marzo de 2023). No obstante, la cifra de trabajos que, de acuerdo con SCOPUS, mencionan “Inventory of Depression and Anxiety Symptoms” en el título, el resumen o palabras claves durante el mismo periodo (desde 2007 hasta el 31 de marzo de 2023) se reduce a 67. En la Tabla Suplementaria 1 del Anexo 1 se revisan los aspectos más relevantes de los 67 trabajos identificados de acuerdo con el último criterio de búsqueda, si bien también se incluyen en esta tabla otros trabajos citados por estos 67 estudios que igualmente emplearon el IDAS o el IDAS-II. La revisión de esta muestra de artículos tiene como fin la identificación de las principales aplicaciones que se ha dado al IDAS y al IDAS-II en la literatura científica.

Entre los trabajos identificados en la literatura que se muestran en la Tabla Suplementaria 1 del Anexo 1, se encuentran artículos que emplean solo algunas escalas (e.g., Burani y Nelson, 2020; Duffecy et al., 2022; Foli et al., 2016), o bien la totalidad de las escalas del IDAS o el IDAS-II (e.g., Forbush et al., 2018; Miller & O’Hara, 2020), para abordar objetivos que van desde el análisis de la relación entre síntomas de depresión y/o ansiedad y otros constructos (e.g., Khoo et al., 2020; Latzman et al., 2019; Orouji et al., 2022; Santos et al., 2021), hasta el análisis de la eficacia de intervenciones en mujeres que acaban de dar a luz (e.g., Duffecy et al., 2022; O’Hara et al., 2019). Cabe destacar la identificación de dos trabajos que invierten las puntuaciones de la escala Bienestar para evaluar anhedonia (Jimenez et al., 2022; Schiller et al., 2022). Además, la escala Bienestar con las puntuaciones invertidas, junto a la escala Disforia, han servido de base para el desarrollo del Ecological Momentary Assessment Scales (EMA; Jimenez et al., 2022), un instrumento que permite captar las rápidas fluctuaciones

sintomatológicas a partir de versiones abreviadas de las escalas de Bienestar y Disforia. Estos trabajos ponen de manifiesto cómo la aplicación del IDAS y del IDAS-II ha contribuido a numerosos avances en contextos de investigación, y ha facilitado una evaluación más precisa y exhaustiva de los síntomas internalizantes en contextos clínicos. Sin embargo, aún existen múltiples líneas abiertas de investigación en relación con este instrumento.

Por ejemplo, si bien se han encontrado varios trabajos que aplican el IDAS en español (Bakhshaie et al., 2017, 2018; Kaminer et al., 2022; Zvolensky et al., 2015, 2016), hasta la fecha no se han examinado las propiedades psicométricas para esta versión. Resulta pues, necesario adaptar el IDAS-II al español y examinar sus propiedades psicométricas para poder emplear el instrumento sobre la población española.

Asimismo, para que la versión en español del IDAS-II pueda ser aplicada en contextos clínicos, también haría falta desarrollar los baremos que permitan interpretar la severidad sintomatológica a partir de las puntuaciones de las escalas. Autores como Ruggero et al. (2019) o Kotov et al. (2021) sugieren incorporar rangos de severidad (e.g., normal, leve, moderada o severa) al modelo HiTOP, de forma similar a las categorías que ya se aplican en otros ámbitos de la medicina (e.g., presión sanguínea, colesterol o peso), y como ya se ha hecho para la versión inglesa del IDAS (Stasik-O'Brien et al., 2019).

Por otro lado, aunque varios estudios han examinado la utilidad clínica del IDAS y del IDAS-II (Nelson et al., 2018; Stasik-O'Brien et al., 2019), no nos consta la existencia de trabajos que hayan proporcionado puntos de corte para las escalas en relación con la discapacidad funcional. A pesar de que la depresión y ansiedad son los trastornos mentales que se asocian a más años de vida con discapacidad a nivel mundial (GBD Mental Disorders Collaborators, 2022; Whiteford et al., 2013), la discapacidad funcional no es contemplada por el modelo HiTOP (Kotov et al., 2022), debiendo

evaluarse de forma separada a partir de instrumentos como la WHODAS 2.0 (Kotov et al., 2022; Ruggero et al., 2019; WHO, 2010). Para facilitar la identificación de la discapacidad asociada a cada síntoma, el consorcio HiTOP propone desarrollar estudios empíricos que determinen rangos para las puntuaciones de los síntomas en base a criterios de discapacidad (Ruggero et al., 2019). En este sentido, sería conveniente realizar futuros estudios que aporten puntos de corte para que los profesionales clínicos puedan identificar la discapacidad funcional asociada a cada síntoma a partir de las puntuaciones del IDAS-II. Estos puntos de corte facilitarían, asimismo, la toma de decisiones clínicas en torno a aspectos tan relevantes como el alta médica o la baja laboral (Kraemer et al., 2004; Widiger & Samuel, 2005).

Finalmente, en la medida en que el IDAS-II evalúa síntomas de depresión y ansiedad empleando el mismo marco temporal y formato de respuesta, este instrumento resulta idóneo para examinar las relaciones entre los síntomas de estos trastornos desde la perspectiva del análisis de redes. La aplicación del análisis de redes a las puntuaciones del IDAS-II contribuiría, no solo a explicar las elevadas tasas de comorbilidad observadas entre los trastornos de depresión y ansiedad, sino también a esclarecer el modo en que los síntomas co-ocurren de forma empírica para dar lugar a los trastornos (Cramer et al., 2010; Jones et al., 2019). La escasez de evidencias en torno a la co-ocurrencia entre los síntomas es el motivo principal por el que los trastornos constituyen un elemento provisional del modelo HiTOP en la actualidad (Conway et al., 2021), por lo que el aporte de evidencias en este sentido resulta especialmente relevante para el modelo. Por último, la aplicación de análisis de redes a las puntuaciones del IDAS-II también permitiría ampliar evidencias de validez basadas en la estructura interna, teniendo en cuenta la equivalencia estadística que existe entre los análisis de redes y los análisis factoriales (van Bork et al., 2021). Un trabajo previo que aplica análisis de redes sobre las puntuaciones

del IDAS, encuentra que los síntomas del IDAS se engloban bajo una misma estructura comunitaria en las cinco muestras estudiadas (Funkhouser et al., 2020). Este resultado es consistente con la estructura factorial del IDAS, donde todas las escalas quedan englobadas en un mismo factor (Watson et al., 2007; Watson & O'Hara, 2017). Sin embargo, hasta la fecha no se ha examinado la estructura comunitaria de los síntomas del IDAS-II para su posterior contraste con la estructura factorial del instrumento.

La presente tesis doctoral intenta dar respuesta a algunas de estas carencias o necesidades. En el siguiente capítulo se desarrollan los objetivos general y específicos, así como la metodología empleada en la tesis.

CAPÍTULO 2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN Y PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

2.1. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

2.1.1. OBJETIVO GENERAL

De acuerdo con lo expuesto en el capítulo anterior, los trastornos internalizantes en general, y la depresión y la ansiedad en particular, constituyen en la actualidad los trastornos mentales más prevalentes a nivel mundial, con una importante repercusión sobre la sociedad en términos de discapacidad, calidad de vida, economía e incluso mortalidad (Gao et al., 2019; GBD Mental Disorders Collaborators, 2022; Vieta et al., 2021; Wilmer et al., 2021). Esta situación ha llevado a la ONU a incluir la salud mental dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible a nivel global (United Nations, 2015), y a la OMS a demandar más recursos en materia de salud mental con los que poder hacer frente al incremento de casos de depresión y ansiedad acontecido tras la pandemia del COVID-19 (WHO, 2022b, 2022a).

Para dar respuesta a esta urgente demanda, es de especial relevancia determinar el nivel de severidad sintomatológica de las personas con depresión y ansiedad, que permita determinar el tipo y la intensidad de recursos que precisa cada paciente (Kraemer et al., 2004; Widiger & Samuel, 2005). Sin embargo, la literatura especializada ha mostrado que los instrumentos de evaluación de depresión y de ansiedad tradicionales que habitualmente se utilizan presentan importantes limitaciones. En primer lugar, la literatura ha evidenciado que algunas medidas no discriminan entre los trastornos de depresión y de ansiedad (Bados et al., 2005; Ibáñez et al., 2010; Segal et al., 2010; Yu et al., 2019). En segundo lugar, diversos autores (e.g., Fried & Nesse, 2015a; Shafer, 2006; Watson et al., 2007) señalan que algunas escalas ampliamente utilizadas, como el CES-D (Roadolff, 1977) o la HDRS (Hamilton, 1960), no cubren la evaluación de todos los criterios diagnósticos para TDM del DSM-IV o el DSM-5. En tercer lugar, se ha

criticado que la mayoría de las medidas de depresión se limitan a proporcionar una puntuación global de severidad del trastorno que ignora la heterogeneidad entre pacientes, de modo que dos personas que presentan la misma puntuación global pueden diferir ampliamente en cuanto a su sintomatología (e.g., Fried, 2017; Fried et al., 2014; Fried & Nesse, 2015b).

Con el propósito de superar estas y otras limitaciones señaladas respecto a los instrumentos de evaluación tradicionales, Watson et al. (2007) desarrollan el Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS). La segunda versión del instrumento, el IDAS-II (Watson et al., 2012), permite evaluar la severidad de síntomas de depresión, ansiedad y trastorno bipolar. Desde su desarrollo hasta la actualidad, un amplio número de trabajos han contribuido a ampliar las evidencias de fiabilidad y validez de las puntuaciones del IDAS-II, que respaldan su uso para evaluar síntomas internalizantes de forma eficiente (e.g., Dornbach-Bender et al., 2017; Kaye et al., 2022; Weitzner et al., 2019). El IDAS-II no solo logra reunir evidencias que respaldan la validez discriminante de las puntuaciones de sus escalas, sino que además cubre todos los criterios diagnósticos de depresión proporcionando puntuaciones específicas para cada síntoma, lo cual permite abordar la heterogeneidad entre los pacientes (Watson et al., 2007, 2012). Además, las evidencias señalan que este instrumento sería una buena medida dentro de las recientes aproximaciones teóricas en psicopatología, como es el modelo HiTOP (HiTOP Consortium, 2022b; Kotov et al., 2017).

El IDAS-II se encuentra disponible en inglés (Watson et al., 2012), turco (Irak & Albayrak, 2020) y alemán (Wester et al., 2022). Además, la versión inglesa del IDAS-II dispone de baremos y puntos de corte diagnósticos que permiten a los profesionales clínicos identificar el nivel de severidad sintomatológica de los pacientes de forma rápida, precisa y basada en la evidencia (Nelson et al., 2018; Stasik-O'Brien et al., 2019). A pesar

de sus múltiples ventajas, en la fecha de inicio de esta tesis doctoral no se cuenta con una adaptación del IDAS-II al castellano.

Teniendo presente lo anterior, el **objetivo general** de esta tesis doctoral es estudiar las propiedades psicométricas de la versión del IDAS-II adaptada al contexto e idioma español aportando evidencias de fiabilidad y validez de sus puntuaciones, proporcionar baremos para la interpretación de sus puntuaciones y aportar evidencias sobre su utilidad clínica en pacientes con problemas de salud mental. Los objetivos específicos establecidos para alcanzar el objetivo general se muestran en el siguiente apartado.

2.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Como se ha expuesto anteriormente, el Inventory of Depression and Anxiety Symptoms-II (IDAS-II) ha mostrado buenas propiedades psicométricas en términos de evidencias de fiabilidad y validez en sus distintas versiones (i.e., inglés, turco y alemán; Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2012; Wester et al., 2022), constituyendo uno de los instrumentos de evaluación de síntomas internalizantes que mejor se enmarca en el modelo HiTOP (HiTOP Consortium, 2022b; Kotov et al., 2017). Es por ello que el **primer objetivo específico** de la presente tesis doctoral es estudiar las propiedades psicométricas de la versión adaptada al contexto e idioma español del IDAS-II. Concretamente se definen los siguientes subobjetivos específicos:

- Subobjetivo 1.1. Estimar la fiabilidad de las puntuaciones de la versión española del IDAS-II analizándola bajo la perspectiva de la consistencia interna.
- Subobjetivo 1.2. Estimar fiabilidad de las puntuaciones de la versión española del IDAS-II como estabilidad de las puntuaciones, a través del estudio de la correlación test-retest con un intervalo de una semana.

- Subobjetivo 1.3. Aportar evidencias de validez basadas en la estructura interna del test a partir de las evidencias empíricas encontradas en las versiones inglesa, turca y alemana del IDAS-II (Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2012; Wester et al., 2022) y de la estructura jerárquica del modelo HiTOP (Kotov et al., 2017).
- Subobjetivo 1.4. Aportar evidencias de validez basadas en la relación con otras variables: grado de asociación de las puntuaciones de la versión española del IDAS-II con otras medidas de depresión, ansiedad, hipomanía, TEPT y TOC.

En segundo lugar, a lo largo de las últimas décadas, la literatura ha puesto de manifiesto las elevadas tasas de comorbilidad que caracterizan a los trastornos de depresión y ansiedad (Brown et al., 2001; Caspi et al., 2020; Kessler et al., 2015; Lamers et al., 2011). Una explicación a la comorbilidad la aporta la estructura jerárquica del modelo HiTOP, donde las dimensiones de orden superior de la jerarquía capturan las características comunes a los trastornos comórbidos que se agrupan en ellas. Esta estructura jerárquica ha sido desarrollada a partir de la evidencia acumulada en estudios basados en análisis factoriales, que analizan cómo los diferentes trastornos correlacionan entre sí agrupándose en un mismo factor. Por ejemplo, las evidencias señalan que los trastornos de depresión, ansiedad, TEPT, fobias, trastorno de pánico, TOC y trastorno bipolar, quedan agrupados en un mismo factor (De Jonge et al., 2018; Eaton, Krueger, et al., 2013; Forbush & Watson, 2013; Girard et al., 2017; Kotov et al., 2015; Levin-Aspenson et al., 2019; Mitchell et al., 2014; Olinio et al., 2018; Scott et al., 2020), que el modelo HiTOP denomina espectro Internalizante (Kotov et al., 2017). Sin embargo, recientes aproximaciones analíticas en el ámbito de la psicopatología (Borsboom, 2017; Borsboom et al., 2019; Borsboom & Cramer, 2013; Cramer et al., 2010) enfatizan el análisis de las relaciones directas e interacciones entre los síntomas como método de

comprender el fenómeno psicopatológico y la comorbilidad entre trastornos. De esta manera, el estudio de las relaciones directas entre los síntomas de depresión y de ansiedad podrían contribuir a complementar la comprensión acerca de las comorbilidades observadas en relación a estos trastornos (Cramer et al., 2010; Jones et al., 2019). Por ello, el **segundo objetivo específico** de esta tesis es analizar las relaciones entre los síntomas internalizantes evaluados por la versión española del IDAS-II a partir del análisis de redes empíricas. Concretamente se definen los siguientes subobjetivos específicos:

- Subobjetivo 2.1. Examinar la estructura de las relaciones entre los síntomas implicados en trastornos emocionales evaluados por la versión española del IDAS-II.
- Subobjetivo 2.2. Aportar evidencias de validez basadas en la estructura interna, atendiendo a la agrupación de los diferentes síntomas en estructuras comunitarias que sean compatibles con los modelos teóricos y las evidencias empíricas ya citadas.
- Subobjetivo 2.3. Explorar la influencia de cada síntoma sobre el resto de los síntomas del IDAS-II que conforman la red.
- Subobjetivo 2.4. Identificar los síntomas puente entre estructuras comunitarias que podrían explicar la comorbilidad.

En tercer lugar, para facilitar la aplicación del IDAS-II en los contextos clínicos, es necesario proveer a los profesionales clínicos de baremos. A partir de los baremos, los profesionales pueden identificar el percentil de severidad sintomatológica que ocupa cada persona respecto a su población de referencia (e.g., percentil 75) y el nivel de severidad

sintomatológica con el que corresponde (e.g., severidad leve del percentil 70 al 93.99, severidad moderada del percentil 94 a 98.99 o severidad grave del percentil 99 en adelante; e.g., Nelson et al., 2018; Stasik-O'Brien et al., 2019). La información proporcionada por los baremos sirve pues de guía para la toma de decisiones en torno a aspectos tan relevantes como el tipo de tratamiento, la medicación, el alta médica o la baja laboral, de manera eficiente y basada en la evidencia (Kraemer et al., 2004; Widiger & Samuel, 2005). Hasta la fecha, se han desarrollado los baremos y los rangos de severidad para las escalas de la versión inglesa del instrumento (Nelson et al., 2018; Stasik-O'Brien et al., 2019). Sin embargo, los baremos que permitan identificar la severidad sintomatológica de los pacientes a partir de las puntuaciones de la versión española del IDAS-II no han sido desarrollados hasta el momento de la realización de la presente tesis doctoral. Por tanto, el **tercer objetivo específico** de esta tesis es desarrollar los baremos normativos para la versión española del IDAS-II. Concretamente, se definen los siguientes subobjetivos específicos:

- Subobjetivo 3.1. Desarrollar los baremos normativos para la versión española del IDAS-II a partir de los datos de una muestra comunitaria.
- Subobjetivo 3.2. Analizar las relaciones entre las variables sexo y edad y las puntuaciones de las escalas del IDAS-II, considerando tanto la significación estadística como el tamaño del efecto.
- Subobjetivo 3.3. Si en consonancia con la literatura (Bromet et al., 2011; Patten et al., 2016) se encuentra que las puntuaciones de las escalas difieren de forma significativa en función del sexo y la edad, se elaborarán baremos diferenciados por sexo y edad para cada escala del IDAS-II.

Una vez desarrollados baremos a partir de los datos de la muestra comunitaria, el siguiente paso sería determinar la capacidad de las puntuaciones de las escalas del IDAS-II para discriminar entre muestras de pacientes y muestras comunitarias. Para ello, es preciso establecer los puntos de corte clínicos que discriminan entre ambas muestras (pacientes y comunitaria) para cada escala (Jacobson & Truax, 1991), donde puntuaciones superiores al punto de corte clínico indicarían una mayor disfuncionalidad para todas las escalas excepto Bienestar, en cuyo caso los valores superiores al punto de corte clínico indicarían una mayor funcionalidad. Si bien la capacidad de discriminar entre muestras de pacientes y muestras comunitarias resulta un aspecto crucial en la práctica clínica, igualmente relevante es poder discriminar entre los distintos grados de funcionalidad (High et al., 2019). La discriminación entre los diferentes grados de funcionalidad cobra especial importancia en los trastornos de depresión y de ansiedad, los trastornos mentales asociados a más años de vida con discapacidad a nivel mundial (e.g., GBD Mental Disorders Collaborators, 2022; Whiteford et al., 2013). En este contexto, es frecuente observar que la sintomatología más severa de estos trastornos está generalmente asociada a una mayor discapacidad (Hammer-Helmich et al., 2018; Hasin et al., 2018; Morin, Nelson, et al., 2020). Debido a ello, la discapacidad es, hoy día, otro de los principales criterios a considerar a la hora de determinar la necesidad del tratamiento del paciente (APA, 2013). Para evaluar la discapacidad, diversas instituciones, como la APA (2013) o el consorcio HiTOP (Ruggero et al., 2019), recomiendan el empleo de la WHODAS 2.0 (WHO, 2010), una medida estandarizada que permite evaluar la discapacidad asociada a los trastornos mentales de acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Dada la relevancia de esta medida, cada día son más los autores que abogan por que los tests y las escalas que evalúan los trastornos mentales también proporcionen información

sobre la relación de las puntuaciones con otros constructos como la discapacidad funcional o la calidad de vida (Fried et al., 2022; McKnight & Kashdan, 2009). Esta reclamación cobra especial relevancia en el caso de las medidas de depresión y de ansiedad, por la fuerte influencia que estos trastornos tienen sobre la discapacidad y el funcionamiento diario (GBD Mental Disorders Collaborators, 2022; Rapaport et al., 2005). En este sentido, sería conveniente que las puntuaciones del IDAS-II proporcionasen también información sobre la discapacidad del paciente. Desde una perspectiva clínica, esta información facilita la toma de decisiones en torno al tratamiento, la administración de medicación, la hospitalización o las bajas laborales (Kraemer et al., 2004; Sharma, 2021). Por todo ello, el **cuarto objetivo específico** de esta tesis es analizar la utilidad clínica de la versión española del IDAS-II en cuanto a su capacidad para discriminar entre muestras de pacientes y muestras comunitarias, así como entre diferentes niveles de discapacidad funcional (evaluada mediante la WHODAS 2.0).

- Subobjetivo 4.1. Examinar la capacidad de la versión española del IDAS-II para discriminar entre muestras comunitarias y muestras de pacientes.
- Subobjetivo 4.2. Determinar los puntos de corte clínicos que discriminan entre muestras comunitarias y muestras de pacientes para cada escala del IDAS-II en su versión española.
- Subobjetivo 4.3. Determinar los puntos de corte para las escalas de la versión española del IDAS-II asociados a una discapacidad moderada y severa, de acuerdo con la CIF, sobre la muestra completa (evaluada mediante la WHODAS 2.0).
- Subobjetivo 4.4. Identificar las escalas de la versión española del IDAS-II que contribuyen a explicar en mayor medida la discapacidad, de acuerdo con la puntuación total de la WHODAS 2.0.

2.1.3. HIPÓTESIS

A continuación, se detallan las hipótesis establecidas para cada objetivo en base a la revisión de la literatura. Para el objetivo específico 1 se establecen las siguientes hipótesis:

- Hipótesis 1.1. Se espera encontrar valores de consistencia interna superiores a .70 en la mayoría de escalas (Nunnally & Bernstein, 1994), de acuerdo con estudios previos (e.g., Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2012; Watson & O'Hara, 2017; Wester et al., 2022).
- Hipótesis 1.2. La estabilidad de las puntuaciones con el estudio test-retest en el intervalo de una semana presentará valores de correlación iguales o superiores a .70 (Joiner et al., 2005), en la línea de estudios previos (e.g., Watson et al., 2007; Watson & O'Hara, 2017).
- Hipótesis 1.3. Se espera que las escalas de la versión española del IDAS-II se organicen en tres factores (Distrés, Obsesiones/Miedo y Estado de Ánimo Positivo) de forma similar a las versiones inglesa, turca y alemana del instrumento (Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2012; Wester et al., 2022). Asimismo, se espera que los tres factores queden englobados bajo un factor de segundo orden Internalizante, de forma análoga a la estructura jerárquica del modelo HITOP (Kotov et al., 2017).
- Hipótesis 1.4. Se espera encontrar correlaciones altas y positivas entre las puntuaciones del IDAS-II y las puntuaciones de otras medidas de depresión, ansiedad, trastorno bipolar, TEPT y TOC que evalúan los mismos constructos (e.g., Irak & Albayrak, 2018; Watson et al., 2007, 2008, 2012; Watson & O'Hara, 2017). Concretamente, se espera observar correlaciones altas y positivas entre las escalas del IDAS-II Depresión General, Disforia, Fatiga, Suicidio, Insomnio,

Pérdida de Apetito, Aumento de Apetito e Irritabilidad con la puntuación total del BDI; Pánico, Ansiedad Social y Claustrofobia con la puntuación total del BAI; Manía y Euforia con la puntuación total del HCL-32; Intrusiones Traumáticas y Evitación Traumática con la puntuación total del PCL-C; y Comprobación, Ordenación y Limpieza con la puntuación total del OCI-R.

En relación con el objetivo específico 2, se establecen las siguientes hipótesis:

- Hipótesis 2.1. Los síntomas de depresión y de ansiedad estarán altamente relacionados entre sí, agrupándose en una misma subestructura comunitaria de la red global, y mostrarán menos relaciones con los síntomas de trastorno bipolar y de TOC (Bekhuis et al., 2016; McElroy, Fearon, et al., 2018).
- Hipótesis 2.2. Los síntomas evaluados por el IDAS-II se agruparán en tres estructuras comunitarias, de forma consistente con la agrupación de dichos síntomas en tres subfactores (Distrés, Obsesiones/Miedo y Estado de Ánimo Positivo), de acuerdo a la estructura factorial de las versiones inglesa, turca y alemana del IDAS-II (Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2012; Wester et al., 2022) y la estructura jerárquica del modelo HITOP (Kotov et al., 2017).
- Hipótesis 2.3. Los síntomas que muestren una influencia más fuerte serán Disforia para depresión (Funkhouser et al., 2020), Intrusiones Traumáticas para TEPT (Contractor et al., 2020; Gilbar, 2020; Segal et al., 2020; Yang et al., 2021), y Comprobación y Ordenación para TOC (Olatunji et al., 2019; R. T. Zhang et al., 2019).
- Hipótesis 2.4. Los síntomas que actuarán como puente entre las estructuras comunitarias estarán relacionados con irritabilidad y tristeza (Afzali et al., 2017; Wichers et al., 2021).

En relación con el objetivo específico 3, se establecen las siguientes hipótesis:

- Hipótesis 3.1. Se espera que los baremos desarrollados para la versión española del IDAS-II sean más similares a los baremos aportados por Nelson et al. (2018), también desarrollados sobre muestras comunitarias, que a los aportados por Stasik-O'Brien et al. (2019), desarrollados a partir de una muestra combinada que incluía pacientes y muestras comunitarias.
- Hipótesis 3.2. Se espera encontrar diferencias estadísticamente significativas en función del sexo y la edad para las puntuaciones de las escalas del IDAS-II (Bromet et al., 2011; Patten et al., 2016).

En relación con el objetivo específico 4, se establecen las siguientes hipótesis:

- Hipótesis 4.1. En consonancia con estudios previos (Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2012; Watson & O'Hara, 2017), se espera que las puntuaciones de la muestra de pacientes sean más elevadas que aquellas de la muestra comunitaria, especialmente en las escalas Depresión General y Disforia, que presentarán mayores tamaños del efecto.
- Hipótesis 4.2. Se espera que el valor del punto de corte de cada escala permita discriminar de forma fiable entre la muestra de pacientes y la muestra comunitaria, de modo que el intervalo de confianza de ese valor no se superponga con el valor de la media de la muestra comunitaria (funcional), ni con el valor de la media de la muestra de pacientes (disfuncional; Jacobson & Truax, 1991).
- Hipótesis 4.3. Aunque los puntos de corte para los niveles de discapacidad moderada y severa no se han establecido en estudios previos, se espera que todas las escalas presenten una capacidad discriminativa adecuada (valores AUC >.7).

- Hipótesis 4.4. De forma similar a Tanner et al. (2019), se espera que las escalas asociadas a mayor grado de discapacidad funcional sean Fatiga, Depresión General y Ansiedad Social.

2.2. METODOLOGÍA GENERAL

2.2.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente estudio aplica un diseño observacional transversal con un único momento de evaluación.

2.2.2. PARTICIPANTES

Estimación del tamaño muestral requerido para la consecución de los objetivos

Para dar respuesta al **primer objetivo específico** se requiere la aplicación de distintas técnicas analíticas, como la estimación del coeficiente alfa de Cronbach, correlaciones y AFC. La técnica que requiere un mayor tamaño muestral es el AFC. De acuerdo con Nunnally (1967), se necesita un mínimo de 10 observaciones por cada variable, mientras que otros autores establecen un criterio más exigente de 20 observaciones por cada variable (Schumacker & Lomax, 2016). Tomando como referencia el criterio más exigente, y teniendo en cuenta que el IDAS-II se compone de 18 escalas, para cumplir con el primer objetivo específico se requiere un tamaño muestral mínimo de 360 participantes.

Para abordar el **segundo objetivo específico** de la tesis, es necesario emplear una muestra heterogénea en cuanto a la severidad en la sintomatología evaluada. Es por ello que se empleará una muestra mixta, conformada a partir de una muestra comunitaria representativa de la población española mayor de 18 años y de una muestra de pacientes de las Unidades de Salud Mental Comunitaria de la provincia Huelva. Con el propósito de aumentar la representatividad en el continuo de severidad sintomatológica, esta muestra mixta incluirá tanto pacientes que tienen al menos un diagnóstico, como pacientes sin diagnóstico.

El tamaño muestral de la muestra comunitaria necesaria para responder al segundo objetivo se determina en base a dos criterios: 1) el tamaño muestral necesario para la obtención de análisis de redes empíricas estables; y 2) asegurar que la muestra sea representativa de la población española. La estimación del tamaño muestral para el análisis de redes viene establecido, de acuerdo con Bühlmann y van der Geer (2011), por la siguiente fórmula: $(p(p-1)/2)*5$, siendo 'p' el número de variables que conforman la red. El IDAS-II se conforma de 18 escalas que evalúan síntomas internalizantes. Para poder contrastar las hipótesis propuestas utilizaremos 18 como número de variables ($p = 18$), y tras la aplicación de la fórmula el tamaño muestral resultante es de 765 personas. Por otro lado, atendiendo al criterio de representatividad de la población española, un error muestral del $\pm 3\%$, y un intervalo de confianza del 95%, el tamaño muestral necesario es de 1,068 personas. Por lo tanto, este será el tamaño muestral previsto para la muestra comunitaria. Este tamaño muestral será estratificado por sexo y edad.

El tamaño muestral de pacientes necesarios para el segundo objetivo de la tesis se determina a partir del número de pacientes atendidos por las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) de la provincia de Huelva. De acuerdo con el último informe disponible al inicio del proyecto de tesis (correspondiente al año 2017), en las consultas

de las Unidades de Salud Mental Comunitaria de la provincia de Huelva se atendieron un total de 16,620 personas (59.05% mujeres; datos no publicados del Servicio Andaluz de Salud [SAS], reflejados en el Plan Integral Operativo de Salud Mental, y extraídos de la base de datos de usuarios del SAS, los dispositivos asistenciales por Unidades de Gestión Clínica y provincia, y la actividad asistencial de las USMC). A partir de los datos señalados, si se adopta un margen de error de $\pm 5\%$, un intervalo de confianza del 95% y una distribución del 75%, el tamaño muestral necesario para completar el estudio es de 284 pacientes. Sobre este número de pacientes, se prevé un 5% de valores perdidos en el total de datos recogidos que dificulte los análisis en alguno de los objetivos específicos. Para solventar los problemas de potencia estadística derivada de este hándicap, se decide incrementar un 5% el tamaño muestral ($n = 14$). Por ello, la muestra final de pacientes estará compuesta por, al menos, 298 pacientes.

Teniendo en cuenta el tamaño muestral estimado para la muestra comunitaria ($n = 1,068$) y para la muestra de pacientes ($n = 298$), la muestra mixta final prevista para responder al segundo objetivo específico es de 1,366 participantes.

Para responder al **tercer objetivo específico**, es preciso emplear una muestra comunitaria representativa la población española mayor de 18 años. Debido a ello, se empleará la misma muestra comunitaria descrita para el segundo objetivo específico, de modo que se requiere un tamaño muestral mínimo de 1,068 personas.

Finalmente, para dar respuesta al **cuarto objetivo específico**, es preciso emplear una muestra comunitaria representativa de la población española, y una muestra de pacientes. Aunque estas muestras coinciden con las necesarias para responder al segundo objetivo específico, para responder al cuarto objetivo (establecer el punto de corte que discrimina entre muestras comunitarias y pacientes), es necesario emplear una muestra

comunitaria y una muestra de pacientes que sean claramente diferentes entre sí. En este sentido, la muestra de pacientes que se empleará para abordar el cuarto objetivo estará conformada por pacientes que cumplan los criterios diagnósticos para al menos un trastorno mental. Para ello, se empleará la misma muestra comunitaria y de pacientes que el segundo objetivo, con la diferencia de que a la muestra de pacientes se aplicará un criterio de exclusión adicional (i.e., se excluirán aquellos pacientes que no cumplen los criterios suficientes para el diagnóstico de algún trastorno mental).

Descripción sociodemográfica de las distintas muestras utilizadas

Para el desarrollo de esta tesis se han empleado cinco muestras de participantes diferentes. El presente apartado describe las principales características sociodemográficas de cada muestra, que se resumen en Tabla 2.2.3.

Tabla 2.2.3

Variables sociodemográficas de cada muestra

Variable	Muestra 1 (n = 378)	Muestra 2 (n = 620)	Muestra 3 (n = 1,072)	Muestra 4 (n = 329)	Muestra 5 (n = 318)
Población	Estudiantes	Comunitaria	Comunitaria	Pacientes	Pacientes
Edad <i>M (DT)</i>	20.94 (3.06)	42.52 (14.32)	44.32 (14.68)	38.98 (14.36)	39.09 (14.33)
Mujeres	57.9 %	48.1 %	50 %	63.5 %	64.9 %
Empleo	12.9 %	54.5 %	62 %	45.5 %	36.2 %

La **muestra 1** estuvo conformada por 378 estudiantes universitarios, seleccionados mediante muestreo por conveniencia entre estudiantes de la Universidad de Huelva. Los criterios de exclusión para la muestra de estudiantes eran: 1) presentar algún diagnóstico médico o psicológico que imposibilite la administración de las pruebas, y 2) no firmar el consentimiento informado. Del total de la muestra, el 57.9% eran mujeres

($n = 219$), y la edad de los participantes osciló entre 17 y 49 años ($M = 20.94$; $DT = 3.06$). Por lo que respecta a la situación laboral, el 12.9% informaron estar en situación de empleo remunerado.

La **muestra 2** estuvo conformada por 620 adultos de población comunitaria, seleccionados mediante procedimientos de muestreo no probabilísticos en la provincia de Huelva (España). El 50.16% ($n = 311$) fueron seleccionados mediante muestreo accidental entre los asistentes a talleres formativos para adultos y centros de servicios sociales en la provincia de Huelva. El resto de los participantes que conformaban la muestra fueron seleccionados mediante muestreo por bola de nieve, reclutados entre familiares y conocidos de estudiantes universitarios de Grado en Psicología de la Universidad de Huelva. El criterio de inclusión para esta muestra comunitaria era tener al menos 18 años de edad. Los criterios de exclusión eran: 1) presentar algún diagnóstico médico o psicológico que imposibilite la administración de las pruebas, y 2) no firmar el consentimiento informado. Del total de la muestra, el 51.9% ($n = 322$) de los participantes eran hombres, y la edad osciló entre 18 y 70 años ($M = 42.52$; $DT = 14.32$). Por lo que respecta a la situación laboral, el 54.5% del total de participantes informaron estar en situación de empleo remunerado. Respecto al nivel educativo, el 22.4% había completado educación secundaria o formación profesional y el 37% había completado educación superior (doctorado, máster o grado universitario).

La **muestra 3** estuvo conformada por 1,072 adultos de población comunitaria, seleccionados mediante muestreo aleatorio estratificado (margen de error $\pm 3\%$, con un intervalo de confianza del 95%), dividido en estratos representativos de la población española por sexo, edad (comprendidas entre 18 y 75 años) y área geográfica de España. Los participantes de esta muestra fueron seleccionados de entre 155,000 panelistas de una empresa especializada en administración de encuestas online (Netquest), que habían sido

previamente reclutados mediante muestreo aleatorio en la población española. El criterio de inclusión para esta muestra comunitaria era tener al menos 18 años de edad. Los criterios de exclusión eran: 1) presentar algún diagnóstico médico o psicológico que imposibilite la administración de las pruebas, 2) presentar algún diagnóstico de trastorno mental, y 3) no firmar el consentimiento informado. Del total de la muestra, el 50% ($n = 535$) eran mujeres, y la edad osciló entre 18 y 75 años ($M = 44.32$; $DT = 14.68$). Por lo que respecta a la situación laboral, el 62% estaba en situación de empleo remunerado. Respecto al nivel educativo, el 40% había completado educación secundaria o formación profesional y el 46% había completado educación superior (doctorado, máster o grado universitario). Por lo que respecta a la representatividad geográfica, la muestra estaba distribuida de la siguiente forma: noroeste (Galicia y Asturias), 9%; centro norte (País Vasco y Cantabria), 9%; noreste (Aragón, Cataluña y La Rioja), 12%; centro (Castilla La Mancha, Castilla León, Madrid y Extremadura), 10%; este (Valencia, Murcia e Islas Baleares), 15%; sur (Andalucía), 19%; área metropolitana de Madrid, 12%; área metropolitana de Barcelona, 9%; e islas Canarias, Ceuta y Melilla, 5%.

La **muestra 4** estuvo conformada por 329 pacientes del servicio de salud mental, de los cuales unos tienen al menos un diagnóstico y otros pacientes no, seleccionados mediante procedimientos de muestreo no probabilístico entre pacientes de servicios de salud mental públicos y privados en la provincia de Huelva (España), hasta el 30 de julio de 2021. Los criterios de inclusión para la muestra de pacientes eran: 1) tener una edad comprendida entre 18 y 80 años, y 2) estar en tratamiento en un servicio de salud mental durante la recogida de datos. Los criterios de exclusión eran: 1) presentar algún diagnóstico médico o psicológico que imposibilite la administración de las pruebas, y 2) no firmar el consentimiento informado. Del total de la muestra, el 63.5% eran mujeres ($n = 209$), y la edad osciló entre 18 y 80 años ($M = 38.98$; $DT = 14.36$). Por lo que respecta

a la situación laboral, el 45.5% informaron estar en situación de empleo remunerado. Respecto al nivel educativo, el 37.4% había completado educación secundaria o formación profesional y el 18% había completado educación superior (doctorado, máster o grado universitario). En relación con los diagnósticos, el 90.88% ($n = 299$) de la muestra cumplió los criterios diagnósticos para al menos un trastorno mental de acuerdo con el DSM-5 (APA, 2013) y el 32.52% ($n = 107$) presentaba comorbilidad diagnóstica. La Tabla 2.2.1 muestra los diagnósticos presentes en la muestra 4 ($n = 329$). Las categorías diagnósticas más frecuentes fueron los trastornos depresivos (35.87%) y los trastornos de ansiedad (31.31%).

Tabla 2.2.1

Distribución de diagnósticos del DSM-5 en la muestra 4 ($n = 329$)

Diagnósticos del DSM-5	<i>N</i>	% sobre el total de pacientes ($n = 329$)
Trastornos del desarrollo neurológico	25	7.60
Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	23	6.99
Trastorno bipolar y trastornos relacionados	12	3.65
Trastornos depresivos	118	35.87
Trastornos de ansiedad	103	31.31
Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados	9	2.74
Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés	77	23.40
Trastornos disociativos	2	0.61
Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados	2	0.61
Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos	6	1.82
Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta	5	1.52
Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos	11	3.34
Trastornos de la personalidad	30	9.12
No cumplen criterios diagnósticos	30	9.12

La **muestra 5** estuvo conformada por 318 pacientes que cumplían los criterios para al menos un trastorno mental de acuerdo con el DSM-5 (APA, 2013). Estos fueron seleccionados mediante procedimientos de muestreo no probabilístico entre pacientes de servicios de salud mental públicos y privados en la provincia de Huelva (España), hasta el 17 de febrero de 2022. Los criterios de inclusión para la muestra de pacientes eran: 1) tener una edad comprendida 18 y 80 años, y 2) estar en tratamiento en un servicio de salud mental durante la recogida de datos. Los criterios de exclusión eran: 1) presentar algún diagnóstico médico o psicológico que imposibilite la administración de las pruebas, 2) no haber sido diagnosticado de ningún trastorno mental, y 3) no firmar el consentimiento informado. Para la selección de esta muestra se partió de un conjunto de 357 casos que incluía los casos de la muestra 3 ($n = 329$ pacientes), y otros casos de participantes que habían sido reclutados en una etapa posterior del proyecto ($n = 28$). No obstante, tras la aplicación de los criterios de exclusión, el conjunto de datos inicial ($n = 357$) se redujo en 39 casos, dando lugar a la muestra final de 318 pacientes. Del total de la muestra ($n = 318$), el 64.9% eran mujeres ($n = 206$), y la edad osciló entre los 18 y 80 años ($M = 39.09$; $DT = 14.33$). Por lo que respecta a la situación laboral, el 36.2% informaron estar en situación de empleo remunerado. Respecto al nivel educativo, el 67.3% había completado educación secundaria o formación profesional y el 18.2% había completado educación superior (doctorado, máster o grado universitario). En relación con los diagnósticos, el 36.2% ($n = 115$) presentaba comorbilidad diagnóstica. La Tabla 2.2.2 muestra los diagnósticos presentes en la muestra 5 ($n = 318$). Las categorías diagnósticas más frecuentes fueron los trastornos depresivos (38.99%) y trastornos de ansiedad (35.53%).

Tabla 2.2.2

Distribución de diagnósticos del DSM-5 en la muestra 5 (n = 318)

Diagnósticos del DSM-5	N	% sobre el total de pacientes (n = 318)
Trastornos del desarrollo neurológico	30	9.43
Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	22	6.92
Trastorno bipolar y trastornos relacionados	12	3.77
Trastornos depresivos	124	38.99
Trastornos de ansiedad	113	35.53
Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados	15	4.72
Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés	77	24.21
Trastornos disociativos	4	1.26
Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados	2	0.63
Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos	6	1.89
Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta	6	1.89
Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos	11	3.46
Trastornos de la personalidad	29	9.12
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica	2	0.63

Distribución de muestras utilizadas en cada objetivo

A continuación, se indica las muestras empleadas para responder a cada objetivo específico de la tesis, que se resumen en la Tabla 2.2.4.

Tabla 2.2.4

Muestras empleadas para cada objetivo

	Muestra 1 (N = 378)	Muestra 2 (N = 620)	Muestra 3 (N = 1,072)	Muestra 4 (N = 329)	Muestra 5 (N = 318)
Objetivo 1	X	X			
Objetivo 2		X	X	X	
Objetivo 3			X		
Objetivo 4			X		X

Para responder al **primer objetivo específico**, estudiar las propiedades psicométricas de la versión adaptada al contexto e idioma español del IDAS-II, se emplearon las muestras 1 y 2 del proyecto conformadas, respectivamente, por 378 estudiantes universitarios y 620 adultos de población comunitaria. Una submuestra de estudiantes ($n = 100$) seleccionados mediante muestreo por conveniencia volvió a completar el IDAS-II siete días después de la primera administración de la prueba, constituyendo la muestra para el análisis de la fiabilidad test-retest necesaria para abordar el subobjetivo 1.2 (estimar la fiabilidad de las puntuaciones de la versión española del IDAS-II como estabilidad de las puntuaciones, a través del estudio de la correlación test-retest con un intervalo de una semana).

Por otro lado, el **segundo objetivo específico**, analizar las relaciones entre los síntomas internalizantes evaluados por la versión española del IDAS-II a partir de análisis de redes, requería incrementar la variabilidad de las puntuaciones para representar el continuo dimensional de severidad desde la normalidad hasta la patología. En consecuencia, para responder al segundo objetivo se empleó una muestra mixta ($N = 2,021$) conformada por 1,692 adultos de muestras comunitarias y 329 pacientes con y sin diagnóstico, procedentes de las muestras 2, 3 y 4 del proyecto. Se verificó la equivalencia entre la muestra 2 y la muestra 3 (i.e., la muestra comunitaria de 620 adultos y la muestra comunitaria de 1,072 adultos).

Para dar respuesta al **tercer objetivo específico**, que consistía en desarrollar los baremos normativos para la versión española del IDAS-II, se empleó la muestra 3 del proyecto, esta es, una muestra comunitaria de 1,072 adultos.

Finalmente, el **cuarto objetivo específico** perseguía analizar la utilidad clínica de la versión española del IDAS-II en cuanto a su capacidad para discriminar entre muestras

de pacientes y muestras comunitarias, así como entre diferentes niveles de discapacidad funcional. Para responder a este objetivo se empleó una muestra mixta ($N = 1,390$) conformada por una muestra comunitaria de 1,072 y una muestra de 318 pacientes que cumplieran los criterios diagnósticos para al menos un trastorno mental, procedentes de las muestras 3 y 5, respectivamente.

2.2.3. INSTRUMENTOS

A continuación, se detallan los instrumentos empleados en esta investigación.

En primer lugar, todos los participantes respondieron a la versión adaptada al español del Inventory of Depression and Anxiety Symptoms-II (IDAS-II; Watson et al., 2012). El proceso de adaptación del IDAS-II al español cuenta con la autorización de los autores de la versión original y se inicia tras la valoración de las condiciones previas que establece la International Test Commission (ITC, 2017) para la aplicabilidad del instrumento al contexto español, por parte de miembros del equipo de investigación y una psiquiatra con experiencia en evaluación e intervención con pacientes. El proceso de adaptación se realizó considerando las particularidades lingüísticas, psicológicas y culturales tanto de la cultura de origen, como de la cultura española. Inicialmente, tres miembros del equipo de investigación tradujeron de forma independiente los ítems del IDAS-II. Tras ello, se calcularon las tasas de acuerdo sobre las traducciones resultantes. Se alcanzó el 100% de acuerdo para 73 de los 99 ítems y el 66% para los 26 ítems restantes. Los ítems que mostraron discrepancias fueron discutidos con el objetivo de alcanzar un consenso sobre la redacción. A continuación, se presentaron los ítems originales en inglés junto a las traducciones propuestas para los 99 ítems a una psiquiatra con residencia y trayectoria profesional en Estados Unidos y dominio tanto del idioma

El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II (IDAS-II)

español como del inglés. Esta psiquiatra debía seleccionar aquellas propuestas de traducción que considerara más adecuadas conceptualmente respecto a su significado en inglés. Asimismo, podía proponer una redacción alternativa. Los 99 ítems propuestos por el equipo de investigación fueron considerados apropiados por la psiquiatra. De forma adicional, el equipo de investigación introdujo pequeñas modificaciones en algunos ítems (principalmente formas verbales), que fueron incorporadas a los 99 ítems finalmente administrados (De la Rosa-Cáceres et al., 2020). La versión final de la adaptación del IDAS-II al español se muestra en el Anexo 2.

Los 99 ítems que conforman el IDAS-II permiten evaluar la severidad de síntomas de depresión, ansiedad y trastorno bipolar durante las últimas dos semanas. Cada ítem cuenta con cinco categorías de respuesta ordenadas de 1 (*en absoluto*) hasta 5 (*extremadamente*), donde los participantes puntúan la severidad de sus síntomas durante las últimas dos semanas. Los 99 ítems del IDAS-II se agrupan en 18 escalas específicas (i.e., Disforia, Fatiga, Insomnio, Suicidio, Pérdida de Apetito, Aumento de Apetito, Bienestar, Irritabilidad, Manía, Euforia, Pánico, Ansiedad Social, Claustrofobia, Intrusiones Traumáticas, Evitación Traumática, Comprobación, Ordenación y Limpieza), y una escala general (Depresión General). Puntuaciones más altas indican mayor severidad sintomatológica en todas las escalas excepto Bienestar, donde puntuaciones más altas indican mayor bienestar. Los análisis de fiabilidad revelaron que los valores del coeficiente alfa de Cronbach de las escalas del IDAS-II oscilaron entre .71 y .89 en la muestra 1, entre .71 y .91 en la muestra 2, entre .72 y .91 en la muestra 3, entre .74 y .91 en la muestra 4 y entre .71 y .91 en la muestra 5.

Para el **estudio de evidencias de validez** de las puntuaciones del IDAS-II basadas en la relación con otras variables (subobjetivo 1.4), los participantes de la muestra 1 (378 estudiantes universitarios) y de la muestra 2 (620 adultos de población comunitaria), completaron de forma adicional los siguientes instrumentos:

El Inventario de Depresión de Beck-II (Beck Depression Inventory-II [BDI-II]; Beck et al., 1996; Sanz, Perdigón, et al., 2003). El BDI-II permite evaluar la presencia y la severidad de la sintomatología depresiva durante las últimas dos semanas. Este instrumento se compone de 21 ítems con cuatro categorías de respuestas ordenadas de 0 a 3 y proporciona una puntuación global que oscila entre 0 y 63 puntos. Puntuaciones iguales o superiores a 29 puntos son indicativas de depresión grave. Los análisis de fiabilidad proporcionaron un valor del coeficiente alfa de Cronbach de .89 en la muestra 1 y de .90 en la muestra 2.

El Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory [BAI]; Beck & Steer, 1990; Sanz & Navarro, 2003). El BAI permite evaluar la severidad de la sintomatología ansiosa durante los últimos siete días a partir de 21 ítems con cuatro categorías de respuestas ordenadas de 0 (*ninguno*) a 3 (*grave*). El BAI proporciona una puntuación global comprendida entre 0 y 63 puntos, donde puntuaciones iguales o superiores a 30 puntos son indicativas de ansiedad grave. Los análisis de fiabilidad proporcionaron un valor del coeficiente alfa de Cronbach de .91 en la muestra 1 y de .93 en la muestra 2.

La Lista de Valoración de Hipomanía-32 (Hypomania Check List-32 [HCL-32]; Angst et al., 2005; Vieta et al., 2007). El HCL-32 evalúa los síntomas de hipomanía. Este instrumento se compone de 32 ítems con formato de respuesta dicotómica (*sí/no*), mediante los cuales el participante debe indicar la presencia o ausencia de determinados episodios hipomaniacos durante un periodo en el que estuviera en un estado de ánimo elevado. En relación con la interpretación de las puntuaciones, 14 o más respuestas

El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II (IDAS-II)

afirmativas indicaría un screening positivo. Los análisis de fiabilidad mostraron un valor del coeficiente alfa de Cronbach de .77 en la muestra 1 y de .83 en la muestra 2.

La Lista de Verificación del Trastorno de Estrés Postrumático (Post-traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version [PCL-C]; Orlando & Marshall, 2002; Weathers et al., 1993). El PCL-C permite evaluar los síntomas de TEPT. Este instrumento está compuesto por 17 ítems con cinco categorías de respuestas ordenadas de 1 (*para nada*) a 5 (*extremadamente*), a partir de las cuales cada participante debe indicar el grado de molestia que le ha generado cada síntoma de TEPT desde el suceso traumático. Incluye síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos B (reexperimentación intrusiva), C (evitación) y D (activación) del DSM-IV para TEPT. La puntuación total (comprendida entre 17 y 85 puntos) se obtiene mediante la suma de todos los ítems. Una puntuación total igual o superior a 45 puntos indica una alta severidad de síntomas de TEPT. Los análisis de fiabilidad mostraron un valor del coeficiente alfa de Cronbach de .94 en la muestra 1 y de .93 en la muestra 2.

El Inventario de Obsesiones y Compulsiones-Revisado (Obsessive-Compulsive Inventory-Revised [OCI-R]; Foa et al., 2002; Fullana et al., 2005). El OCI-R permite evaluar la severidad de síntomas de TOC durante el último mes a partir de 18 ítems con cinco categorías de respuesta ordenadas de 1 (*en absoluto*) a 5 (*muchísimo*). Los ítems del instrumento se organizan en seis subescalas: Lavado, Obsesión, Acumulación, Orden, Comprobación y Neutralización. El OCI-R proporciona una puntuación global comprendida entre 0 y 72 puntos, donde puntuaciones iguales o superiores a 21 puntos indican presencia probable de TOC. Los análisis de fiabilidad proporcionaron un valor del coeficiente alfa de Cronbach de .89 en la muestra 1 y de .90 en la muestra 2.

Para **analizar la utilidad clínica** de la versión española del IDAS-II en cuanto a su capacidad para discriminar entre diferentes niveles de discapacidad funcional (cuarto objetivo específico), los participantes de la muestra 3 (1,072 adultos de población comunitaria) y de la muestra 5 (318 pacientes), completaron de forma adicional el Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (the World Health Organization Disability Assessment Schedule II; WHODAS 2.0, WHO, 2000) en su versión española de 12 ítems (Vázquez-Barquero et al., 2000).

La WHODAS 2.0 permite evaluar la discapacidad funcional durante los últimos 30 días (Üstün et al., 2010). La WHODAS 2.0 fue desarrollada a partir de un conjunto de ítems de la CIF para evaluar discapacidad funcional. Cada ítem se puntúa en una escala Likert de 5 puntos, de 0 (*ninguna*) a 4 (*extrema o no puede hacerlo*), que califica la dificultad experimentada por el participante a la hora de realizar una determinada tarea. Este instrumento proporciona una puntuación global que oscila entre 0 y 100 puntos, diferenciando entre ninguna discapacidad (0–4 puntos), discapacidad leve (5–24), discapacidad moderada (25–49), discapacidad severa (50–95) y discapacidad extrema (96–100) según la clasificación de la CIF (WHO, 2013). El análisis de fiabilidad mostró un valor del coeficiente alfa de Cronbach de .88 en la muestra 5 (318 pacientes).

Finalmente, todos los participantes respondieron a un conjunto de preguntas sobre **variables sociodemográficas** relativas al sexo, edad, nivel educativo, situación laboral y estado civil.

2.2.4. PROCEDIMIENTO

A continuación, se detalla el procedimiento seguido para administrar los instrumentos a las distintas muestras del proyecto. La administración de las pruebas a las muestras 1, 2, 4 y 5 fue llevada a cabo por una psicóloga entrenada para tal fin. Los

estudiantes (muestra 1) completaron las pruebas en un aula de la Universidad de Huelva en grupos reducidos con una duración aproximada de entre 25 y 40 minutos, mientras que los adultos de la población comunitaria (muestra 2) completaron las pruebas en salas habilitadas en los distintos centros de servicios sociales y centros de formación en los que habían sido reclutados. Los pacientes (muestras 4 y 5) completaron las pruebas en sesiones individuales en despachos localizados en los centros donde habían sido reclutados. Todos los participantes fueron informados sobre la naturaleza anónima y voluntaria de su participación en el estudio antes de firmar el consentimiento informado. Los participantes de la muestra de pacientes fueron gratificados por su participación con un vale regalo canjeable.

La recogida de datos de la muestra 3 fue llevada a cabo por una compañía especializada en encuestas online (Netquest), acreditada con estándares de calidad ISO-26362 (estándar de calidad para la gestión de investigación online). La tasa de participación fue del 96.84% de los panelistas invitados a participar. Se aseguró la equivalencia respecto a las personas que no respondieron. En caso de que un participante declinara la participación, se invitaba a participar a otra persona que cumpliera los criterios de inclusión. De forma previa a la administración de los instrumentos, cada participante completó un pre-test que valoraba su capacidad lectora y comprensiva para comprobar que no emitía respuestas automáticas. Una vez se había determinado la adecuación de la persona para completar las pruebas, cada participante completó el IDAS-II y la WHODAS 2.0 de forma online. Todos los participantes fueron informados sobre la naturaleza anónima y voluntaria de su participación en el estudio antes de firmar el consentimiento informado. La empresa encargada de la selección y la recogida de datos gratificó la participación de los panelistas con un vale canjeable por regalos.

2.2.5. ANÁLISIS DE DATOS

En relación con el **primer objetivo específico**, que persigue estudiar las propiedades psicométricas de la versión adaptada al contexto e idioma español del IDAS-II, se realizaron los siguientes análisis estadísticos.

En primer lugar, se emplearon estadísticos descriptivos para la caracterización de ambas muestras. Asimismo, se calcularon las medias y desviaciones típicas de las escalas que conforman el IDAS-II. La discriminación de los ítems se examinó mediante el cálculo de la correlación ítem-total corregida entre cada ítem y su subescala. La fiabilidad como consistencia interna (**subobjetivo 1.1**) fue estimada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, y también a través del procedimiento de dos mitades con corrección de Spearman-Brown. Para estimar la fiabilidad como estabilidad temporal de las puntuaciones (test-retest; **subobjetivo 1.2**) se calcularon las correlaciones entre las puntuaciones de los participantes en el IDAS-II tomadas en el intervalo de una semana.

Las evidencias de validez basadas en la estructura interna de las escalas del IDAS-II (**subobjetivo 1.3**) se analizaron mediante un AFC en la muestra de estudiantes y en la muestra comunitaria de adultos. Siguiendo los análisis realizados para el desarrollo de las versiones inglesa, turca y alemana del instrumento (Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2012; Wester et al., 2022), el AFC se realizó a partir de las puntuaciones medias de las 18 escalas específicas que componen el IDAS-II. Cabe señalar que Manía y Ansiedad Social presentaron cargas factoriales cruzadas en el AFE de Watson et al. (2012). Dado que la aplicación de AFC requiere determinar inicialmente la ubicación de estas escalas, y considerando que el objetivo era aportar evidencias basadas en la estructura interna atendiendo también a la estructura jerárquica del modelo HiTOP (Kotov et al., 2017), la ubicación de Manía y Ansiedad Social en el modelo a contrastar se determinó en base a su ubicación en la jerarquía del modelo HiTOP (Kotov et al., 2017) y al contenido de cada

escala (Watson et al., 2012). Así el modelo factorial contrastado incluye Ansiedad Social en el factor Obsesiones/Miedo, y Manía en el factor Estado de Ánimo Positivo, que corresponde con el factor Manía del modelo HiTOP (Kotov et al., 2017; Watson et al., 2012). Igualmente, de acuerdo con el modelo HiTOP y la acumulación de evidencias que lo apoyan (Kotov et al., 2017) la escala Bienestar se incluyó en el factor Distrés con las puntuaciones invertidas. Tras la introducción de estas modificaciones, se aplicó un AFC sobre una estructura conformada por un factor de segundo orden (Internalizante) que engloba tres factores (Distrés, Obsesiones/Miedo y Estado de Ánimo Positivo), donde el factor Distrés engloba las escalas Disforia, Fatiga, Insomnio, Suicidio, Pérdida de Apetito, Aumento de Apetito, Irritabilidad, Pánico, Intrusiones Traumáticas, Evitación Traumática y Bienestar, el factor Obsesiones/Miedo engloba las escalas Ansiedad Social, Claustrofobia, Comprobación, Ordenación y Limpieza, y el factor Estado de Ánimo Positivo engloba las escalas Manía y Euforia.

El análisis preliminar de los datos reveló la ausencia de normalidad multivariada en la muestra de estudiantes (Coeficiente de Mardia = 36.34) y en la muestra comunitaria (Coeficiente de Mardia = 63.42). Congruentemente, se utilizó el procedimiento de mínimos cuadrados con estimadores robustos para el AFC. Se usaron los siguientes estadísticos para evaluar el ajuste del modelo: el estadístico χ^2 de bondad de ajuste de Satorra-Bentler, el error cuadrático medio de aproximación (Root Mean Squared Error of Approximation; RMSEA), el índice de ajuste comparativo (Comparative Fit Index; CFI) de Bentler (1990) y el índice de ajuste no normado (Non-Normed Fit Index; NNFI). De acuerdo con Hu y Bentler (1999), valores de CFI y NNFI $\geq .95$ y valores de RMSEA $< .06$ indican un buen ajuste, y valores de CFI y NNFI $\geq .90$ y valores de RMSEA $< .08$ indican un ajuste adecuado.

Finalmente, para estudiar las evidencias de validez basadas en la relación con otras variables (**subobjetivo 1.4**) se calculó el coeficiente de correlación de Pearson entre las puntuaciones de las escalas IDAS-II y las puntuaciones de los otros instrumentos (BDI-II, BAI, HCL-32, PCL-C y OCI-R) que también evalúan depresión, ansiedad, hipomanía, TEPT y TOC.

En relación con el **segundo objetivo específico**, que persigue analizar las relaciones entre los síntomas internalizantes evaluados por la versión española del IDAS-II a partir de análisis de redes empíricas, se realizaron los siguientes análisis estadísticos.

En primer lugar, se analizó la normalidad multivariada de los datos. Los resultados revelaron la ausencia de normalidad multivariada para asimetría (Mardia = 8092.19) y curtosis (Mardia = 89.62). Para examinar la estructura de las relaciones entre los síntomas evaluados por el IDAS-II (**subobjetivo 2.1**), se estimó la red y sus propiedades mediante el algoritmo Graphical Least Absolute Shrinkage and Selection Operator (GLASSO; Friedman et al., 2008), en combinación con el modelo de selección Extended Bayesian Information Criterion (EBIC; Chen & Chen, 2008), aplicado sobre la transformación no paramétrica (Liu et al., 2009) del conjunto de datos. El hiperparámetro γ de EBIC se estableció en 0.5. La disposición de los nodos en la red se estableció mediante el algoritmo Fruchterman-Reingold (Fruchterman & Reingold, 1991).

La muestra seleccionada fue dividida aleatoriamente en dos submuestras: una muestra de estimación ($n = 1,010$) y una muestra de replicación ($n = 1,011$). El tamaño muestral de la muestra de estimación ($n = 1,010$) fue adecuado para la estimación de la red en base a los análisis de simulación (Epskamp et al., 2018). La detección de las estructuras comunitarias para examinar las evidencias de validez basadas en la estructura interna (**subobjetivo 2.2**) se llevó a cabo mediante el algoritmo walktrap (Pons & Latapy, 2005) y el número óptimo de pasos se fijó usando el valor de modularidad de la

agrupación más alto. Valores de modularidad superiores a .30 indican la presencia de una estructura comunitaria significativa en la red (Clauset et al., 2004). El índice de modularidad resultante de la solución gráfica exploratoria fue comparado con el índice de modularidad de la estructura del factorial contrastada en el estudio de adaptación (De la Rosa-Cáceres et al., 2020; factores: Distrés, Obsesiones/Miedo y Estado de Ánimo Positivo) para identificar la división comunitaria más óptima entre estas.

Para explorar la influencia de cada síntoma sobre el resto de los síntomas del IDAS-II que conforman la red (**subobjetivo 2.3**) se estimaron cuatro medidas de inferencia local: Fuerza, Influencia Esperada de un paso (one-step Expected Influence; EI1), Influencia Esperada de dos pasos (two-step Expected Influence; EI2) y Predictibilidad del nodo (Haslbeck & Waldrop, 2020; Robinaugh et al., 2016). Fuerza y EI son medidas relativas de centralidad que informan sobre las relaciones de cada nodo con el resto de la red. Para calcular Fuerza se suman los valores absolutos de los pesos de las aristas de cada nodo (i.e., síntoma; McNally, 2016), mientras que para calcular EI se tiene en cuenta el signo de los pesos (positivo o negativo; Robinaugh et al., 2016). EI2 tiene en cuenta, además, las relaciones con los nodos con los que se relaciona de forma indirecta (Robinaugh et al., 2016). EI se presenta como una medida de centralidad más fiable y precisa frente a Fuerza conforme aumenta el número de aristas negativas de la red, ya que también tiene en cuenta las relaciones negativas o inhibitorias con el resto de nodos (Hallquist et al., 2021; Robinaugh et al., 2016; Wang et al., 2019). Por su parte, la Predictibilidad es una medida absoluta de interconexión que indica la proporción de varianza de cada nodo que es explicada por sus nodos vecinos (Haslbeck & Fried, 2017).

Para identificar los síntomas puente entre estructuras comunitarias que podrían explicar la comorbilidad (**subobjetivo 2.4**), se estimaron tres índices de centralidad puente (Jones, 2020; Jones et al., 2019): Fuerza Puente, que indica la conectividad total

del nodo con nodos de otras comunidades con los que se relaciona directamente; EI1 Puente, que indica el incremento general en la activación del nodo con nodos de otras comunidades con los que se relaciona directamente; y EI2 Puente, que, al igual que EI1 puente, indica el incremento general en la activación de otras comunidades, pero en este caso teniendo también en cuenta el efecto en nodos de otras comunidades con los que se relaciona indirectamente. Por último, se identificaron los nodos o síntomas puente aplicándose un punto de corte en el percentil 80 de Fuerza Puente (Jones et al., 2019).

La precisión de las relaciones estimadas en la red se obtuvo calculando los valores de los pesos de las aristas con un intervalo de confianza (CI) del 95% a partir de un remuestreo no paramétrico con submuestras repetidas 1,000 veces (Epskamp et al., 2018). Por otro lado, la estabilidad de los índices de centralidad de la red se evaluó mediante un procedimiento de remuestreo extrayendo submuestras con menor tamaño muestral, que proporciona un coeficiente de correlación de estabilidad (correlation-stability coefficient; CS-coefficient). Valores de CS-coefficient $< .25$ indican una estabilidad insuficiente de la red, valores $\geq .25$ indican una estabilidad moderada, y valores $> .5$ indican una estabilidad e interpretabilidad fuerte (Epskamp et al., 2018).

Una vez que la red había sido estimada sobre la muestra de estimación ($n = 1,010$), los resultados fueron replicados sobre la muestra de replicación ($n = 1,011$) y se compararon ambas redes mediante la prueba de comparación de redes (empleando submuestras repetidas 5,000 veces; van Borkulo et al., 2022). Se analizó la invarianza de la estructura de la red atendiendo a las diferencias entre las aristas de ambas redes (estadístico M); y la invarianza de la fuerza global, basada en la diferencia en fuerza global (la suma de los pesos absolutos de todas las aristas) entre ambas redes (estadístico S). Dado que la prueba de invarianza de la red global mostró un resultado significativo, se estimó de forma adicional la prueba de invarianza de las aristas (van Borkulo et al., 2022).

En relación con el **tercer objetivo específico**, que persigue desarrollar los baremos normativos para la versión española del IDAS-II, se realizaron los siguientes análisis estadísticos.

En primer lugar, se comprobó la normalidad de las puntuaciones globales de las 19 escalas del IDAS-II mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov con la corrección Lilliefors. Ninguna escala del IDAS-II seguía una distribución normal, donde la escala Suicidio mostró valores de asimetría (3.65) y curtosis (16.48) especialmente alejados de la normalidad. La fiabilidad como consistencia interna fue estimada mediante el coeficiente alfa de Cronbach y el coeficiente omega. De forma previa a la generación de las puntuaciones estandarizadas, se determinó la unidimensionalidad de las escalas del IDAS-II. Para ello, se calcularon varios índices de unidimensionalidad: (a) porcentaje de varianza explicada por el primer factor, considerando que la escala es unidimensional si el primer factor explica al menos el 40% de la varianza de todos los ítems (Carmines & Zeller, 1979); (b) el número de dimensiones determinado por el la prueba del MAP (minimum average partial; Velicer, 1976; Velicer et al., 2000); (c) el método de análisis paralelo de Horn (1965); (d) la técnica de comparación de datos (comparison data; CD) de Ruscio y Roche (2012); (e) índices de ajuste de AFC para un modelo unidimensional, como RMSEA, la raíz cuadrada media residual (the Root Mean Square Residual; RMSR), el Índice de Tucker-Lewis (Tucker Lewis Index; TLI) y CFI. Valores de RMSEA y RMSR < .06 y valores de CFI y TLI > .95 indican buen ajuste, y valores de RMSEA y RMSR < .08 y valores de CFI y TLI > .90 indican ajuste adecuado (Hu & Bentler, 1999).

Tras haberse demostrado suficiente evidencia de unidimensionalidad de las escalas del IDAS-II, se desarrollaron los baremos normativos (**subobjetivo 3.1**) a partir de la generación de los percentiles y las puntuaciones *T* de cada escala para la muestra completa. Se llevaron a cabo varias pruebas de comparación de medias (pruebas *t* y

ANOVAs) para examinar si había diferencias en función del sexo y la edad (**subobjetivo 3.2**). En todas las pruebas de comparación de medias se tuvo en cuenta la significación estadística y el tamaño del efecto. De acuerdo con Cohen (Cohen, 1988, 1992) valores d de Cohen comprendidos entre $|0.20|$ y $|0.49|$ indican un tamaño del efecto pequeño, valores comprendidos entre $|0.50|$ y $|0.79|$ indican un tamaño del efecto medio; y valores superiores a $|0.80|$ indican un tamaño del efecto alto. Los valores de Eta cuadrado comprendidos entre $|0.01|$ y $|0.05|$ representan tamaños del efecto pequeños; valores comprendidos entre $|0.06|$ y $|0.13|$ indican tamaños del efecto medios; y valores superiores a $|0.14|$ indican tamaños del efecto alto (Cohen, 1988, 1992). Las pruebas de comparación de medias mostraron que las puntuaciones de las escalas diferían significativamente en función del sexo y la edad. En consecuencia, se generaron los percentiles y las puntuaciones T de cada escala diferenciados por sexo y edad (i.e., hombres entre 18 y 44 años, hombres entre 45 y 75 años, mujeres entre 18 y 44 años y mujeres entre 45 y 75 años; **subobjetivo 3.3**).

En relación con el **cuarto objetivo específico**, que persigue analizar la utilidad clínica de la versión española del IDAS-II en cuanto a su capacidad para discriminar entre muestras de pacientes y muestras comunitarias, así como entre diferentes niveles de discapacidad funcional, se realizaron los siguientes análisis estadísticos.

En primer lugar, para evaluar la capacidad de las puntuaciones del IDAS-II para discriminar entre muestras de pacientes y muestras comunitarias (**subobjetivo 4.1**), se comenzó por calcular las medias y las desviaciones típicas para las escalas del IDAS-II y la puntuación total de la WHODAS 2.0 en cada muestra por separado. Seguidamente, se aplicó la prueba t para muestras independientes para examinar las diferencias entre ambas muestras y la d de Cohen para calcular el tamaño del efecto. De acuerdo con Cohen (1988,

1992), valores d de Cohen superiores a $|0.20|$, $|0.50|$, y $|0.80|$ representan tamaños del efecto pequeños, medios y altos, respectivamente.

En segundo lugar, para establecer el punto de corte clínico que discrimina entre muestras comunitarias y muestras de pacientes (**subobjetivo 4.2**), se aplicó la fórmula de Jacobson y Truax (1991) sobre los datos de la muestra comunitaria (grupo funcional) y la muestra de pacientes (grupo disfuncional):

$$c = \frac{M_D \cdot DT_F + M_F \cdot DT_D}{DT_D + DT_F}$$

donde M_D es la media del grupo de pacientes, DT_D es la desviación típica del grupo de pacientes (que se espera que sea más disfuncional), M_F es la media del grupo de la muestra comunitaria, y DT_F es la desviación típica del grupo de la muestra comunitaria (que se espera que sea más funcional). Para cada punto de corte se estimó un intervalo de confianza del 95%. Valores de las escalas del IDAS-II superiores al punto de corte clínico indican puntuaciones más disfuncionales para todas las escalas excepto Bienestar, donde valores superiores al punto de corte clínico indican puntuaciones más funcionales.

En tercer lugar, para evaluar la capacidad de las puntuaciones del IDAS-II para explicar la discapacidad funcional, se agruparon los datos de ambas muestras (comunitaria y pacientes) con el propósito de incrementar la variabilidad. Siguiendo la clasificación de la CIF, puntuaciones superiores a 25 en la WHODAS 2.0 fueron usadas para clasificar a personas con discapacidad moderada, y puntuaciones superiores a 50 para clasificar a personas con discapacidad severa. Seguidamente, se estimaron curvas ROC para determinar los puntos de corte que clasifican a los pacientes en función de la discapacidad (**subobjetivo 4.3**), tomando como referencia los puntos de corte de la WHODAS 2.0 previamente definidos de acuerdo con la CIF. Se determinaron como

puntos de corte los valores del IDAS-II que mostraron el mejor balance entre sensibilidad y especificidad, con un valor mínimo de especificidad de .70 (Power et al., 2013).

En cuarto lugar, se aplicó un modelo de regresión para determinar qué escalas del IDAS-II explicaban la discapacidad global, evaluada mediante la WHODAS 2.0 (**subobjetivo 4.4**). El sexo y la edad se incluyeron como variables de control, puesto que, de acuerdo con la literatura previa, estas variables se relacionan con la severidad de la sintomatología internalizante (e.g., Jalnapurkar et al., 2018; Nelson et al., 2018; Sanchez-Garcia et al., 2021). Para identificar las escalas predictivas se empleó el procedimiento *stepwise*.

Para la ejecución de los análisis de datos se emplearon diferentes softwares. El AFC del subobjetivo 1.3 se desarrolló mediante *EQS* 6.2. Los análisis correspondientes al objetivo específico 2, y los estadísticos de dimensionalidad y los coeficientes de fiabilidad omega correspondientes al objetivo específico 3, se ejecutaron en *R* 3.6.3 y *R-Studio* 1.2.5033. Concretamente, se emplearon los siguientes paquetes de *R*: *mvn* 5.8 (Korkmaz et al., 2014) para calcular el coeficiente de Mardia; *bootnet* 1.3 (Epskamp et al., 2018) para realizar los análisis de simulación, y para estimar la red, la estabilidad y la precisión de la red, y la fuerza de cada nodo; *igraph* 1.2.5 (Csardi & Nepusz, 2006) para realizar el análisis de modularidad; *networktools* 1.2.2 (Jones, 2020) para estimar EI y los índices de centralidad puente; *mgm* 1.2.7 (Haslbeck & Waldrop, 2020) para estimar la predictibilidad de cada nodo; *NetworkComparisonTest* 2.2.1 (van Borkulo et al., 2022) para la prueba de invarianza de la red; *psych* 2.0.8 (Revelle, 2019), *lavaan* 0.6-7 (Rosseel, 2012) y *EFAtools* 0.2.0 (Steiner & Grieder, 2020) para los estadísticos de dimensionalidad; y *psych* 2.0.8 (Revelle, 2019) para calcular los coeficientes de fiabilidad omega. El resto de los análisis se ejecutaron mediante *SPSS* 25 (objetivos específicos 1 y 3) y 27 (objetivo específico 4).

2.2.6. ESTÁNDARES ÉTICOS

La presente tesis doctoral implica investigación con humanos, pues el proyecto contempla la recogida de datos en el ámbito de la salud mental para responder a los cuatro objetivos de la tesis. Concretamente, el proyecto contempla la recogida de información de carácter psicológico a través de cuestionarios y entrevistas. A este respecto, el equipo de investigación ha elaborado modelos de consentimiento informado, así como hojas de información al paciente conforme a los estándares del comité de ética del sistema sanitario público de Andalucía (ver ejemplo en el Anexo 3). Tanto el modelo de consentimiento informado como la hoja de información al paciente fueron proporcionados a los participantes de forma previa a su participación. En estos documentos se informa sobre los objetivos del estudio y se indica el carácter anónimo y voluntario de la participación. Asimismo, se informa sobre la grabación anonimizada de los datos en una base de datos. Con el fin de anonimizar la información, se asignó un código a cada participante, de tal forma que no consta en ningún lugar datos que permitan su identificación. En ningún caso se prevén potenciales efectos indeseables. En el caso de los pacientes, estos también fueron informados de que su participación era totalmente ajena a su proceso terapéutico. Una vez el paciente había leído toda la información y había podido consultar sus dudas, procedía a firmar el consentimiento informado por escrito.

La custodia de las entrevistas y de las bases de datos están sujetas a la normativa que establece las garantías sobre la confidencialidad de los datos de carácter personal (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales). El estudio se enmarca dentro de las declaraciones internacionales éticas de Helsinki- Fortaleza (Brasil) de 2013 (World Medical Association, 2013), las recomendaciones de la OMS y el código deontológico y la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica.

Los protocolos de investigación desarrollados en este trabajo han sido aprobados por el Comité de Bioética de la Universidad de Huelva (número de expediente 0275-N-21) y el Comité de Ética de Investigación Biomédica de Andalucía (número de expediente PI 040/18).

2.2.7. FINANCIACIÓN

El presente trabajo estuvo financiado mediante un Proyecto de investigación concedido en la convocatoria de Proyectos I + D + i 2020 “Retos del Conocimiento”, financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación del Gobierno de España: “Cambio fiable y clínicamente relevante del Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II - IDAS-II: un estudio longitudinal sobre su utilidad clínica (RELY-IDAS-II)”, con referencia (PID2020-116187RB-I00).

Parte de los resultados expuestos en la presente tesis también han sido financiados a través del proyecto titulado “Network-Psyco: Modelización a través de redes empíricas de las conexiones entre facetas y rasgos psicológicos”, con referencia: UHU-1257470, otorgado por el Programa Operativo FEDER Andalucía 2014-2020, financiado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (EU) y la Junta de Andalucía (España).

Esta tesis doctoral también cuenta con financiación del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades para la Formación de Profesorado Universitario, con referencia FPU19/00144.

2.2.8. TRANSPARENCIA Y ACCESO ABIERTO

La presente tesis doctoral informa acerca del procedimiento para determinar el tamaño muestral necesario para la consecución de los objetivos, los criterios de inclusión y exclusión de los participantes, el diseño y todos los instrumentos empleados en el estudio. Los datos empleados para responder a los objetivos específicos primero (muestras 1 y 2), segundo (muestras 2, 3 y 4) y cuarto (muestras 3 y 5) se han hecho públicos en el repositorio de Arias Montano y se puede acceder a ellos en los enlaces <https://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/21923>, <https://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/20100> y <https://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/20953>, respectivamente. Por su parte, los datos empleados para responder al tercer objetivo específico (muestra 3) se han hecho públicos en el material suplementario del tercer estudio de la tesis (Sanchez-Garcia et al., 2021). El diseño del estudio y los análisis no han sido pre-registrados.

CHAPTER 3. RESULTS OF THE STUDIES

3.1. SPANISH ADAPTATION OF THE INVENTORY OF DEPRESSION AND ANXIETY SYMPTOMS (IDAS-II) AND A STUDY OF ITS PSYCHOMETRIC PROPERTIES

3.1.1. INTRODUCTION

Emotional disorders such as depression and anxiety constitute a worldwide problem of social, clinical and healthcare relevance, particularly among women (APA, 2013; Kessler et al., 2003; Marcus et al., 2012; Van de Velde et al., 2010). The World Health Organization has indicated an increase in the prevalence of these disorders in recent years, affecting (respectively) 4.4% and 3.6% of the world's population (WHO, 2017). Furthermore, emotional disorders are a determining factor in disability and loss of health. The influence of these disorders on the decrease in quality of life has been estimated to be higher than other diseases (e.g., diabetes, arthritis, or asthma; Alonso et al., 2004; Grandes et al., 2011).

The last decade has seen the emergence of dimensional diagnostic systems for mental disorders, which have aimed to overcome some of the limitations of categorical systems used by most nosological systems (Dell’Osso & Pini, 2012; Dornbach-Bender et al., 2017; Forbes, Tackett, et al., 2016; Kotov et al., 2017; Kraemer et al., 2004; Krueger & Markon, 2011). Categorical systems base diagnoses on the observation of a set of symptoms in terms of their presence/absence, whilst dimensional systems define the symptoms that make up the disorders as a continuous going from normality to pathology (Barlow et al., 2017; Kotov et al., 2017; Skodol, 2012; Widiger & Samuel,

2005). This allows for distinguishing between different levels of severity on symptoms and thus severity of the disorder (Kraemer et al., 2004; Sanz, Navarro, et al., 2003). Although several authors have pointed out the difficulty of applying dimensional systems in the clinical setting (Kraemer et al., 2004), others have emphasized their advantages (First, 2005; Kotov et al., 2017, 2018; Kraemer et al., 2004; Krueger & Markon, 2011). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; APA, 2013) itself has pointed out the need for an increase in empirical studies concerning the dimensional systems.

From a metric perspective, there are several depression and anxiety instruments that provide a dimensional score, such as the Beck Depression Inventory (BDI-II; Beck et al., 1996), the Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck et al., 1988), and the State-Trait Anxiety Questionnaire (STAI; Spielberger et al., 1983). Although the usefulness of these tools is unquestionable, some authors have made critical observations regarding these instruments (Joiner et al., 2005). First, the high correlations found between measures of depression and anxiety could bring into question the validity of these instruments for discriminating between the two disorders (Steer et al., 1995; Watson et al., 1995). Further, a lack of correspondence between the content specification of these instruments and the diagnostic criteria included in the diagnostic classifications makes it difficult to fully integrate the diagnosis, intervention, and evaluation of outcomes within the diagnostic classification systems DSM and ICD (Osman et al., 2004; Penley et al., 2003). For this reason, some authors have pointed out the need to develop instruments that allow for better application of dimensional systems in both the scientific and clinical field (Bullis et al., 2019).

The Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS; Watson et al., 2007) is an instrument composed of 11 scales, developed to evaluate specific symptoms of

depression and anxiety. Subsequently, the Expanded Version of the IDAS (IDAS-II; Watson et al., 2012) was developed with 18 specific symptom scales as well as a General Depression scale (containing items from other IDAS-II scales that gives an overall depression symptom score). The IDAS-II adds the assessment of symptoms of bipolar disorder and other anxiety-based disorders: obsessive-compulsive disorder (OCD), post-traumatic stress disorder (PTSD), social anxiety disorder (SAD) and claustrophobia. The items in both versions assess the symptom dimensions that underlie the DSM diagnoses; as such, they provide dimensional assessment of each of specific symptoms of depression and anxiety dimensionally. This information is relevant at a clinical and research level, since it allows for identifying the differential impact of each symptom on the patient (Fried & Nesse, 2014, 2015b).

In the operational definition of both instruments, the authors developed the scales aiming to assess the specific symptoms that make up the mood and anxiety disorders. This approach is consistent with the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP; Kotov et al., 2017), a model that groups symptoms into categories, that are organized hierarchically, grouping specific symptoms into disorders, spectra and ultimately into higher order factors. In the case of the IDAS-II, its subscales are theoretically framed within the Internalizing spectrum, which includes the sub-factors of Fear, Distress, and Mania.

The psychometric studies conducted with the IDAS-II have shown adequate internal consistency and test-retest correlations (Watson & O'Hara, 2017). Based on discriminant validity evidence, the comparison of normative population scores with those of the clinical population has shown large effect sizes between $d = 0.83$ and $d = 0.93$ for the General Depression and Dysphoria scales. Further, Stasik-O'Brien et al. (2019) examined the clinical utility of the IDAS scales and found sensitivity, specificity, and

AUC values to be moderate to adequate for identifying DSM-IV clinical diagnoses. Regarding the internal structure of the IDAS-II, exploratory and confirmatory factor analysis carried out on the 18 IDAS-II scales revealed the presence of three factors (Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2012): a) The Distress factor of the IDAS-II is made up of scales that evaluate symptoms of major depressive disorder, generalized anxiety disorder, and PTSD, which correspond to the Distress factor of HiTOP; b) The Obsessions/Fear factor of the IDAS-II is made up of scales that evaluate symptoms of SAD, specific phobia, and OCD, which correspond to the Fear factor of HiTOP; and c) the Positive Mood factor of the IDAS-II is made up of scales that assess symptoms of bipolar disorder, which correspond to the Mania factor of HiTOP. This body of psychometric evidence indicates that the IDAS-II represents one of the instruments for measuring the Internalizing spectrum symptoms that are best framed within the HiTOP model (Kotov et al., 2017). Currently, the IDAS-II is available in its original English version (Watson et al., 2012) and has recently been adapted to Turkish (Irak & Albayrak, 2020). However, a Spanish version is not currently available.

Thus, the objective of the present study is to adapt the IDAS-II to the Spanish context in a student and a community sample. For this, the original instrument will be adapted to the Spanish context following the guidelines of the International Test Commission (ITC, 2017). Results of psychometric properties of the Spanish version of the IDAS-II will be presented. Specifically, estimations of the reliability of the instrument (internal consistency and temporal stability) and a study validity evidence (based on the relationship with other variables and based on the internal structure) will be provided. In terms of reliability, we expect to find both high internal consistency and stability between test-retest scores, in line with previous studies (Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2012; Watson & O'Hara, 2017). In terms of validity, we expect to find strong and positive

correlations between the IDAS-II scales and other measures of depression, anxiety, bipolarity, PTSD and OCD (Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2007, 2008, 2012; Watson & O'Hara, 2017). Finally, it is expected that the internal structure of the Spanish version of the IDAS-II will be composed of three factors similar to the English and Turkish versions of the IDAS-II (Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2012).

3.1.2. METHOD

Participants

The present study used a sample of university students and a community sample. The first sample was composed of 378 undergraduate students from the University of Huelva selected by convenience sampling. Of the student sample, 57.9% were female ($n = 219$), and the age of the sample ranged between 17 and 49 years ($M = 20.94$; $SD = 3.06$). A subgroup of 100 students from the total sample selected by convenience sampling re-completed the IDAS-II seven days after the first administration of the test, forming the sample for the test-retest reliability analysis.

The community sample consisted of 620 adults, also selected through non-probabilistic procedures; 50.16% were selected by convenience sampling from a group of attendees at adult training workshops in the province of Huelva. The rest of the community sample was selected by snowball sampling, recruited from relatives and acquaintances of university students of the Degree in Psychology at the University of Huelva. In this sample, 51.9% of the participants were male ($n = 322$), and the age of the sample ranged between 18 and 70 years ($M = 42.52$; $SD = 14.32$).

Instruments

The Spanish translation of the IDAS-II was administered; each of its 99 items is answered using a 5-point scale ranging from 1 (*not at all*) to 5 (*extremely*). Participants rate the severity of their symptoms during the last two weeks. The IDAS-II is comprised of two broad scales (Dysphoria and General Depression) and 18 specific scales: Lassitude, Insomnia, Suicidality, Appetite Loss, Appetite Gain, Well-Being, Ill Temper, Mania, Euphoria, Panic, Social Anxiety, Claustrophobia, Traumatic Intrusions, Traumatic Avoidance, Checking, Ordering and Cleaning. The Dysphoria scale is non-specific in nature, assessing the shared cognitive and affective symptoms of depression and anxiety disorders. The General Depression scale includes items from the IDAS-II specific scales and gives an overall depression symptom score, thus resembling other traditional measures of depression such as the BDI-II. The 18 specific scales reflect three underlying factors: Distress, Obsessions/Fear, and Positive Mood (Watson et al., 2012).

In order to examine the convergent and discriminant validity of the IDAS-II scales, several additional instruments were administered. Depression symptoms were measured using the Spanish translation of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II; Beck et al., 1996; Sanz et al., 2003). This instrument evaluates the presence and severity of depressive symptomatology during the past two weeks. In the present study, this instrument was found to be internally consistent (Cronbach's alpha = .89 in the student sample and .90 in the community sample).

Anxiety symptoms were assessed via the Spanish translation of the Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck & Steer, 1990; Sanz & Navarro, 2003). This instrument evaluates the severity of anxiety symptoms during the past seven days. The BAI demonstrated strong internal consistency in the present study, with a Cronbach's alpha value of .91 in the student sample and .93 in the community sample.

The Spanish adaptation of the Hypomania Check List-32 (HCL-32; Angst et al., 2005; Vieta et al., 2007) was used to measure hypomania symptoms. Reliability analyses revealed that Cronbach's alpha coefficients ranged from .77 in the student sample to .83 in the community sample.

The Spanish version of the Post-traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version (PCL-C; Orlando & Marshall, 2002; Weathers et al., 1993) was used to measure PTSD symptoms corresponding to criteria B (re-experiencing), C (avoidance), and D (arousal) of the diagnostic criteria for DSM-IV PTSD. In the current study, the instrument had strong internal consistency (Cronbach's alpha = .94 in the student sample and .93 in the community sample).

Finally, OCD symptoms were assessed using the Spanish translation of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R; Foa et al., 2002; Fullana et al., 2005). Its 18 items measure the severity of OCD symptoms. Evidence of internal consistency was shown by a Cronbach's alpha value of .90 for the community sample and .89 for the student sample.

In addition, a set of questions were included to gather data on sociodemographic variables related to sex, age, educational level, employment and marital status.

Procedure

Before beginning the process of adapting the IDAS-II, the research team requested authorization from the authors of the original IDAS-II and made an assessment on the preconditions established by the International Test Commission (ITC, 2017). This assessment was made by members of the research team and a psychiatrist with experience in patient evaluation and intervention. The adaptation process was carried out considering the linguistic, psychological, and cultural aspects of both the culture of origin and the

Spanish culture. Initially, three members of the research team independently translated the IDAS-II items. Agreement rates were then calculated for the resulting translations; 100% agreement was reached for 73 of the 99 items and 66% for the remaining 26 items. The items that showed discrepancies were discussed in order to reach an agreement on wording. Next, the original items in English were presented —along with the proposed translations for all 99 items— to a fluent English-speaking psychiatrist with residence and a professional career path in the United States. This psychiatrist had to select those translation proposals that they considered to be the most conceptually appropriate in terms of their meaning in English. Moreover, an alternative wording could be proposed. The 99 items proposed by the research team were considered appropriate by the psychiatrist. Additionally, minor modifications made by research team were made for certain items (mainly verb forms), which were incorporated into the final 99 items administered.

A psychologist administered the Spanish version of the IDAS-II to the student and community samples and informed the participants about the anonymous and voluntary nature of their participation in the study. The tests were administered in small groups and lasted between 25 and 40 minutes. The students completed the tests in a classroom at the University of Huelva whereas participants in the community sample completed the tests in rooms set up in the various social service and training centers where they were recruited. This study was approved by the Bioethics Committee of the University of Huelva.

Data Analysis

Descriptive statistics were used to characterize both samples. Item discrimination was conducted by calculating the corrected item-total correlation between each item and its subscale. Internal consistency was measured using Cronbach's alpha coefficient and

split-half reliability was measured using the Spearman-Brown coefficient. To estimate the short-term test-retest reliability of the scales, correlations were calculated between participants' scores on the IDAS-II across a one-week interval.

Validity evidence based on the internal structure of the IDAS-II scales was determined through a confirmatory factor analysis (CFA) in both samples. We modeled our analyses on those used in the original development of the IDAS-II (Watson et al., 2012). Preliminary analysis of the data revealed the absence of multivariate normality in both the student sample (Mardia coefficient = 36.34) and the community sample (Mardia coefficient = 63.42). Accordingly, the least squares method with robust estimators was used for CFA. The factorial structure of the IDAS-II was tested, composed of three factors (Distress, Obsessions/Fear, and Positive Mood) encompassed in a second order factor equivalent to the "Internalizing" spectrum of the HiTOP model. The following statistics were used to evaluate the fit of the model: the Satorra-Bentler goodness-of-fit statistic χ^2 , the root mean square error of approximation (RMSEA), the comparative fit index (CFI; Bentler, 1990), the nonnormalized fit index (NNFI) and the Akaike Information Criterion (AIC). According to Hu and Bentler (1999), values of CFI and NNFI $\geq .95$ and RMSEA lower than .06 were regarded as indicators of a good fit. The study of validity evidence based on the relationship with other variables was conducted by calculating the Pearson correlation coefficient between the scores of the IDAS-II scales and the scores of the other instruments (BDI-II, BAI, HCL-32, PCL-C, and OCI-R).

The analyses were carried out using SPSS (Version 25) and EQS (Version 6.2).

3.1.3. RESULTS

Descriptive analyses of the measurements of the scales and estimation of reliability

Table 3.1.1 shows the means and standard deviations of the scores of the scales of the IDAS-II, the mean discrimination index of the items of each scale, the reliability estimated by different procedures, and the test-retest correlations, for both the student and community samples. Discrimination indexes ranged .45 (Lassitude) - .77 (Appetite Loss) for the student sample and .46 (Lassitude) - .71 (Appetite Loss) for the community sample. The values of the alpha coefficients were greater than .70 for all scales, being above .80 for most of the IDAS-II scales in both samples. Spearman-Brown coefficient yielded values higher than .70 for all the scales in both samples. Test-retest correlations ranged between .61 (Traumatic Avoidance) and .89 (Suicidality) for all scales except for Appetite Loss, which showed a value of .49.

Validity evidence based on internal structure

Table 3.1.2 shows the Pearson correlation coefficients between the subscales of the IDAS-II in both samples. The correlation coefficients in the community sample ranged between -.33 (Well-Being/Dysphoria) and .74 (Panic/Dysphoria). For the student sample, these values ranged from -.48 (Well-Being/Dysphoria) and .69 (Panic/Dysphoria). Higher correlations are observed between the scales of the same factor (e.g., Dysphoria/Suicidality) and lower correlations between the scales of different factors (e.g., Dysphoria/Euphoria).

Table 3.1.1

Analysis of the scales and reliability of the IDAS-II for the student (n = 378) and for the community sample (n = 620)

IDAS-II scales	<i>M (SD)</i>		Mean item-total corrected <i>r</i>		Cronbach α		Split-halves reliability		Test - retest <i>r</i> (n = 100)
	S	C	S	C	S	C	S	C	S
General Depression	43.96 (21.56)	42.09 (21.05)	.51	.55	.89	.91	.92	.94	.76**
Dysphoria	21.98 (11.55)	20.82 (11.03)	.57	.63	.86	.89	.88	.90	.78**
Lassitude	14.36 (6.93)	12.66 (6.80)	.45	.46	.72	.75	.74	.77	.66**
Insomnia	13.41 (7.32)	13.31 (7.46)	.63	.70	.85	.89	.90	.90	.62**
Suicidality	7.31 (3.88)	7.27 (3.66)	.64	.50	.82	.72	.88	.77	.89**
Appetite Loss	5.06 (2.85)	4.63 (2.64)	.77	.71	.88	.85	.91	.84	.49**
Appetite Gain	6.93 (3.72)	6.01 (3.49)	.53	.56	.71	.74	.80	.78	.77**
Well-Being	24.61 (8.66)	23.56 (8.97)	.64	.53	.88	.82	.90	.86	.81**
Ill Temper	9.94 (5.66)	9.90 (5.63)	.63	.64	.83	.84	.82	.84	.68**
Mania	10.34 (6.07)	10.26 (5.79)	.47	.50	.71	.71	.74	.79	.72**
Euphoria	9.60 (5.42)	9.08 (5.11)	.58	.52	.80	.75	.80	.75	.80**
Panic	12.99 (7.35)	13.23 (7.91)	.60	.66	.85	.89	.85	.88	.84**
Social Anxiety	11.53 (6.89)	10.53 (6.36)	.58	.56	.82	.80	.84	.82	.84**
Claustrophobia	7.01 (4.39)	7.84 (5.00)	.70	.70	.87	.87	.89	.87	.74**
Traumatic Intrusions	6.91 (4.36)	6.71 (4.18)	.70	.70	.86	.86	.88	.87	.76**
Traumatic Avoidance	9.38 (5.05)	8.54 (4.73)	.70	.70	.86	.85	.86	.87	.61**
Checking	6.63 (3.55)	6.02 (3.18)	.64	.53	.79	.71	.86	.75	.76**
Ordering	10.25 (5.49)	10.15 (5.47)	.50	.54	.74	.77	.82	.85	.81**
Cleaning	11.71 (7.45)	11.59 (7.31)	.60	.61	.84	.85	.89	.87	.83**

Note. S = Students; C = Community; IDAS-II = Inventory of Depression and Anxiety Symptoms-II.

** $p < .001$.

Table 3.1.2*Pearson's correlations between the IDAS-II scales for the community (n = 620) and for the student sample (n = 378)*

IDAS-II scales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1 General Dep.	1	.70**	.65**	.51**	.52**	.34**	-.33**	.68**	.58**	.21**	.74**	.66**	.45**	.66**	.46**	.44**	.29**	.30**
2 Dysphoria	.52**	1	.48**	.32**	.41**	.40**	-.16**	.55**	.49**	.22**	.59**	.52**	.38**	.49**	.35**	.39**	.25**	.26**
3 Lassitude	.49**	.41**	1	.38**	.45**	.26**	-.23**	.48**	.45**	.17**	.62**	.46**	.37**	.50**	.30**	.36**	.24**	.29**
4 Insomnia	.53**	.31**	.29**	1	.27**	.26**	-.19**	.41**	.35**	.24**	.52**	.47**	.35**	.47**	.32**	.33**	.18**	.28**
5 Suicidality	.44**	.32**	.35**	.22**	1	.03	-.13**	.36**	.33**	.18**	.49**	.31**	.35**	.34**	.34**	.31**	.18**	.24**
6 Appetite Loss	.29**	.36**	.23**	.22**	-.05	1	.01	.42**	.35**	.25**	.27**	.31**	.19**	.32**	.23**	.30**	.17**	.22**
7 Appetite Gain	-.48**	-.22**	-.18**	-.33**	-.17**	.02	1	-.15**	-.02	.39**	-.22**	-.22**	-.10*	-.11**	.03	.03	.17**	.02
8 Well-Being	.63**	.47**	.48**	.47**	.33**	.30**	-.30**	1	.55**	.32**	.62**	.49**	.39**	.53**	.36**	.44**	.29**	.29**
9 Ill Temper	.45**	.37**	.37**	.26**	.23**	.34**	-.02	.41**	1	.47**	.59**	.43**	.45**	.47**	.43**	.55**	.47**	.46**
10 Mania	.05	.16**	.19**	.07	.00	.38**	.46**	.13**	.47**	1	.32**	.23**	.29**	.26**	.42**	.43**	.46**	.39**
11 Euphoria	.69**	.45**	.52**	.54**	.45**	.25**	-.27**	.59**	.44**	.18**	1	.55**	.57**	.62**	.42**	.47**	.29**	.35**
12 Panic	.68**	.37**	.36**	.47**	.30**	.27**	-.33**	.46**	.33**	.03	.54**	1	.47**	.50**	.39**	.43**	.30**	.34**
13 Social Anx.	.40**	.26**	.31**	.31**	.30**	.20**	-.16**	.32**	.35**	.17**	.49**	.45**	1	.38**	.42**	.46**	.35**	.51**
14 Claustroph.	.62**	.35**	.46**	.58**	.30**	.16**	-.31**	.53**	.33**	.06	.58**	.47**	.36**	1	.51**	.43**	.28**	.28**
15 Traumatic Int.	.35**	.24**	.26**	.09	.24**	.14**	-.05	.31**	.29**	.23**	.31**	.32**	.28**	.38**	1	.42**	.38**	.40**
16 Traumatic Av.	.32**	.18**	.23**	.11*	.12*	.27**	.05	.26**	.53**	.39**	.27**	.34**	.35**	.19**	.23**	1	.62**	.54**
17 Checking	.21**	.22**	.14**	.10	.06	.26**	.10*	.21**	.44**	.35**	.15**	.21**	.35**	.12*	.20**	.62**	1	.52**
18 Ordering	.20**	.16**	.15**	.07	.08	.29**	.02	.15**	.32**	.23**	.14**	.24**	.33**	.14**	.26**	.45**	.47**	1

Note. The correlations of the community sample are presented above the main diagonal; the correlations of the sample of students are presented below the main diagonal; IDAS-II = Inventory of Depression and Anxiety Symptoms-II; General Dep. = General Depression; Social Anx. = Social Anxiety; Claustroph. = Claustrophobia; Traumatic Int. = Traumatic Intrusions; Traumatic Av. = Traumatic Avoidance.

* $p < .05$. ** $p < .001$.

Through CFA, we tested the three factors proposed by the authors: Distress, Obsessions/Fear, and Positive Mood (Watson et al., 2012). According to the HiTOP model (Kotov et al., 2017), a hierarchical structure was hypothesized where these three factors were subsumed under a second order factor (Internalizing spectrum). This structure was evaluated in both the student and community samples (see Figures 3.1.1. and 3.1.2.).

The results obtained for the model in the student sample were $S-B\chi^2_{(153)} = 4799.38$; $CFI = .997$; $NNFI = 0.997$; $AIC = -205.10$; $RMSEA = .016$ (90% confidence interval [CI : .00, .03]). Figure 3.1.1 shows the values of the standardized loads of the model obtained in the sample of students, which ranged between .28 (Distress/Well-Being) and .85 (Distress/Dysphoria). The values of the loads of the second order factor on the factors of Distress, Obsessions/Fear and Positive Mood were .72, .97, and .78 respectively.

In addition, the results obtained for the model in the community sample were $S-B\chi^2_{(153)} = 11145.50$; $CFI = .971$; $NNFI = 0.967$; $AIC = -156.54$; and $RMSEA = .062$ (90% confidence interval [CI : .06, .07]). Figure 3.1.2 shows the values of the standardized loads obtained in the community sample, ranging from .14 (Distress/Well-Being) and .91 (Positive Mood/Mania). The values of the loads of the second order factor on the factors of Distress, Obsessions/Fear, and Positive Mood were .86, .92, and .90 respectively.

Figure 3.1.1

Factorial loading of the model obtained for the student sample (n = 378)

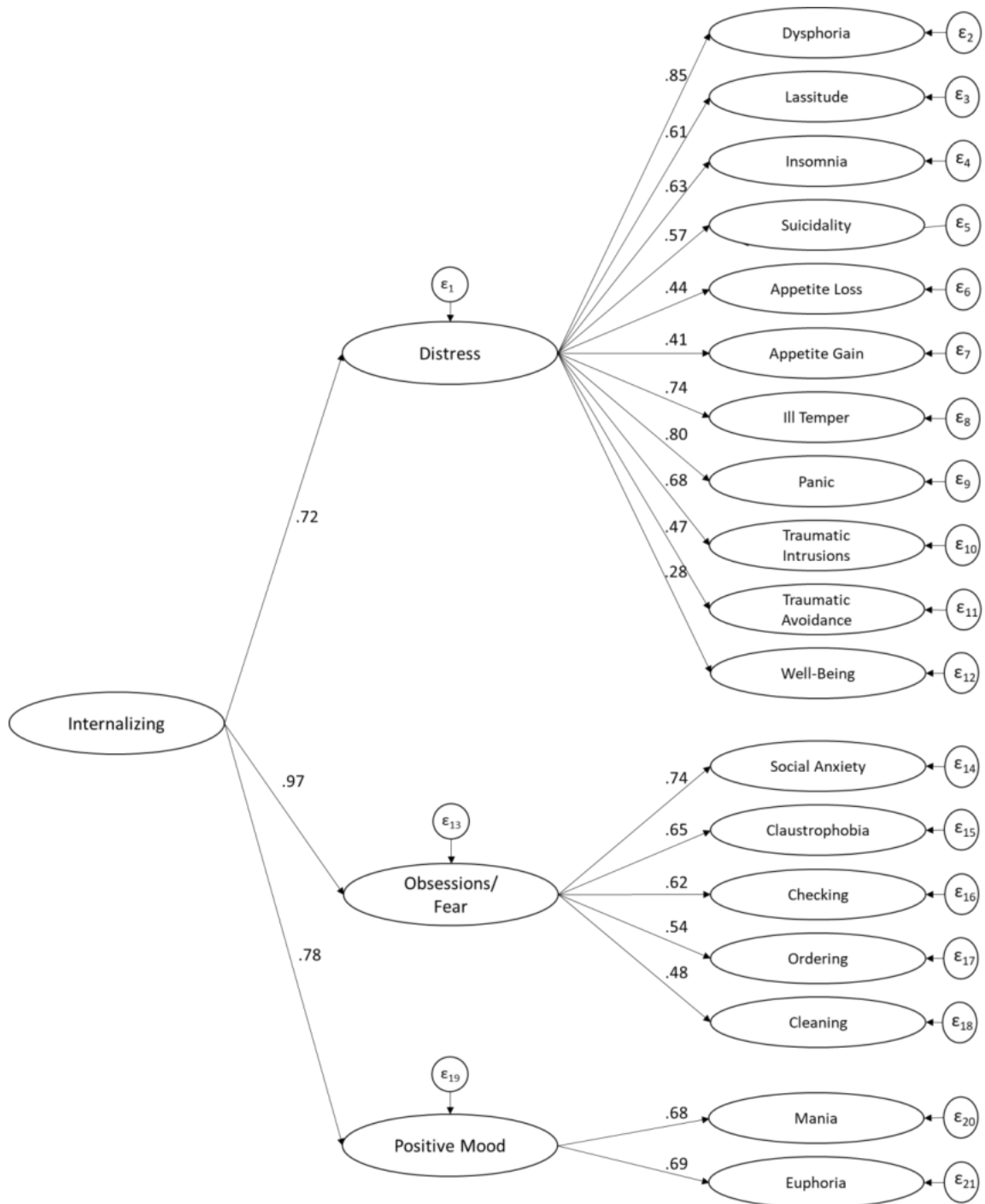
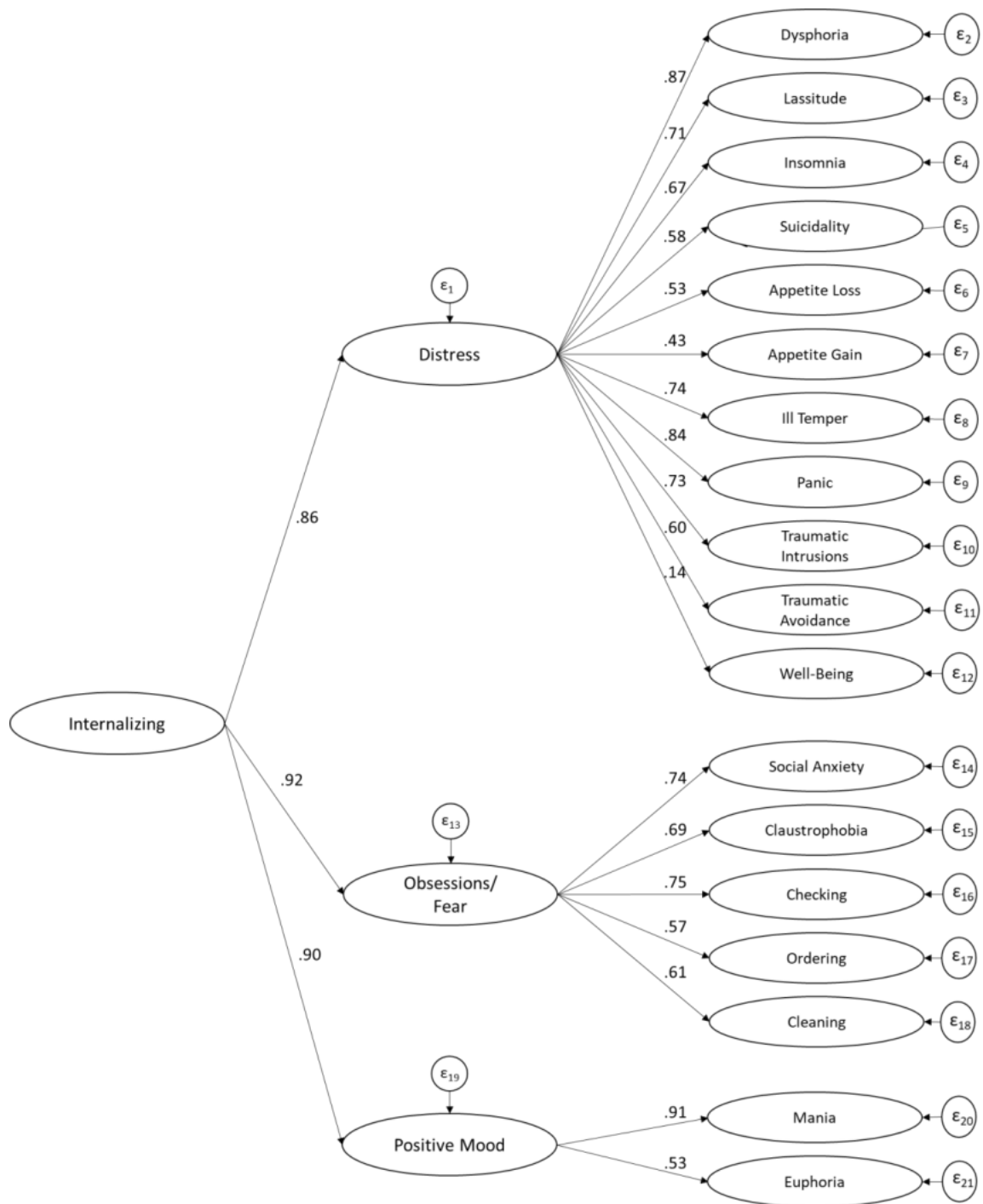


Figure 3.1.2

Factorial loading of the model obtained for the community sample (n = 620)



Validity evidence based on the relationship with other variables

Validity evidence based on the relationship with other variables is shown in Table 3.1.3. Convergent and discriminant validity coefficients show favorable evidence of validity in most scales, so that higher correlations are found with the instruments that measure the same constructs. On the other hand, correlations with scales that measure different constructs are lower. For example, the highest correlation found in the community sample ($r = .79$) was observed between the IDAS-II General Depression scale and the total BDI-II score. This trend is similar for the rest of the scales characteristic of depressive symptoms. Among the scales framed within anxiety disorders (Panic, Social Anxiety, Claustrophobia, etc.), the highest correlations are observed with BAI, particularly the Panic Scale ($r = .79$). The scales related to bipolar disorder obtain the lowest correlations, the highest being those obtained with the HCL-32 ($r = .19 / .26$). In the Traumatic Intrusions scale, the highest correlations can be observed with the PCL-C ($r = .42 / .57$). In the case of the Checking, Ordering, and Cleaning scales, the highest correlations are found with the OCI-R. However, there are also some high correlations that were not expected from a theoretical perspective. Thus, for example, the Mania scale shows higher correlations with the BDI-II and with the BAI, compared with the HCL, the latter being the one that, theoretically, would be expected to have the strongest correlations with the Mania scale. The Social Anxiety scale shows high correlations with both the BDI-II and the BAI, although it was expected that the correlation with the first instrument would be lower. The Traumatic Intrusions scale also shows higher correlations with the BDI-II and BAI than with the PCL-C.

Table 3.1.3

Pearson's correlations between the IDAS-II scale scores and the total BDI-II, BAI, HCL-32, PCL-C and OCI-R scores for the student (n = 378) and community sample (n = 620)

IDAS-II scales	BDI-II		BAI		HCL-32		PCL-C		OCI-R	
	S	C	S	C	S	C	S	C	S	C
General Dep.	.85**	.79**	.71**	.71**	.06	.13**	.49**	.58**	.35**	.47**
Dysphoria	.82**	.78**	.70**	.70**	.07	.13**	.47**	.57**	.38**	.47**
Lassitude	.56**	.58**	.43**	.55**	.17**	.25**	.30**	.52**	.32**	.47**
Insomnia	.53**	.61**	.48**	.58**	.11**	.08	.42**	.47**	.28**	.40**
Suicidality	.60**	.52**	.51**	.42**	-.01	.02	.27**	.34**	.22**	.32**
Appetite Loss	.41**	.44**	.42**	.45**	.01	.10*	.28**	.34**	.15**	.29**
Appetite Gain	.29**	.36**	.25**	.31**	.20**	.20**	.16**	.38**	.30**	.38**
Well-Being	-.63**	-.42**	-.35**	-.25**	.11**	.10*	-.28**	-.19**	-.10*	-.06*
Ill Temper	.55**	.59**	.50**	.57**	.05	.15**	.33**	.46**	.32**	.49**
Mania	.44**	.50**	.47**	.58**	.22**	.19**	.35**	.45**	.44**	.50**
Euphoria	-.04	.13**	.04	.25**	.26**	.26**	.05	.16**	.18**	.33**
Panic	.64**	.66**	.78**	.79**	.03	.13**	.38**	.51**	.36**	.45**
Social Anxiety	.58**	.57**	.55**	.55**	.01	.08	.35**	.47**	.35**	.49**
Claustrophobia	.34**	.47**	.50**	.60**	.05	.06	.28**	.36**	.40**	.48**
Traumatic Int.	.57**	.59**	.49**	.60**	.00	.09*	.42**	.57**	.20**	.43**
Traumatic Av.	.30**	.43**	.31**	.42**	.12**	.16**	.41**	.48**	.23**	.43**
Checking	.29**	.39**	.33**	.48**	.07	.07	.26**	.33**	.58**	.59**
Ordering	.25**	.25**	.30**	.30**	.14**	.13**	.23**	.21**	.57**	.51**
Cleaning	.25**	.30**	.24**	.42**	.09*	.08*	.27**	.28**	.57**	.62**

Note. S = Students; C = Community; IDAS-II = Inventory of Depression and Anxiety Symptoms-II; BDI-II = Beck Depression Inventory-II; BAI = Beck Anxiety Inventory; HCL-32 = The Hypomania Checklist-32; PCL-C = Post-traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version; OCI-R = The Obsessive-Compulsive Inventory-Revised; General Dep. = General Depression; Traumatic Int. = Traumatic Intrusions; Traumatic Av. = Traumatic Avoidance.

* $p < .05$. ** $p < .001$.

3.1.4. DISCUSSION

The objective of this study was to adapt the IDAS-II to the Spanish context and to report its psychometric properties in terms of reliability and evidence for validity. The results obtained are equivalent to those reported in previous studies using the English and

Turkish versions (Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2012). We obtained values of internal consistency and temporal stability across a one-week interval higher than those recommended in most scales. The results are congruent with the hypothesized internal structure of the instrument, as well as with the HiTOP model (Kotov et al., 2017). However, evidence of validity based on the relationship with other variables has yielded both favorable and unexpected correlations. In general terms, the Spanish version of the IDAS-II appears to be an adequate instrument for use in the research context, although if it is to be employed in a clinical context it will be necessary to carry out studies that complement these results.

In terms of reliability, the present study suggests an adequate internal consistency of the Spanish adaptation of the IDAS-II. Similar to previous IDAS-II studies (Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2012), the Cronbach alpha values obtained in both samples exceed .80 for most scales. Moreover, with a greater number of items than the other scales, the General Depression scale demonstrates the highest alpha value. On the other hand, the lowest internal consistency values correspond to the Mania, Checking, and Suicidality scales in the community sample, and the Lassitude, Mania and Appetite Gain scales in the student sample. Irak and Albayrak (2020) found similar results, although unlike their study, none of the alpha coefficients obtained in the present study were lower than .70. With respect to temporal stability, the obtained results appear to confirm that the Spanish adaptation of the IDAS-II presents a level of stability that is comparable to the original version (Watson et al., 2012). The test-retest correlations in the one-week interval were greater than .70 for most of the scales in the subsample of 100 students. However, five scales (Lassitude, Insomnia, Appetite Loss, Ill Temper and Traumatic Avoidance) had test-retest correlations lower than the recommended minimum of .70 (Joiner et al., 2005). The results obtained are consistent with those found in the

development of the instrument (Watson & O'Hara, 2017), where again, Dysphoria and Social Anxiety are among the scales that have the highest test-retest correlation coefficients, with Appetite Loss being the one that shows the lowest correlation coefficient. The results provided by these authors also indicate a decrease in the stability values as the time interval between the measurements increases. This decrease may reflect the fact that the IDAS-II is sensitive to change, since it is an instrument for evaluating symptoms rather than stable traits (Nezu et al., 2000; Watson & O'Hara, 2017).

Regarding the internal structure, the results provide empirical evidence consistent with the operational definition of the instrument and the theoretical HiTOP model (Kotov et al., 2017). The correlations between the specific scales of the IDAS-II show congruence with the structure of the instrument, observing higher correlations between scales belonging to the same factor, suggesting that the scales measure related but different constructs. In turn, lower correlations are observed between scales belonging to different disorders, suggesting the capacity of the instrument to evaluate specific symptoms of each disorder. The results of the present study are consistent with those of two previous studies conducted to validate the IDAS and the IDAS-II (Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2007, 2012). The CFA suggests that the IDAS-II is organized into three factors in both the sample of students and the community sample. In the study of the original instrument (Watson et al., 2012), the results of exploratory factor analysis revealed that the scales of Mania and Social Anxiety showed cross-factorial loads. The present study frames this instrument within the HiTOP model (Kotov et al., 2017; Watson et al., 2012). Thus, according to the theoretical organization of the model, and considering the content of the scales, the Social Anxiety scale loaded on the Obsessions/Fear factor, and the Mania scale on the Positive Mood factor (Kotov et al., 2017; Watson et al., 2012). Likewise, the confirmation of the membership of the Well-Being scale in the Distress

factor is further evidence of the strong association between low Well-Being and depression (Kotov et al., 2017; Mineka et al., 2002; Watson et al., 2007). Finally, it is worth mentioning that this study shows, for the first time, that the three factors of the IDAS-II are subsumed under a second-order factor, which under the conceptualization of HiTOP reflects the Internalizing spectrum (Kotov et al., 2017).

In terms of evidence based on the relationship with other variables, the results are similar to those found in the studies of the original and Turkish versions of the instrument (Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2007, 2012). Certain scales show favorable and congruent evidence with the established hypotheses. This is the case for the General Depression, Dysphoria and Well-Being scales, which show higher correlations with BDI-II scores, whilst the Panic scale is correlated with BAI scores and the scales that assess OCD symptoms (Checking, Ordering, and Cleaning) are correlated with the total score of the OCI-R (OCD). Also, in accord with the hypotheses, Euphoria showed the highest correlations with the HCL-32 scores (mania) than with the rest of the instruments, albeit low. This result, also observed in the study by Watson et al. (2012), could be explained in part by the differences between the IDAS-II and the HCL-32 in terms of the time frames used for the evaluation of symptoms. In particular, while the IDAS-II evaluates the symptomatology present during the last two weeks, the HCL-32 evaluates the symptomatology that the person presents during a period of elevated mood, which may have occurred prior to the last two weeks.

Despite this set of favorable evidence, it is worth mentioning that some non-hypothesized results were found in the present study. For instance, the Appetite Loss scale, in line with the study by Watson et al. (2007), shows slightly lower correlations with the BDI-II with respect to the BAI. Further, and in accord with previous studies (Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2007), the Social Anxiety scale is equally related to the

BDI-II and the BAI. Contrary to our expectations, we found that Mania presented higher correlations with the BDI-II, the BAI, the PCL-C and the OCI-R than with the HCL-32 in both samples, and the PTSD scales showed correlations with the BDI-II and the BAI. These results could be explained in part by the high co-occurrence observed among disorders such as SAD and depression (Brown et al., 2001; Cohen et al., 2017; De Jong et al., 2012) or the comorbidity between the symptoms of PTSD and depression and anxiety (Geng et al., 2019; Price et al., 2019). Another alternative explanation to these results could be linked to the limited discriminative capacity (indicated in the literature) of some of the instruments used as “gold standard” (e.g., Steer et al., 1995; Watson et al., 1995).

From a clinical standpoint, the high comorbidity observed on affective and anxiety disorders, has led some authors focus on the common underlying mechanisms of emotional disorders, rather than on the differences (Barlow et al., 2016). International organizations such as the National Institute of Mental Health (NIMH) have made a call for the development of transdiagnostic diagnostic and intervention systems (Insel et al., 2010; Krueger & Eaton, 2015), which exceed the traditional diagnostic categories and center attention on the dimensions that are common to the disorders. The literature suggests that interventions designed to treat a specific disorder have shown poorer results when addressing comorbid patients (Weisz et al., 2017). In this sense, transdiagnostic therapeutic proposals concentrate, not so much on the specific diagnostic category of a patient, but on the evaluation and intervention of the underlying symptomatic dimensions, common to each of the psychological disorders (Barlow et al., 2017). An example of this type of interventions is the Unified Protocol, which is showing improvements in a high variety of patients with a lower cost (Bullis et al., 2015; García-Escalera et al., 2017; Norton & Paulus, 2016). Transdiagnostic approaches has also shown favorable results on

the prevention of anxiety and depression symptoms in children (Fernández-Martínez et al., 2020). In this framework, the IDAS-II represents a promising diagnostic tool that can be useful according to these transdiagnostic orientations. On the one hand, the IDAS-II specific scales consider the dimensional evaluation of the symptomatology of multiple symptoms of different disorders simultaneously. On the other hand, the two broad scales, Dysphoria and General Depression, assess the core of the depressive and anxiety disorders and can serve as very efficient standalone measures of general internalizing pathology (Stasik-O'Brien et al., 2019).

Limitations

Although the present study provides evidence of both the reliability and validity of the IDAS-II, some limitations are worth noting. Firstly, the selection of the participants was carried out through accessibility sampling, a fact that limits the generalizability of the results. Secondly, this study was conducted exclusively on student and community samples, and the sample used for the study of temporal stability was limited to 100 university students. Therefore, it is necessary to replicate this study on patient samples in order to obtain evidence of reliability and validity of the IDAS-II on this population. For example, Watson and O'Hara (2017) reported test-retest correlations in the one-week interval above .70 for all scales of the first version of the IDAS in a sample of 250 patients. In this sense, the more stable scores obtained for patient samples compared to community samples could reflect the rigidity or emotional inflexibility observed in patients with depression (Gilbert et al., 2019; Schwartz et al., 2019). It could, therefore, in future studies be desirable to examine the internal consistency using larger and more heterogeneous samples. Thirdly, some of the measures used as gold-standard have presented limitations. For example, the HCL-32 was the gold-standard measure for

bipolarity scales but showed weaker relationships with the Mania and Euphoria scales in the study of Watson et al. (2012). In this regard, it would be worth raising the possibility of using another gold-standard measure to validate these scales. However, at the time of the present study, HCL-32 was the only gold-standard for bipolarity scales available in Spanish among those already used by Watson et al. (2012) for the development of IDAS-II. Further, some authors have pointed out the limitations of the discriminative capacity of BDI-II and BAI (Steer et al., 1995; Watson et al., 2012). However, the BDI-II and the BAI, besides being among the most widely used instruments in the Spanish context (Muñiz & Fernández-Hermidia, 2010; Sanz, 2014), were also used as gold-standard measures in the previous studies conducted to validate the IDAS and IDAS-II (Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2007). Thus, in spite of its limitations, the use of the BDI-II and BAI allows for the comparability of the results obtained in the present study. Finally, the present study was unable to employ gold-standard measures that specifically evaluate Well-Being, Social Anxiety, and Claustrophobia. Future studies should include instruments that evaluate these symptoms in order to test the convergent and discriminant validity of such scales.

Conclusions

This study is the first to adapt the IDAS-II to the Spanish context and examine its psychometric properties, thus providing new researchers and clinical professionals with a version of this instrument that can be used in future studies. In addition, this study is also the first to provide evidence on the correspondence between the internal structure of the IDAS-II and the hierarchical taxonomy of the HiTOP model. This allows for continuity of the research on the symptoms that make up the Internalizing spectrum of the HiTOP model in the Spanish context. In light of the results obtained —and bearing in

mind the advantages that this instrument provides compared with those already available in Spanish— the IDAS-II could be a useful tool for the evaluation of the severity of depression, anxiety, and bipolarity symptoms in the Spanish population in transdiagnostic clinical approaches and in a research context. However, future studies are still required to confirm the psychometric properties of this instrument in other subpopulations such as adolescents and patients, and to show evidence of its usefulness in clinical contexts.

3.2. EXAMINING THE RELATIONSHIPS BETWEEN EMOTIONAL DISORDER SYMPTOMS IN A MIXED SAMPLE OF COMMUNITY ADULTS AND PATIENTS: A NETWORK ANALYSIS PERSPECTIVE

3.2.1. INTRODUCTION

Depression and anxiety affect 4.4% and 3.6% of the world's population respectively, having serious consequences for health, quality of life and severe negative clinical outcomes such as suicidal behavior (WHO, 2017). Although previous studies have identified neurobiological factors that explain the complexity of suicide (Orsolini et al., 2020) and provide advances in treatments (De Berardis et al., 2018), suicidal behavior still remains a real challenge associated with mental disorders comorbidity (Quevedo et al., 2020). According to empirical literature (e.g., Skodol, 2012), high rates of co-morbidity are linked to the way in which diagnostic classification systems have traditionally defined disorders. These systems, which use polythetic criteria, establish categorical classifications according to an observed set of symptoms, resulting in patients with different symptoms receiving the same diagnosis (Skodol, 2012).

In order to overcome the limitations of this taxonomic approach, transdiagnostic proposals look beyond the traditional classification schemes (Barlow et al., 2017; Kotov et al., 2017). The translation of this conceptualization into the applied field has allowed for the development of unified intervention protocols, yielding more effective and cheaper interventions (Barlow et al., 2017). Whilst these are promising findings, the

transdiagnostic approach still requires a better understanding of the relationships between symptoms.

Past decade, empirical network models have provided a complementary approach to understanding the interaction between symptoms (Cramer et al., 2010). The analysis of bridge symptoms connecting different substructures offers a complementary view of the comorbidity phenomenon (Jones et al., 2019). At the same time, network analysis allows us to analyze the influence that each symptom has on the other symptoms in a network (Robinaugh et al., 2016), identifying which will have the greatest potential to influence the overall network (Borsboom, 2017). This information could then be useful for designing transdiagnostic interventions.

Network analysis has already been applied to the study of comorbid emotional disorders, with interesting results (see review by Contreras et al., 2019). Overall, a high connectivity between depression and anxiety symptoms has been observed (Bekhuis et al., 2016; McElroy, Fearon, et al., 2018). The symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) are, however, shown in a different cluster, and are connected to the depression cluster by the symptoms of "irritability" or "sleep problems" (Afzali et al., 2017; Choi et al., 2017). McNally et al. (2017) have also shown the lack of connection between the symptoms linked to depression and the symptoms of obsessive-compulsive disorder (OCD), which appear solely connected through "sadness" but not through sleep problems. The results of previous studies have also identified Dysphoria and Lassitude to be the most influential symptoms in the networks obtained for depression (e.g., Funkhouser et al., 2020), whilst Traumatic Intrusions are the most influential for PTSD (Contractor et al., 2020; Gilbar, 2020) and the Checking and Ordering symptoms for OCD networks (R. T. Zhang et al., 2019).

Whilst these results are of interest, to our knowledge, studies of this type use different instruments to assess each group of symptoms (e.g., Choi et al., 2017), involving different instructions and time frames for evaluation (Watson et al., 2012). This affect measurement and network estimation (Bekhuis et al., 2016). Only Afzali et al. (2017) explored the relationship between major depressive disorder and PTSD with the same instrument (the ICD) although it provides a categorical measure of the evaluated symptomatology.

In this regard, the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS; Watson et al., 2007) and the IDAS-II (Watson et al., 2012) have been identified as effective tools for measuring several symptoms and spectra of the transdiagnostic models of psychopathology (Kotov et al., 2017). Funkhouser et al. (2020), found consistent connections between the symptoms of Dysphoria and Lassitude, as well as between Dysphoria and Social Anxiety, evaluated with the IDAS, although this study did not specifically aim to analyze the bridge symptoms that could explain comorbidity. The analysis of the structure of IDAS-II could further provide a broader perspective on the configuration of the relationships between emotional disorders, as it additionally measures symptoms of bipolar disorder (BD) and OCD as well as contains more expansive coverage of PTSD and social anxiety symptoms.

Given the above, this study examines, through empirical networks: 1) the structure of the relationships between the dimensional symptoms involved in the emotional disorders evaluated with the IDAS-II; 2) the bridge symptoms between the identified substructures; and 3) the influence that each symptom has on the rest of the network. According to previous studies we expected that: 1) the symptoms of depression and anxiety will be highly connected in a cluster that, in turn, will show less connections with the symptoms of BD and OCD; 2) the symptoms acting as a bridge between these will be

related to irritability and sadness; and 3) the symptoms with the strongest influence will be Dysphoria for depression, Traumatic Intrusions for PTSD, and Checking and Ordering for OCD.

3.2.2. METHOD

Participants

In order to increase the variability of the scores and thus represent the dimensional continuum from normality to pathology, the study was conducted on a mixed sample of 2021 persons, composed of both adults from the community population ($n = 1,692$) and patients ($n = 329$).

The community adults were recruited in two phases of data collection: a) Wave 1, 620 adults selected by means of non-probability sampling in the province of Huelva (Spain); and b) Wave 2, 1,072 adults recruited by stratified random sampling, proportionally represented in the Spanish population according to age group, sex, and geographic area. The equivalence between both samples was verified. Inclusion criteria on community sample was being between 18 and 80 years old and not having a diagnose on any mental disorder.

The patient sample consisted of 329 patients from public and private mental health services in the province of Huelva (Spain). Inclusion criteria on clinical sample was being between 18 and 80 years old and being under treatment in a mental health service during the data collection. Those who met any of the following characteristics were excluded from both samples (community adults and patients): having been diagnosed with a medical or psychological disorder that disqualified them from taking the tests, or not signing the informed consent form.

Of the total number of participants ($N = 2,021$), 51.6% were women, and aged between 18 and 80 years ($M = 42.90$; $SD = 14.64$). 1.8% had not completed primary education, 8.5% had completed primary education, 16.5% had completed secondary education, 34.3% had completed post-compulsory education, 37.6% had completed university studies, and 1.2% had completed a university doctorate. With regard to employment status, 55.6% were working. 14.79% ($n = 299$) of the sample met the diagnostic criteria for at least mental one disorder mental disorder according to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5) and 5.29% ($n = 107$) had diagnostic comorbidity. Table 3.2.1 shows the diagnoses present in the sample. The most frequent diagnostic categories were depressive disorders (5.84%) and anxiety disorders (5.10%).

Table 3.2.1*DSM-5 diagnoses distribution*

DSM-5 diagnoses	<i>n</i>	% over patients (<i>n</i> = 329)	% over complete sample (<i>N</i> = 2021)
Neurodevelopmental disorders	25	7.60	1.24
Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders	23	6.99	1.14
Bipolar and related disorders	12	3.65	0.59
Depressive disorders	118	35.87	5.84
Anxiety disorders	103	31.31	5.10
Obsessive-compulsive and related disorders	9	2.74	0.44
Trauma- and stressor-related disorders	77	23.40	3.80
Dissociative disorders	2	0.61	0.10
Somatic symptom and related disorders	2	0.61	0.10
Feeding and eating disorders	6	1.82	0.29
Disruptive, impulse-control, and conduct disorders	5	1.52	0.25
Substance-related and addictive disorders	11	3.34	0.54
Personality disorders	30	9.12	1.48
Do not meet diagnostic criteria	30	9.12	1.48

Measures

The IDAS-II (Watson et al., 2012) was administered in its Spanish version (De la Rosa-Cáceres et al., 2020). The 99 items with a response format from 1 (*not at all*) to 5 (*extremely*) are grouped in 18 specific scales. Participants scored the severity of their symptoms during the last two weeks, where higher scores indicate greater severity of symptoms. In the present study, this instrument was found to be internally consistent (Cronbach's $\alpha = .91$). Internal consistency of all subscales are presented in Table 3.2.2.

In addition, questions regarding sociodemographic variables related to sex, age, educational level, employment, and marital status were included.

Procedure

Community adults from wave 2 completed the IDAS-II in an online format, whilst a psychologist administered the Spanish version of IDAS-II in paper and pencil format to the rest of the community and patient samples ($n = 949$). The latter completed the IDAS-II in rooms set up in the centers where they were recruited. All participants were informed about the anonymous and voluntary nature of their participation in the study and gave their written informed consent which remained in the custody of the research group. This study has the approval of the Bioethics Committee of Biomedical Research of Andalusia (Spain; file number PI 040/18).

Data analysis

Results revealed the absence of multivariate normality for asymmetry (Mardia = 8092.19) and kurtosis (Mardia = 89.62). The estimation of the network and its properties

was conducted using the Graphical Least Absolute Shrinkage and Selection Operator (GLASSO; Friedman et al., 2008) algorithm in combination with the Extended Bayesian Information Criterion (EBIC; Chen & Chen, 2008) selection model applied to the nonparanormal transformation (Liu et al., 2009) of the data set. The EBIC hyperparameter γ was set at 0.5. The arrangement of the nodes was established using the Fruchterman-Reingold algorithm (Fruchterman & Reingold, 1991).

The selected sample was randomly divided into two subsamples: estimation sample ($n = 1,010$) and replication sample ($n = 1,011$). The sample size of the estimation sample ($n = 1,010$) was adequate for the estimation of the network based on simulation analyses (see Online Resource 1; Epskamp et al., 2018). The detection of community structures was carried out on estimation sample using the walktrap algorithm (Pons & Latapy, 2005) and the optimal number of steps was set using the highest cluster's modularity. The modularity index resulting from the exploratory graphic solution was compared with obtained of the three-factor structure presented in De la Rosa-Cáceres et al. (2020).

Four local inference measures were estimated: Strength, one-step Expected Influence (EI1), twostep Expected Influence (EI2), and node predictability (Haslbeck & Waldorp, 2018; Robinaugh et al., 2016). Strength and EI are relative measures of centrality that provide information about the relationships between each node and the rest of the network. EI2 takes into account, besides, the relations with the nodes that are of an indirect nature (Robinaugh et al., 2016). Further, the predictability of the node is an absolute measurement of interconnection that indicates the proportion of variance of each node that is explained by its neighboring nodes (Haslbeck & Waldorp, 2018).

Participation Coefficient (PC) and Participation Ratio (PR; Letina et al., 2019) were applied to analyze the heterogeneity of the network nodes. The PC analyzes how

the nodes distribute their edges among the different communities, where higher values of PC indicate that the nodes distribute their edges more equally among the network communities. The PR takes into account both the number and strength of the edges connected to each node, so that higher values of PR are indicative of nodes with more numerous and stronger edges. The PC and PR values were transformed to the same scale of values between 0 and 1 to facilitate their interpretation.

To increase the understanding of comorbidity, three bridge centrality indices were estimated (Jones, 2020; Jones et al., 2019): bridge strength, which indicates the total connectivity of the node with nodes of other communities with which it is directly related; bridge EI1, which indicates the general increase in activation of the node with nodes of other communities with which it is directly related; and bridge EI2, which, like bridge EI1, indicates the general increase in the activation of other communities, but in this case by also taking into account the effect on nodes of other communities with which it is indirectly related. Finally, bridge nodes/ symptoms were identified by applying a blind cut-off point at the 80th percentile of bridge strength (Jones et al., 2019).

The precision of the estimated relationships in the network was estimated by calculating the values of the edge weights with a 95% confidence interval (CI) from a nonparametric bootstrap with subsamples repeated 1,000 times (Epskamp et al., 2018). The stability of the network centrality indices was evaluated by means of a person-dropping bootstrap procedure that provides a correlation-stability coefficient (CS-coefficient). Values > 0.5 indicate strong stability and interpretability (Epskamp et al., 2018).

Once the network was estimated on the estimation sample ($n = 1,010$), results were mirrored on the replication sample ($n = 1,011$) and both networks were compared using the network comparison test (5,000 times repeated subsampling; van Borkulo et al.,

2022). We analyzed the network structure invariance, regarding to the differences in the connections of the edges of both networks (statistic M); and the global strength invariance, based on the difference in global strength (the weighted absolute sum of all edges) between the two networks (statistic S). Additionally, if the omnibus network invariance test is significant, the test of edge invariance will also be estimated (van Borkulo et al., 2022).

The R packages used were: mvn version 5.8 (Korkmaz et al., 2014) to calculate the Mardia coefficient; bootnet version 1.3 (Epskamp et al., 2018) to perform the simulation analyses, to estimate the network, network stability and accuracy, and the strength of each node; igraph version 1.2.5 (Csardi & Nepusz, 2006) to perform the modularity analysis; networktools version 1.2.2 (Jones, 2020) to estimate EI and bridge centrality indices; mgm version 1.2.7 (Haslbeck & Waldrop, 2020) to estimate the explained variance ratio of each node; and NetworkComparisonTest 2.2.1 (van Borkulo et al., 2022) to test network invariance. All analyses were conducted using R version 3.6.3 and R-Studio version 1.2.5033.

3.2.3. RESULTS

The descriptive statistics for each of the IDAS-II scales are shown in Table 3.2.2. The Cronbach's alpha coefficients were higher than .70 for all the IDAS-II scales and above .80 for 13 of the 18 scales.

Table 3.2.2*Results of the analysis of the scales and reliability of the IDAS-II (N = 2,021)*

IDAS-II Scales	<i>M (SD)</i>	Skewness	Kurtosis	Coefficient α
Appetite Gain	5.87 (2.87)	1.17	0.84	.78
Appetite Loss	4.85 (2.51)	1.48	1.76	.86
Checking	5.76 (2.72)	1.10	0.71	.77
Claustrophobia	8.03 (4.36)	1.64	2.15	.87
Cleaning	11.51 (5.12)	0.95	0.57	.85
Dysphoria	21.43 (8.81)	0.81	-0.06	.91
Euphoria	8.44 (3.53)	1.30	1.47	.76
Ill Temper	9.77 (4.54)	1.08	0.59	.86
Insomnia	13.18 (6.11)	0.81	-0.18	.90
Lassitude	12.24 (4.70)	0.84	0.37	.78
Low Well-Being	25.61 (6.26)	0.09	-0.41	.85
Mania	9.76 (4.38)	0.92	0.10	.80
Ordering	10.05 (3.95)	0.82	0.36	.75
Panic	13.33 (6.57)	1.56	1.85	.91
Social Anxiety	10.42 (4.84)	1.38	1.58	.83
Suicidality	7.72 (3.55)	3.09	10.68	.84
Traumatic Avoidance	8.50 (4.02)	0.73	-0.27	.84
Traumatic Intrusions	6.93 (3.87)	1.48	1.46	.88

Network estimation and community detection

Table 3.2.3 shows the partial correlations and zero-order correlations between symptoms on estimation sample ($n = 1,010$). The number of estimated edges with a partial correlation value that differed from zero was 93 out of 153 possible edges. The edge weights ranged from -0.46 (Euphoria — Low Well-Being) to 0.30 (Ordering – Checking, and Cleaning – Claustrophobia). Online Resource 2 shows the partial edge correlations estimated by bootstrapping with a 95% CI.

Table 3.2.3

Partial and zero-order correlations between network symptoms on estimation sample (n = 1,010)

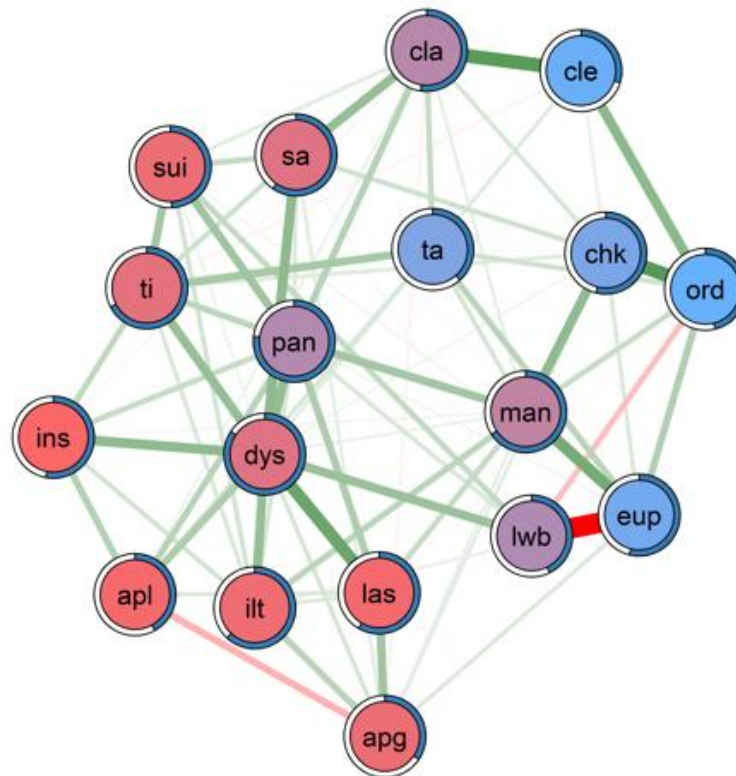
Nodes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1. Appetite Gain		.09	.36	.19	.13	.44	.29	.46	.31	.44	.02	.40	.20	.33	.36	.24	.23	.34
2. Appetite Loss	-.14		.31	.38	.15	.58	.18	.42	.52	.47	.17	.39	.17	.55	.44	.40	.36	.46
3. Checking	.05	-		.46	.37	.51	.48	.47	.40	.43	-.04	.61	.57	.50	.48	.36	.43	.49
4. Claustrophobia	-.03	.03	.07		.44	.52	.31	.43	.44	.40	.10	.51	.34	.61	.56	.48	.42	.47
5. Cleaning	-	-	.04	.30		.18	.25	.18	.20	.18	-.08	.29	.42	.22	.22	.15	.30	.17
6. Dysphoria	.08	.15	.03	-	.03		.25	.73	.69	.74	.35	.65	.27	.81	.72	.61	.48	.77
7. Euphoria	.06	-	.07	.01	-	-		.35	.22	.28	-.42	.54	.49	.33	.28	.24	.40	.29
8. Ill Temper	.12	-	-	-	-	.19	.04		.56	.62	.17	.62	.28	.68	.60	.53	.38	.64
9. Insomnia	.01	.13	-	.02	-	.20	-	.08		.53	.22	.52	.24	.64	.54	.46	.39	.62
10. Lassitude	.17	.07	-	-	-	.26	-	.06	.01		.18	.59	.24	.65	.56	.44	.39	.58
11. Low Well-B.	-	-	-	-	-.01	.18	-.46	-	-	-		.00	-.23	.26	.22	.26	-.02	.21
12. Mania	.04	-	.20	.05	-	.04	.25	.12	.02	.10	-		.49	.67	.55	.46	.50	.58
13. Ordering	-	-	.30	-	.21	-	.14	-	-	-.01	-.11	.10		.27	.29	.20	.39	.27
14. Panic	-	.13	-	.13	.01	.19	.02	.07	.10	.15	.07	.17	-		.68	.66	.45	.73
15. Social Anx.	.05	-	.09	.19	-	.20	-	.05	-	.01	.02	.02	-	.06		.56	.41	.65
16. Suicidality	-	-	-	.05	-	.03	.02	.08	-	-	.11	-	-	.17	.12		.31	.62
17. Trauma. Av.	-	.07	.03	.10	.06	.05	.12	-	-	-	-	.08	.09	-	-	-		.48
18. Trauma. Intr.	-	-	.06	-	-.02	.19	-	.07	.11	.01	-	.02	-	.12	.09	.16	.16	

Note. Partial correlations are shown on the lower diagonal and zero-order correlations on the upper diagonal. Low Well-B. = Low Well-Being; Social Anx. = Social Anxiety; Trauma Av. = Traumatic Avoidance; Trauma Int. = Trauma Intrusions. The dashes represent correlation values = 0.

The estimated network in the estimation sample is shown in Figure 3.2.1. Exploratory graphic analysis of modularity yielded an optimal solution of two communities. The first community includes the symptoms Dysphoria, Lassitude, Insomnia, Suicidality, Appetite Loss, Appetite Gain, Ill Temper, Panic, Social Anxiety, and Traumatic Intrusions, while the second community includes Low Well-Being, Mania, Euphoria, Claustrophobia, Traumatic Avoidance, Checking, Ordering, and Cleaning. Figure 3.2.1 also shows the bridge nodes between both communities, which are Low Well-Being, Mania, Panic, and Claustrophobia.

Figure 3.2.1

Empirical network model (network structure estimated from a walktrap modularity analysis; $n = 1,010$)



Note. apg = Appetite Gain; apl = Appetite Loss; chk = Checking; cla = Claustrophobia; cle = Cleaning; dys = Dysphoria; eup = Euphoria; ilt = Ill Temper; ins = Insomnia; las = Lassitude; lwb = Low Well-Being; man = Mania; ord = Ordering; pan = Panic; sa = Social Anxiety; sui = Suicidality; ta = Traumatic Avoidance; ti = Traumatic Intrusions. Each node represents a symptom. The edges represent the relationships (partial correlations) between the symptoms. Positive relationships are represented in green, and negative relationships in red. The thickness of the edge reflects the strength of the association, so that

El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II (IDAS-II)

the most strongly related symptoms are connected by thicker edges. The blue pie chart surrounding each node represents the predictability of each node (a higher proportion of blue indicates greater predictability). The membership of the nodes to the different communities is represented by a red-blue gradient according to the bridge strength values: the symptoms of Community 1 are shown in red tones, the bridge symptoms in purple tones and the symptoms of Community 2 in blue tones. The arrangement of the nodes was established based on the Fruchterman-Reingold algorithm.

Network inference

The modularity index of this grouping was 0.25 while that obtained with the confirmatory factor analysis (CFA) presented in De la Rosa-Cáceres et al. (2020), based on the organization of the internal structure of IDAS-II and its correspondence with the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) model, was -0.06 (the latter network is presented in Online Resource 3).

The standardized scores estimated for the centrality indices of the nodes are shown in Table 3.2.4. The symptoms or nodes that present higher values of Strength, EI1, and EI2 are Dysphoria, Panic, and Mania (standardized values of Strength were between 2.95 and -1.01; standardized values of EI1 were between 2.26 and -2.31; and standardized values of EI2 were between 2.21 and -2.18).

CS-coefficient ($\text{cor} = 0.7$) was 0.75 for Strength and EI (see Online Resource 4 and Online Resource 5, respectively), indicating strong stability and interpretability of the estimates in both cases.

The standardized scores estimated for the bridge centrality indices of the nodes are shown in Table 3.2.4. The symptoms or nodes with higher values of Bridge Strength, Bridge EI1 and Bridge EI2 are Mania (standardized values of Bridge Strength = 2.04; standardized values of Bridge EI1 = 2.09; and standardized values of Bridge EI2 = 2.39), Claustrophobia (1.50, 1.24, and 1.09), Panic (1.14, 1.08, and 0.88), and Low Well-Being (0.99, 1.08, and 1.02).

Table 3.2.4

Standardized values of centrality indices and bridge centrality indices, explained variance, participation coefficient, and participation ratio of each node on estimation sample ($n = 1,010$)

Nodes	Strength	Expected Influence 1	Expected Influence 2	Bridge Strength	Bridge Expected Influence 1	Bridge Expected Influence 2	R^2	PC	PR
Appetite Gain	-0.77	-0.85	-1.02	-0.33	-0.50	-0.73	.35	.11	.15
Appetite Loss	-0.87	-0.80	-0.77	-0.89	-0.70	-0.78	.42	.07	.03
Checking	-0.12	0.35	0.21	-0.06	0.09	0.28	.54	.09	.32
Claustrophobia	0.04	0.34	0.18	1.50	1.24	1.09	.52	.35	.35
Cleaning	-1.01	-0.59	-0.91	-1.17	-1.75	-1.62	.30	.01	0
Dysphoria	2.95	2.26	2.21	0.62	0.36	0.13	.84	.12	1
Euphoria	0.79	-1.19	-0.79	-0.57	-0.39	-0.76	.54	.02	.42
Ill Temper	-0.29	0.24	0.33	-0.48	-0.30	-0.17	.62	.17	.29
Insomnia	-0.97	-0.22	-0.14	-1.29	-1.08	-0.86	.53	.01	.11
Lassitude	-0.39	0.11	0.32	-0.80	-0.77	-0.46	.58	.08	.22
Low Well-Being	-0.02	-2.31	-2.18	0.99	1.08	1.02	.43	.18	.10
Mania	0.80	0.96	0.88	2.04	2.09	2.39	.66	.33	.60
Ordering	0.00	-0.17	-0.35	-1.48	-1.46	-1.34	.46	.00	.17
Panic	1.48	1.36	1.54	1.14	1.08	0.88	.77	.26	.77
Social Anxiety	-0.28	0.24	0.40	0.58	0.70	0.64	.60	.39	.35
Suicidality	-0.80	-0.10	-0.27	-0.32	-0.16	-0.51	.48	.17	.04
Traumatic Av.	-0.72	0.06	-0.29	0.34	0.47	0.60	.39	.43	.16
Traumatic Intr.	0.17	0.43	0.63	0.18	0.18	0.21	.67	.22	.38

Note. PC =Participation Coefficient; PR = Participation Ratio; Traumatic Av. = Traumatic Avoidance; Traumatic Intr. = Traumatic Intrusions.

The predictability of each node is shown in Figure 3.2.1 and Table 3.2.4. The predictability values ranged from 0.30 (Cleaning) to 0.84 (Dysphoria), with a mean value of 0.54. The symptoms with the least explained variance —and therefore the most independent— were Cleaning ($R^2 = .30$), Appetite Gain ($R^2 = .35$), Traumatic Avoidance ($R^2 = .39$) and Appetite Loss ($R^2 = .42$). The symptoms with the greatest explained variance were Dysphoria ($R^2 = .84$), Panic ($R^2 = .77$), Traumatic Intrusions ($R^2 = .67$), and Mania ($R^2 = .66$).

The PC and PR values are shown in Table 3.2.4. The highest PC values corresponded to Traumatic Avoidance ($PC = .43$), Social Anxiety ($PC = .39$), and Claustrophobia ($PC = .35$), these being the nodes that distribute their edges most equally among the network communities. The network nodes that presented the strongest and most numerous edges, according to PR values, were Dysphoria ($PR = 1$), Panic ($PR = .77$), and Mania ($PR = .60$).

The invariance test showed that the networks estimated on estimation ($n = 1,010$) and replication subsamples ($n = 1,011$) did not differ significantly in structure (i.e., differences in the edge connections of the two networks, $M = 0.08$; $p = .989$) nor in overall strength (i.e., differences in the sum of the absolute weights between the two networks, $S = 0.24$; $p = .418$). The overall strength of the network estimated over the first half of the sample was 8.69, while that of the network estimated over the second half of the sample was 8.45.

3.2.4. DISCUSSION

The present work examined the relationships between the dimensional symptoms assessed by the IDAS-II improving our understanding of comorbidity between emotional disorders. Results showed that emotional disorders symptoms groups in two

communities: first linked to symptoms of depression and anxiety and second grouping symptoms of bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder. Mania, Panic, Claustrophobia, and Low Well-Being emerged as bridge symptoms, connecting the two substructures. Finally, results suggest that Dysphoria is the symptom with greatest number of connections with rest of depression dimensions; Traumatic Intrusions the one with most connections for PTSD; and Checking and Ordering for OCD. The invariance analysis failed to find significant differences between the structure and global strength of estimation and replication subsample networks. Next, we analyze the results in more detail.

Congruent with our first hypothesis, the structure of the network provides evidence of a stronger relationship between the symptoms of depression and anxiety (Dysphoria, Lassitude, Insomnia, Suicidality, Appetite Loss, Appetite Gain, Ill Temper, Panic and Social Anxiety) that are grouped in the first community. This substructure, previously described (Bekhuis et al., 2016; McElroy, Fearon, et al., 2018) supports the observed relationship between these two sets of disorders. Based on this body of evidence, various authors have questioned whether these disorders should be defined as a single clinical entity and not as distinct disorders (Borsboom, 2017; Kotov et al., 2017; McElroy, Fearon, et al., 2018).

The structure of the network also shows, in a separate community, the symptoms of BD (Euphoria and Mania) and OCD (Checking, Ordering, and Cleaning). The cooccurrence of these disorders has been reported in several studies and meta-analyses (e.g., Ferentinos et al., 2020). The grouping of this set of symptoms is of interest, as Tonna et al. (2016) point out that the appearance of OCD symptoms could be a risk factor for increased BD symptoms.

Interestingly, the two PTSD symptom dimensions appear separately. In line with Gilbar (2020) and Levi-Belz et al. (2020), Traumatic Intrusions appear in Community 1, linked to symptoms of anxiety and depression, whilst Traumatic Avoidance is linked to OCD symptoms. This evidence supports the connection between PTSD and depressive disorder (Afzali et al., 2017; Levi-Belz et al., 2020) through intrusive thoughts. In contrast, strategies to reduce anxiety had the most direct connection with OCD. OCD and PTSD share avoidance of stimuli as a means of reducing stress (APA, 2013; Franklin & Raines, 2019). From a behavioral perspective, Gershuny et al. (2003) point out that, in patients with comorbid OCD and PTSD, the avoidance strategies in OCD could reduce the emotional distress generated by a traumatic event, thus explaining the comorbidity of these disorders.

Concerning our second hypothesis, the results indicate that the bridge symptoms differ from those hypothesized. Although Ill Temper has been pointed out as a bridge symptom (Afzali et al., 2017; Choi et al., 2017), the connections observed in the present work between this symptom and PTSD occur within the same community. In the present work, the bridge nodes obtained are Claustrophobia, Low Well-Being, Mania, and Panic. It can be observed that whilst Panic connects the symptoms of depression and anxiety, Mania has been shown to connect the symptoms of depression with BD. Niitsu et al. (2015) highlight panic attacks as one of the strongest predictors of the change from depression to mania in BD. In relation to the other two bridge symptoms (Low Wellbeing and Claustrophobia), to our knowledge, this is the first work that includes these dimensions in network analysis. The inclusion of a greater number of symptoms can modify community organization and, therefore, the identification of bridge symptoms (Jones et al., 2019). For Claustrophobia, the observed relationships with Panic and Social Anxiety provide further empirical support for the organization proposed by HiTOP

(Kotov et al., 2017) where these symptoms are grouped within the Fear factor. With regard to Low Well-Being, differential activation is observed in the network structure, with activation of Community 1 and inhibition of Community 2. For several decades, numerous studies have provided evidence for the relationship between Low Well-Being and depression (Kotov et al., 2017; Watson et al., 2007).

Finally, regarding the symptoms with the greatest influence, our results support the third hypothesis. Similar to Funkhouser et al. (2020), Dysphoria presents the highest centrality values for depression. Likewise, Traumatic Intrusions showed greater centrality than did Traumatic Avoidance for PTSD (Contractor et al., 2020; Gilbar, 2020), and Checking and Ordering showed greater centrality for OCD (R. T. Zhang et al., 2019). Although Dysphoria is the most central node of the network, the low PC values and location indicate that their edges are primarily related to Community 1. This should be regarded as an important symptom in the initiation and maintenance of depression and anxiety disorders (Boschloo et al., 2016).

In clinical terms, some authors suggest that clinicians should pay attention to the presence of bridging symptoms and intervene on them to prevent comorbidity (Fried et al., 2017; Jones et al., 2019; Kaiser et al., 2021). In this sense, the intervention on panic and claustrophobia —identified as bridge symptoms on present study—, supports the inclusion of some of the modules of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders (UP; Barlow et al., 2017), successfully applied to a wide range of disorders. Specifically, both modules 5 —aimed on changing the action tendencies related to strong emotions—, and 7 —emotion exposures—, appear as central modules of the UP. Related to this, Jones et al. (2019) suggest that deactivation of bridging symptoms could prevent comorbidity to a greater extent than the deactivation of more central symptoms in the network. Thus, Dysphoria could be considered as a target of intervention

for depressive disorders, rather than a symptom which intervention could prevent comorbidity.

Conclusions

From a clinical perspective, this study provides useful information. According to previous studies (Afzali et al., 2017; Borsboom, 2017; Jones et al., 2019), interventions that target bridge symptoms could be relevant due to their role in the activation of different communities. From the analysis of the heterogeneity, results suggest that interventions aimed at Panic, Mania, and Claustrophobia may generate more global changes because their edges are distributed more equally among the communities. Moreover, Panic and Mania have stronger and more numerous edges. In congruence with this result, a systematic review conducted by González-Robles et al. (2018) found that Panic is the symptom most frequently targeted in transdiagnostic treatments of emotional disorders. Treatment of these symptoms could help to reduce the severe consequences associated with comorbidities, such as greater functional impairment, higher rates of chronicity, and increased disability (Hofmeijer-Sevink et al., 2012).

Finally, several studies suggest that treatments applied to nodes with high values of strength, IE, and predictability could generate global changes in the structure of the network and could be considered as priority interventions (Haslbeck & Waldorp, 2018; Robinaugh et al., 2016; R. T. Zhang et al., 2019). According to this idea, one of the priority targets of the network could be Dysphoria. This result is consistent with the notion that negative affect is the common component of emotional disorders related to the internalizing spectrum (Kotov et al., 2017). However, Santos et al. (2017) point out the need to also intervene in other less central symptoms when they cause clinically significant discomfort.

Although this study makes several contributions to the literature, it is not without limitations. First, the use of a transversal design does not allow for making causal inferences about the direction of associations between symptoms, which was the reason for using undirected networks in present study. In this regard, it would be worthwhile to conduct future longitudinal studies to clarify the directionality of the associations in the network.

Second the resulting IDAS-II network does not include other symptoms of depression such as concentration or psychomotor problems which, although not diagnostic criteria of the DSM, could be equally relevant (Fried et al., 2016). As mentioned above, the inclusion of different symptoms can produce changes on the community organization and, therefore, the identification of bridge symptoms (Jones et al., 2019). However, it should be mentioned that this is one of the studies evaluating the greatest number of internalizing symptoms within the same instrument, using a dimensional approach.

Finally, it should be noted that different sampling procedures have been used to select the subsamples: community adults were recruited by random sampling, while patients were selected by non-probability sampling. The use of non-probabilistic sampling may limit the generalizability of patient responses, though the accessibility of this kind of patients difficult the use of random sampling procedures.

In general terms, we believe the present study contributes providing relevant information for a better understanding of emotional disorders comorbidities, one of the most persistent problems associated with mental disorders (Cramer et al., 2010; Hofmeijer-Sevink et al., 2012; Kotov et al., 2017), and also for the development of transdiagnostic interventions for various emotional disorders by identifying the core symptoms within the internalizing spectrum (Barlow et al., 2017).

3.3. NORMS ACCORDING TO AGE AND GENDER FOR THE SPANISH VERSION OF THE INVENTORY OF DEPRESSION AND ANXIETY SYMPTOMS (IDAS-II)

3.3.1. INTRODUCTION

Emotional disorders such as depression and anxiety constitute some of the most prevalent psychopathological conditions (WHO, 2017). These disorders are more disabling and result in a poorer quality of life when compared with other mental disorders such as alcohol use disorder or somatoform disorders and chronic diseases such as diabetes, arthritis, or asthma (Alonso et al., 2004; Grandes et al., 2011; Moussavi et al., 2007). In addition, diagnostic comorbidity, with rates reaching 40–60% of patients (Cancino et al., 2018; Ruscio et al., 2017), accentuates the severity of the disorder (Kessler et al., 2015), and the decline in quality of life (Rapaport et al., 2005).

In the last decade, treatment of this comorbidity has been facilitated by transdiagnostic interventions (e.g., the Unified Protocol [UP]; Barlow et al., 2011). These have been shown to be effective in simultaneously treating several emotional disorders (Barlow et al., 2017; Steele et al., 2018). For example, a recent systematic review revealed that interventions such as the UP (Sakiris & Berle, 2019) are highly effective in reducing the severity of various emotional disorders (e.g., anxiety, depression, general anxiety disorder [GAD], obsessive-compulsive disorder [OCD], panic disorder [PD], and social anxiety disorder), indicating the greater efficiency of this approach in comparison with disorder-specific interventions (Barlow et al., 2017).

From a measurement perspective, transdiagnostic interventions use, on average, more than three instruments to evaluate various disorders (Sakiris & Berle, 2019). As a result, assessment of the impact of interventions is dependent upon the ability of clinicians to interpret the various different scores, since these instruments generally differ in their scoring procedures, assessment timeframes, and measurement scales. In addition, authors such as Fried and Nesse (2015b) have pointed out that some of the most widely used assessment instruments (e.g., Beck Depression Inventory [BDI]; Beck et al., 1996) or the Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD; Hamilton, 1960) provide only an overall score of disorder severity. This overall score is generated from summing each of the symptom scores, based on the assumption that all symptoms are interchangeable indicators of the construct (Bollen, 1989; Fried & Nesse, 2015b). Consequently, this mode of scoring fails to capture the heterogeneity among people with the same diagnosis, since people with the same overall score may not share common symptoms (Fried & Nesse, 2015b; Olbert et al., 2014).

One instrument that, to a large extent, overcomes these limitations is the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms-II (IDAS-II; Watson et al., 2012). This instrument was designed to assess both depression and anxiety symptoms (in order to address the extensive comorbidity between these two types of conditions) as well as to provide comprehensive and dimensional measurement of specific depression and anxiety symptoms. The original version of the instrument (IDAS; Watson et al., 2007) evaluates symptoms of depression and anxiety using 11 non-overlapping scales (Dysphoria, Panic, Social Anxiety, Insomnia, Lassitude, Ill Temper, Traumatic Intrusions, Well-Being, Suicidality, Appetite Loss, and Appetite Gain). In addition, it includes a scale that yields an overall depression score (General Depression), which contains items overlapping with several other IDAS scales. The IDAS-II expanded the instrument's coverage by adding

seven additional scales (Traumatic Avoidance, Checking, Ordering, Cleaning, Claustrophobia, Mania, and Euphoria), thus providing dimensional scores for the severity of a wide range of symptoms associated with the following emotional disorders: major depression disorder (MDD), GAD, bipolar disorder (BD), posttraumatic stress disorder (PTSD), PD, social phobia, specific phobia, and OCD (Watson et al., 2008, 2012). Thus, the symptoms that constitute each disorder are evaluated with different items grouped into scales. This allows for testing their psychometric properties against other instruments that use a single item for the evaluation of each symptom. In addition, from a clinical perspective, this allows the identification of psychopathological profiles based on the symptoms, which helps clinicians to plan symptom-oriented interventions, whilst also making it possible to evaluate their impact (Bullis et al., 2019; Kotov et al., 2017; Nelson et al., 2018).

A further notable feature of the IDAS-II is that it provides a dimensional score. This increases its sensitivity, particularly for the detection of heterogeneity among patients, while also allowing for the evaluation of clinical change following interventions (Kraemer et al., 2004). Despite these advantages, it should be noted that for the dimensional assessment of symptoms to be useful in clinical practice, it is important that the scores can be interpreted in order to guide diagnosis and decision-making with regard to treatment, choice of drugs, or hospitalization (Kraemer et al., 2004; Widiger & Samuel, 2005).

Currently, normative data are available for the 12 IDAS scales (Stasik-O'Brien et al., 2019), and the 19 scales of the IDAS-II instrument (Nelson et al., 2018). However, these are, to a certain extent, limited with regard to their applicability. First, the IDAS only provides scores associated with three percentiles (70, 94, and 99; Stasik-O'Brien et al., 2019). In addition, and as the authors point out (Stasik-O'Brien et al., 2019), the

development of these norms was based on data from samples that include patients, which affects the level of severity of the scores provided. Further, the two studies mentioned only provide normative data for the English version of the instrument, and no such data are currently available for the Spanish adaptation (De la Rosa-Cáceres et al., 2020). Finally, although there is a growing body of literature to indicate the existence of gender and age differences in emotional disturbances, the available instruments only provide scores for the general population. Research indicates that women score higher on scales used to assess depression and anxiety (Kessler et al., 2015; Klose & Jacobi, 2004; Nelson et al., 2018), whilst older people show a more marked decrease in emotional disturbance symptoms (Hoertel et al., 2015; Nelson et al., 2018; Patten et al., 2016). The influence of gender and age on emotional disorder symptom scores (e.g., Bromet et al., 2011; Patten et al., 2016) highlights the need to provide population-based norms that could be used to highlight differences according to these demographic variables.

Therefore, the primary objective of this study is to develop normative data for the Spanish version of the IDAS-II, obtained from a community sample. Second, we aim to analyze the relationship between the gender and age variables and the IDAS-II scale scores considering both the statistical significance and effect size. If, as suggested by the literature, it is found that scale scores differ significantly as a function of gender and age, then gender- and age-differentiated norms will be constructed for each IDAS-II scale.

3.3.2. METHOD

Sample

The study was conducted through an anonymous online survey carried out with the specialized company Netquest. This company has more than 155,000 members who were selected via random sampling in the Spanish population. The sample used on present

El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II (IDAS-II)

study, composed of 1,072 subjects, was recruited from these panelists through a stratified random sampling procedure (margin of error = 3%, 95% confidence level), divided into strata representative of the Spanish population for gender, age (ranging between 18 and 75 years) and geographical region of Spain. Fifty percent of this sample were women, and the mean age of participants was 44.32 years ($SD = 14.68$). Of the sample, 60% had a partner, while 30% were single. In terms of employment status, 62% of the respondents reported being in paid employment. Regarding educational status, 46% had completed higher education (doctorate, master's, or university graduate), and 40% had completed high school and vocational training. Relating geographical representativeness, the distribution of sample is composed as follows: Northwest (Galicia, Asturias) 9%; North center (Vasque country, Cantabria) 9%; North east (Aragon, Catalonia, La Rioja) 12%; Center (Castilla La Mancha, Castilla León, Madrid, Extremadura) 10%; East (Valencia, Murcia, Balearic islands) 15%; South (Andalusia) 19%; metropolitan area of Madrid 12%; metropolitan area of Barcelona 9%; and Canary islands, Ceuta and Melilla 5%.

Instrument

Inventory of Depression and Anxiety Symptoms-II (Watson et al., 2012; Spanish version, De la Rosa-Cáceres et al., 2020). The IDAS-II consists of 99 items rated on a five point scale (1 = *not at all* to 5 = *extremely*). Each of the items refers to the presence, during the last 2 weeks, of symptoms of emotional disorders that are grouped into higher hierarchical structures following the HiTOP model (De la Rosa-Cáceres et al., 2020; Kotov et al., 2017). The 99 items are grouped on 18 non-overlapping scales: Dysphoria (e.g., "I felt discouraged about things"), Lassitude (e.g., "I felt exhausted"), Insomnia (e.g., "I had trouble falling asleep"), Suicidality (e.g., "I hurt myself purposely"), Appetite Loss (e.g., "I did not have much of an appetite"), Appetite Gain (e.g., "I thought a lot

about food”), Well-Being (e.g., “I felt that I had accomplished a lot”), Ill Temper (e.g., “I felt like breaking things”), Mania (e.g., “I kept racing from one activity to the next”), Euphoria (e.g., “I felt elated for no reason”), Panic (e.g., “I felt faint”), Social Anxiety (e.g., “I was anxious about talking in public”), Claustrophobia (e.g., “I avoided tight, enclosed spaces”), Traumatic Intrusions (e.g., “I had memories of something scary that happened”), Traumatic Avoidance (e.g., “I avoided situations that bring up bad memories”), Checking (e.g., “I checked things over and over again”), Ordering (e.g., “I felt compelled to follow certain rules”), and Cleaning (e.g., “I avoided handling dirty things”). A General Depression overlapping scale is composed of the 10 Dysphoria items plus two items from each of the following scales: Suicidality, Lassitude, Insomnia, Appetite Loss, and Well-Being (these items are reverse-keyed).

Procedure

The field work was carried out by a specialized company (Netquest) with panels certified with the ISO 26362 standard. The sample for present study was recruited through a stratified random sampling procedure (considering age, gender, and geographical representativeness) extracted out of the 155,000 panelist of the company. The participation rate was 96.84% of the panelists invited to participate. Sociodemographic equivalence with respect non-respondents was ensured, inviting participants who meet the target characteristics in case another participant decline to participate. The IDAS-II was administered online (this instrument can be self-administered, as established by the authors of the original version; Watson et al., 2012). Each person selected at random received a pre-test of their reading and comprehension abilities, to check that no automatic responses are made. Once it had been determined that the person was fit to complete the test, the test was administered. Participants were rewarded for their

participation. This study was approved by the Ethics Committee of Research Centers in the province of Huelva (Junta de Andalucía, Spain; file number PI 040/18).

Statistical analysis

The normality of the global scores of the 19 IDAS-II scales was checked using Lilliefors correction based on the Kolmogorov-Smirnov procedure. None of the IDAS-II scales follow a normal distribution, particularly the Suicidality scores, with values of asymmetry (3.65) and kurtosis (16.48) that are very far from normal.

Before generating the standardized scores, the unidimensionality of the IDAS-II scales was determined. For this purpose, various indices of unidimensionality were calculated: (a) percentage of variance explained by the first factor, considering that the scale is one-dimensional if the first factor explains at least 40% of the variance of all items (Carmines & Zeller, 1979); (b) the number of dimensions determined by the minimum average partial (MAP) test (Velicer, 1976; Velicer et al., 2000); (c) Horn's parallel analysis (PA) method (Horn, 1965); (d) Ruscio and Roche's comparison data (CD) technique (Ruscio & Roche, 2012); (e) confirmatory factor analysis fit indices for a one-dimensional model such as the Root Mean-Square Error of Approximation (RMSEA), the Root Mean Square Residual (RMSR), the Tucker Lewis Index (TLI) and Comparative Fit Index (CFI). Values below 0.08 for RMSEA and RMSR and above 0.90 for the CFI and TLI are taken to indicate a good fit (Hu & Bentler, 1999).

Having demonstrated sufficient evidence of unidimensionality of the IDAS-II scales, standardized percentiles and *T*-scores were generated for each scale for the whole sample. Various tests were then conducted to compare means (t-tests and ANOVAs) to confirm whether there were differences according to gender and age. In all these tests, statistical significance and the effect size were both taken into account. According to

Cohen's guidelines (Cohen, 1988, 1992) d -values from $|0.20|$ to $|0.49|$ are taken to indicate small effect sizes; those ranging from $|0.50|$ to $|0.79|$ are considered medium; and values above $|0.80|$ are considered large effect sizes. Eta-squared values from $|0.01|$ to $|0.05|$ represent small effect sizes; those ranging from $|0.06|$ to $|0.13|$ indicate medium effect sizes; and values above $|0.14|$ indicate large effect sizes (Cohen, 1988, 1992). Differences according to gender and age were subsequently determined for each of the IDAS-II scales.

Descriptive statistics, internal consistency (alpha and omega), exploratory factor analysis, and tests for the comparison of means were conducted with SPSS version 25. For the dimensionality statistics, the functions "vss" and "fa.parallel" of the R package "psych" (Revelle, 2019); the function "cfa" of the "lavaan" R package (Rosseel, 2012); and the function "CD" of the "EFAtools" R package (Steiner & Grieder, 2020) were used. The "psych" R package was used to calculate the omega reliability coefficients. The percentile values were obtained from the SPSS percentile calculation function.

3.3.3. RESULTS

Descriptive Statistics and Reliability Estimates

Table 3.3.1 shows the descriptive statistics and internal consistency of the IDAS-II scales. As can be observed, the internal consistency values can be considered adequate, ranging from $\alpha = .74$ ($\omega = .77$) and $\alpha = .91$ ($\omega = .93$), with a mean α -value of .83 (mean ω -value of .88).

Table 3.3.1

Reliability, means and standard deviations for IDAS-II scales

Scale	No. of items	This study (α)	This study (ω)	This study Spain - community sample - online ($N = 1,072$)	Nelson et al. (2018) USA - community sample - online ($N = 1,836$)	p^a	d^a	De la Rosa-Cáceres et al. (2020) Spain - community sample ($N = 620$)	p^a	d^a
				$M (SD)$	$M (SD)$			$M(SD)$		
General Depression	20	.91	.92	39.82 (12.17)	41.94 (14.75)	<.001	0.15	42.09(21.05)	.005	0.14
Dysphoria	10	.90	.90	19.18 (7.44)	19.90 (8.61)	.022	0.09	20.82(11.03)	<.001	0.18
Lassitude	6	.79	.81	11.13 (4.25)	13.14 (5.23)	<.001	0.41	12.66(6.80)	<.001	0.29
Insomnia	6	.89	.93	12.02 (5.37)	12.43 (5.54)	.052	0.07	13.31(7.46)	<.001	0.21
Suicidality	6	.84	.91	7.27 (2.86)	8.35 (3.93)	<.001	0.30	7.27(3.66)	.999	0.00
Appetite Loss	3	.84	.88	4.57 (2.19)	5.06 (2.82)	<.001	0.19	4.63(2.64)	.615	0.03
Appetite Gain	3	.80	.83	5.59 (2.69)	6.19 (2.87)	<.001	0.21	6.01(3.49)	.006	0.14
Well-Being	8	.84	.88	22.41 (5.83)	22.40 (7.42)	.970	0.01	23.56(8.97)	.001	0.16
Ill-Temper	5	.86	.91	8.91 (3.98)	8.15 (4.01)	<.001	0.19	9.90(5.63)	<.001	0.21
Mania	5	.80	.86	8.46 (3.69)	9.24 (4.34)	<.001	0.19	10.26(5.79)	<.001	0.39
Euphoria	5	.77	.86	7.87 (3.20)	8.84 (3.55)	<.001	0.28	9.08(5.11)	<.001	0.30
Panic	8	.89	.92	11.53 (4.92)	11.92 (5.69)	.061	0.07	13.23(7.91)	<.001	0.27
Social Anxiety	6	.82	.88	9.44 (4.11)	10.86 (5.51)	<.001	0.28	10.53(6.36)	<.001	0.22
Claustrophobia	5	.85	.91	7.35 (3.66)	7.25 (3.70)	.480	0.03	7.84(5.00)	.021	0.11
Truamtic Intrusions	4	.86	.92	6.02 (2.99)	6.60 (3.50)	<.001	0.17	6.71(4.18)	<.001	0.20
Traumatic Avoidance	4	.83	.90	7.76 (3.70)	7.85 (3.86)	.538	0.02	8.54(4.73)	<.001	0.19
Checking	3	.78	.83	5.19 (2.44)	6.18 (2.86)	<.001	0.36	6.02(3.18)	<.001	0.30
Ordering	5	.74	.77	9.70 (3.69)	8.78 (3.93)	<.001	0.24	10.15(5.47)	.044	0.10
Cleaning	7	.84	.88	12.42 (4.50)	11.83 (5.05)	.002	0.12	11.59(7.31)	.004	0.15

Note. d = absolute value of Cohen's d .

^a Comparison with present sample.

Comparison of the mean scores with those reported by Nelson et al. (2018) for the U.S. sample and the sample of De la Rosa-Cáceres et al. (2020) revealed that the differences are statistically significant for almost all of the scales. However, statistical significance is driven more by sample size than effect size, since 12 of the 19 comparisons with the Nelson et al. (2018) study yielded effect size values (d) below 0.20. Compared with the data from De la Rosa-Cáceres et al. (2020), 11 subscales have effect size values below 0.20 (Nelson et al., 2018). The highest effect size value corresponds to the difference in mean scores for Mania ($d = 0.39$).

Unidimensionality of the scales

The 18 IDAS-II scales provide evidence of unidimensionality in their scores for most analysis carried out. Although CD analysis offers a higher number of factors on most scales, MAP and PA analysis suggested a unidimensional solution to be the best option for all specific scales. The percentages of variance explained by the first factor range from 47% (Well-Being, 8 items) to 76% (Appetite Loss, 3 items) and the RMSR and TLI values indicate an adequate one-dimensional model fit for all of the scales except Suicidality ($RMSEA = 0.23$; $RMSR = 0.10$; $CFI = 0.84$; $TLI = 0.73$) and Ordering ($RMSEA = 0.26$; $RMSR = 0.11$; $CFI = 0.75$; $TLI = 0.49$). However, in both cases, the values of the fit indices increase significantly if we estimate the correlation between the measurement errors of items with highly overlapping contents: in the Suicidality scale, Items 22 and 38 refer to self-directed harmful actions or behaviors, while the rest of the items refer to thoughts ($RMSEA = 0.14$; $RMSR = 0.05$; $CFI = 0.94$; $TLI = 0.89$). In the Ordering scale, items 65 and 69 refer to reorganization (action and need to reorganize) whilst the remaining items refer to habits and rituals ($RMSEA = 0.09$; $RMSR = 0.04$; $CFI = 0.98$; $TLI = 0.94$).

The lowest values correspond to the General Depression composite scale ($RMSEA = 0.11$; $RMSR = 0.08$; $CFI = 0.79$; $TLI = 0.76$). By including the covariance between measurement errors of some of its items (for example, the items of Appetite Loss [items 1 and 26], Dysphoria [items 21 and 31 and items 40 and 48], Suicidality [items 13 and 52], Well-Being [items 27 and 64], or Insomnia [items 11 and 51] scales) the values of the fit indices improve significantly ($RMSEA = 0.07$; $RMSR = 0.05$; $CFI = 0.91$; $TLI = 0.90$).

Scales general percentiles

Table 3.3.2 shows the percentiles and normalized T -scores (standardized from the percentiles) associated with the direct scores of each of the IDAS-II scales. To facilitate the reading and interpretation of the scores, for each of the symptoms, scores are presented for the values corresponding to the mean in T -scores ($T = 50$, P_{50}) and the mean plus/minus one and two standard deviations (T -values of 60–40 and 70–30, respectively), which correspond to the P_{85} , P_{15} , $P_{97.75}$, and $P_{2.25}$.

Table 3.3.2*Percentiles, T scores and direct scores for all sample (N = 1,072)*

<i>Percentiles</i>	General Depression	Dysphoria	Lassitude	Insomnia	Suicidality	Appetite Loss	Appetite Gain	Well-Being	Ill-Temper	Mania	Euphoria	Panic	Social Anxiety	Claustrophobia	Truamtic Intrusions	Traumatic Avoidance	Checking	Ordering	Cleaning	<i>Normalized T Scores</i>
<i>1</i>	23							10												<i>27</i>
<i>2.25</i>	24							11												<i>30</i>
<i>5</i>	25	10	6					12										5	7	<i>34</i>
<i>10</i>	26	11		6				14	5											<i>37</i>
<i>15</i>	28	12	7				3	16		5	5	8	6			4	3		8	<i>40</i>
<i>20</i>	29			7														6		<i>42</i>
<i>25</i>	31	13	8			3		18						5	4				9	<i>43</i>
<i>30</i>	32	14		8	6			19	6									7		<i>45</i>
<i>35</i>	33	15	9	9			4	20		6			7			5			10	<i>46</i>
<i>40</i>	34	16						21	7	6	6	9				6	4	8		<i>47</i>
<i>45</i>	36	17		10				22		7									11	<i>49</i>
<i>50</i>	37	18	10	11			5		8		7		8			7		9		<i>50</i>
<i>55</i>	39		11					23		8		10		6	5				12	<i>51</i>
<i>60</i>	40	19		12		4		24	9				9			8	5	10	13	<i>53</i>
<i>65</i>	42	20	12	13		5	6	25		9	8	11	10	7	6			11		<i>54</i>
<i>70</i>	44	22		14	7			26	10			12		8		9	6		14	<i>55</i>
<i>75</i>	47	23	13	15		6	7	27	11	10	9	13	11	9	7	10		12	15	<i>57</i>
<i>80</i>	49	25	14	16			8	28	12	11	10	14	12	10	8	11	7	13	16	<i>58</i>
<i>85</i>	53	27	15	18	8	7		29	13	12	11	16	14	11	9	12	8	14	17	<i>60</i>
<i>90</i>	57	30	17	20	10	8	9	30	15	14	13	19	16	13	10	13	9	15	19	<i>63</i>
<i>95</i>	63	34	20	23	14	9	11		17	16	15	23	18	15	12	15	10	16	22	<i>66</i>
<i>97</i>	68	36	21	25	16	10	12	32	19		16	25	20	17	14	16	11		23	<i>69</i>
<i>97.75</i>	70	38	22		17	11	13	33		18	17	26	21		15	17	12	18	24	<i>70</i>
<i>99</i>	79	44	24	28	19	12	15	35	22	20	18	30	23	20	17	18	13	20	25	<i>73</i>

Note. Underlined: P_{2.25}, P₁₅, P₅₀, P₈₅, P_{97.75}.

Group comparisons

Table 3.3.3 shows the comparisons of the mean IDAS-II scale scores according to gender and age group. Statistically significant gender differences are found with small and medium effect sizes for all scales except Suicidality, Well-Being, Euphoria, and Ordering. The largest effect sizes correspond to the comparisons for Dysphoria ($d = 0.50$), General Depression ($d = 0.49$), Appetite Gain ($d = 0.49$), and Lassitude ($d = 0.44$). When looking at the differences between age groups, statistically significant differences are observed with small or medium effect sizes for all scales except Well-Being, with the largest effect sizes being found for Lassitude ($\eta^2 = .12$), Dysphoria ($\eta^2 = .10$), and General Depression ($\eta^2 = .08$).

Percentile scores according to age and gender

Given the differences found, Tables 3.3.4.–3.3.7. present the scores obtained as a function of gender and age variables, according to the following participant categories (in order not to generate subgroups with reduced sample sizes, they will be grouped into two age groups): (1) men aged 18–44 years ($n = 188$; Table 3.3.4); (2) men aged 45–75 years ($n = 349$; Table 3.3.5); (3) women aged 18–44 years ($n = 379$; Table 3.3.6); and (4) women aged 45–75 years ($n = 156$; Table 3.3.7).

Table 3.3.3*Mean (standard deviation) by gender and age group*

Scale	Men (<i>n</i> = 537)	Women (<i>n</i> = 535)	<i>p</i>	<i>d</i>	18-29 years (<i>n</i> = 223)	30-44 years (<i>n</i> = 344)	45-54 years (<i>n</i> = 202)	55-75 years (<i>n</i> = 303)	<i>p</i>	η^2
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)			<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)		
General Depression	36.93 (10.87)	42.72 (12.70)	<.001	.49	45.17 (13.21)	40.74 (11.86)	39.06 (12.14)	35.35 (9.79)	<.001	.08
Dysphoria	17.38 (6.48)	20.99 (7.89)	<.001	.50	22.82 (8.27)	19.72 (7.24)	18.61 (7.20)	16.28 (5.76)	<.001	.10
Lassitude	10.21 (3.92)	12.05 (4.36)	<.001	.44	13.42 (4.85)	11.60 (4.10)	10.57 (3.83)	9.27 (3.13)	<.001	.12
Insomnia	11.34 (4.95)	12.70 (5.68)	<.001	.26	12.59 (5.46)	12.40 (5.61)	12.04 (5.36)	11.15 (4.93)	.007	.01
Suicidality	7.19 (2.76)	7.35 (2.95)	.356	.06	8.17 (3.90)	7.06 (2.51)	7.16 (2.90)	6.91 (2.04)	<.001	.03
Appetite Loss	4.31 (2.05)	4.83 (2.28)	<.001	.24	5.18 (2.37)	4.58 (2.13)	4.40 (2.18)	4.22 (2.00)	<.001	.03
Appetite Gain	4.96 (2.21)	6.23 (2.96)	<.001	.49	7.14 (3.10)	5.71 (2.76)	5.19 (2.36)	4.59 (1.82)	<.001	.11
Well-Being	22.55 (5.67)	22.26 (5.97)	.404	.05	21.86 (6.08)	22.60 (5.87)	22.10 (5.75)	22.79 (5.62)	.238	.01
Ill-Temper	8.18 (3.52)	9.64 (4.26)	<.001	.37	10.46 (4.75)	9.31 (3.94)	8.49 (3.84)	7.60 (2.84)	<.001	.07
Mania	7.81 (3.26)	9.10 (3.96)	<.001	.36	9.87 (4.26)	8.76 (3.85)	8.06 (3.34)	7.33 (2.75)	<.001	.06
Euphoria	7.78 (3.20)	7.95 (3.19)	.382	.05	8.93 (3.79)	7.80 (3.13)	7.35 (2.63)	7.50 (2.96)	<.001	.03
Panic	10.75 (4.35)	12.32 (5.31)	<.001	.32	13.14 (5.74)	11.76 (5.16)	11.09 (4.62)	10.37 (3.66)	<.001	.04
Social Anxiety	8.96 (3.78)	9.93 (4.36)	<.001	.24	11.38 (5.18)	9.40 (3.79)	8.93 (3.66)	8.42 (3.27)	<.001	.07
Claustrophobia	6.95 (3.33)	7.75 (3.92)	<.001	.22	8.09 (4.25)	7.22 (3.49)	6.92 (3.02)	7.24 (3.70)	.006	.01
Truamtic Intrusions	5.62 (2.61)	6.41 (3.27)	<.001	.27	7.11 (3.66)	6.05 (2.92)	5.69 (2.73)	5.40 (2.41)	<.001	.04
Traumatic Avoidance	7.38 (3.59)	8.14 (3.77)	.001	.21	8.89 (4.17)	7.45 (3.48)	7.42 (3.45)	7.51 (3.58)	<.001	.03
Checking	4.96 (2.14)	5.41 (2.68)	.002	.19	6.11 (3.05)	5.12 (2.36)	4.77 (1.97)	4.86 (2.10)	<.001	.04
Ordering	9.51 (3.53)	9.90 (3.84)	.082	.11	10.54 (4.30)	9.63 (3.67)	9.04 (3.22)	9.61 (3.41)	<.001	.02
Cleaning	11.81 (4.00)	13.03 (4.87)	<.001	.27	13.03 (4.74)	12.73 (4.65)	12.01 (4.21)	11.89 (4.24)	.009	.01

Note. *d* = absolute value of Cohen's *d*.

Table 3.3.4

Percentiles, T scores and direct scores for 18 – 44 years old men (n = 188)

<i>Percentiles</i>	General Depression	Dysphoria	Lassitude	Insomnia	Suicidality	Appetite Loss	Appetite Gain	Well-Being	Ill-Temper	Mania	Euphoria	Panic	Social Anxiety	Claustrophobia	Traumatic Intrusions	Traumatic Avoidance	Checking	Ordering	Cleaning	<i>Normalized T Scores</i>
<i>1</i>	24							10												<i>27</i>
<i>2.25</i>	25	10	6	6				11										7		<i>30</i>
<i>5</i>	26	11						13	5									5		<i>34</i>
<i>10</i>	27		7				3	15		5	5		6			4				<i>37</i>
<i>15</i>	28	12		7				16				8			4		3		8	<i>40</i>
<i>20</i>	30	13	8			3		18										6		<i>42</i>
<i>25</i>	31	14	9	8	6			19	6					5					9	<i>43</i>
<i>30</i>	33	15		9						6			7					7		<i>45</i>
<i>35</i>	34	16	10				4	20	7		6					5	4	8	10	<i>46</i>
<i>40</i>	36	17						21		7		9	8			6				<i>47</i>
<i>45</i>	37			10															11	<i>49</i>
<i>50</i>	38	18	11	11			5	22	8	8	7	10	9		5	7	5	9	12	<i>50</i>
<i>55</i>	39	19				4		23			8							10		<i>51</i>
<i>60</i>	40	20	12	12			6	24	9	9		11	10	6		8			13	<i>53</i>
<i>65</i>	42	21	13	13		5		25			9		11	7	6		6	11	14	<i>54</i>
<i>70</i>	44	22	14	14	7		7		10	10	10	12		8		9		12		<i>55</i>
<i>75</i>	47	24				6		26	11	11		13	12	9	7	10	7	13	15	<i>57</i>
<i>80</i>	49	26	15	15	8		8	27	12	12	11	15	14	10	8	11		14	16	<i>58</i>
<i>85</i>	55	28	16	18	9	7	9	28	14	14	13	16	15	12	10	13	8	15	17	<i>60</i>
<i>90</i>	59	30	18	20	13	9		30	15	15	14	20	17	14	11		9		18	<i>63</i>
<i>95</i>	63	34		23	17		10	32	17	17	16	24	21	16		16	10	17	21	<i>66</i>
<i>97</i>	67	35	21		18		13				17	27	22		13		11	18	23	<i>69</i>
<i>97.75</i>	68	36	22	24	19	10		33	19		18	28		17	14	17	12		24	<i>70</i>
<i>99</i>	71	39	25	26	21	12	14	34	22	18	20	30	23	19	19	18	13	19	25	<i>73</i>

Note. Underlined: P_{2.25}, P₁₅, P₅₀, P₈₅, P_{97.75}.

Table 3.3.5*Percentiles, T scores and direct scores for 45 – 75 years old men (n = 349)*

<i>Percentiles</i>	General Depression	Dysphoria	Lassitude	Insomnia	Suicidality	Appetite Loss	Appetite Gain	Well-Being	Ill-Temper	Mania	Euphoria	Panic	Social Anxiety	Claustrophobia	Truamtic Intrusions	Traumatic Avoidance	Checking	Ordering	Cleaning	<i>Normalized T Scores</i>
<i>1</i>	22							9												<i>27</i>
<i>2.25</i>	23	10						10												<i>30</i>
<i>5</i>	24							12										5	7	<i>34</i>
<i>10</i>	25		6	6				15			5									<i>37</i>
<i>15</i>	26	11					3	16	5	5			6			4	3	6		<i>40</i>
<i>20</i>								18				8							8	<i>42</i>
<i>25</i>	28	12		7				19							4					<i>43</i>
<i>30</i>	29		7		6	3								5				7	9	<i>45</i>
<i>35</i>	30	13		8				20												<i>46</i>
<i>40</i>	31		8	9				21	6		6					5		8	10	<i>47</i>
<i>45</i>		14						22		6						6	4			<i>49</i>
<i>50</i>	32	15		10			4	23					7					9	11	<i>50</i>
<i>55</i>	34		9	11				24	7	7	7	9				7				<i>51</i>
<i>60</i>	35	16																10	12	<i>53</i>
<i>65</i>	36	17	10	12		4	5	25	8		8	10	8	6	5	8	5			<i>54</i>
<i>70</i>	39	18		13	7			26		8				7		9		11	13	<i>55</i>
<i>75</i>	40	19	11	14		5		27	9	9	9	11	10		6		6		14	<i>57</i>
<i>80</i>	43	21	12	15			6	28	10			12		8		10		12		<i>58</i>
<i>85</i>	46	22		16	8	6		29	11	10	10	13	12	9	7	11	7	13	15	<i>60</i>
<i>90</i>	48	24	14	18		7	7	30		11	12	15	13	11	8	12		14	17	<i>63</i>
<i>95</i>	56	29	16	21	12	9			15	13	14	19	16	14	11	15	9	16	20	<i>66</i>
<i>97</i>	57	30	18	23	14		9	32	16	15	15	22	17		12	16	10	17		<i>69</i>
<i>97.75</i>	61	31		24	15	10						23	18	16	13				21	<i>70</i>
<i>99</i>	67	35	20	26	18	11	11	34	20	17	18	25	20	19	14	17	12	18	23	<i>73</i>

Note. Underlined: P_{2.25}, P₁₅, P₅₀, P₈₅, P_{97.75}.

Table 3.3.6

Percentiles, T scores and direct scores for 18 – 44 years old women (n = 379)

<i>Percentiles</i>	General Depression	Dysphoria	Lassitude	Insomnia	Suicidality	Appetite Loss	Appetite Gain	Well-Being	Ill-Temper	Mania	Euphoria	Panic	Social Anxiety	Claustrophobia	Truamtic Intrusions	Traumatic Avoidance	Checking	Ordering	Cleaning	<i>Normalized T Scores</i>
<i>1</i>	23																			<i>27</i>
<i>2.25</i>	24	10	6	6				10										5	7	<i>30</i>
<i>5</i>	27	11					3	12	5	5	5		6			4				<i>34</i>
<i>10</i>	30		7					14				8								<i>37</i>
<i>15</i>	31	13	8	7		3		16									3	6	8	<i>40</i>
<i>20</i>	33							17	6	6				5	4					<i>42</i>
<i>25</i>	34	15	9	8			4	18	7							5		7	9	<i>43</i>
<i>30</i>	36	17		9	6			19			6	9	7							<i>45</i>
<i>35</i>	37		10	10				20		7						6		8	10	<i>46</i>
<i>40</i>	38	18					5		8				8			7	4		11	<i>47</i>
<i>45</i>	40	19	11	11				21				10						9		<i>49</i>
<i>50</i>	41	20	12	12		4	6	22	9	8	7		9	6	5				12	<i>50</i>
<i>55</i>	43	21				5		23		9		11				8	5	10	13	<i>51</i>
<i>60</i>	45	22	13	13			7	24	10		8	12	10	7	6					<i>53</i>
<i>65</i>	47	24		14				25	11	10		13	11			9	6	11	14	<i>54</i>
<i>70</i>	49	25	14	15	7	6	8	26		11	9	14	12	8	7			12	15	<i>55</i>
<i>75</i>	51	27	15	16				27	12	12		15	13	9	8	10	7	13	16	<i>57</i>
<i>80</i>	53	28	16	17	8		9	28	14	13	10	16	14	10	9	11	8	14	18	<i>58</i>
<i>85</i>	57	30	17	19	9	7	10	29	15	14	12	18	15	11	10	13	9	15	19	<i>60</i>
<i>90</i>	60	33	19	22	11	8	11	30	17	16	13	20	17	13	11	14	10	16	20	<i>63</i>
<i>95</i>	69	38	21	24	13	9	13	32	19	18	15	24	19	17	14	16	12	17	22	<i>66</i>
<i>97</i>	77	43	23	27	16	10	14	34	20		17	27	22	18	15	17	13	19	24	<i>69</i>
<i>97.75</i>	78	44	24	28	18	11	15	35	21	19		28	23	19	17				25	<i>70</i>
<i>99</i>	85	45	26	29	20	12		37	25	22	19	33	26	24	18	19	14	21	26	<i>73</i>

Note. Underlined: P_{2.25}, P₁₅, P₅₀, P₈₅, P_{97.75}.

Table 3.3.7*Percentiles, T scores and direct scores for 45 – 75 years old women (n = 156)*

<i>Percentiles</i>	General Depression	Dysphoria	Lassitude	Insomnia	Suicidality	Appetite Loss	Appetite Gain	Well-Being	Ill-Temper	Mania	Euphoria	Panic	Social Anxiety	Claustrophobia	Truamtic Intrusions	Traumatic Avoidance	Checking	Ordering	Cleaning	<i>Normalized T Scores</i>
<i>1</i>	24							10												<i>27</i>
<i>2.25</i>	25	10	6					11										5	7	<i>30</i>
<i>5</i>	27	11		6			3	12	5	5						4				<i>34</i>
<i>10</i>	28							14			5	8	6							<i>37</i>
<i>15</i>	30	12	7					16						5			3	6	8	<i>40</i>
<i>20</i>	31	13	8	7				17											9	<i>42</i>
<i>25</i>	33	14		8		3		18	6						4	5		7		<i>43</i>
<i>30</i>	34			9	6		4	18		6						6			10	<i>45</i>
<i>35</i>		15	9	10				20	7			9	7			7		8		<i>46</i>
<i>40</i>	35	16						21		7	6					7			11	<i>47</i>
<i>45</i>	36	17		11										6			4	9		<i>49</i>
<i>50</i>	38	18	10	12			5	23	8			10	8			8			12	<i>50</i>
<i>55</i>	39					4				8	7			7	5			10	13	<i>51</i>
<i>60</i>	40	19	11	13				24				11	9	8		9	5		14	<i>53</i>
<i>65</i>	42	20				5	6		9	9	8			9	6			11		<i>54</i>
<i>70</i>	43	22	12	14	7			26		10		12	10			10	6		15	<i>55</i>
<i>75</i>	48	24		15		6	7		10		9	13	11	10	7			12		<i>57</i>
<i>80</i>	50	26	13	17				27	11	11	10	14	12	11		11	7		16	<i>58</i>
<i>85</i>	53	27	14	19	8	7	8	28	12	12		16	13	13	8	12	8	13	19	<i>60</i>
<i>90</i>	57	31	16	21	9	8	9	29	13		11	19	16	14	10	13		15	21	<i>63</i>
<i>95</i>	64	34	18	24	13	9	10		16	15	13	22	18	16	13	15		16	23	<i>66</i>
<i>97</i>	70	35	20		16	11	12	31	17	17	14	25	19	18	16	17	10		24	<i>69</i>
<i>97.75</i>	73	37	21	25					18	18	15	26		20				17		<i>70</i>
<i>99</i>	83	44	24	29	21	13	14	36	22	21	17	28	21	24	17	19	12	21	26	<i>73</i>

Note. Underlined: P_{2.25}, P₁₅, P₅₀, P₈₅, P_{97.75}.

3.3.4. DISCUSSION

The IDAS-II has been highlighted as an efficient instrument for evaluating the severity of the symptoms of a wide variety of emotional disorders. In order to facilitate its application and interpretation, this study provides, for the first time, national norms for gender and age of the Spanish version of the IDAS-II using data from a community sample. The importance of these indicators is justified by the observation that women tend to score higher than men, particularly on the Dysphoria, General Depression, Appetite Gain, and Lassitude scales. Moreover, there are differences in the scores according to age. These differences justify the need to provide normative data according to gender and age group for each IDAS-II scale. Finally, evidence of unidimensionality is provided for the 19 IDAS-II scales which, together with the high values of internal consistency, ensures that each IDAS-II scale can be used independently.

In accordance with our main objective, we have provided normative data for the Spanish version of the IDAS-II based on a community sample. In agreement with previous studies (De la Rosa-Cáceres et al., 2020; Nelson et al., 2018), it is observed that the variables of the IDAS-II are not normally distributed, and so the percentiles corresponding to the scores on each scale are provided. As several authors point out (Crawford & Garthwaite, 2009; Nelson et al., 2018), percentiles calculated from the actual distribution of scores are most useful and informative when the data do not yield a normal distribution. Thus, for example, regarding the value of the mean and standard deviation of Suicidality (7.27 and 2.86, respectively) we could suppose that, if these values followed a normal distribution, a person with a score of 8 would correspond to the 60th percentile, when in fact this score actually places that person at the 85th percentile. This information helps clinicians to correctly interpret the scores and thus facilitates decision making (Chien & Yao, 2014).

Comparing the scores reported here with those of other similar studies, we found that our scores are lower than those reported for the IDAS used by Stasik-O'Brien et al. (2019), but similar to those obtained with the version of the IDAS-II used by Nelson et al. (2018). Thus, the direct scores of 53 for General Depression and 27 for Dysphoria, which, in the work of Stasik-O'Brien et al. (2019) correspond to the 70th percentile, would be placed at the 83rd percentile in the work of Nelson et al. (2018). Moreover, the scores that Stasik-O'Brien et al. (2019) rank as Mild (70th percentile), would appear to be closer to the Moderate level (94th percentile) according to our data. These discrepancies could be explained by the different samples used; whilst the data reported by both Nelson et al. (2018) and in the present study were based on community sample scores, Stasik-O'Brien et al. (2019) used a combined sample that included patients. In this regard, Stasik-O'Brien et al. (2019) point out that the inclusion of patients increases the severity of the scores (giving rise to higher scores) and thus they recommend that data are taken from community samples such as the one used in the present study.

When comparing our scores with those reported by Nelson et al. (2018), there are certain similarities, particularly between those that correspond to the highest percentiles. For example, the scores associated with the 97th percentile of the Insomnia (score = 25), Cleaning (score = 23) and Traumatic Avoidance (score = 16) scales are similar in both studies. Further, the direct score corresponding to the 85th percentile—which usually marks the point of statistical “abnormality”—is similar (or broadly similar) across several scales (e.g., Insomnia, Traumatic Intrusions, Claustrophobia, Mania, Social Anxiety, and General Depression). Although there are more discrepancies between the low values, there are also some similarities. For example, a score of 4 corresponds to the 25th percentile of Traumatic Intrusions in both studies, whilst the 25th percentile of Well-

Being corresponds to a score of 17 points in the study by Nelson et al. (2018), and a score of 18 points in the present study.

Moreover, and consistent with the literature (e.g., Kessler et al., 2015; Nelson et al., 2018; Patten et al., 2016), our results highlight how gender and age variables are associated with depression and anxiety scores, particularly for the General Depression, Dysphoria, Lassitude, and Appetite Gain scales. The differences found are unsurprising; women score higher than men (Bromet et al., 2011; Kessler et al., 2015; Klose & Jacobi, 2004), and younger people score higher than people of older ages (Hoertel et al., 2015; Kessler et al., 2015; Nelson et al., 2018; Patten et al., 2016). Considering that General Depression evaluates the central symptoms of depression, and Dysphoria is linked to the central and shared aspects of depression and anxiety (Watson et al., 2007, 2012), it seems that the higher scores obtained by women on these two scales is congruent with those studies that have consistently shown a greater prevalence of depression and anxiety in women (e.g., Bandelow & Michaelis, 2015; Bromet et al., 2011; Jalnapurkar et al., 2018; Kessler et al., 2015). Moreover, and similar to how other fatigue-related disorders (e.g., chronic fatigue syndrome and fibromyalgia) have a higher prevalence in women (Lim et al., 2020; Wolfe et al., 2018), our results also seem to indicate that the link between fatigue/lassitude and depression is more strongly associated with females. In line with our findings, Nelson et al. (2018) also found significantly higher Lassitude scores in women, the latter being one of the most gender-influenced symptoms. In light of these findings, it would be of interest to conduct future studies to clarify the relationship between fatigue and depression in women.

The results reported here indicate the importance of addressing how the variables of gender and age are related to symptoms measured by the IDAS-II. Thus, the present work provides, for the first time, normative data for examining age and gender differences

for each IDAS-II scale. These differences are particularly evident when observing the scores obtained by women from 18 to 44 years of age and men from 45 to 75 years of age, which differ significantly from the whole sample. The other two subsamples show percentile scores very close to those obtained by the whole sample. Consistent with the literature where female gender and younger ages are associated with higher scores (e.g., Bromet et al., 2011; Hoertel et al., 2015; Kessler et al., 2015), 18–44 year-old women constitute the group with the highest mean scores whilst 45–75 year-old men show the lowest scores. These differences according to gender and age are shown in the percentiles corresponding to scores of the participant categories. For example, a score of 18 on the Dysphoria scale, which corresponds to the 50th percentile ($T = 50$) in the whole sample, corresponds to the 40th percentile ($T = 47$) in the subsample of 18–44 year-old women and the 79th percentile ($T = 55$) in the subsample of 45–75 year-old men.

Finally, the present study provides, for the first time, evidence of unidimensionality for all the IDAS-II scales, extending the unidimensionality analyses carried out by Watson et al. (2007) on the 11 scales of the original IDAS. This evidence of unidimensionality, together with the high values of internal consistency of the scales, supports the possibility of generating and using the score of each IDAS-II scale independently. Although some studies have used certain IDAS-II scales independently (e.g., Bauer et al., 2019; Vidaña et al., 2020), our study is the first to provide the evidence of unidimensionality that is necessary for interpreting the scores of the scales in an independent manner. This allows researchers and clinicians to use specific IDAS-II scales without having to administer the entire instrument. The IDAS-II thus makes it possible to evaluate both specific symptom dimensions and broader internalizing dimension (Stanton et al., 2020). This is of particular interest for transferring transdiagnostic approaches into clinical settings, which, although they are providing empirical evidence of interest in the

research field, still require tools to facilitate decision-making by clinical professionals (Contreras et al., 2019).

Although the results reported here are of interest, it is necessary to acknowledge certain limitations of the study. In this regard, it should be noted that the data of the community sample used here were collected through an online procedure. Although this procedure has allowed us to efficiently collect data from participants in all geographical regions of Spain, some authors point out that online data collection could lead to higher psychopathological scores in comparison with data gathered from other community samples using traditional procedures (Arditte et al., 2016). In addition, the use of digital media can create an access gap for certain people. In spite of this, the data reported in this study indicate that our sample does not differ from other Spanish samples whose data were collected through traditional methods (De la Rosa-Cáceres et al., 2020) or from the American normative sample used by Nelson et al. (2018). These authors also gathered the IDAS-II data online and found that the scores did not differ from those of other samples evaluated through traditional procedures. Therefore, we consider that the norms provided in this work complement those already available, facilitating the decision-making of clinical professionals and opening up new possibilities for research on the symptoms of emotional disorders.

3.4. ASSESSING INTERNALIZING SYMPTOMS AND THEIR RELATION WITH LEVELS OF IMPAIRMENT: EVIDENCE-BASED CUTOFFS FOR INTERPRETING INVENTORY OF DEPRESSION AND ANXIETY SYMPTOMS (IDAS-II) SCORES

3.4.1. INTRODUCTION

Mental disorders are among the leading causes of years lived with disability worldwide and a major cause of health burden (GBD Mental Disorders Collaborators, 2022). Among them, depression and anxiety disorders contributed most to the proportion of mental disorder disability-adjusted life years in 2019 (37.3% and 22.9%, respectively; Whiteford et al., 2013). Further, as a consequence of the impact of COVID-19, the prevalence of these disorders remained high or even increased (Kumar & Nayar, 2020), with studies indicating rates in the general population of up to 34.31% and 38.12% for depression and anxiety, respectively (Necho et al., 2021). These emotional disorders can present with different degrees of severity, ranging from mild to severe and with different symptomatology. More severe symptomatology is generally associated with significant impairment (Hammer-Helmich et al., 2018; Hasin et al., 2018; Morin, Nelson, et al., 2020), requiring specialized attention from psychiatrists and psychologists who will evaluate the therapeutic needs.

The diagnosis of presence and severity of these disorders has generally been made following the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) and

International Classification of Diseases (ICD) classification systems. Tests based on these nosotaxies determine the severity and absence/presence of these mental disorders, based on a count of diagnostic criteria and a categorical cutoff for disorder presence. These tests are thus essential for diagnosing and monitoring patients (Jablensky, 2016), although some authors question basing clinical decisions on the count of diagnostic criteria (Lane & Sher, 2015; Markon et al., 2011; Østergaard et al., 2011; Zimmerman et al., 2015).

As a complement to the above instruments, other scales and tests assessing emotional disorders use dimensional approaches, that ease the correspondence between scale and test scores and indicators of severity (Krueger et al., 2018; Stanton et al., 2020) and allow to infer the severity of disorders by comparing to test norms (i.e. standard of percentile norms). For example, scales such as the Depression Anxiety Stress Scales (DASS; Crawford & Henry, 2003), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Crawford et al., 2001; Hinz & Brähler, 2011) or the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II; Nelson et al., 2018; Sanchez-Garcia et al., 2021) have available reports of the score percentiles obtained in random samples extracted from general population. These allow clinicians to infer the severity of a patient's disorder locating his or her score on the patient's reference group percentiles (i.e., norms). Also, these instruments give the opportunity to detect greater heterogeneity between individuals (compared to categorical diagnostic approaches) and are thus more sensitive to measurement of patients' change during the therapeutic process (Kraemer et al., 2004).

The interpretation of scores based on diagnostic criteria count and normative cutoffs are complementary approaches, and both provide useful information that enrich clinical judgment (Trivedi, 2009). However, several authors argue that tests and scales measuring psychological disorders should also provide information about how scores relate to other constructs such as quality of life or functional impairment (Fried et al.,

2022; McKnight & Kashdan, 2009). This is especially important in the measurement of depression and anxiety, due to the strong influence of these disorders on impairment and social daily life (Rapaport et al., 2005). Symptoms most strongly related to functional impairment in psychiatric patients are fatigue, concentration problems and negative alterations in mood (Tanner et al., 2019). Previous evidence suggests that symptoms most differentiating clinical and non-clinical samples include lassitude (related with fatigue) and dysphoria for depression (Stasik-O'Brien et al., 2019; Watson et al., 2012; Watson & O'Hara, 2017) or panic attacks and claustrophobia in the case of anxiety symptoms (Irak & Albayrak, 2020). In the case of depression, it is reported that only 41.9% of patients respond to treatment, indicating that most of patients still have substantial functional impairment even after treatment (McKnight & Kashdan, 2009). Concerning anxiety disorders, reductions in symptom severity and restoration of function, while related, appear to be disorder-specific (McKnight et al., 2016). Therefore, disentangling which depression and anxiety symptoms are most related with functioning and providing guiding lines for clinicians is a priority.

In this sense, patient-report outcomes measures (PROM) are crucial methods to evaluate the impact of mental disorders/physical illnesses and their treatment on daily life (Lloyd et al., 2014; Yorkston & Baylor, 2019). These instruments are generally easy to administer and have proven useful for monitoring patients in mental health services (Knaup et al., 2009; Øvretveit et al., 2017; Shimokawa et al., 2010). For example, clinician experts in insurance medicine might take the empirical evidence for PROMs into account in the decision making for recommending medical leaves or disability benefits (Tanner et al., 2019). Among the PROMs, both the DSM-5 (APA, 2013) and some authors (Obbarius et al., 2017) highlight the usefulness of the WHODAS 2.0 (WHO, 2000). The WHODAS 2.0 is an instrument that differentiates between different

levels of impairment according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). In addition, the WHODAS 2.0 is adapted to numerous languages and has shown adequate psychometric properties in diverse populations (e.g., Ćwirlej-Sozańska et al., 2020; Federici et al., 2022; Koumpouros et al., 2018; Saltychev et al., 2021).

However, evidence from daily clinical practice reflects that use of PROM is implemented by less than 20% of clinicians (Lewis et al., 2019), despite the existing recommendations (Knaup et al., 2009; Shimokawa et al., 2010). The lack of clinically meaningful information or the effort required to administer these tests might hinder regularly use in clinical sessions (Campbell et al., 2022; Gelkopf et al., 2021). In addition, for tests and scales to be routinely administered in clinical sessions, it is necessary that their scores contribute to clinical decision making, such as drug administration, hospitalization, sick leave, etc. (Kraemer et al., 2004; Sharma, 2021; Widiger & Samuel, 2005). Therefore, it might be useful to provide clinicians information on the impairment of patients through the scales that assess mental disorders such as anxiety and depression, given these scales are more frequently used than PROM instruments. Research studies are consequently needed that establish associations between the scores of tests measuring mental disorders and the ICF levels. Thus, and consistent with the Consensus based Standards for the selection of health Measurement Instruments (COSMIN; Mokkink et al., 2016), test scores assessing symptoms of mental disorders such as anxiety and depression would also allow a qualitative interpretation in terms of impairment.

Bearing in mind the above, the general objective of the current study is to analyze the clinical utility of the Spanish version of IDAS-II (De la Rosa-Cáceres et al., 2020), an instrument that assesses internalizing symptoms (including anxiety and depression symptoms), by evaluating its ability to discriminate between different levels of functional

impairment (as measured by the WHODAS 2.0). Given more impairment can be expected in treatment-seeking samples (Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2012; Watson & O'Hara, 2017), the Spanish version of IDAS-II should also be able in this study to discriminate patient from community samples in terms of scores obtained (with patient samples having higher mean scores compared to community samples in analogy to earlier studies). In addition, this study examines which emotional disorders symptoms contribute most to explain the total degree of impairment being found. In order to address the general objective, three specific objectives have been established: 1) examine the ability of the Spanish version of IDAS-II (De la Rosa-Cáceres et al., 2020) to discriminate between community and patient samples and providing clinical cutoffs for each IDAS-II scale; 2) identify the cut-off for the Spanish IDAS-II scales associated with moderate and severe impairment according to the ICF on the whole sample (as measured with the WHODAS 2.0); 3) identify the Spanish IDAS-II scales that contribute most to explaining impairment, as indexed by the WHODAS 2.0 total scale score.

According to previous research, it is hypothesized that scores in the clinical sample will be higher than those in the non-treatment seeking community sample, especially on the General Depression and Dysphoria scales, which will present the largest effect sizes (Irak & Albayrak, 2020; Watson & O'Hara, 2017). Cutoffs for moderate and severe impairment levels have not been determined by previous studies, yet are expected to be discriminative (AUC values $> .7$) for all scales except for Well-Being, as higher well-being scores should not be associated with greater impairment. Finally, similar to Tanner et al. (2019), the scales most associated with functional impairment are expected to be Lassitude, General Depression and Social Anxiety.

3.4.2. METHOD

Participants

The total sample ($N = 1,390$) consists of two subsamples: a community sample of the general population ($n = 1,072$) and a sample of patients ($n = 318$). The 1,072 participants in the community sample were selected by random sampling, divided into strata representative of the Spanish population for gender, age and geographical region of Spain. The patient sample consisted of 318 patients from public and private mental health services in the province of Huelva (Spain). Inclusion criteria for both samples (community and patients) were as follows: 1) be at least 18 years of age; 2) sign the informed consent; 3) not have any medical or psychological diagnosis that would preclude the administration of the tests. The clinical sample also met the following inclusion criteria: 1) being under treatment in a mental health service during the data collection; 2) have been diagnosed with a mental disorder according to DSM diagnostic criteria (at time of data collection, DSM-IV was used in clinical practice). These diagnoses were only used to determine whether patients were eligible for the clinical group, the specific diagnoses were not used in the analyses in present research.

Table 3.4.1 shows the sociodemographic distribution of the total, clinical and community sample. 53.3% of the participants of the total sample were women and aged between 18 and 80 years ($M = 43.12$; $SD = 14.76$). The clinical sample had a significant greater proportion of women (64.9% compared to 49.9% on community sample; $\chi^2 = 21.76$; $p < .001$) and lower mean age ($M = 39.09$; $SD = 14.33$) compared to the community sample ($M = 44.32$; $SD = 14.68$; $t = 21.79$; $p < .001$). In the total sample, 1.2% had not completed primary education, 4.5% had completed primary education, 54.4% had completed secondary education and 39.8% had completed university studies. With regard to employment status, 56.2% were working. 36.2% of the sample has been diagnosed

with more than one mental disorders. Differences between the community and clinical samples were observed on education level ($\chi^2 = 181.58$; $p < .001$) and occupational status ($\chi^2 = 163.53$; $p < .001$; see Table 3.4.1). Table 3.4.2 shows the diagnoses present in the clinical sample. The most frequent diagnostic categories among patients were depressive disorders (38.99%) and anxiety disorders (35.53%).

Table 3.4.1

Sociodemographic variables in the clinical, community and total sample

	Total Sample ($N = 1,390$)	Community Sample ($n = 1,072$)	Clinical Sample ($n = 318$)
Age M (SD)	43.12 (14.76)	44.32 (14.68)	39.09 (14.33)
Women	53.3%	49.9%	64.9%
Not completed primary education	1.2%	0.6%	3.5%
Primary education	4.5%	2.6%	11.0%
Secondary education	54.4%	36.8%	67.3%
University	39.8%	46.3%	18.2%
Being employed	56.2%	62.1%	36.2%

Table 3.4.2

DSM-5 diagnoses in patient sample ($n = 318$)

DSM-5 diagnoses	N	%
Neurodevelopmental disorders	30	9.43
Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders	22	6.92
Bipolar and related disorders	12	3.77
Depressive disorders	124	38.99
Anxiety disorders	113	35.53
Obsessive-compulsive and related disorders	15	4.72
Trauma- and stressor-related disorders	77	24.21
Dissociative disorders	4	1.26
Somatic symptom and related disorders	2	0.63
Feeding and eating disorders	6	1.89
Disruptive, impulse-control, and conduct disorders	6	1.89
Substance-related and addictive disorders	11	3.46
Personality disorders	29	9.12
Other conditions that may be a focus of clinical attention	2	0.63

Measures

Spanish version of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms-II (IDAS-II; De la Rosa-Cáceres et al., 2020; Sanchez-Garcia et al., 2021; Watson et al., 2012). The IDAS-II is an instrument that assesses the severity of symptoms of depression, anxiety and bipolar disorder during the last two weeks. It is composed of 99 items with a 5-point scale (from 1 = *not at all* to 5 = *extremely*). The items are organized in 18 non overlapping scales (Dysphoria, Lassitude, Insomnia, Suicidality, Appetite Loss, Appetite Gain, Well-Being, Ill Temper, Mania, Euphoria, Panic, Social Anxiety, Claustrophobia, Traumatic Intrusions, Traumatic Avoidance, Checking, Ordering and Cleaning) and an overlapping scale (General Depression). Higher scores are indicative of greater symptom severity for all scales except Well-Being (higher scores for this scale indicate higher well-being).

In this study, the reliability estimated by Cronbach's alpha coefficient provided values between .71 and .91. These values are similar to previous studies (De la Rosa-Cáceres et al., 2020; Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2012; Watson & O'Hara, 2017).

12 items Spanish version of the WHO Disability Assessment Schedule II (WHODAS 2.0; Vázquez-Barquero et al., 2000; WHO, 2000). This instrument was developed from a set of ICF items to measure functional impairment. Each item is scored on a 5-point Likert scale (from 0 = *none* to 4 = *extreme or cannot do*) which grades the difficulty experienced by the participant in performing a given activity. This instrument provides an overall score ranging from 0 to 100, differentiating between no impairment (0–4 points), mild impairment (5–24), moderate impairment (25–49), severe impairment (50–95), and complete impairment (96–100) according to the ICF classification (WHO, 2013). The estimated reliability through the Cronbach's alpha coefficient was .91 for community sample and .88 for the patient sample.

In addition to the above-mentioned instruments, a questionnaire was administered that included sociodemographic information on sex, age, educational level, and employment.

Procedure

The administration of the instruments in the community sample was carried out through a company specialized in online surveys, accredited with ISO-26362 quality standards (quality standard for the management of online research). Prior to the administration of the instruments, each participant completed a pre-test that assessed his or her reading and comprehension skills and to verify that no automatic responses were made. Before starting test administration, participants were informed of the objectives of the study and were informed of their right to withdraw from participation during the test administration process. After receiving this information, the patients signed the informed consent form. Participants received a reward for their participation in the study consisting of a voucher redeemable for gifts.

Data collection from the patient sample was performed by a psychologist trained in the administration of the instruments. Tests were administered in individual sessions in the mental health centers where they were recruited. Patients received the same prior information as community participants and were informed about the anonymous and voluntary nature of their participation in the study before signing informed consent. They also received a voucher redeemable for gifts.

Data Analysis

In order to evaluate the ability of IDAS-II scores to discriminate between patients and community samples, means and standard deviations were calculated for the IDAS-II scales and the WHODAS 2.0 total scale score in each sample separately. T-tests for independent samples were used to check the differences between two samples. Cohen's d was applied to calculate effect size. According to Cohen (1992), d -values greater than $|0.20|$, $|0.50|$, and $|0.80|$ represent small, medium, and large effect sizes, respectively.

The following formula of Jacobson and Truax (1991) was applied to identify the clinical cutoff that differentiates between the community and patient samples:

$$c = \frac{M_D \cdot DT_F + M_F \cdot DT_D}{DT_D + DT_F}$$

where M_D is the mean of patient group, SD_D is standard deviation of patient group (which is expected to be more dysfunctional), M_F is the mean of community group, and SD_F is the standard deviation of community group (which is expected to be more functional). The 95% of confidence intervals for each cutoff were also estimated. IDAS-II scales values above the clinical cutoff thus indicate more dysfunctional scores for all scales, except for Well-Being, where values above the clinical cutoff indicate more functional scores.

As to assess the ability of IDAS-II scores to explain functional impairment, both samples were grouped to increase variability. Values higher than 25 in WHODAS 2.0 were used to classify persons with moderate impairment. Values higher than 50 in WHODAS 2.0 were used to classify persons with severe impairment and ROC analyses were executed to identified cutoffs in IDAS-II scores according to these WHODAS 2.0

defined ICF scores. IDAS-II values with best balance between sensitivity and specificity were used as cutoff, with minimum specificity set at .70 (Power et al., 2013).

Finally, a regression model analysis, was executed to identify scales of IDAS-II which explained total impairment (measured by the WHODAS 2.0). Gender and age were included as controlled variables, as according to previous literature they are relevant variables related with the level of internalizing symptoms (Jalnapurkar et al., 2018). A stepwise procedure was used to identify the predictive scales.

All analyses were executed using SPSS version 27.0.

3.4.3. RESULTS

IDAS-II clinical cutoffs to differentiate community from patient samples

Table 3.4.3 shows the means of the IDAS-II scales of the community and patient samples. All scales, except Well-Being, show higher scores in the patient sample. Effect sizes for all scales show Cohen's d values greater than 0.30, except wellbeing ($d = 0.19$), and are statistically significant. Medium effect sizes are observed for six scales and large effect sizes for eight scales. The largest effect sizes correspond to the scales of Dysphoria ($d = 1.31$), General Depression ($d = 1.22$), Panic ($d = 1.18$), Mania ($d = 1.14$), and Traumatic Intrusions ($d = 1.10$). Higher total score on patient sample are observed on the WHODAS 2.0 ($d = 1.24$).

The cutoff values and their confidence intervals do not overlap with the means of either the community or patient sample. Thus, these cutoff values allow us to reliably differentiate between the two types of samples.

Table 3.4.3

Descriptive statistics among community and patient sample, comparison between groups and clinical cutoff of IDAS-II scales and WHODAS 2.0 total score

IDAS-II scales	Total sample (<i>N</i> = 1,390)	Community sample (<i>n</i> = 1,072)	Patient sample (<i>n</i> = 318)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	Cutoff	95% CI of cutoff
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)					
General Depression	43.92 (15.33)	39.82 (12.17)	57.73 (16.80)	17.683	< .001	1.22	47.34	[46.57, 48.11]
Dysphoria	21.73 (9.22)	19.18 (7.44)	30.33 (9.46)	19.305	< .001	1.31	24.09	[23.64, 24.54]
Lassitude	12.08 (4.79)	11.13 (4.25)	15.32 (5.10)	13.334	< .001	0.89	13.03	[12.78, 13.28]
Insomnia	13.14 (6.17)	12.02 (5.37)	16.92 (7.14)	11.339	< .001	0.78	14.12	[13.79, 14.46]
Suicidality	7.94 (3.91)	7.27 (2.86)	10.22 (5.71)	8.887	< .001	0.65	8.25	[8.02, 8.49]
Appetite Loss	4.94 (2.59)	4.57 (2.19)	6.20 (3.35)	8.173	< .001	0.58	5.21	[5.06, 5.36]
Appetite Gain	5.81 (2.88)	5.59 (2.69)	6.56 (3.36)	4.711	< .001	0.32	6.03	[5.87, 6.19]
Well-Being	21.82 (6.25)	22.41 (5.83)	19.84 (7.19)	5.823	< .001	0.19	21.26	[20.91, 21.60]
Ill Temper	9.72 (4.61)	8.91 (3.98)	12.48 (5.47)	10.822	< .001	0.75	10.41	[10.16, 10.66]
Mania	9.58 (4.48)	8.46 (3.69)	13.38 (4.84)	16.759	< .001	1.14	10.58	[10.36, 10.81]
Euphoria	8.17 (3.45)	7.87 (3.20)	9.24 (4.03)	5.568	< .001	0.38	8.47	[8.28, 8.66]
Panic	13.41 (6.89)	11.53 (4.92)	19.77 (8.61)	16.296	< .001	1.18	14.53	[14.16, 14.89]
Social Anxiety	10.44 (5.06)	9.44 (4.11)	13.84 (6.35)	11.642	< .001	0.82	11.17	[10.89, 11.45]
Claustrophobia	8.15 (4.54)	7.35 (3.66)	10.88 (5.96)	10.014	< .001	0.71	8.69	[8.43, 8.95]
Traumatic Intrusions	7.06 (4.05)	6.02 (2.99)	10.58 (5.07)	15.297	< .001	1.10	7.71	[7.49, 7.93]
Traumatic Avoidance	8.50 (4.06)	7.76 (3.70)	11.01 (4.21)	12.412	< .001	0.82	9.28	[9.07, 9.49]
Checking	5.65 (2.81)	5.19 (2.44)	7.24 (3.36)	10.152	< .001	0.70	6.05	[5.90, 6.21]
Ordering	10.01 (3.97)	9.70 (3.69)	11.07 (4.66)	4.787	< .001	0.33	10.31	[10.09, 10.53]
Cleaning	11.47 (5.05)	11.84 (5.06)	10.20 (4.82)	5.131	< .001	0.33	11.00	[10.74, 11.26]
WHODAS 2.0	19.49 (9.21)	16.87 (6.87)	28.33 (10.28)	18.59	< .001	1.24	21.46	[21.00, 21.92]

Note: *d*: absolute value of Cohen's *d*.

IDAS-II estimated cutoff point related to moderate and severe impairment according to ICF

According to WHODAS-2.0, 21.15% of the sample had moderate impairment and 3.53% had severe impairment.

Table 3.4.4 shows AUC, cutoffs, and sensitivity/specificity values of the IDAS-II scales, using the WHODAS 2.0 values corresponding to moderate impairment (score above 25) and the severe impairment (scores above 50) as criteria. AUC values for most of the scales are adequate, except for five scales that are not able to discriminate between persons without impairment and persons with moderate/severe impairment (i.e., Appetite Gain, Ordering, Euphoria, Cleaning, and Well-Being). It is also observed that the sensitivity/specificity shows higher values for detecting severe impairment versus moderate/severe impairment. That is, IDAS-II scores show greater sensitivity and specificity in detecting those with greater impairment.

IDAS-II scales explaining impairment

Table 3.4.5 shows the results of the regression model of the WHODAS 2.0 scores, adjusting for age and sex. The model is statistically significant, explaining 57.1% of the variance of the WHODAS 2.0 ($F_{12,1377} = 155.305$; $p < .001$). The scales with the highest values of the standardized regression coefficients are General Depression ($\beta = .236$, $p = < .001$), Panic ($\beta = .170$, $p = < .001$), Claustrophobia ($\beta = .148$, $p = < .001$) and Lassitude ($\beta = .136$, $p = < .001$).

Table 3.4.4

Results of the ROC analyses and estimated cut points based on criteria for moderate and severe impairment (N = 1,390)

IDAS-II Scale	Moderate impairment (scoring > 25 WHODAS 2.0)				Severe impairment (scoring > 50 WHODAS 2.0)			
	AUC [95%CI]	Estimated cut point	Sensitivity	Specificity	AUC [95%CI]	Estimated cut point	Sensitivity	Specificity
General depression	.872 [.85, .90]	43.5	.864	.705	.946 [.92, .97]	48.5	.959	.706
Dysphoria	.863 [.84, .89]	21.5	.844	.701	.943 [.92, .97]	24.5	.980	.705
Lassitude	.808 [.78, .84]	12.5	.762	.705	.885 [.85, .92]	13.5	.898	.704
Insomnia	.788 [.76, .82]	14.5	.690	.744	.855 [.80, .91]	15.5	.857	.719
Suicidality	.783 [.75, .82]	7.5	.667	.828	.872 [.82, .93]	7.5	.878	.746
Appetite loss	.720 [.69, .76]	5.5	.616	.740	.754 [.68, .83]	6.5	.612	.791
Appetite gain	.657 [.62, .69]	6.5	.503	.739	.610 [.52, .70]	7.5	.388	.776
Well-Being	.312 [.28, .35]	26.5	.119	.714	.204 [.13, .28]	26.5	.061	.743
Ill temper	.762 [.73, .80]	10.5	.667	.761	.794 [.73, .86]	11.5	.755	.742
Mania	.805 [.78, .83]	9.5	.782	.703	.790 [.73, .85]	11.5	.694	.730
Euphoria	.594 [.56, .63]	9.5	.374	.766	.518 [.43, .61]	9.5	.306	.738
Panic	.855 [.83, .88]	12.5	.803	.738	.938 [.92, .96]	14.5	.980	.733
Social anxiety	.812 [.78, .84]	10.5	.759	.734	.876 [.83, .93]	11.5	.837	.702
Claustrophobia	.754 [.72, .79]	7.5	.701	.712	.834 [.77, .90]	8.5	.816	.702
Traumatic intrusions	.831 [.80, .86]	6.5	.793	.720	.915 [.89, .95]	7.5	.959	.702
Traumatic avoidance	.719 [.69, .75]	9.5	.592	.714	.710 [.64, .78]	9.5	.653	.730
Checking	.723 [.69, .76]	6.5	.544	.775	.741 [.67, .82]	6.5	.673	.721
Ordering	.638 [.60, .68]	10.5	.476	.730	.606 [.52, .69]	12.5	.408	.757
Cleaning	.548 [.51, .59]	13.5	.401	.705	.590 [.49, .68]	14.5	.429	.735

Table 3.4.5*Linear regression analysis for WHODAS 2.0 score (N = 1,390)*

	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	95% CI
Constant	-7.019	1.135		-6.186	< .001	[-9.245, -4.793]
Sex	0.016	0.280	0.001	0.059	.953	[-0.533, 0.566]
Age	0.037	0.010	0.074	3.757	< .001	[0.018, 0.057]
General Depression	0.114	0.024	0.236	4.737	< .001	[0.067, 0.161]
Claustrophobia	0.242	0.040	0.148	5.987	< .001	[0.162, 0.321]
Panic	0.183	0.039	0.170	4.658	< .001	[0.106, 0.260]
Social Anxiety	0.160	0.042	0.109	3.848	< .001	[0.078, 0.241]
Ill Temper	-0.205	0.046	-0.128	-4.451	< .001	[-0.296, -0.115]
Lassitude	0.210	0.046	0.136	4.539	< .001	[0.119, 0.300]
Traumatic Intrusions	0.180	0.058	0.099	3.089	.002	[0.066, 0.294]
Well-Being	-0.097	0.025	-0.082	-3.804	< .001	[-0.147, -0.047]
Mania	0.169	0.045	0.103	3.784	< .001	[0.082, 0.257]
Cleaning	-0.047	0.021	-0.044	-2.261	.024	[-0.088, -0.006]

3.4.4. DISCUSSION

The current study presents novel evidence on the clinical utility of IDAS-II scores by providing information about the associated degree of impairment. The IDAS-II has demonstrated to be a reliable (De la Rosa-Cáceres et al., 2020; Irak & Albayrak, 2020; Sanchez-Garcia et al., 2021; Watson et al., 2012) and useful assessment measure of internalizing symptoms in research using a transdiagnostic approach to emotional disorders (Kotov et al., 2017). Present results complement previous evidence, by bringing forth reliable cutoffs that differentiate patient and community samples and by estimating cutoffs of IDAS-II scales associated with different levels of impairment that can help clinicians with therapeutic planning. Furthermore, our results suggest that General

Depression, Lassitude, Panic and Claustrophobia contribute to impairment in a greater extent.

In relation to the first objective, and in congruence with previous studies (Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2012; Watson & O'Hara, 2017), the patient sample in the current study is more dysfunctional in terms of presence of internalizing symptoms as captured by the IDAS-II scales and higher impairment as measured by the WHODAS 2.0 total score. Most of the IDAS-II scales show moderate to high effect sizes when comparing the community and patient sample, with largest effect sizes for the IDAS-II scales of General Depression and Dysphoria, as hypothesized. These two subscales also best differentiated patients and healthy controls in previous research (Irak & Albayrak, 2020; Stasik-O'Brien et al., 2019). The newly provided cutoff points, that differentiate between patient and non-patient samples with non-overlapping confidence intervals, may allow to use this instrument to detect emotional disorders in primary care patients based of a composite profile, as has been recommended (Ferenchick et al., 2019; Park & Zarate, 2019).

However, it should be noted that the IDAS-II Cleaning scale did not show the ability to provide a reliable cutoff in the current study. This result may be due to the impact of COVID-19 during data collection. A recent systematic review suggested that both patients and healthy individuals have experienced contamination obsessive-compulsive like symptoms related with COVID-19 (Guzick et al., 2021). Considering that cleaning was a protective factor against COVID-19, and thus 'healthy' behavior, it is reasonable that effect sizes on this scale are among the lowest and that the scores observed in the community sample are even higher than those observed in the patient sample. In this sense, it is likely that the assessment of this specific symptom of obsessive–

compulsive disorder through the IDAS-II needs to be taken with caution when administered during COVID-19 or similar conditions.

Concerning the second aim, this study provides for the first time cutoffs for different levels of impairment according to the ICF, as measured by WHODAS 2.0. Therefore, present results contribute to the interpretability of the IDAS-II, assigning qualitative meaning to quantitative scores (Terwee et al., 2007). Up to our knowledge, clinical utility of IDAS-II was limited to the study of its discriminative ability to differentiate between distinct disorders (Stasik-O'Brien et al., 2019). However, emotional disorders generate high disability in different areas of people's lives even beyond patients samples (Guilera et al., 2020). Our study could support this finding, our values of the IDAS-II scales are also differentially associated with moderate and severe impairment in the community sample. Our findings more specifically show that both General Depression and Dysphoria are the scales that most differentiate among levels of impairment. Previous research suggested that the General Depression IDAS-II scale can be used to screen for the presence of internalizing psychopathology (Stasik-O'Brien et al., 2019; Watson et al., 2007). Similarly, Dysphoria has been noted as a nonspecific assessment of core emotional symptoms of depression and anxiety, representing the general distress dimension of psychopathology (Watson et al., 2007). Overall, our findings support to use these scales, for both screening purposes on one hand, as well as to evaluate the impact of internalizing symptoms on impairment on the other hand.

On the other hand, it is necessary to emphasize that some specific scales of the IDAS-II show a limited ability to discriminate between degrees of impairment severity in the current study (e.g., Euphoria, Well-Being, Traumatic Intrusions, Checking) and show lower effect sizes. To maximize the proportion of patients correctly classified among the most severe impairment group, the present study applied a .70 as the minimum value for

specificity. Although it might be very interesting to extend the evidence for other sensitivity and specificity parameters in further research, the current results provide useful guidance for clinical decision making (Pintea & Moldovan, 2009).

Finally, IDAS-II scales explained 57% of the variability of the WHODAS 2.0 scores. Consistent with previous studies (Löwe et al., 2008; Tanner et al., 2019), we observed that two of the scales with the greatest explanatory capacity for impairment are Lassitude and General Depression. This finding is in congruence with studies that point to depression as the leading cause of disability worldwide and the fact that the disorder is responsible for the highest proportion of disability-adjusted life-years (DALYs; GBD Mental Disorders Collaborators, 2022; WHO, 2017). In addition, the scales of Claustrophobia, Panic indicate these two anxiety-related symptoms are most related with impairment. Although the relationship between panic and impairment has been widely reported in the literature (Batelaan et al., 2012; Cha et al., 2022), studies associating specific phobias with impairment are scarce and showed mixed results (Burstein et al., 2012; Emmelkamp & Ehrling, 2014; Essau et al., 2000; Stinson et al., 2007). In this sense, the present study adds a new piece of evidence to the possible contribution of phobic symptoms (i.e. claustrophobia) to impairment.

From a clinical standpoint, the present study contributes in a novel and useful way to the identification of impairment by providing cutoffs for IDAS-II scales. Despite the benefits that the administration of PROM can bring in clinical routine, several studies indicated scarce use of specific PROM tests (Lewis et al., 2019). For tests and scales to be regularly administered in clinical sessions, it is necessary that their scores contribute clearly to clinical decision making (Kraemer et al., 2004; Widiger & Samuel, 2005). The cutoffs provided in present paper, allow to describe each patient profile in detail and to identify those emotional symptoms on which psychological interventions should target.

Moreover, knowledge of which symptoms are most related with impairment, allows healthcare providers to improve treatment planning based on empirical evidence. Finally, the information provided can be useful to assess the impact of treatment by using outcome monitoring. A patient is expected to present with a score above the cutoff at the start of treatment. After several sessions, clinicians can observe whether the patient's score has changed towards the range of functional values (below the cutoff), or whether the observed changes are attributable to measurement error (scores in the range of the cutoff confidence interval).

Despite the promising results, we must also report some limitations. First, the sample of mental health service patients was not drawn by a randomized procedure. Probably, the difference between the patients who participated and those who did not participate lies exclusively in the availability of the time needed to administer the instruments. Therefore, we consider that the impact of this issue on results is limited. Furthermore, although the socio-demographic characteristics of the two samples appeared to be different, these differences are a reflection of different population characteristics, with, for example, the female gender and younger people having higher rates of internalizing disorders in previous research (Jalnapurkar et al., 2018; Sanchez-Garcia et al., 2021).

Second, data from the community sample was collected online, a procedure that, according to Arditte et al. (2016), could lead to higher psychopathological scores compared to other traditional data collection procedures. However, the study by Sanchez-Garcia et al. (2021) using the same data set showed that these do not differ from data from other Spanish samples collected by traditional methods (De la Rosa-Cáceres et al., 2020) nor from the American normative sample used by Nelson et al. (2018). Further, a

comparative study by Weigold et al. (2013) indicated equivalence across paper-and-pencil and internet-based data collection methods.

Third, it should be noted that unexpected results have been obtained on scales such as Cleaning. This is probably due to the impact of the COVID-19 pandemic and it is unknown to what extent other scales may be affected.

Finally, we would like to point out that the patient's functional impairment has been assessed using the 12-item version of the WHODAS 2.0 (WHO, 2000). This version has shown psychometric properties equivalent to the 36-item version (Saltychev et al., 2021; Üstün et al., 2010). However, it should be noted that future studies may complement the results of this study with other functional impairment instruments and scales.

CHAPTER 4. DISCUSSION AND CONCLUSIONS

4.1. INTRODUCTION

This chapter synthesizes the main contributions of the results of this doctoral dissertation. The present dissertation aligns with national and international mental health guidelines (e.g., Boletín Oficial de las Cortes Generales, 2017; European Commission Decision, 2020; Junta de Andalucía, 2016; United Nations, 2015), which promote the development of lines of work to improve the assessment, diagnosis, and treatment of patients with mental disorders, and further understanding of comorbidity between disorders.

This dissertation focuses on the IDAS-II (Watson et al., 2012), one of the five most widely used and studied self-report measures of depression (Klein, 2023), due to its potential applications in clinical and research contexts. In applied clinical settings, the IDAS-II differs from other measurement instruments, allowing a transdiagnostic assessment that covers the symptoms of different emotional disorders (MDD, GAD, bipolar disorder, panic, agoraphobia, social phobia, specific phobia, OCD, and PTSD), consistent with the HiTOP model (Kotov et al., 2017). In research contexts, the IDAS-II is ideally suited for increasing the understanding of comorbidity and the organization of internalizing symptoms within the framework of the HiTOP model because it allows the assessment of the symptoms of different disorders using the same response format and time frame. Despite the advantages of the IDAS-II, the psychometric properties of the Spanish version of this instrument have not been studied.

The general aim of this doctoral dissertation is to study the psychometric properties of the IDAS-II adapted to the Spanish context and language by providing evidence of reliability and validity, developing norms and cutoffs for interpreting scores, and examining clinical utility. In general, this dissertation contributes to the application

of the IDAS-II in the Spanish context, with implications for both basic research and clinical practice, as listed below.

Regarding the basic research, this is the first study to examine the psychometric properties of the Spanish version of the IDAS-II. The psychometric evidence provided allows us to apply this measurement instrument in Spain, making it possible to start new research lines. For example, it provides evidence on the organization of internalizing symptoms included in the HiTOP, using a measure consistent with the model. The first and second studies of this dissertation are the first in Spain to provide evidence in this regard. Specifically, the first study provides evidence of the correspondence of the structure of the scores provided by the Spanish adaptation with the internal structure of the original IDAS-II and with the HiTOP model structure. Thus, the results show for the first time that the three-factor structure of the IDAS-II (Distress, Obsessions/Fear, and Positive Mood) loads on a second-order factor (Internalizing), similar to the model (Kotov et al., 2017).

Additionally, the second study analyzes the organization of the direct relationships between internalizing symptoms using an empirical network analysis. The findings suggest that the symptoms of depression and anxiety are highly linked in the same community structure. To the best of our knowledge, only Sánchez-Hernández et al. (2023) applied network analysis to explore the comorbidity between symptoms of depression and anxiety in data from the Spanish population. However, these authors analyzed the relationship between depression and anxiety symptoms using two different measures (i.e., CES-DC and YSR) and a sample of children and adolescents (Sánchez-Hernández et al., 2023). Therefore, the second study of this dissertation is the first to analyze the comorbidity between symptoms of depression, anxiety, and bipolar disorder in a mixed Spanish sample of community adults and patients. In contrast with Sánchez-

Hernández et al. (2023), our study uses a single measure (IDAS-II), so all the symptoms in the network are assessed with the same response format and time frame. The results of the second study contribute to the study of comorbidity between internalizing disorders in a much more exhaustive, precise, and detailed manner than has been done in the Spanish context to date.

From a clinical perspective, the present dissertation provides the necessary data to interpret the scores of the Spanish version of the IDAS-II, according to the Standards for Educational and Psychological Testing of the American Educational Research Association (AERA), the APA, and the National Council on Measurement in Education (NCME) (AERA et al., 2014). Specifically, the third study provides the norms for the Spanish version of the IDAS-II for the first time. In line with the literature (Bromet et al., 2011; Hoertel et al., 2015; Kessler et al., 2015), women and younger participants obtained significantly higher scores, so we provide in this dissertation sex- and age-differentiated norms for the IDAS-II scores. To date, previous studies have only provided general norms for the original versions of the IDAS and the IDAS-II (Nelson et al., 2018; Stasik-O'Brien et al., 2019).

Additionally, the fourth study provides cutoffs to reliably discriminate between community and patient samples, as well as between moderate and severe levels of functioning. Our results indicate that most IDAS-II scales show medium or large effect sizes when comparing patient and community samples, especially for the General Depression and Dysphoria scales. These scales best discriminate between moderate and severe impairment levels. To the best of our knowledge, our study is the first to provide cutoffs that allow discrimination between different levels of impairment associated with IDAS-II scores.

The following sections summarize the main results obtained for each of the specific objectives of this dissertation. The implications of these results at the methodological, theoretical, and clinical level are analyzed. We then discuss the limitations of the research design and methodology. The chapter ends with general conclusions and future lines that will continue the line of research in this dissertation.

4.2. DISCUSSION IN RELATION TO THE SPECIFIC OBJECTIVES OF THE STUDY

4.2.1. SPECIFIC OBJECTIVE 1

The first specific objective of this dissertation was to study the psychometric properties of the IDAS-II version adapted to the Spanish context and language. For this purpose, we provide a study of internal consistency, temporal stability, factor structure, and convergent and discriminant evidence.

Regarding the study of reliability, the results suggest that the Spanish version of the IDAS-II presents adequate internal consistency, according to hypothesis 1.1. The Cronbach's alpha reliability values of the Spanish version of the IDAS-II exceed the value of .80 for most scales, similar to the English and the Turkish versions of the IDAS-II (Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2012). The German version of the instrument has adequate ω reliability values, exceeding .80 for all scales except Euphoria and Ordering (Wester et al., 2022). In the present study, the General Depression scale shows the highest alpha reliability value in both samples (students and community), with a greater number of items than the other scales. Similar to the Turkish version (Irak & Albayrak, 2020), the lowest internal consistency values correspond to the Mania, Checking, and Suicidality

scales in the community sample. In the student sample, the lowest internal consistency values correspond to Lassitude, Mania, and Appetite Gain. Unlike the Turkish version (2020), the alpha values of the Spanish version are more similar to the English version, so all scales show alpha values higher than .70 (Watson et al., 2012).

Regarding temporal stability, the results are partially consistent with hypothesis 1.2. Comparable to the original version in English (Watson et al., 2012), most of the scales show test-retest correlations at one-week intervals above .70. However, five scales (Lassitude, Insomnia, Appetite Loss, Irritability, and Traumatic Avoidance) present test-retest correlations lower than the recommended minimum of .70 (Joiner et al., 2005). Similar to the original version of the instrument (Watson & O'Hara, 2017), General Depression, Dysphoria, and Social Anxiety shows the highest test-retest correlation coefficients in a time interval of two weeks, while Appetite Loss shows the lowest correlation coefficient. Watson and O'Hara (2017) suggested that the temporal stability values of IDAS and IDAS-II decrease as the time interval between administrations increases. This decrease may indicate that the IDAS-II is sensitive to change, as it measures symptoms rather than stable traits (Nezu et al., 2000; Watson & O'Hara, 2017).

Concerning the internal structure, the results of the CFA in both samples (students and community) are congruent with hypothesis 1.3; therefore, the scales of the Spanish version of the IDAS-II are organized into three factors (Distress, Obsessions/Fear, and Positive Mood), similar to the English, Turkish and German versions of the instrument (Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2012; Wester et al., 2022). The inclusion of the (low) Well-Being scale in the Distress factor constitutes additional evidence for the strong relationship between low Well-Being and depression (Kotov et al., 2017; Mineka et al., 2002; Watson et al., 2007). We obtain higher correlations between scales belonging to the same factor, suggesting that these scales measure related but different constructs.

Conversely, scales assessing different constructs show lower correlations, indicating the ability of the instrument to assess disorder-specific symptoms. Additionally, this study shows for the first time that the three factors of the IDAS-II are subsumed under a higher-order factor (Internalizing), which is consistent with the structure of the HiTOP model (Kotov et al., 2017). This result provides empirical evidence that the Spanish version of the IDAS-II is consistent not only with the operational definition of the instrument (Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2012; Wester et al., 2022) but also with that of the HiTOP model (Kotov et al., 2017).

With regard to the evidence of validity based on the relationship with other variables, we found results congruent with hypothesis 1.4, but also some unexpected correlations. In general, the results were similar to those found in the English and Turkish versions (Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2007, 2012). As expected, General Depression, Dysphoria, and Well-Being show the highest correlations with BDI-II scores, Panic shows the highest correlations with BAI scores, and the OCD scales (Checking, Ordering, and Cleaning) show the highest correlations with the OCI-R total score. Although Euphoria shows higher correlations with HCL-32 scores than other instruments, these correlations are low ($r = .26$). Watson et al. (2012) obtained a similar result for this scale. These results could be partially explained by the difference in the assessment timeframes used by each instrument. The IDAS-II assesses symptomatology during the last two weeks, while the HCL-32 assesses symptomatology during a period of elevated mood that could have occurred before.

Despite this favorable body of evidence, other scales show different results from those hypothesized. For example, the Social Anxiety scale is equally related to the BDI-II ($r = .57 - .58$) and BAI ($r = .55$). This result is similar to those obtained with the English and Turkish versions of the IDAS-II (Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2007).

Similarly, the correlations of Traumatic Intrusions with BDI-II and BAI ($r = .49 - .60$) did not differ significantly from the correlations with the PCL-C ($r = .42 - .57$), except for the correlation of Traumatic Intrusions with BDI-II ($r = .57$) and PCL-C ($r = .42$) in the student sample. Contrary to our expectations, Mania shows higher correlations with the BDI-II, BAI, PCL-C, and OCI-R ($r = .44 - .58$) than with the HCL-32 ($r = .22 - .19$), both in the student and community samples. The observation of unexpected correlation values could be partially explained by the high rates of comorbidity between social anxiety disorder and depression (Cohen et al., 2017; De Jong et al., 2012) or between PTSD symptoms and depression and anxiety (Geng et al., 2019; Price et al., 2019). Emotional regulation difficulties associated with PTSD (i.e., rumination, catastrophizing, and self-blame) correlate with higher levels of depression and anxiety (Ouhmad et al., 2023). Another possible explanation for the unexpected results is the limited discriminative ability of some instruments used as gold-standards (i.e., BDI-II and BAI; Oh et al., 2018; Steer et al., 1995; Watson et al., 1995).

4.2.2. SPECIFIC OBJECTIVE 2

The second specific objective was to analyze the relationships between internalizing symptoms assessed by the Spanish version of the IDAS-II using an empirical network analysis.

In this regard, the results of the second study are consistent with hypothesis 2.1, finding that symptoms of depression and anxiety are highly related and grouped in the same community structure. The clustering of depression and anxiety symptoms in the same community supports the relationship between depression and anxiety disorders observed in previous network analyses (e.g., Bekhuis et al., 2016; McElroy, Fearon, et al.,

2018). This growing body of evidence has led several authors to question whether these disorders should be conceptualized as a single clinical entity rather than as two distinct disorders (Borsboom, 2017; Kotov et al., 2017; McElroy, Fearon, et al., 2018). Beyond this debate, the relationships observed between these symptoms are consistent with the hierarchical structure of the HiTOP model, where symptoms of depression and generalized anxiety disorder group under the same factor (Distress) and spectrum (Internalizing; Kotov et al., 2017; Watson et al., 2022).

Second, it is noteworthy that the results obtained differ from those of hypothesis 2.2. Thus, although IDAS-II symptoms are grouped into three factors according to the HiTOP model (Kotov et al., 2017) and internal structure of the instrument (De la Rosa-Cáceres et al., 2020; Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2012; Wester et al., 2022), network analysis suggests that IDAS-II symptoms are grouped into two community structures. The first community includes symptoms of depression and anxiety, and the second one symptoms of bipolar disorder and OCD. As noted above, the clustering of depression and anxiety symptoms in the same structure is consistent with previous studies on network analysis (e.g., Bekhuis et al., 2016; McElroy, Fearon, et al., 2018) and the hierarchical structure of the HiTOP model (Kotov et al., 2017; Watson et al., 2022). On the other hand, the second community is congruent with several studies and meta-analyses (e.g., Ferentinos et al., 2020) that provide evidence of the co-occurrence of bipolar disorder and OCD. In this regard, Tonna et al. (2016) pointed out that OCD symptoms could constitute a risk factor for an increase in bipolar disorder symptoms, which justifies the clustering of these symptoms.

Another unexpected result related to the second specific objective is the clustering of symptoms assessing PTSD (Traumatic Avoidance and Traumatic Intrusions) in different communities. Traumatic Intrusions appear in the community structure of anxiety

and depression symptoms, whereas Traumatic Avoidance is associated with OCD symptoms. This finding supports the relationship between PTSD and depressive disorders (Afzali et al., 2017; Levi-Belz et al., 2020) through intrusive thoughts. In contrast, literature shows that anxiety-reducing strategies (i.e., Traumatic Avoidance) are more directly related to OCD, where OCD and PTSD share stimulus avoidance to reduce stress (APA, 2013; Franklin & Raines, 2019). From a behavioral perspective, Gershuny et al. (2003) found that in patients with comorbid OCD and PTSD, avoidance strategies in OCD could reduce the emotional distress generated by a traumatic event, explaining the comorbidity between these disorders.

Third, the results support hypothesis 2.3 regarding the most influential symptoms in the network. According to the centrality values, and in line with previous literature, Dysphoria (Funkhouser et al., 2020) is the symptom of depression most related to the rest (Funkhouser et al., 2020), Traumatic Intrusions is the PTSD symptom that shows higher correlations with the rest (Contractor et al., 2020; Gilbar, 2020; Segal et al., 2020; Yang et al., 2021), and Checking and Ordering are the OCD symptoms most related to the rest (Olatunji et al., 2019; R. T. Zhang et al., 2019). Although the most central symptom in the network is Dysphoria, it is mainly related to other symptoms in the same community (i.e., symptoms of depression and anxiety). This result suggests that Dysphoria may play a relevant role in the initiation and maintenance of depressive and anxiety disorders (Bekhuis et al., 2016).

Finally, the bridge symptoms identified in the network differ from those expected in hypothesis 2.4. The results suggest that Mania, Panic, Claustrophobia, and (low) Well-Being are bridge symptoms between communities that could explain comorbidity. The relationships observed in the network show that Panic is primarily related to symptoms of depression and anxiety, whereas Mania is related to symptoms of depression and

bipolar disorder. These findings are consistent with research showing that panic attacks are among the strongest predictors of the switch from depression to mania in bipolar disorder (Niitsu et al., 2015).

Regarding Claustrophobia and (low) Well-Being, it should be noted that, to the best of our knowledge, no previous studies have investigated these symptoms through network analysis. Including more symptoms compared to previous studies may lead to changes in the organization of symptoms into community structures, and thus, to the identification of different bridge symptoms (Jones et al., 2019). The results indicate that Claustrophobia is related to Panic and Social Anxiety, constituting additional empirical evidence for the organization proposed by the HiTOP model (Kotov et al., 2017) that groups both symptoms in the Obsessions/Fear factor. Interestingly, (low) Well-Being shows differential activation of the network structure, activating the first community structure (i.e., depression and anxiety symptoms) and inhibiting the second (i.e., bipolar disorder and OCD symptoms). These relationships are consistent with several studies that have pointed to the relationship between low well-being and depression (e.g., Kotov et al., 2017; Watson et al., 2007, 2012).

4.2.3. SPECIFIC OBJECTIVE 3

The third specific objective was to develop norms for the Spanish version of the IDAS-II. In addition, we aimed to analyze the relationship between the sex and age variables and the IDAS-II scale scores, considering both statistical significance and effect size. Based on the observation that the scores differed significantly as a function of sex and age, we developed sex- and age-differentiated norms for each IDAS-II scale. The main results of the proposed hypotheses are discussed below.

First, before the development of the norms, the third study provides evidence of unidimensionality for all scales of the IDAS-II for the first time. These results extend the unidimensionality analyses performed on the 11 scales of the first version of the instrument (IDAS; Watson et al., 2007). A subsequent study by Wester et al. (2022) provided evidence of unidimensionality for the scales in the German version of the IDAS-II and obtained similar results. The evidence of unidimensionality provided for the Spanish and German versions (Wester et al., 2022), together with the high internal consistency values found for the scales, supports the possibility of generating and using the scores of each IDAS-II scale independently.

After providing evidence of unidimensionality, we developed the norms for the Spanish version of the IDAS-II. As in previous studies (De la Rosa-Cáceres et al., 2020; Nelson et al., 2018), the IDAS-II scores in our study do not follow a normal distribution. Therefore, we provide percentiles (cumulative percentages) corresponding to each score, rather than those obtained from a normal distribution table of Z-scores implemented in different databases and statistical analysis programs. According to several authors (Crawford & Garthwaite, 2009; Nelson et al., 2018), percentiles calculated from the actual distribution of scores are more helpful and informative when data do not follow a normal distribution. For example, considering the mean and standard deviation of Suicidality ($M = 7.27$; $SD = 2.86$), we might assume that if these values follow a normal distribution, a person with a score of 8 would correspond to the 60th percentile, when this score actually corresponds to the 85th percentile. These norms help clinicians to interpret scores correctly and thus facilitate decision-making (Chien & Yao, 2014) about whether to administer pharmacological treatments or to hospitalize a patient (Kraemer et al., 2004; Widiger & Samuel, 2005).

In congruence with hypothesis 3.1, the scores reported for the norms for the Spanish version of the IDAS-II are lower than those reported for the IDAS (Stasik-O'Brien et al., 2019) but similar to those obtained for the IDAS-II (Nelson et al., 2018) in its English versions. For example, the direct scores of 53 for General Depression and 27 for Dysphoria, which correspond to the 70th percentile on the IDAS scale (Stasik-O'Brien et al., 2019), would be at the 83rd percentile on the IDAS-II (Nelson et al., 2018). In addition, the scores that the norms of the IDAS classify as mild (70th percentile; Stasik-O'Brien et al., 2019) would be closer to the moderate level (94th percentile) in our data. A likely explanation for these discrepancies is the use of different samples to develop norms. More specifically, the norms of the English and Spanish versions of the IDAS-II were developed from scores from community samples (Nelson et al., 2018), whereas the norms for the English version of the IDAS were developed from a mixed sample that included patients (Stasik-O'Brien et al., 2019). In this regard, Stasik-O'Brien et al. (2019) claim that including patients increases the severity of the scores, resulting in higher scores, so they recommend using data from community samples, such as the one used in the present study, to develop the norms. Comparing our norms with those provided for the IDAS-II (Nelson et al., 2018), we observe certain similarities, especially in the higher percentiles. For instance, the scores corresponding to the 97th percentile of the Insomnia (score = 25), Cleaning (score = 23) and Traumatic Avoidance (score = 16) scales are similar for both norms. In addition, the direct score corresponding to the 85th percentile (which usually marks the point of statistical "abnormality") is similar or very similar for several scales (e.g., Insomnia, Traumatic Intrusions, Claustrophobia, Mania, Social Anxiety, and General Depression). Although we observe larger discrepancies among the lower values, there are some similarities. For example, the 25th percentile for Traumatic Intrusions corresponds to a score of 4 in both norms, whereas for Well-Being, it

corresponds to a score of 17 in the norms for the English version (Nelson et al., 2018) and 18 in the norms for the Spanish version.

Our results are also consistent with hypothesis 3.2 and previous literature (e.g., Kessler et al., 2015; Nelson et al., 2018; Patten et al., 2016), showing that gender and age variables are related to depression and anxiety scores, especially for General Depression, Dysphoria, Lassitude, and Appetite Gain scales. As expected, women score higher than men (Bromet et al., 2011; Kessler et al., 2015; Klose & Jacobi, 2004), and younger people score higher than older people (Hoertel et al., 2015; Kessler et al., 2015; Nelson et al., 2018; Patten et al., 2016). Considering that General Depression assesses the core symptoms of depression, and Dysphoria is related to the core and shared aspects of depression and anxiety (Watson et al., 2007, 2012), the higher scores that women obtain on these two scales are congruent with the accumulated evidence that shows a higher prevalence of depression and anxiety in women (Bandelow & Michaelis, 2015; Bromet et al., 2011; Jalnapurkar et al., 2018; Kessler et al., 2015). Likewise, women also score significantly higher on Lassitude, similar to Nelson et al.'s (2018) study on the development of norms for the English version of the instrument. This finding is consistent with the relationship between fatigue and depression in women, who show a higher prevalence of fatigue-related disorders such as chronic fatigue syndrome and fibromyalgia (Lim et al., 2020; Wolfe et al., 2018).

Thus, according to the differences found, the present study provides, for the first time, differentiated norms by sex and age for each IDAS-II scale (women aged 18 - 44 years, women aged 45 - 75 years, men aged 18 - 44 years, and men aged 45 - 57 years). The most notable differences are between the scores obtained by women aged 18 to 44 and men aged 45 to 75, who differ significantly from the complete sample. The other two subsamples present percentiles very close to those obtained by the complete sample. In

line with the literature showing that women and young people obtain higher scores (e.g., Bromet et al., 2011; Hoertel et al., 2015; Kessler et al., 2015), women aged 18 to 44 constitute the group with the highest mean scores, whereas men aged 45 to 75 show the lowest scores. For example, a score of 18 on the Dysphoria scale, which corresponds to the 50th percentile ($T = 50$) in the complete sample, corresponds to the 40th percentile ($T = 47$) in the subsample of women aged 18 to 44 and the 79th percentile ($T = 55$) in the subsample of men aged 45 to 75 years.

A recent study by Wester et al. (2022) also provided sex- and age-differentiated norms for the German version of the IDAS-II. The norms for the German version of the IDAS-II (Wester et al., 2022) showed a pattern similar to our norms for the Spanish version. In congruence with the literature (Bromet et al., 2011; Kessler et al., 2015; Nelson et al., 2018; Patten et al., 2016), it is observed again that women and young people obtain higher scores. The largest differences between the scores of the scales of the German version of the IDAS-II are also between young women (18-44 years) and older men (45-75 years). Furthermore, the norms developed for the German version (Wester et al., 2022), also generated from community sample data, showed scores very similar to those of the Spanish version. In line with these similarities, a recent study by Hajek et al. (2022) revealed that the prevalence of depression and anxiety in Germany and Spain in 2021 and 2022 was very similar (differing between 1% and 4.4% depending on the time of the assessment).

4.2.4. SPECIFIC OBJECTIVE 4

The last specific objective was to analyze the clinical utility of the Spanish version of the IDAS-II regarding its ability to discriminate between patients and community samples and between different levels of functional disability (assessed by WHODAS 2.0).

In congruence with hypothesis 4.1 (Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2012; Watson & O'Hara, 2017), the patient sample of the present study is more dysfunctional than the community sample, showing higher scores on the IDAS-II and WHODAS 2.0, indicating greater severity and impairment, respectively. Most IDAS-II scales show medium to large effect sizes ($d = 0.32 - 1.31$) when comparing the scores of the community and patient samples. In line with previous studies (Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2012; Watson & O'Hara, 2017), General Depression ($d = 1.22$) and Dysphoria ($d = 1.31$) show the largest effect sizes.

Second, concerning hypothesis 4.2, the scores of the Spanish version of the IDAS-II show adequate capacity to discriminate between patient and community samples. Thus, the confidence intervals of the cutoffs provided for this purpose do not overlap with the mean value of the community sample (functional) nor the mean value of the patient sample (dysfunctional) in 17 of the 18 scales. Given these results, the IDAS-II can be used to detect emotional disorders in primary care patients and provide information on the symptom profile of each patient, as recommended by specialized literature (Ferenchick et al., 2019; Park & Zarate, 2019). However, the Cleaning scale did not show the ability to provide a reliable cutoff point in the present study. This may be due to the impact of COVID-19 on the data collection. A recent systematic review suggested that patients and healthy individuals experienced worsening obsessive-compulsive symptoms during the COVID-19 pandemic (Guzick et al., 2021). Since handwashing has been considered one of the main protective factors against COVID-19 (e.g., WHO & United Nations Children's Fund, 2021) and, therefore, a "healthy" behavior, it is reasonable that the patient and community samples obtain similar scores on the Cleaning scale, showing one of the lowest effect size values. Therefore, this specific symptom of OCD should be assessed with caution.

Third, the present study provides, for the first time, cutoffs for the IDAS-II scores that allow discrimination between different levels of disability according to the ICF. The results show that the IDAS-II scale scores are differentially associated with moderate and severe disability levels in a mixed sample of community adults and patients. This differential association is consistent with the evidence that emotional disorders generate high disability in different domains of daily life, even in subclinical samples (Guilera et al., 2020; Rivas et al., 2011; Rodríguez et al., 2012). To maximize the proportion of patients correctly classified as having different levels of disability, the present study applies a minimum specificity value of .70. The results obtained are partially consistent with hypothesis 4.3, as all scales show an adequate ability to discriminate between different degrees of severity (AUC values $>.7$), except for Appetite Gain, Ordering, Euphoria, Cleaning, and Well-Being, which also show the lowest effect sizes. The IDAS-II scales that most discriminate between different levels of disability are General Depression and Dysphoria. Previous literature suggests that the General Depression scale of the IDAS-II allows for the detection of the presence of internalizing psychopathology (Stasik-O'Brien et al., 2019; Watson et al., 2007). Specifically, Dysphoria assesses the core symptoms of depression and anxiety, representing the general distress dimension of psychopathology (Watson et al., 2007). Although future studies should expand the evidence on sensitivity and specificity, the current results provide useful guidance for clinical decision making (Pintea & Moldovan, 2009). Overall, the findings of the present study support the use of these scales to assess the impact of internalizing symptoms on disability. Finally, according to the results, the IDAS-II scales explain 57% of the variability in disability scores assessed by the WHODAS 2.0. Consistent with hypothesis 4.4, and previous studies (Löwe et al., 2008; Tanner et al., 2019), Lassitude and General Depression are among the scales with the highest explanatory power. This finding is

consistent with accumulating evidence that depression is the leading cause of disability worldwide, contributing to the highest proportion of disability-adjusted life years (Friedrich, 2017; GBD Mental Disorders Collaborators, 2022; WHO, 2017). The anxiety symptoms most closely related to disability are Claustrophobia and Panic. The relationship between panic and anxiety has been studied extensively (e.g., Batelaan et al., 2012; Cha et al., 2022). However, few studies have examined the association between specific phobias and disability, yielding mixed results (e.g., Burstein et al., 2012; Emmelkamp & Ehling, 2014; Essau et al., 2000; Stinson et al., 2007). In this context, the present study provides complementary evidence for the possible contribution of phobic symptoms (i.e., Claustrophobia) to disability.

4.3. IMPLICATIONS OF THE STUDY RESULTS

The results of this doctoral dissertation provide empirical evidence with methodological, theoretical, and clinical implications. The implications are described below.

From a *methodological point of view*, our study provides the psychometric properties of the Spanish language and a context-adapted version of the IDAS-II, which allows the application of this instrument in the Spanish context. The IDAS-II offers a broad coverage of symptom assessment that makes this instrument particularly appropriate for application in research aimed at increasing knowledge about comorbidity and examining evidence on the structure of the HiTOP model. This version of the IDAS-II may also be applied in clinical settings because of the norms and cutoffs provided,

which make it possible to determine the level of severity and disability associated with the score of each scale. Although many studies have reported the psychometric properties of instruments, few studies have aimed to provide clinicians with tools such as norms or cutoffs for interpreting scores (Bowling, 2014; Streiner et al., 2015). The results of this dissertation contribute to bringing the use of measures developed from relevant theoretical perspectives into clinical settings, facilitating the integration of the results obtained in research and clinical practice.

At a *theoretical level*, this dissertation provides validity evidence based on the internal structure of the IDAS-II and the hierarchical structure of the HiTOP model. More specifically, the results show that the factor structure of the Spanish version of the IDAS-II closely resembles that of the existing versions in other languages (Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2012; Wester et al., 2022), where symptoms are organized into three factors (Distress, Obsessions/Fear, and Positive Mood). Moreover, our results show for the first time that the internal structure of the IDAS-II is also consistent with the hierarchical structure of the HiTOP model where the instrument is framed (Kotov et al., 2017). Specifically, the evidence suggests that the three identified factors (consistent with the model's Distress, Fear, and Mania factors) are encompassed in a higher-order factor (Internalizing) in congruence with the hierarchy posed by the model (Kotov et al., 2017).

In addition, this dissertation provides complementary evidence on the internal structure of the IDAS-II and the hierarchical structure of the HiTOP model by applying empirical network analysis to a dataset of Spanish samples. The evidence obtained from the network analysis suggests that the internalizing symptoms group in two community structures, one grouping symptoms of depression and anxiety, and the other symptoms of OCD and bipolar disorder. Although this evidence contradicts our hypothesis, the results provide additional evidence of the close relationship between depression and anxiety

symptoms (e.g., Bekhuis et al., 2016; McElroy, Fearon, et al., 2018), which has led researchers to question the distinction between depression and anxiety disorders as separate clinical entities (Borsboom, 2017; Kotov et al., 2017; McElroy, Fearon, et al., 2018).

The results of the network analysis also provide useful information to increase the understanding of comorbidities among internalizing disorders. According to evidence obtained from a mixed sample, Dysphoria, Traumatic Intrusions, Checking, and Ordering may exert a greater influence on other symptoms compared to the symptoms assessed for the same disorder (i.e., symptoms of depression, PTSD, and OCD, respectively), whereas Mania, Panic, Claustrophobia, and (low) Well-Being could contribute the most to explain comorbidity between disorders. The evidence obtained on Claustrophobia and (low) Well-Being are novels in the literature, as, to our knowledge, no study has evaluated the influence of these symptoms from the perspective of network analysis to date. Therefore, these results must be interpreted with caution because of the lack of evidence.

Finally, although the close relationship between internalizing disorders and disability is widely accepted (Friedrich, 2017; GBD Mental Disorders Collaborators, 2022; Morin, Insel, et al., 2020; WHO, 2017), to date, there is no solid evidence of the symptoms that contribute the most to explaining disability. The results of the last specific objective suggest that the symptoms that contribute most to explaining disability are General Depression, Claustrophobia, Panic, and Social Anxiety.

In terms of *clinical implications*, this dissertation makes it possible to use the Spanish version of the IDAS-II in clinical settings by providing norms and cutoffs for the reliable interpretation of scores. Using these tools, clinicians may know whether a particular patient presents a profile closer to a functional or dysfunctional sample, its percentile, the level of severity, and the disability associated with the score of each

symptom assessed by the IDAS-II. Thus, the IDAS-II allows for a more detailed and comprehensive assessment than traditional measures, which are generally limited to providing information on the overall severity of a single disorder (Fried et al., 2014; Fried & Nesse, 2015b). Evidence of the unidimensionality of each scale justifies the use of each scale as an independent assessment, allowing the development of personalized symptom severity profiles for patients. In addition, the IDAS-II overcomes several limitations of the traditional depression and anxiety assessment instruments (Watson et al., 2007). For example, the IDAS-II not only assesses all the symptoms that conform to the diagnostic criteria for depression, but also adequately discriminates between symptoms of depression and anxiety (Watson et al., 2012).

The possibility of applying the IDAS-II in the Spanish context is a milestone, as this instrument has the potential to meet the needs of the different stages of the treatment process. Thus, during the initial evaluation phase, the clinical cutoffs of the IDAS-II for differentiating between patient and community samples allow screening over a wide range of symptoms. The broad coverage of the IDAS-II avoids the need to use several measures with heterogeneous psychometric characteristics (e.g., different response formats and assessment time intervals) that make the comprehensive interpretation of scores difficult. Although there are currently multiple diagnostic interviews that allow screening (e.g., SCID-IV and MINI), the IDAS-II has the advantage of providing an individualized profile of the severity of symptoms, considering the sex and age of the person. This individualized profile sheds light on the heterogeneity among patients with the same diagnosis and guides clinical decisions regarding the degree and type of intervention that the patient needs (e.g., choosing between preventive or intensive interventions or between transdiagnostic interventions to treat comorbidities or personalized interventions to treat specific symptoms that show greater severity).

For interventions aimed at treating specific symptoms, the clinician can only apply the IDAS-II scales that assess the target symptoms, and thus optimize the assessment time because of the evidence of unidimensionality provided for the scores of each scale. Similarly, the IDAS-II also facilitates the evaluation of transdiagnostic interventions assessing the severity of symptoms of different emotional disorders using the same timeframe, instructions, and response format. According to a systematic review (Sakiris & Berle, 2019), practitioners applying transdiagnostic interventions need, on average, more than three instruments to assess their patients' symptomatology. The IDAS-II eliminates the need to use different measures in this context because of its broad coverage of symptomatological assessment.

Finally, this dissertation also provides for the first time cutoffs that report the disability level associated with each symptom, allowing clinicians to focus their intervention on those symptoms that lead to greater disability (Fried & Nesse, 2014). In addition, these cutoffs also help reduce assessment time, as the patient does not need to complete an additional instrument to assess disability. Moreover, the empirical assessment of the disability associated with each symptom is crucial to support decisions on relevant aspects, such as sick leaves or the granting of financial disability benefits (Tanner et al., 2019). Finally, given the short assessment period of the IDAS-II (i.e., during the last two weeks"), this instrument is appropriate for assessing changes in symptomatology that may occur during and after the intervention (i.e., during follow-up). Specifically, the IDAS-II can provide insight into the impact of transdiagnostic interventions on each symptom (Bullis et al., 2019; Kotov et al., 2017; Nelson et al., 2018).

In summary, this dissertation facilitates the use of the IDAS-II in the Spanish context, allowing for a precise, detailed, and exhaustive evaluation of the internalizing symptomatology associated with emotional disorders, with novel implications that broaden the scope of action in the clinical and research fields for the first time in Spain. The contributions made in this dissertation fit the demands of several institutions (Boletín Oficial de las Cortes Generales, 2017; European Commission Decision, 2020; United Nations, 2015). Specifically, we provide the IDAS-II, a measure that improves patient assessment through the norms and cutoffs that allow the early detection of an individual's symptomatology and, thus, the design of personalized treatments to target the most severe and/or impairing symptoms. Likewise, the IDAS-II provides a relatively short assessment framework (two-week) that is useful for examining the evolution of patient symptomatology during follow-up. The present dissertation also satisfies the demands of the HiTOP consortium (Ruggero et al., 2019) and other authors (e.g., Fried et al., 2022; Haefffel et al., 2022; McKnight & Kashdan, 2009) to integrate disability into the model and psychopathological assessment instruments.

These are just a few examples of the significant impact of the results of this dissertation on the psychometric and clinical fields. However, the studies in this dissertation have several limitations. In the following section, we summarize the shortcomings of the studies and future directions that will provide continuity to the work developed in this dissertation.

4.4. LIMITATIONS

The present dissertation provides interesting results on the psychometric evidence and clinical utility of the scores of the Spanish version of the IDAS-II. However, these results are not without limitations.

First, the study of the psychometric properties of the Spanish version of the IDAS-II has some limitations related to the samples and gold-standard measures used. Regarding the samples used, the first study was conducted only on a sample of students ($n = 378$) and a community sample ($n = 620$), and the study of reliability as temporal stability of scores was limited to a subsample of 100 students. Although this could be a limitation, the data from the community and patient samples collected later (samples 3-5) show similar internal consistency, with Cronbach's alpha values above .80 for most scales (De la Rosa-Cáceres et al., 2022, 2023; Sanchez-Garcia et al., 2021). Nevertheless, the study of the internal structure and the temporal stability should be extended to data from subsequent samples.

In addition, some of the measures used as gold-standards to examine the evidence of convergent and discriminant validity of the scores have limitations. For example, the HCL-32, used as the gold-standard for Mania and Euphoria scores, was the gold-standard that showed the lowest correlations with Mania and Euphoria in the study of Watson et al. (2012). Thus, it would be convenient to complement these results with other gold-standard measures to study the convergent and discriminant validity of the scores of these scales. However, the HCL-32 was the only gold-standard measure for these symptoms among those used by Watson et al. (2012) available in Spanish at the time of starting the study. At the same time, some authors have pointed out limitations regarding the discriminative capacity of the BDI-II and BAI (Steer et al., 1995; Watson et al., 2012), which were also used as gold-standards in the present study. However, these instruments

are among the most widely used in the Spanish context (Muñiz & Fernández-Hermidia, 2010; Sanz, 2014) and also were used in previous studies as gold-standards to validate IDAS and IDAS-II scores (Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2007). Therefore, despite its limitations, the BDI-II and BAI allow us to compare the results of this study with those of previous studies. Finally, the present study did not use gold-standard measures for Well-Being, Social Anxiety, and Claustrophobia. Future studies should include instruments that assess these symptoms to analyze the evidence of convergent and discriminant validity of the scores of these scales.

Second, although the sample sizes were adequate to meet the objectives, four of the five samples (i.e., samples 1, 2, 4, and 5) were selected using non-probabilistic sampling procedures, which could limit the generalizability of the responses obtained. The application of nonprobabilistic sampling procedures responds to the need to select participants from populations that are difficult to access, such as patients. In line with the literature (Bixo et al., 2021), the difference between patients who participated in the study and those who did not was probably due to two factors: the availability of the time needed to complete the instruments and/or the presentation of disabling symptoms of the disorder that impedes participation in the study (e.g., lack of energy, apathy, social anxiety, or lack of concentration). However, we took different actions to reduce the barriers to participation in this study (Bixo et al., 2021; Woodall et al., 2010, 2011). For example, we offered flexible schedules for participation when the participant reported difficulties with time, we collected data at the center where the patients were recruited to avoid problems related to transportation, and clinicians were involved in the recruitment process to avoid mistrust. Similarly, we simplified the information on the aims of the study provided in the informed consent, resolved all doubts related to the study, and provided information on the anonymous and confidential nature of participation, offering the

possibility of leaving the study at any time once it had begun. Riley et al. (2013) found that scores on items assessing mental health are comparable regardless of the type of sampling employed (probabilistic or non-probabilistic).

Third, as non-probabilistic sampling can affect external validity by limiting the generalizability of the sample responses, the use of a cross-sectional design affects internal validity by preventing us from making causal inferences about the direction of the relationships observed between symptoms on network analysis. Therefore, the third study applied an undirected network analysis. Future longitudinal studies could shed light on the direction of the relationship between the IDAS-II symptoms. Finally, concerning the validity evidence based on test content, it is worth noting that the IDAS-II network does not include other symptoms of depression that, although they do not constitute diagnostic criteria for the disorder (e.g., psychomotor problems), could be as central, or even more, than other symptoms considered diagnostic criteria (e.g., irritability; Fried et al., 2016). As mentioned above, including other symptoms in the network could result in changes in the organization of the network's community structure and, therefore, the identification of different bridge symptoms (Jones et al., 2019). Despite these limitations, the network of the present study stands out for including a wide range of internalizing symptoms evaluated using the same instrument (IDAS-II) and a dimensional approach.

Fourth, another main limitation is the use of an online data collection procedure to obtain the responses from sample 3. Although this procedure allowed us to collect data from participants from all regions of Spain in an efficient way, some authors point out that online data collection could result in higher psychopathological scores compared to data collected from other community samples using traditional procedures (Arditte et al., 2016). In addition, the use of digital media may create access gaps for some individuals. Despite this, the data from this online community sample (sample 3) do not differ

significantly from the data from the community sample collected through the traditional procedure (sample 2; De la Rosa-Cáceres et al., 2020) nor from the American normative sample used in the study by Nelson et al. (2018). Similarly, these authors also collected online data from the IDAS-II and found that scores did not differ from those of other samples assessed using traditional methods (Nelson et al., 2018). These findings are consistent with the study by Weigold et al. (2013), which indicates the equivalence between pencil-and-paper and online data collection methods.

Fifth, the community and patient samples used in the fourth study differ in terms of sex and age: the patient sample presents a higher percentage of women (64.9% vs. 49.9%) and younger mean age ($M = 39.9$; $SD = 14.33$ vs. $M = 44.32$; $SD = 14.68$). However, these differences reflect the sociodemographic characteristics of the populations they represent. Thus, literature indicates that women and younger people have a higher prevalence of internalizing disorders (Bromet et al., 2011; Jalnapurkar et al., 2018; Kessler et al., 2015; Nelson et al., 2018; Patten et al., 2016).

Sixth, it is worth noting the unexpected results obtained when generating cutoffs for some scales, such as Cleaning. This is probably due to the impact of the COVID-19 pandemic, and the extent to which they may have affected other scales as well is unknown. Replication of the present study in the post-pandemic period could shed light on this question. Regarding the cutoffs established to discriminate between the different levels of disability, it is worth mentioning that disability was assessed using the reduced version of the WHODAS 2.0, which consists of 12 items (WHO, 2000). However, this version has shown psychometric properties equivalent to those of the 36-item version (Saltychev et al., 2021; Üstün et al., 2010). Future studies should use other disability measures to complement these findings.

Despite the limitations mentioned above, we consider that the results provided by this dissertation support the use of the Spanish version of the IDAS-II in clinical and research contexts. Moreover, the assessment tool we have provided facilitates decision making by clinicians and opens new possibilities for research on emotional disorder symptoms.

4.5. FUTURE LINES

Regarding future lines of research, in addition to those resulting from the limitations mentioned above, it would be interesting to continue studying the clinical utility and interpretation of the scores of the Spanish version of the IDAS-II. In this regard, it is necessary to provide complementary evidence on various aspects.

First, although less than 40% of clinicians find diagnostic categories helpful in selecting an appropriate treatment (due, among other issues, to the high heterogeneity observed among patients with the same diagnosis), 75% of these clinicians manifest a need to establish categorical diagnoses to meet administrative requirements (First et al., 2018). Consequently, it would be interesting to study the sensitivity and specificity of IDAS-II scores for the detection and discrimination of emotional disorders according to the ICD-11 and DSM-5 criteria. Furthermore, analysis of the relationship between IDAS-II scores and clinical diagnoses of patients should be conducted by distinguishing between men and women, given that prevalence rates of emotional disorders differ significantly according to sex (Bromet et al., 2011; Kessler et al., 2005; Patten et al., 2016). In this regard, the study by Stasik-O'Brien et al. (2019) provides diagnostic cutoffs for the English version of the IDAS-II. However, to our knowledge, these cutoffs have not been provided for any version of the IDAS-II. In relation to this, we would expect to find

convergent evidence when comparing clinical diagnoses (according to DSM or ICD) and similar IDAS-II scales (e.g., MDD diagnosis with elevated scores on the General Depression scale). Similarly, we would expect to find discriminant evidence with IDAS-II scales measuring other emotional disorders (e.g., MDD diagnosis with low correlations on the Social Anxiety scale). Finally, according to Stasik-O'Brien et al. (2019), it would be expected to find high AUC values in those scales with diagnostic correspondence (e.g., high AUC values in the Panic scale for the diagnosis of panic disorder), with adequate sensitivity and specificity (> 70%).

Second, the diagnostic manuals most commonly used in clinical practice, the DSM-5 (APA, 2013) and ICD-11 (WHO, 2019), highlight the importance of assessing central aspects, such as functional disability and quality of life, in addition to patient diagnoses. To facilitate the evaluation of a patient's functional disability and quality of life, authors such as Fried et al. (2022) propose to integrate these measures into depression assessment instruments. The present dissertation determines the cutoffs for the Spanish version of the IDAS-II scales associated with moderate and severe functional disability according to the WHODAS 2.0 (WHO, 2010). Similarly, future studies should examine the cutoffs for the scales of the Spanish version of the IDAS-II that are associated with lower quality of life, assessed using instruments such as the European Quality of Life 5 Dimensions Questionnaire (EQ-5D; Badia et al., 1999) or the 36-Item Short Form Survey (SF-36; Alonso et al., 1995). Although cutoffs for quality of life have not been established in previous studies, all scales are expected to show an adequate discriminative ability (AUC values > .7), except for Well-Being, as higher scores on Well-Being should not be associated with lower quality of life.

Third, COSMIN (Mokkink et al., 2016) established that, for an instrument to be applied in the clinical context, it is also essential to determine how variations in a subject's

scores after an intervention, or simply as pathology evolves, can be attributable to actual clinical changes in patients rather than fluctuations due to measurement errors in the instruments (Wise, 2014). Another future line of work should aim to analyze the sensitivity of IDAS-II scores to the impact of treatment from the perspective of statistical significance and reliable change, adjusting between men and women. The first hypothesis concerning this line of work is that, as a consequence of the treatment, there will be statistically significant differences between the scores of the baseline and follow-up assessments, with significantly lower scores in the scales that assess symptoms corresponding to the diagnosed disorder for each patient in the follow-up assessment. On the other hand, it would be expected that, because of the treatment, a reliable change would allow us to detect a percentage of patients who have improved by more than 50%. Finally, in line with previous studies analyzing the relationship between change in depression and functioning or quality of life, it would be expected that as a result of treatment, reliable change would allow us to detect a percentage of patients who have improved by more than 50% (Chwastiak & Von Korff, 2003; Sobocki et al., 2007). It would be expected that differential IDAS-II scores (i.e., the pre-treatment and post-treatment differences) would be related to differential scores on measures of functioning (assessed by the WHODAS 2.0) and quality of life (assessed by the EQ-5D or SF-36).

Finally, another relevant future direction is to determine the minimum clinically relevant difference. According to Jaeschke et al. (1989), the minimal clinically relevant difference is the average change in the scores of patients who have experienced a minimally relevant improvement according to external measures such as measures of disability, quality of life, or clinical judgment regarding the patient's progress. Although clinically relevant changes in IDAS-II scores are expected, the novelty of the objective impedes the hypothesis about the magnitude of such scores. As noted, in line with recent

reports pointing to the differentiating role of sex in mental health (Bacigalupe et al., 2020), all objectives will be approached from a gender perspective, differentiating between men and women.

4.6. CONCLUSIONS

After discussing the results of this dissertation according to the objectives and hypotheses formulated, next, we detail the main conclusions.

The contributions of this dissertation facilitate the use of the IDAS-II in the Spanish context by studying its psychometric properties and providing evidence of the clinical utility of the scores of the instrument, in coherence with proposals on mental health made by several national and international institutions (e.g., Boletín Oficial de las Cortes Generales, 2017; European Commission Decision, 2020; Junta de Andalucía, 2016; United Nations, 2015). The results of this dissertation are reported in four studies that provide novel contributions to different fields.

In particular, the first study has provided psychometric evidence of the IDAS-II, which supports, for the first time, the use of this measure in the Spanish context. In this regard, it is worth mentioning that the IDAS-II is the first internalizing symptom assessment instrument consistent with the HiTOP model available in Spain. The second study has shed light on the relationships between internalizing symptoms that could contribute to comorbidity among emotional disorders, which is one of the main challenges of clinical practice in the 21st century (Amerio et al., 2016; Dunner, 2001; Ludmir & Small, 2018; Wu & Fang, 2014). The third study has provided evidence of unidimensionality that supports the use of the score of each IDAS-II scale independently, together with the norms that allow identifying the severity of each internalizing symptom

evaluated attending, for the first time, to the sex and age of the patients. The fourth study has provided clinical cutoffs to reliably discriminate between functional and dysfunctional samples and functional cutoffs to differentiate between different levels of disability. The information provided by norms and cutoffs allows clinicians to develop personalized interventions to target the most severe and/or disabling symptoms. Finally, the fourth paper has also contributed to identifying the internalizing symptoms that contribute the most to explaining disability. This contribution is of particular interest because emotional disorders have a significant impact on disability (e.g., Friedrich, 2017; GBD Mental Disorders Collaborators, 2022).

The results of this dissertation have methodological and theoretical implications. From a methodological perspective, we provide the psychometric properties of an instrument that allows the assessment of a broad set of internalizing symptoms dimensionally, which makes it particularly appropriate for investigating comorbidity between internalizing disorders and examining evidence on the structure of the HiTOP model. In this sense, the second study of this dissertation is, to our knowledge, the first to analyze the relationships between depressive and anxiety symptoms that could explain comorbidity by applying network analysis on data from a sample of Spanish adults. This study is also the first to analyze evidence on the organization of internalizing symptoms included in the HiTOP model using a measure consistent with the model in Spain. In addition, our study shows, for the first time, that the internal structure of the Spanish version of the IDAS-II is consistent with the hierarchical structure of the HiTOP model. Finally, the dissertation also provides information on the internalizing symptoms that contribute the most to explaining disability (i.e., General Depression, Claustrophobia, Panic, and Social Anxiety).

The contributions made to the Spanish version of the IDAS-II also have important clinical implications. Specifically, this dissertation provides norms differentiated by sex and age that allow us to identify the level and severity percentile corresponding to the score for each of the 18 symptoms evaluated and for general depression. Furthermore, we also provided cutoffs to identify the functionality and disability associated with the score of each scale. The use of these empirical norms and cutoffs facilitates clinical decision making regarding the intensity and type of intervention required for each patient. The IDAS-II may also be used to efficiently evaluate the efficacy of interventions. Thus, in the case of transdiagnostic interventions, clinicians can use the IDAS-II to assess the symptoms of different disorders using the same timeframe and response format. On the other hand, in the case of interventions aimed at treating specific symptoms, the clinician can optimize the assessment time by using only those scales that assess the symptoms targeted by the intervention, owing to the evidence of unidimensionality that allows the generation and use of the score of each scale independently. In addition, the short assessment time frame of the IDAS-II ("last two weeks") allows monitoring of changes in symptomatological severity that occur throughout the intervention process. Finally, the disability cutoffs, developed for the first time for the instrument, also help optimize assessment time, as the clinician can obtain information on the disability associated with each symptom without requiring the use of an additional measure.

In view of the results provided in the four papers that make up the thesis, it is expected that the IDAS-II can be incorporated as a useful tool for detailed and comprehensive assessment of internalizing symptoms in clinical and research contexts in Spain. Moreover, the IDAS-II will facilitate clinical decision making regarding the choice of treatment, treatment evaluation, and prediction of future care needs, among other aspects (APA, 2020; First et al., 2004; Kraemer et al., 2004).

CHAPTER 5. ABSTRACT AND CONCLUSIONS

5.1. ABSTRACT

Internalizing disorders, such as depression and anxiety, are the most prevalent and disabling mental disorders worldwide (e.g., WHO, 2017). The symptoms of these disorders can be assessed, from a dimensional perspective and consistent with the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP; Kotov et al., 2017), with the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS; Watson et al., 2012). The IDAS-II is among the five most widely used and studied self-report measures of depression in current research (Klein, 2023), as it allows for a transdiagnostic assessment covering the symptomatology of different disorders (e.g., depression, anxiety, bipolar disorder, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder), and has norms and cutoffs that extend the clinical utility of the instrument (Nelson et al., 2018; Stasik-O'Brien et al., 2019). However, the psychometric properties of the Spanish version of the instrument have not yet been examined.

The general aim of this doctoral dissertation is to study the psychometric properties of the IDAS-II adapted to the Spanish context and language by providing evidence of reliability and validity, developing norms and cutoffs for interpreting scores, and examining the clinical utility of the measure in patients with mental disorders. This general aim is addressed in four papers that present the results of this doctoral dissertation.

The first paper provides psychometric evidence supporting the use of the IDAS-II in the Spanish context, with adequate values of internal consistency, stability, and evidence of convergent and discriminant validity. In addition, the results show for the first time that the internal structure of the IDAS-II is consistent with the conceptualization of the instrument (Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2012; Wester et al., 2022) as well as with the HiTOP model (Kotov et al., 2017). The second paper applies empirical network analysis to shed light on the relationships between internalizing symptoms and

identifying symptoms that could contribute to comorbidity, one of the main challenges in clinical practice (e.g., Amerio et al., 2016; Ludmir & Small, 2018). The results suggest that Dysphoria could be a relevant symptom in the initiation and maintenance of depressive and anxiety disorders, while Mania, Panic, Claustrophobia, and (low) Well-Being could contribute to explaining comorbidity between disorders. The third paper provides evidence of the unidimensionality of all IDAS-II scales, which supports the independent use of each scale. In addition, we generate norms that allow the identification of the severity of each symptom considering, for the first time, the sex and age of the individuals. The fourth paper provides clinical cutoffs that allow reliable discrimination between functional and dysfunctional samples, in addition to the cutoffs that allow discrimination between different levels of disability. Using the provided norms and cutoffs, clinicians can develop personalized interventions that focus on the most severe and/or disabling symptoms. Finally, we identify the internalizing symptoms that contribute the most to explaining the disability.

Overall, the contributions of this doctoral dissertation facilitate the use of the IDAS-II in the Spanish context, an instrument that allows a precise, detailed, and exhaustive assessment of the internalizing symptomatology associated with emotional disorders. These contributions are framed in national and international guidelines on mental health (e.g., European Commission Decision, 2020; United Nations, 2015), providing a tool that improves the assessment of patients in different stages of the therapeutic process and broadens the scope for action in clinical and research contexts in Spain.

5.2. CONCLUSIONS

After discussing the results of this dissertation according to the objectives and hypotheses formulated, next, we detail the main conclusions.

The contributions of this dissertation facilitate the use of the IDAS-II in the Spanish context by studying its psychometric properties and providing evidence of the clinical utility of the scores of the instrument, in coherence with proposals on mental health made by several national and international institutions (e.g., Boletín Oficial de las Cortes Generales, 2017; European Commission Decision, 2020; Junta de Andalucía, 2016; United Nations, 2015). The results of this dissertation are reported in four studies that provide novel contributions to different fields.

In particular, the first study has provided psychometric evidence of the IDAS-II, which supports, for the first time, the use of this measure in the Spanish context. In this regard, it is worth mentioning that the IDAS-II is the first internalizing symptom assessment instrument consistent with the HiTOP model available in Spain. The second study has shed light on the relationships between internalizing symptoms that could contribute to comorbidity among emotional disorders, which is one of the main challenges of clinical practice in the 21st century (Amerio et al., 2016; Dunner, 2001; Ludmir & Small, 2018; Wu & Fang, 2014). The third study has provided evidence of unidimensionality that supports the use of the score of each IDAS-II scale independently, together with the norms that allow identifying the severity of each internalizing symptom evaluated attending, for the first time, to the sex and age of the patients. The fourth study has provided clinical cutoffs to reliably discriminate between functional and dysfunctional samples and functional cutoffs to differentiate between different levels of disability. The information provided by norms and cutoffs allows clinicians to develop personalized interventions to target the most severe and/or disabling symptoms. Finally,

the fourth paper has also contributed to identifying the internalizing symptoms that contribute the most to explaining disability. This contribution is of particular interest because emotional disorders have a significant impact on disability (e.g., Friedrich, 2017; GBD Mental Disorders Collaborators, 2022).

The results of this dissertation have methodological and theoretical implications. From a methodological perspective, we provide the psychometric properties of an instrument that allows the assessment of a broad set of internalizing symptoms dimensionally, which makes it particularly appropriate for investigating comorbidity between internalizing disorders and examining evidence on the structure of the HiTOP model. In this sense, the second study of this dissertation is, to our knowledge, the first to analyze the relationships between depressive and anxiety symptoms that could explain comorbidity by applying network analysis on data from a sample of Spanish adults. This study is also the first to analyze evidence on the organization of internalizing symptoms included in the HiTOP model using a measure consistent with the model in Spain. In addition, our study shows, for the first time, that the internal structure of the Spanish version of the IDAS-II is consistent with the hierarchical structure of the HiTOP model. Finally, the dissertation also provides information on the internalizing symptoms that contribute the most to explaining disability (i.e., General Depression, Claustrophobia, Panic, and Social Anxiety).

The contributions made to the Spanish version of the IDAS-II also have important clinical implications. Specifically, this dissertation provides norms differentiated by sex and age that allow us to identify the level and severity percentile corresponding to the score for each of the 18 symptoms evaluated and for general depression. Furthermore, we also provided cutoffs to identify the functionality and disability associated with the score of each scale. The use of these empirical norms and cutoffs facilitates clinical decision

making regarding the intensity and type of intervention required for each patient. The IDAS-II may also be used to efficiently evaluate the efficacy of interventions. Thus, in the case of transdiagnostic interventions, clinicians can use the IDAS-II to assess the symptoms of different disorders using the same timeframe and response format. On the other hand, in the case of interventions aimed at treating specific symptoms, the clinician can optimize the assessment time by using only those scales that assess the symptoms targeted by the intervention, owing to the evidence of unidimensionality that allows the generation and use of the score of each scale independently. In addition, the short assessment time frame of the IDAS-II ("last two weeks") allows monitoring of changes in symptomatological severity that occur throughout the intervention process. Finally, the disability cutoffs, developed for the first time for the instrument, also help optimize assessment time, as the clinician can obtain information on the disability associated with each symptom without requiring the use of an additional measure.

In view of the results provided in the four papers that make up the thesis, it is expected that the IDAS-II can be incorporated as a useful tool for detailed and comprehensive assessment of internalizing symptoms in clinical and research contexts in Spain. Moreover, the IDAS-II will facilitate clinical decision making regarding the choice of treatment, treatment evaluation, and prediction of future care needs, among other aspects (APA, 2020; First et al., 2004; Kraemer et al., 2004).

CAPÍTULO 6. RESUMEN Y CONCLUSIONES

6.1. RESUMEN

Los trastornos internalizantes de depresión y ansiedad son los trastornos mentales más prevalentes e incapacitantes a nivel mundial (e.g., WHO, 2017). Los síntomas de estos trastornos pueden ser evaluados desde una perspectiva dimensional y consistente con la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología (HiTOP; Kotov et al., 2017) mediante el empleo del Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS; Watson et al., 2012). El IDAS-II se encuentra entre las cinco medidas de autoinforme de depresión más utilizadas y estudiadas en la actualidad (Klein, 2023), gracias a que permite realizar una evaluación transdiagnóstica que cubre la sintomatología de diferentes trastornos (e.g., depresión, ansiedad, trastorno bipolar, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático), y a que dispone de baremos y puntos de corte que amplían la utilidad clínica del instrumento (Nelson et al., 2018; Stasik-O'Brien et al., 2019). Sin embargo, las propiedades psicométricas de la versión española del instrumento no han sido examinadas hasta el momento.

El objetivo general de la tesis doctoral es estudiar las propiedades psicométricas de la versión del IDAS-II adaptada al español, proporcionar baremos para la interpretación de sus puntuaciones y aportar evidencias sobre su utilidad clínica en pacientes con problemas de salud mental. Este objetivo general se aborda a lo largo de cuatro trabajos que exponen los resultados de la tesis.

El primer trabajo aporta evidencias psicométricas que avalan el empleo del IDAS-II en el contexto español, siendo este el primer instrumento de evaluación de síntomas internalizantes consistente con el modelo HiTOP que se hace disponible en España. Además, los resultados muestran por primera vez que la estructura interna del IDAS-II es consistente con la conceptualización del instrumento (Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2012; Wester et al., 2022) y del modelo HiTOP (Kotov et al., 2017). En el segundo

trabajo se aplica análisis de redes empíricas para arrojar luz sobre las relaciones entre los síntomas internalizantes e identificar los síntomas que podrían contribuir a la comorbilidad, uno de los principales retos de la práctica clínica del siglo XXI (e.g., Amerio et al., 2016; Ludmir & Small, 2018). Los resultados sugieren que Disforia podría ser un síntoma importante en la iniciación y mantenimiento de los trastornos de depresión y ansiedad, mientras que Manía, Pánico, Claustrofobia y (bajo) Bienestar podrían contribuir a explicar la comorbilidad. El tercer trabajo aporta las evidencias de unidimensionalidad que apoyan el empleo de la puntuación de cada escala de forma independiente, y los baremos que permiten identificar la severidad de cada síntoma atendiendo, por primera vez, al sexo y a la edad de las personas. El cuarto trabajo proporciona los puntos de corte clínicos que permiten discriminar de forma fiable entre muestras funcionales y disfuncionales, además de los puntos de corte que permiten discriminar entre diferentes niveles de discapacidad. A partir del empleo de los baremos y los puntos de corte, los profesionales clínicos pueden desarrollar intervenciones personalizadas enfocadas en los síntomas más severos y/o incapacitantes. Finalmente, se identifican los síntomas internalizantes que más contribuyen a explicar la discapacidad.

En su conjunto, las aportaciones de la tesis facilitan el empleo del IDAS-II en el contexto español, un instrumento que permite realizar una evaluación precisa, detallada y exhaustiva de la sintomatología internalizante asociada a los trastornos emocionales. Dichas aportaciones se enmarcan dentro de las directrices realizadas en materia de salud mental (e.g., European Commission Decision, 2020; United Nations, 2015), al proporcionar una herramienta que mejora la evaluación de los pacientes en las distintas etapas del proceso terapéutico, y que amplía el margen de actuación en el ámbito clínico y de investigación en España.

6.2. CONCLUSIONES

Una vez discutidos los resultados de los trabajos que conforman la presente tesis en relación a los objetivos e hipótesis formulados, a continuación, se detallan las principales conclusiones.

Las aportaciones de la tesis tienen como objetivo común facilitar el empleo del IDAS-II en el contexto español, estudiando sus propiedades psicométricas y aportando evidencias de la utilidad clínica de las puntuaciones del instrumento, en coherencia con las propuestas realizadas por diversas instituciones nacionales e internacionales en materia de salud mental (e.g., Boletín Oficial de las Cortes Generales, 2017; European Commission Decision, 2020; Junta de Andalucía, 2016; United Nations, 2015). Los resultados de la tesis han sido presentados a lo largo de cuatro trabajos destacan por realizar aportaciones novedosas en diferentes ámbitos.

En concreto, el primer trabajo ha aportado las evidencias psicométricas del IDAS-II que avalan por primera vez el uso de esta medida en el contexto español. A este respecto, cabe señalar que el IDAS-II constituye el primer instrumento de evaluación de síntomas internalizantes consistente con el modelo HiTOP que se hace disponible en España. El segundo trabajo ha arrojado luz sobre las relaciones entre los síntomas internalizantes que podrían contribuir a la comorbilidad entre trastornos emocionales, siendo este uno de los principales retos de la práctica clínica del siglo XXI (Amerio et al., 2016; Dunner, 2001; Ludmir & Small, 2018; Wu & Fang, 2014). En tercer trabajo ha proporcionado evidencias de unidimensionalidad que apoyan el empleo de la puntuación de cada escala del IDAS-II de forma independiente, junto a los baremos que permiten identificar la severidad de cada síntoma internalizante evaluado atendiendo, por primera vez, al sexo y a la edad de los pacientes. En cuarto trabajo ha aportado puntos de corte clínicos que permiten discriminar de forma fiable entre muestras funcionales y

disfuncionales, y puntos de corte de funcionalidad que permiten discriminar entre diferentes niveles de discapacidad. Mediante el uso de los baremos y los puntos de corte, los profesionales clínicos pueden desarrollar intervenciones personalizadas dirigidas a intervenir sobre aquellos síntomas más severos y/o incapacitantes. Finalmente, el cuarto trabajo también ha contribuido a identificar los síntomas internalizantes que más contribuyen a explicar la discapacidad. Esta aportación resulta de especial interés si se tiene en cuenta la importante repercusión que los trastornos emocionales tienen en términos de discapacidad (e.g., Friedrich, 2017; GBD Mental Disorders Collaborators, 2022).

Los resultados proporcionados en tesis tienen relevantes implicaciones a nivel metodológico y teórico. Desde una perspectiva metodológica, se han proporcionado las propiedades psicométricas de un instrumento que permite evaluar dimensionalmente un amplio conjunto de síntomas internalizantes, lo que lo hace especialmente apropiado para investigar la comorbilidad entre trastornos internalizantes y examinar las evidencias sobre la estructura del modelo HiTOP. En este sentido, el segundo trabajo de la tesis es, hasta nuestro conocimiento, el primero en analizar las relaciones entre síntomas de depresión y de ansiedad que podrían explicar la comorbilidad aplicando análisis de redes sobre los datos de una muestra de adultos española. Este trabajo es también el primero en analizar las evidencias sobre la organización de los síntomas internalizantes que conforman el modelo HiTOP empleando una medida consistente con el modelo en España. Además, nuestro primer trabajo evidencia, por primera vez, que la estructura interna de la versión española del IDAS-II es consistente con la estructura jerárquica del modelo HiTOP. Finalmente, la tesis también aporta información sobre los síntomas internalizantes que más contribuyen a explicar la discapacidad (i.e., Depresión General, Claustrofobia, Pánico y Ansiedad Social).

Las aportaciones realizadas sobre la versión española del IDAS-II también tienen importantes implicaciones a nivel clínico. En concreto, la presente tesis aporta baremos diferenciados por sexo y edad que permiten identificar el nivel y el percentil de severidad que corresponde a la puntuación de cada uno de los 18 síntomas evaluados y de Depresión General. Además, también se han facilitado puntos de corte que informan sobre la funcionalidad y la discapacidad asociada a cada síntoma. La información que deriva del empleo de los baremos y los puntos de corte empíricos proporcionados, facilita la toma de decisiones clínicas en torno a la intensidad y el tipo de intervención que requiere cada paciente. Una vez iniciada la intervención, el IDAS-II también puede ser empleado para evaluar la eficacia de las intervenciones de forma eficiente. Así, en el caso de intervenciones transdiagnósticas, el profesional puede emplear el instrumento completo para evaluar síntomas de diferentes trastornos empleando un mismo marco temporal y formato de respuesta. Por otro lado, en el caso de intervenciones dirigidas a tratar síntomas específicos, el profesional clínico optimizar el tiempo de evaluación empleando solo aquellas escalas que evalúan los síntomas objeto de intervención, gracias a las evidencias de unidimensionalidad permiten generar y emplear la puntuación de cada escala de forma independiente. Además, el breve marco temporal de evaluación del IDAS-II (“últimas dos semanas”) permite monitorear los cambios de severidad sintomatológica que se producen a lo largo del proceso de intervención. Finalmente, los puntos de corte de discapacidad desarrollados por primera vez para el instrumento contribuyen, del mismo modo, a optimizar el tiempo de evaluación, pues el profesional clínico puede obtener información sobre la discapacidad asociada a cada síntoma sin necesidad de emplear otro instrumento adicional.

A la vista de los resultados proporcionados en los cuatro trabajos que conforman la tesis, se espera que el IDAS-II pueda ser incorporado como una herramienta útil para

la evaluación detallada y exhaustiva de los síntomas internalizantes en contextos clínicos y de investigación en España, y que facilite, además, la toma de decisiones clínicas en relación con la elección del tratamiento, la evaluación del mismo o la predicción de necesidades asistenciales futuras, entre otros aspectos (APA, 2020; First et al., 2004; Kraemer et al., 2004).

Referencias

- Abdi, R., Chalabianloo, G., & Joorbonyan, A. (2015). The role of perfectionism as a transdiagnostic factor in the prediction of emotional disorders symptoms severity. *Practice in Clinical Psychology*, 3(4), 227-234.
- Abdi, R., Chalabianloo, G., & Joorbonyan, A. (2016). The mediating role of repetitive negative thinking in relationship between negative perfectionism and severity of anxiety symptoms. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 10(4), e5308. <https://doi.org/10.17795/ijpbs-5308>
- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Olatunji, B. O., Wheaton, M. G., Berman, N. C., Losardo, D., Timpano, K. R., McGrath, P. B., Riemann, B. C., Adams, T., Björgvinsson, T., Storch, E. A., & Hale, L. R. (2010). Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: Development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological Assessment*, 22(1), 180-198. <https://doi.org/10.1037/a0018260>
- Abushalbak, O. M., Khmour, H. Y., Abo Hamza, E. G., Moustafa, A. A., & Herzallah, M. M. (2021). Investigating principal working memory features in generalized, panic, and social anxiety spectrum disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 701412. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.701412>
- Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(7), 1-37. <https://doi.org/10.1037/h0093906>
- Achenbach, T. M., Newhouse, P. A., & Rescorla, L. A. (2004). *Manual for ASEBA Older Adult Forms & Profiles*. University of Vermont Research Center for Children, Youth, & Families.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. University of Vermont Research Center for Children, Youth, and Families.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2003). *Manual for the ASEBA adult forms and profiles*. University of Vermont.

Adelson, J. L., & McCoach, D. B. (2010). Measuring the mathematical attitudes of elementary students: The effects of a 4-point or 5-point likert-type scale. *Educational and Psychological Measurement, 70*(5), 796-807.
<https://doi.org/10.1177/0013164410366694>

Afzali, M. H., Sunderland, M., Teesson, M., Carragher, N., Mills, K., & Slade, T. (2017). A network approach to the comorbidity between posttraumatic stress disorder and major depressive disorder: The role of overlapping symptoms. *Journal of Affective Disorders, 208*, 490-496.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.037>

Akse, J., Hale, B., Engels, R., Raaijmakers, Q., & Meeus, W. (2007). Co-occurrence of depression and delinquency in personality types. *European Journal of Personality, 21*(2), 235-256. <https://doi.org/10.1002/per.604>

Albott, C. S., Forbes, M. K., & Anker, J. J. (2018). Association of childhood adversity with differential susceptibility of transdiagnostic psychopathology to environmental stress in adulthood. *JAMA Network Open, 1*(7), e185354.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.5354>

Alloy, L. B., Olino, T., Freed, R. D., & Nusslock, R. (2016). Role of reward sensitivity and processing in major depressive and bipolar spectrum disorders. *Behavior Therapy, 47*(5), 600-621. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.02.014>

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., Girolamo, G. D., Graaf, R. D., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Katz, S. J., Kessler, R. C., Kovess, V., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L. J., Vilagut, G., Almansa, J., ... Vollebergh, W. A. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(420), 38-46. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00329.x>
- Alonso, J., Prieto, L., & Antó, J. M. (1995). The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): An instrument for measuring clinical results. *Medicina Clínica*, 104(20), 771-776.
- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for Educational and Psychological Testing*. American Educational Research Association.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (1st ed.)*.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2nd ed.)*.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., rev.)*.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*.

American Psychological Association. (2015). *APA dictionary of psychology*.

American Psychological Association. (2020). *APA Guidelines for psychological assessment and evaluation*. <https://www.apa.org/about/policy/guidelines-psychological-assessment-evaluation.pdf>

Amerio, A., Tonna, M., Odone, A., Stubbs, B., & Ghaemi, S. N. (2016). Treatment of comorbid bipolar disorder and anxiety disorders: A great challenge to modern psychiatry. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(7), 699-700. <https://doi.org/10.1177/0004867415617839>

Anderson, S. F., Sladek, M. R., & Doane, L. D. (2021). Negative affect reactivity to stress and internalizing symptoms over the transition to college for Latinx adolescents: Buffering role of family support. *Development and Psychopathology*, 33(4), 1322-1337. <https://doi.org/10.1017/S095457942000053X>

Andreasen, N. C. (1983). *The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*. The University of Iowa.

Andreasen, N. C. (1984). *The Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)*. The University of Iowa.

Angst, J., Adolfsson, R., Benazzi, F., Gamma, A., Hantouche, E., Meyer, T. D., Skeppar, P., Vieta, E., & Scott, J. (2005). The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 88(2), 217-233. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.05.011>

- Arditte, K. A., Çek, D., Shaw, A. M., & Timpano, K. R. (2016). The importance of assessing clinical phenomena in Mechanical Turk research. *Psychological Assessment, 28*(6), 684-691. <https://doi.org/10.1037/pas0000217>
- Ask, H., Waaktaar, T., Seglem, K. B., & Torgersen, S. (2016). Common etiological sources of anxiety, depression, and somatic complaints in adolescents: A multiple rater twin study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 44*(1), 101-114. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-9977-y>
- Ayuso-Mateos, J. L., Morillo, D., Haro, J. M., Olaya, B., Lara, E., & Miret, M. (2021). Changes in depression and suicidal ideation under severe lockdown restrictions during the first wave of the COVID-19 pandemic in Spain: A longitudinal study in the general population. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 30*, e49. <https://doi.org/10.1017/S2045796021000408>
- Azarmehr, R., Shalchi, B., & Ahmadi, E. (2020). Impulsive behavior as a mediator between childhood maltreatment and emotional disorders. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, 14*(4), e105726. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.105726>
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B., & Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria, 34*, 61-67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Badia, X., Roset, M., Montserrat, S., Herdman, M., & Segura, A. (1999). The Spanish version of EuroQol: A description and its applications. European Quality of Life scale. *Medicina Clínica, 112*, 79-85.
- 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.

- Bagby, R. M., Gralnick, T. M., Al-Dajani, N., & Uliaszek, A. A. (2016). The role of the five-factor model in personality assessment and treatment planning. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23(4), 365-381.
<https://doi.org/10.1111/cpsp.12175>
- Bakhshaie, J., Hanna, A. E., Viana, A. G., Garza, M., Valdivieso, J., Ochoa-Perez, M., Lemaire, C., Cardoso, J. B., Rogers, A. H., Mayorga, N. A., Bogiaizian, D., & Zvolensky, M. J. (2018). Acculturative stress and mental health among economically disadvantaged Spanish-speaking Latinos in primary care: The role of anxiety sensitivity. *Psychiatry Research*, 261, 421-427.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.009>
- Bakhshaie, J., Kauffman, B. Y., Viana, A. G., Garza, M., Ochoa-Perez, M., Lemaire, C., Bogiaizian, D., Robles, Z., & Zvolensky, M. J. (2017). Synergistic effects of pain intensity and experiential avoidance in relation to anxiety symptoms and disorders among economically disadvantaged latinos in a community-based primary care setting. *Journal of Anxiety Disorders*, 48, 54-62.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.08.004>
- Balling, C. E., South, S. C., Lynam, D. R., & Samuel, D. B. (2023). Clinician perception of the clinical utility of the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) system. *Clinical Psychological Science*, 216770262211388. <https://doi.org/10.1177/21677026221138818>
- Bandelow, B. (1995). Assessing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia. II. The Panic and Agoraphobia Scale: *International Clinical Psychopharmacology*, 10(2), 73-82. <https://doi.org/10.1097/00004850-199506000-00003>

- Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 327-335.
<https://doi.org/10.31887/dcns.2015.17.3/bbandelow>
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2016). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 47(6), 838-853.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.005>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875-884.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C., Ellard, K. K., Boisseau, C., Allen, L., & Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Batelaan, N. M., Rhebergen, D., De Graaf, R., Spijker, J., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2012). Panic attacks as a dimension of psychopathology: Evidence for associations with onset and course of mental disorders and level of functioning. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73(9), 1195-1202.
<https://doi.org/10.4088/JCP.12m07743>
- Bauer, B. W., Albanese, B. J., Martin, R. L., Smith, N. S., Schmidt, N. B., & Capron, D. W. (2019). Fear reactivity to head-mounted display perceptual illusion challenges is associated with suicidality. *Psychiatry Research*, 276, 262-268.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.106>

- Beck, A. T., Brown, G., Epstein, N., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 893-897.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). *Beck Anxiety Inventory manual*. Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation.
- Beesdo-baum, K., Höfler, M., Gloster, A. T., Klotsche, J., Lieb, R., Beauducel, A., Bühner, M., Kessler, R. C., & Wittchen, H. (2009). The structure of common mental disorders: A replication study in a community sample of adolescents and young adults. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 18*(4), 204-220. <https://doi.org/10.1002/mpr.293>
- Bekhuis, E., Schoevers, R. A., Van Borkulo, C. D., Rosmalen, J. G. M., & Boschloo, L. (2016). The network structure of major depressive disorder, generalized anxiety disorder and somatic symptomatology. *Psychological Medicine, 46*(14), 2989-2998. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001550>
- Ben-Porath, Y. S., & Tellegen, A. (2008). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory–2 Restructured form (MMPI-2-RF): Manual for administration, scoring, and interpretation*. University of Minnesota Press.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin, 107*, 238-246. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.238>
- Benzina, N., Mallet, L., Burguière, E., N'Diaye, K., & Pelissolo, A. (2016). Cognitive dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Current Psychiatry Reports, 18*(9), 80. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0720-3>

- Berman, A. H., Palmstierna, T., Källmén, H., & Bergman, H. (2007). The self-report Drug Use Disorders Identification Test—Extended (DUDIT-E): Reliability, validity, and motivational index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(4), 357-369. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.10.001>
- Berry, M. P., Tanovic, E., Joormann, J., & Sanislow, C. A. (2019). Relation of depression symptoms to sustained reward and loss sensitivity. *Psychophysiology*, 56(7), e13364. <https://doi.org/10.1111/psyp.13364>
- Binelli, C., Subirà, S., Batalla, A., Muñiz, A., Sugranyés, G., Crippa, J. A., Farré, M., Pérez-Jurado, L., & Martín-Santos, R. (2014). Common and distinct neural correlates of facial emotion processing in social anxiety disorder and Williams syndrome: A systematic review and voxel-based meta-analysis of functional resonance imaging studies. *Neuropsychologia*, 64, 205-217. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2014.08.027>
- Bixo, L., Cunningham, J. L., Ekselius, L., Öster, C., & Ramklint, M. (2021). ‘Sick and tired’: Patients reported reasons for not participating in clinical psychiatric research. *Health Expectations*, 24(S1), 20-29. <https://doi.org/10.1111/hex.12977>
- Blanco, C., Wall, M. M., He, J. P., Krueger, R. F., Olfson, M., Jin, C. J., Burstein, M., & Merikangas, K. R. (2015). The space of common psychiatric disorders in adolescents: Comorbidity structure and individual latent liabilities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(1), 45-52. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.007>
- Blashfield, R. K., Keeley, J. W., Flanagan, E. H., & Miles, S. R. (2014). The cycle of classification: DSM-I through DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10(1), 25-51. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153639>

- Bloemen, A. J. P., Oldehinkel, A. J., Laceulle, O. M., Ormel, J., Rommelse, N. N. J., & Hartman, C. A. (2018). The association between executive functioning and psychopathology: General or specific? *Psychological Medicine*, 48(11), 1787-1794. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003269>
- Bob, P., Freybergh, P., Jasova, D., Susta, M., Pavlat, J., Zima, T., Benakova, H., Bizik, G., Svetlak, M., Vevera, J., Miklosko, J., Hajek, K., & Raboch, J. (2008). Depression, cortisol and somatoform dissociative symptoms. *Neuroendocrinology letters*, 29, 235-239.
- Boletín Oficial de las Cortes Generales. (2017). *Proposición no de Ley 161/001805 sobre la actualización de la Estrategia Nacional de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. [https://www.congreso.es/es/busqueda-de-publicaciones?p_p_id=publicaciones&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&_publicaciones_mode=mostrarTextoIntegro&_publicaciones_legislatura=XII&_publicaciones_id_texto=\(BOCG-12-D-150.CODI.\)](https://www.congreso.es/es/busqueda-de-publicaciones?p_p_id=publicaciones&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&_publicaciones_mode=mostrarTextoIntegro&_publicaciones_legislatura=XII&_publicaciones_id_texto=(BOCG-12-D-150.CODI.))
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*. Wiley.
- Bornstein, R. F., & Natoli, A. P. (2019). Clinical utility of categorical and dimensional perspectives on personality pathology: A meta-analytic review. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(6), 479-490. <https://doi.org/10.1037/per0000365>
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16(1), 5-13. <https://doi.org/10.1002/wps.20375>
- Borsboom, D., & Cramer, A. O. J. (2013). Network analysis: An integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 91-121. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608>

- Borsboom, D., Cramer, A. O. J., & Kalis, A. (2019). Brain disorders? Not really: Why network structures block reductionism in psychopathology research. *Behavioral and Brain Sciences*, 42(e2), 1-63. <https://doi.org/10.1017/s0140525x17002266>
- Boschloo, L., Van Borkulo, C. D., Borsboom, D., & Schoevers, R. A. (2016). A prospective study on how symptoms in a network predict the onset of depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(3), 183-184. <https://doi.org/10.1159/000442001>
- Bowling, A. (2014). *Research methods in health: Investigating health and health services*. McGraw-Hill education.
- Brandes, C. M., & Tackett, J. L. (2019). Contextualizing neuroticism in the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology. *Journal of Research in Personality*, 81, 238-245. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2019.06.007>
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Hu, C., Iwata, N., Karam, A. N., Kaur, J., Kostyuchenko, S., Lépine, J. P., Levinson, D., Matschinger, H., Mora, M. E. M., Browne, M. O., Posada-Villa, J., ... Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9(1), 90. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-90>
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585-599. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.4.585>
- Brown, V. M., & Morey, R. A. (2012). Neural systems for cognitive and emotional processing in posttraumatic stress disorder. *Frontiers in Psychology*, 3, 449. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00449>

Bühlmann, P., & van de Geer, S. (2011). *Statistics for high-dimensional data: Methods, theory and applications*. Springer Berlin Heidelberg.

<https://doi.org/10.1007/978-3-642-20192-9>

Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2019). What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(2), e12278. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12278>

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. *Behavior Modification*, 39(2), 295-321.

<https://doi.org/10.1177/0145445514553094>

Burani, K., & Nelson, B. D. (2020). Gender differences in anxiety: The mediating role of sensitivity to unpredictable threat. *International Journal of Psychophysiology*, 153, 127-134. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2020.05.001>

Burstein, M., Georgiades, K., He, J. P., Schmitz, A., Feig, E., Khazanov, G. K., & Merikangas, K. (2012). Specific phobia among U.S. adolescents: Phenomenology and typology. *Depression and Anxiety*, 29(12), 1072-1082. <https://doi.org/10.1002/da.22008>

Campbell, R., Ju, A., King, M. T., & Rutherford, C. (2022). Perceived benefits and limitations of using patient-reported outcome measures in clinical practice with individual patients: A systematic review of qualitative studies. *Quality of Life Research*, 31(6), 1597-1620. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-03003-z>

Canady, V. A. (2020). FDA approves esketamine treatment for MDD, suicidal ideation. *Mental Health Weekly*, 30(31), 6-7. <https://doi.org/10.1002/mhw.32471>

- Cancino, A., Leiva-Bianchi, M., Serrano, C., Ballesteros-Teuber, S., Cáceres, C., & Vitriol, V. (2018). Factors associated with psychiatric comorbidity in depression patients in primary health care in Chile. *Depression Research and Treatment*, 2018, 1701978. <https://doi.org/10.1155/2018/1701978>
- 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>
- Carmines, E., & Zeller, R. (1979). *Reliability and validity assessment*. Sage.
- Carragher, N., Krueger, R. F., Eaton, N. R., Markon, K. E., Keyes, K. M., Blanco, C., Saha, T. D., & Hasin, D. S. (2014). ADHD and the externalizing spectrum: Direct comparison of categorical, continuous, and hybrid models of liability in a nationally representative sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(8), 1307-1317. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0770-3>
- Caspi, A., Houts, R. M., Ambler, A., Danese, A., Elliott, M. L., Hariri, A., Harrington, H., Hogan, S., Poulton, R., Ramrakha, S., Rasmussen, L. J. H., Reuben, A., Richmond-Rakerd, L., Sugden, K., Wertz, J., Williams, B. S., & Moffitt, T. E. (2020). Longitudinal assessment of mental health disorders and comorbidities across 4 decades among participants in the Dunedin Birth Cohort Study. *JAMA Network Open*, 3(4), e203221. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3221>
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., Meier, M. H., Ramrakha, S., Shalev, I., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2014). The p factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric

- disorders? *Clinical Psychological Science*, 2(2), 119-137.
<https://doi.org/10.1177/2167702613497473>
- Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2018). All for one and one for all: Mental disorders in one dimension. *American Journal of Psychiatry*, 175(9), 831-844.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17121383>
- Cervin, M., Norris, L. A., Ginsburg, G., Gosch, E. A., Compton, S. N., Piacentini, J., Albano, A. M., Sakolsky, D., Birmaher, B., Keeton, C., Storch, E. A., & Kendall, P. C. (2021). The p factor consistently predicts long-term psychiatric and functional outcomes in anxiety-disordered youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(7), 902-912.e5.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.08.440>
- Cha, E. J., Hong, S., Park, D.-H., Ryu, S.-H., Ha, J. H., & Jeon, H. J. (2022). A network analysis of panic symptoms in relation to depression and anxiety sensitivity in patients with panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 308, 134-140.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.062>
- Chen, J., & Chen, Z. (2008). Extended bayesian information criteria for model selection with large model spaces. *Biometrika*, 95(3), 759-771.
<https://doi.org/10.1093/biomet/asnO34>
- Chen, X., Yu, H., & Yu, F. (2015). What is the optimal number of response alternatives for rating scales? From an information processing perspective. *Journal of Marketing Analytics*, 3(2), 69-78. <https://doi.org/10.1057/jma.2015.4>
- Chien, C. C., & Yao, G. (2014). Norms. En A. C. Michalos (Ed.), *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_1965

- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 415-424.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4)
- Choi, K. W., Batchelder, A. W., Ehlinger, P. P., Safren, S. A., & O’Cleirigh, C. (2017). Applying network analysis to psychological comorbidity and health behavior: Depression, PTSD, and sexual risk in sexual minority men with trauma histories. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(12), 1158-1170.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000241>
- Chwastiak, L. A., & Von Korff, M. (2003). Disability in depression and back pain. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56(6), 507-514.
[https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(03\)00051-9](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(03)00051-9)
- Cicero, D. C., Jonas, K. G., Chmielewski, M., Martin, E. A., Docherty, A. R., Berzon, J., Haltigan, J. D., Reininghaus, U., Caspi, A., Graziolplene, R. G., & Kotov, R. (2022). Development of the thought disorder measure for the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology. *Assessment*, 29(1), 46-61.
<https://doi.org/10.1177/10731911211015355>
- Clark, L. A., Cuthbert, B., Lewis-Fernández, R., Narrow, W. E., & Reed, G. M. (2017). Three approaches to understanding and classifying mental disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health’s Research Domain Criteria (RDoC). *Psychological Science in the Public Interest*, 18(2), 72-145.
<https://doi.org/10.1177/1529100617727266>
- Clark, L. A., Simms, L. J., Wu, K. D., & Casillas, A. (2014). *Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality, 2nd Edition (SNAP-2): Manual for administration, scoring, and interpretation*. University of Notre Dame.

- Clauset, A., Newman, M. E. J., & Moore, C. (2004). Finding community structure in very large networks. *Physical Review E - Statistical Physics, Plasmas, Fluids, and Related Interdisciplinary Topics*, 70(6), 6.
<https://doi.org/10.1103/PhysRevE.70.066111>
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536-546.
<https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Cohen, J. N., Taylor Dryman, M., Morrison, A. S., Gilbert, K. E., Heimberg, R. G., & Gruber, J. (2017). Positive and negative affect as links between social anxiety and depression: Predicting concurrent and prospective mood symptoms in unipolar and bipolar mood disorders. *Behavior Therapy*, 48(6), 820-833.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.07.003>
- Coloigner, J., Batail, J.-M., Commowick, O., Corouge, I., Robert, G., Barillot, C., & Drapier, D. (2019). White matter abnormalities in depression: A categorical and phenotypic diffusion MRI study. *NeuroImage: Clinical*, 22, 101710.
<https://doi.org/10.1016/j.nicl.2019.101710>
- Coniglio, K. A., Becker, K. R., Tabri, N., Keshishian, A. C., Miller, J. D., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2018). Factorial integrity and validation of the Eating

- Pathology Symptoms Inventory (EPSI). *Eating Behaviors*, 31, 1-7.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.07.004>
- Contractor, A. A., Greene, T., Dolan, M., Weiss, N. H., & Armour, C. (2020). Relation between PTSD symptom clusters and positive memory characteristics: A network perspective. *Journal of Anxiety Disorders*, 69, 102157.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102157>
- Contreras, A., Nieto, I., Valiente, C., Espinosa, R., & Vazquez, C. (2019). The study of psychopathology from the network analysis perspective: A systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 88(2), 71-83.
<https://doi.org/10.1159/000497425>
- Conway, C. C., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Fried, E. I., Hallquist, M. N., Kotov, R., Mullins-Sweatt, S. N., Shackman, A. J., Skodol, A. E., South, S. C., Sunderland, M., Waszczuk, M. A., Zald, D. H., Afzali, M. H., Bornovalova, M. A., Carragher, N., Docherty, A. R., Jonas, K. G., Krueger, R. F., ... Eaton, N. R. (2019). A Hierarchical Taxonomy of Psychopathology can transform mental health research. *Perspectives on Psychological Science*, 14(3), 419-436.
<https://doi.org/10.1177/1745691618810696>
- Conway, C. C., Forbes, M. K., & South, S. C. (2022). A Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) primer for mental health researchers. *Clinical Psychological Science*, 10(2), 236-258.
<https://doi.org/10.1177/21677026211017834>
- Conway, C. C., Kotov, R., Krueger, R. F., & Caspi, A. (2022). Translating the hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP) from potential to practice: Ten research questions. *American Psychologist*, Advance online publication.
<https://doi.org/10.1037/amp0001046>

- Conway, C. C., Krueger, R. F., & HiTOP Consortium Executive Board. (2021). Rethinking the diagnosis of mental disorders: Data-driven psychological dimensions, not categories, as a framework for mental health research, treatment, and training. *Current Directions in Psychological Science*, 30(2), 151-158. <https://doi.org/10.1177/0963721421990353>
- Conway, C. C., Li, Y. I., & Stasik-O'Brien, S. M. (2019). Trait anhedonia is a transdiagnostic correlate of internalizing problems during adolescence. *Journal of Research in Personality*, 81, 56-63. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2019.05.004>
- Conway, C. C., Raposa, E. B., Hammen, C., & Brennan, P. A. (2018). Transdiagnostic pathways from early social stress to psychopathology: A 20-year prospective study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(8), 855-862. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12862>
- Corral, R., Alessandria, H., Agudelo Baena, L. M., Ferro, E., Duque, X., Quarantini, L., Caldieraro, M. A., Cabrera, P., & Kanevsky, G. (2022). Suicidality and quality of life in treatment-resistant depression patients in Latin America: Secondary interim analysis of the TRAL study. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 812938. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.812938>
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Cramer, A. O. J., Waldorp, L. J., Van Der Maas, H. L. J., & Borsboom, D. (2010). Comorbidity: A network perspective. *Behavioral and Brain Sciences*, 33(2-3), 137-150. <https://doi.org/10.1017/S0140525X09991567>
- Crawford, J. R., & Garthwaite, P. H. (2009). Percentiles please: The case for expressing neuropsychological test scores and accompanying confidence limits as percentile

- ranks. *Clinical Neuropsychologist*, 23(2), 193-204.
<https://doi.org/10.1080/13854040801968450>
- Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2003). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(2), 111-131.
<https://doi.org/10.1348/014466503321903544>
- Crawford, J. R., Henry, J. D., Crombie, C., & Taylor, E. P. (2001). Normative data for the HADS from a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(4), 429-434. <https://doi.org/10.1348/014466501163904>
- Cremers, H. R., & Roelofs, K. (2016). Social anxiety disorder: A critical overview of neurocognitive research. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 7(4), 218-232. <https://doi.org/10.1002/wcs.1390>
- Csardi, G., & Nepusz, T. (2006). The igraph software package for complex network research. *InterJournal, Complex Systems*, 1695.
- Cuijpers, P., Vogelzangs, N., Twisk, J., Kleiboer, A., Li, J., & Penninx, B. W. (2014). Comprehensive meta-analysis of excess mortality in depression in the general community versus patients with specific illnesses. *American Journal of Psychiatry*, 171(4), 453-462. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13030325>
- Cuthbert, B. N. (2014). The RDoC framework: Facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry*, 13(1), 28-35. <https://doi.org/10.1002/wps.20087>
- Cuthbert, B. N. (2020). The role of RDoC in future classification of mental disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 22(1), 81-85.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2020.22.1/bcuthbert>

Cuthbert, B. N., & Insel, T. R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: The seven pillars of RDoC. *BMC Medicine*, 11(1), 126.

<https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-126>

Cutshall, C., & Watson, D. (2004). The phobic stimuli response scales: A new self-report measure of fear. *Behaviour Research and Therapy*, 42(10), 1193-1201.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.08.003>

Ćwirlej-Sozańska, A., Sozański, B., Kotarski, H., Wilmowska-Pietruszyńska, A., & Wiśniowska-Szurlej, A. (2020). Psychometric properties and validation of the polish version of the 12-item WHODAS 2.0. *BMC Public Health*, 20(1), 1-10.

<https://doi.org/10.1186/s12889-020-09305-0>

Cyr, L., Bernard, L., Pedinielli, J. L., Cutarella, C., & Bréjard, V. (2022). Association between negative affectivity and craving in substance-related disorders: A systematic review and meta-analysis of direct and indirect relationships.

Psychological Reports, 0(0), 1-37. <https://doi.org/10.1177/00332941211061079>

Dalglish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179-195.

<https://doi.org/10.1037/ccp0000482>

Dalton, B., Bartholdy, S., Robinson, L., Solmi, M., Ibrahim, M. A. A., Breen, G., Schmidt, U., & Himmerich, H. (2018). A meta-analysis of cytokine concentrations in eating disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 103, 252-264.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.06.002>

Damme, K. S. F., Norton, E. S., Briggs-Gowan, M. J., Wakschlag, L. S., & Mittal, V. A. (2022). Developmental patterning of irritability enhances prediction of psychopathology in preadolescence: Improving RDoC with developmental

- science. *Journal of Psychopathology and Clinical Science*, 131(6), 556-566.
<https://doi.org/10.1037/abn0000655>
- De Berardis, D., Fornaro, M., Valchera, A., Cavuto, M., Perna, G., Di Nicola, M., Serafini, G., Carano, A., Pompili, M., Vellante, F., Orsolini, L., Fiengo, A., Ventriglio, A., Yong-Ku, K., Martinotti, G., Di Giannantonio, M., & Tomasetti, C. (2018). Eradicating suicide at its roots: Preclinical bases and clinical evidence of the efficacy of ketamine in the treatment of suicidal behaviors. *International Journal of Molecular Sciences*, 19(10), 2888.
<https://doi.org/10.3390/ijms19102888>
- De Jong, P. J., Sportel, B. E., De Hullu, E., & Nauta, M. H. (2012). Co-occurrence of social anxiety and depression symptoms in adolescence: Differential links with implicit and explicit self-esteem? *Psychological Medicine*, 42(3), 475-484.
<https://doi.org/10.1017/S0033291711001358>
- De Jonge, P., Wardenaar, K. J., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Andrade, L. H., Bunting, B., Chatterji, S., Ciutan, M., Gureje, O., Karam, E. G., Lee, S., Medina-Mora, M. E., Moskalewicz, J., Navarro-Mateu, F., Pennell, B.-E., Piazza, M., Posada-Villa, J., Torres, Y., ... Scott, K. (2018). The cross-national structure of mental disorders: Results from the World Mental Health Surveys. *Psychological medicine*, 48(12), 2073-2084.
<https://doi.org/10.1017/S0033291717003610>.The
- De la Rosa-Cáceres, A., Lozano, O. M., Sanchez-Garcia, M., Fernandez-Calderon, F., Rossi, G., & Diaz-Batanero, C. (2023). Assessing internalizing symptoms and their relation with levels of impairment: Evidence-based cutoffs for interpreting Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II) scores. *Journal of*

Psychopathology and Behavioral Assessment, 45, 170-180.

<https://doi.org/10.1007/s10862-022-10008-6>

De la Rosa-Cáceres, A., Sayans-Jiménez, P., Stasik-O'Brien, S., Sanchez-Garcia, M.,

Fernández-Calderón, F., & Díaz-Batanero, C. (2022). Examining the relationships between emotional disorder symptoms in a mixed sample of community adults and patients: A network analysis perspective. *Current Psychology*, 0123456789. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-02907-4>

De la Rosa-Cáceres, A., Stasik-O'Brien, S. M., Rojas, A. J., Sanchez-García, M.,

Lozano, O. M., & Díaz-Batanero, C. (2020). Spanish adaptation of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II) and a study of its psychometric properties. *Journal of Affective Disorders*, 271, 81-90.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.187>

Del Barrio, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología*, 30(2-3), 91-90.

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

<https://doi.org/10.2174/1745017901208010180>

Denovan, A., Dagnall, N., & Lofthouse, G. (2019). Neuroticism and somatic complaints: Concomitant effects of rumination and worry. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(4), 431-445.

<https://doi.org/10.1017/S1352465818000619>

Depue, R. A., Krauss, S., Spoont, M. R., & Arbisi, P. (1989). General Behavior Inventory identification of unipolar and bipolar affective conditions in a

- nonclinical university population. *Journal of Abnormal Psychology*, 98(2), 117-126. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.98.2.117>
- Depue, R. A., Slater, J. F., Wolfstetter-Kausch, H., Klein, D., Goplerud, E., & Farr, D. (1981). A behavioral paradigm for identifying persons at risk for bipolar depressive disorder: A conceptual framework and five validation studies. *Journal of Abnormal Psychology*, 90(5), 381-437. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.90.5.381>
- DeYoung, C. G., Chmielewski, M., Clark, L. A., Condon, D. M., Kotov, R., Krueger, R. F., Lynam, D. R., Markon, K. E., Miller, J. D., Mullins-Sweatt, S. N., Samuel, D. B., Sellbom, M., South, S. C., Thomas, K. M., Watson, D., Watts, A. L., Widiger, T. A., Wright, A. G. C., & the HiTOP Normal Personality Workgroup. (2022). The distinction between symptoms and traits in the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). *Journal of Personality*, 90(1), 20-33. <https://doi.org/10.1111/jopy.12593>
- DeYoung, C. G., Kotov, R., Krueger, R. F., Cicero, D. C., Conway, C. C., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Hallquist, M. N., Jonas, K. G., Latzman, R. D., Rodriguez-Seijas, C., Ruggero, C. J., Simms, L. J., Waldman, I. D., Waszczuk, M. A., Widiger, T. A., & Wright, A. G. C. (2022). Answering questions about the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): Analogies to whales and sharks miss the boat. *Clinical Psychological Science*, 10(2), 279-284. <https://doi.org/10.1177/21677026211049390>
- Dietrich, A., Ormel, J., Buitelaar, J. K., Verhulst, F. C., Hoekstra, P. J., & Hartman, C. A. (2013). Cortisol in the morning and dimensions of anxiety, depression, and aggression in children from a general population and clinic-referred cohort: An

- integrated analysis. The TRAILS study. *Psychoneuroendocrinology*, 38(8), 1281-1298. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.11.013>
- Donnellan, M. B., & Robins, R. W. (2010). Resilient, overcontrolled, and undercontrolled personality types: Issues and controversies. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(11), 1070-1083. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00313.x>
- Donnelly, B., Touyz, S., Hay, P., Burton, A., Russell, J., & Caterson, I. (2018). Neuroimaging in bulimia nervosa and binge eating disorder: A systematic review. *Journal of Eating Disorders*, 6, 3. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0187-1>
- Dornbach-Bender, A., Ruggero, C. J., Waszczuk, M. A., Gamez, W., Watson, D., & Kotov, R. (2017). Mapping emotional disorders at the finest level: Convergent validity and joint structure based on alternative measures. *Comprehensive Psychiatry*, 79, 31-39. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.06.011>
- Duffecy, J., Grekin, R., Long, J. D., Mills, J. A., & O'Hara, M. (2022). Randomized controlled trial of Sunnyside: Individual versus group-based online interventions to prevent postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 311, 538-547. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.123>
- Dunner, D. L. (2001). Management of anxiety disorders: The added challenge of comorbidity. *Depression and Anxiety*, 13(2), 57-71. <https://doi.org/10.1002/da.1018>
- Eaton, N. R. (2014). Transdiagnostic psychopathology factors and sexual minority mental health: Evidence of disparities and associations with minority stressors. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(3), 244-254. <https://doi.org/10.1037/sgd0000048>

- Eaton, N. R., Keyes, K. M., Krueger, R. F., Balsis, S., Andrew, E., Markon, K. E., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2012). An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorder prevalence: Evidence from a national sample. *Journal of Abnormal Psychology, 121*(1), 282-288.
<https://doi.org/10.1037/a0024780>
- Eaton, N. R., Keyes, K. M., Krueger, R. F., Noordhof, A., Skodol, A. E., Markon, K. E., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2013). Ethnicity and psychiatric comorbidity in a national sample: Evidence for latent comorbidity factor invariance and connections with disorder prevalence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 48*(5), 701-710. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0595-5>
- Eaton, N. R., Krueger, R. F., Keyes, K. M., Skodol, A. E., Markon, K. E., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2011). Borderline personality disorder co-morbidity: Relationship to the internalizing–externalizing structure of common mental disorders. *Psychological Medicine, 41*(5), 1041-1050.
<https://doi.org/10.1017/S0033291710001662>
- Eaton, N. R., Krueger, R. F., Markon, K. E., Keyes, K. M., Skodol, A. E., Wall, M., Hasin, D. S., & Grant, B. F. (2013). The structure and predictive validity of the internalizing disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(1), 86-92.
<https://doi.org/10.1037/a0029598>
- Eaton, N. R., Krueger, R. F., & Oltmanns, T. F. (2011). Aging and the structure and long-term stability of the internalizing spectrum of personality and psychopathology. *Psychology and Aging, 26*(4), 987-993.
<https://doi.org/10.1037/a0024406>

- Eckblad, M., & Chapman, L. J. (1986). Development and validation of a scale for hypomanic personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(3), 214-222.
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.95.3.214>
- Elklit, A., & Christiansen, D. M. (2009). Predictive factors for somatization in a trauma sample. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 5, 1.
<https://doi.org/10.1186/1745-0179-5-1>
- Emmelkamp, P., & Ehling, T. (2014). *The Wiley Handbook of Anxiety Disorders*. John Wiley & Sons.
- Epskamp, S., Borsboom, D., & Fried, E. I. (2018). Estimating psychological networks and their accuracy: A tutorial paper. *Behavior Research Methods*, 50(1), 195-212. <https://doi.org/10.3758/s13428-017-0862-1>
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(3), 263-279. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(99\)00039-0](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(99)00039-0)
- European Commission Decision. (2020). *Horizon 2020—Work Programme 2018-2020: 8. Health, demographic change and wellbeing*.
https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/wp/2018-2020/main/h2020-wp1820-health_en.pdf
- Eustis, E. H., Gallagher, M. W., Tirpak, J. W., Nauphal, M., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2020). The Unified Protocol compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: 12-month follow-up from a randomized clinical trial. *General Hospital Psychiatry*, 67, 58-61.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.08.012>

- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M. W., & Barlow, D. H. (2012). Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 43(3), 666-678. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.001>
- Federici, S., Balboni, G., Buracchi, A., Barbanera, F., & Pierini, A. (2022). WHODAS-Child: Psychometric properties of the WHODAS 2.0 for children and youth among Italian children with autism spectrum disorder. *Disability and Rehabilitation*, 8, 1-7. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2071481>
- Fenollar-Cortés, J., Navarro-Soria, I., González-Gómez, C., & García-Sevilla, J. (2014). Cognitive profile for children with ADHD by using WISC-IV: Subtype differences? *Journal of Psychodidactics*, 20(1), 157-176. <https://doi.org/10.1387/RevPsicodidact.12531>
- Ferenchick, E. K., Ramanuj, P., & Pincus, H. A. (2019). Depression in primary care: Part 1-screening and diagnosis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 365, 1794. <https://doi.org/10.1136/bmj.1794>
- Ferentinos, P., Preti, A., Veroniki, A. A., Pitsalidis, K. G., Theofilidis, A. T., Antoniou, A., & Fountoulakis, K. N. (2020). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder in bipolar spectrum disorders: Systematic review and meta-analysis of its prevalence. *Journal of Affective Disorders*, 263, 193-208. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.136>
- Fernandes, B. S., Molendijk, M. L., Köhler, C. A., Soares, J. C., Leite, C. M. G. S., Machado-Vieira, R., Ribeiro, T. L., Silva, J. C., Sales, P. M. G., Quevedo, J., Oertel-Knöchel, V., Vieta, E., González-Pinto, A., Berk, M., & Carvalho, A. F. (2015). Peripheral brain-derived neurotrophic factor (BDNF) as a biomarker in

bipolar disorder: A meta-analysis of 52 studies. *BMC Medicine*, 13, 289.

<https://doi.org/10.1186/s12916-015-0529-7>

Fernández-Martínez, I., Orgilés, M., Morales, A., Espada, J. P., & Essau, C. A. (2020).

One-year follow-up effects of a cognitive behavior therapy-based transdiagnostic program for emotional problems in young children: A school-based cluster-randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 262, 258-266. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.002>

First, M. B. (2005). Clinical utility: A prerequisite for the adoption of a dimensional approach in DSM. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 560-564.

<https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.560>

First, M. B. (2017). The DSM revision process: Needing to keep an eye on the empirical ball. *Psychological Medicine*, 47(1), 19-22.

<https://doi.org/10.1017/S0033291716002129>

First, M. B., Gaebel, W., Maj, M., Stein, D. J., Kogan, C. S., Saunders, J. B., Poznyak, V. B., Gureje, O., Lewis-Fernández, R., Maercker, A., Brewin, C. R., Claitre, M., Claudino, A., Pike, K. M., Baird, G., Skuse, D., Krueger, R. B., Briken, P., Burke, J. D., ... Reed, G. M. (2021). An organization- and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5. *World Psychiatry*, 20(1), 34-51. <https://doi.org/10.1002/wps.20825>

First, M. B., Pincus, H. A., Levine, J. B., Williams, J. B., Ustun, B., & Peele, R. (2004).

Clinical utility as a criterion for revising psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 161(6), 946-954.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.6.946>

First, M. B., Rebello, T. J., Keeley, J. W., Bhargava, R., Dai, Y., Kulygina, M.,

Matsumoto, C., Robles, R., Stona, A.-C., & Reed, G. M. (2018). Do mental

- health professionals use diagnostic classifications the way we think they do? A global survey. *World Psychiatry*, 17(2), 187-195.
<https://doi.org/10.1002/wps.20525>
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Patient Edition (SCID-I/P)*. New York State Psychiatric Institute.
- Foa, E. B., Huppert, D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14(4), 485-496.
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.4.485>
- Foli, K. J., South, S. C., Lim, E., & Jarnecke, A. M. (2016). Post-adoption depression: Parental classes of depressive symptoms across time. *Journal of Affective Disorders*, 200, 293-302. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.049>
- Forbes, M. K., Baillie, A. J., & Schniering, C. A. (2016a). Should sexual problems be included in the internalizing spectrum? A comparison of dimensional and categorical models. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 42(1), 70-90.
<https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.996928>
- Forbes, M. K., Baillie, A. J., & Schniering, C. A. (2016b). Where do sexual dysfunctions fit into the meta-structure of psychopathology? A factor mixture analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 45(8), 1883-1896.
<https://doi.org/10.1007/s10508-015-0613-2>
- Forbes, M. K., Kotov, R., Ruggero, C. J., Watson, D., Zimmerman, M., & Krueger, R. F. (2017). Delineating the joint hierarchical structure of clinical and personality disorders in an outpatient psychiatric sample. *Comprehensive Psychiatry*, 79, 19-30. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.04.006>

- Forbes, M. K., Magson, N. R., & Rapee, R. M. (2020). Evidence that different types of peer victimization have equivalent associations with transdiagnostic psychopathology in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 49(3), 590-604. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01202-4>
- Forbes, M. K., & Schniering, C. A. (2013). Are sexual problems a form of internalizing psychopathology? A structural equation modeling analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 42(1), 23-34. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-9948-0>
- Forbes, M. K., Tackett, J. L., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2016). Beyond comorbidity: Toward a dimensional and hierarchical approach to understanding psychopathology across the life span. *Development and Psychopathology*, 28(4), 971-986. <https://doi.org/10.1017/S0954579416000651>
- Forbush, K. T., Chen, P.-Y., Hagan, K. E., Chapa, D. A. N., Gould, S. R., Eaton, N. R., & Krueger, R. F. (2018). A new approach to eating-disorder classification: Using empirical methods to delineate diagnostic dimensions and inform care. *International Journal of Eating Disorders*, 51(7), 710-721. <https://doi.org/10.1002/eat.22891>
- Forbush, K. T., Hagan, K. E., Kite, B. A., Chapa, D. A. N., Bohrer, B. K., & Gould, S. R. (2017). Understanding eating disorders within internalizing psychopathology: A novel transdiagnostic, hierarchical-dimensional model. *Comprehensive Psychiatry*, 79, 40-52. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.06.009>
- Forbush, K. T., South, S. C., Krueger, R. F., Iacono, W. G., Clark, L. A., Keel, P. K., Legrand, L. N., & Watson, D. (2010). Locating eating pathology within an empirical diagnostic taxonomy: Evidence from a community-based sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(2), 282-292. <https://doi.org/10.1037/a0019189>

- Forbush, K. T., & Watson, D. (2013). The structure of common and uncommon mental disorders. *Psychological Medicine*, 43(1), 97-108.
<https://doi.org/10.1017/S0033291712001092>
- Forbush, K. T., Wildes, J. E., & Hunt, T. K. (2014). Gender norms, psychometric properties, and validity for the Eating Pathology Symptoms Inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 47(1), 85-91.
<https://doi.org/10.1002/eat.22180>
- Forbush, K. T., Wildes, J. E., Pollack, L. O., Dunbar, D., Luo, J., Patterson, K., Petruzzi, L., Pollpeter, M., Miller, H., Stone, A., Bright, A., & Watson, D. (2013). Development and validation of the Eating Pathology Symptoms Inventory (EPSI). *Psychological Assessment*, 25(3), 859-878.
<https://doi.org/10.1037/a0032639>
- Frank, G. K. W. (2013). Altered brain reward circuits in eating disorders: Chicken or egg? *Current Psychiatry Reports*, 15(10), 396. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0396-x>
- Franklin, C. L., & Raines, A. M. (2019). The overlap between OCD and PTSD: Examining self-reported symptom differentiation. *Psychiatry Research*, 280, 112508. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112508>
- Fried, E. I. (2015). Problematic assumptions have slowed down depression research: Why symptoms, not syndromes are the way forward. *Frontiers in Psychology*, 6, 309. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00309>
- Fried, E. I. (2017). Moving forward: How depression heterogeneity hinders progress in treatment and research. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 17(5), 423-425.
<https://doi.org/10.1080/14737175.2017.1307737>

- Fried, E. I., Epskamp, S., Nesse, R. M., Tuerlinckx, F., & Borsboom, D. (2016). What are «good» depression symptoms? Comparing the centrality of DSM and non-DSM symptoms of depression in a network analysis. *Journal of Affective Disorders, 189*, 314-320. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.005>
- Fried, E. I., Flake, J. K., & Robinaugh, D. J. (2022). Revisiting the theoretical and methodological foundations of depression measurement. *Nature Reviews Psychology, 1*, 358-368. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00050-2>
- Fried, E. I., & Nesse, R. M. (2014). The impact of individual depressive symptoms on impairment of psychosocial functioning. *PLoS ONE, 9*(2), e90311. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090311>
- Fried, E. I., & Nesse, R. M. (2015a). Depression is not a consistent syndrome: An investigation of unique symptom patterns in the STAR*D study. *Journal of Affective Disorders, 172*, 96-102. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.010>
- Fried, E. I., & Nesse, R. M. (2015b). Depression sum-scores don't add up: Why analyzing specific depression symptoms is essential. *BMC Medicine, 13*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0325-4>
- Fried, E. I., Nesse, R. M., Zivin, K., Guille, C., & Sen, S. (2014). Depression is more than the sum score of its parts: Individual DSM symptoms have different risk factors. *Psychological Medicine, 44*(10), 2067-2076. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002900>
- Fried, E. I., van Borkulo, C. D., Cramer, A. O. J., Boschloo, L., Schoevers, R. A., & Borsboom, D. (2017). Mental disorders as networks of problems: A review of recent insights. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 52*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1319-z>

- Friedman, J., Hastie, T., & Tibshirani, R. (2008). Sparse inverse covariance estimation with the graphical lasso. *Biostatistics*, 9(3), 432-441.
<https://doi.org/10.1093/biostatistics/kxm045>
- Friedrich, M. J. (2017). Depression is the leading cause of disability around the world. *JAMA*, 317(15), 1517. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.3826>
- Fruchterman, T. M. J., & Reingold, E. M. (1991). Graph drawing by force-directed placement. *Software: Practice and Experience*, 21(11), 1129-1164.
<https://doi.org/10.1002/spe.4380211102>
- Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Caspi, A., Harrington, H., Grisham, J. R., Moffitt, T. E., & Poulton, R. (2009). Obsessions and compulsions in the community: Prevalence, interference, help-seeking, developmental stability, and co-occurring psychiatric conditions. *American Journal of Psychiatry*, 166(3), 329-336.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08071006>
- Fullana, M. A., Tortella-Feliu, M., Caseras, X., Andi3n, 3., 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>
- Funkhouser, C. J., Correa, K. A., Gorka, S. M., Nelson, B. D., Phan, K. L., & Shankman, S. A. (2020). The replicability and generalizability of internalizing symptom networks across five samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 129(2), 191-203. <https://doi.org/10.1037/abn0000496>
- Furtado, M., & Katzman, M. A. (2015). Neuroinflammatory pathways in anxiety, posttraumatic stress, and obsessive compulsive disorders. *Psychiatry Research*, 229(1-2), 37-48. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.036>

Gaher, R. M., Hahn, A. M., Shishido, H., Simons, J. S., & Gaster, S. (2015).

Associations between sensitivity to punishment, sensitivity to reward, and gambling. *Addictive Behaviors*, 42, 180-184.

<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.11.014>

Gamez, W., Kotov, R., & Watson, D. (2009). The validity of self-report assessment of avoidance and distress. *Anxiety, Stress and Coping*, 23(1), 87-99.

<https://doi.org/10.1080/10615800802699198>

Gao, K., Su, M., Sweet, J., & Calabrese, J. R. (2019). Correlation between

depression/anxiety symptom severity and quality of life in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 244, 9-

15. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.063>

García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., & Bonifacio, S. (2016). Efficacy of

transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21, 147-175.

<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.3.2016.17811>

García-Escalera, J., Valiente, R. M., Chorot, P., Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., &

Sandín, B. (2017). The Spanish version of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents (UP-A) adapted as a school-based anxiety and depression prevention program: Study protocol for a cluster randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*, 6(8), e149.

<https://doi.org/10.2196/resprot.7934>

García-Fernández, L., Romero-Ferreiro, V., Padilla, S., David López-Roldán, P.,

Monzó-García, M., & Rodríguez-Jimenez, R. (2021). Gender differences in

- emotional response to the COVID-19 outbreak in Spain. *Brain and Behavior*, 11(1), e01934. <https://doi.org/10.1002/brb3.1934>
- Gartstein, M. A., Putnam, S. P., & Rothbart, M. K. (2012). Etiology of preschool behavior problems: Contributions of temperament attributes in early childhood. *Infant Mental Health Journal*, 33(2), 197-211. <https://doi.org/10.1002/imhj.21312>
- GBD Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137-150. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(21)00395-3)
- Gelkopf, M., Mazor, Y., & Roe, D. (2021). A systematic review of patient-reported outcome measurement (PROM) and provider assessment in mental health: Goals, implementation, setting, measurement characteristics and barriers. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(1), 1-15. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz133>
- Geng, F., Zhou, Y., Liang, Y., Zheng, X., Li, Y., Chen, X., & Fan, F. (2019). Posttraumatic stress disorder and psychiatric comorbidity among adolescent earthquake survivors: A longitudinal cohort study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47, 671-681. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0462-2>
- Genis-Mendoza, A. D., Dionisio-García, D. M., Gonzalez-Castro, T. B., Tovilla-Zaráte, C. A., Juárez-Rojop, I. E., López-Narváez, M. L., Castillo-Avila, R. G., & Nicolini, H. (2022). Increased levels of cortisol in individuals with suicide attempt and its relation with the number of suicide attempts and depression. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 912021. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.912021>

- Gerber, M., Endes, K., Brand, S., Herrmann, C., Colledge, F., Donath, L., Faude, O., Pühse, U., Hanssen, H., & Zahner, L. (2017). In 6- to 8-year-old children, hair cortisol is associated with body mass index and somatic complaints, but not with stress, health-related quality of life, blood pressure, retinal vessel diameters, and cardiorespiratory fitness. *Psychoneuroendocrinology*, 76, 1-10.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.11.008>
- Gershuny, B. S., Baer, L., Radomsky, A. S., Wilson, K. A., & Jenike, M. A. (2003). Connections among symptoms of obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder: A case series. *Behaviour Research and Therapy*, 41(9), 1029-1041. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00178-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00178-X)
- Gilbar, O. (2020). Examining the boundaries between ICD-11 PTSD/CPTSD and depression and anxiety symptoms: A network analysis perspective. *Journal of Affective Disorders*, 262, 429-439. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.060>
- Gilbert, K. E., Tonge, N. A., & Thompson, R. J. (2019). Associations between depression, anxious arousal and manifestations of psychological inflexibility. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 62, 88-96.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.09.006>
- Gillespie, N. A., Zhu, G., Heath, A. C., Hickie, I. B., & Martin, N. G. (2000). The genetic aetiology of somatic distress. *Psychological Medicine*, 30(5), 1051-1061. <https://doi.org/10.1017/S0033291799002640>
- Girard, J. M., Wright, A. G. C., Beeney, J. E., Lazarus, S. A., Scott, L. N., Stepp, S. D., & Pilkonis, P. A. (2017). Interpersonal problems across levels of the psychopathology hierarchy. *Comprehensive Psychiatry*, 79, 53-69.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.06.014>

- Glover, N. G., Crego, C., & Widiger, T. A. (2012). The clinical utility of the Five Factor Model of personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(2), 176-184. <https://doi.org/10.1037/a0024030>
- Goh, P. K., Lee, C. A., Martel, M. M., Karalunas, S. L., & Nigg, J. T. (2020). Subgroups of childhood ADHD based on temperament traits and cognition: Concurrent and predictive validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 48(10), 1251-1264. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00668-x>
- Goldsmith, D. R., Rapaport, M. H., & Miller, B. J. (2016). A meta-analysis of blood cytokine network alterations in psychiatric patients: Comparisons between schizophrenia, bipolar disorder and depression. *Molecular Psychiatry*, 21(12), 1696-1709. <https://doi.org/10.1038/mp.2016.3>
- Goldstein, B. L., Kotov, R., Perlman, G., Watson, D., & Klein, D. N. (2018). Trait and facet-level predictors of first-onset depressive and anxiety disorders in a community sample of adolescent girls. *Psychological Medicine*, 48(8), 1282-1290. <https://doi.org/10.1017/S0033291717002719>
- Gonçalves, Ó. F., Carvalho, S., Leite, J., Fernandes-Gonçalves, A., Carracedo, A., & Sampaio, A. (2016). Cognitive and emotional impairments in obsessive–compulsive disorder: Evidence from functional brain alterations. *Porto Biomedical Journal*, 1(3), 92-105. <https://doi.org/10.1016/j.pbj.2016.07.005>
- Gonda, X., Pompili, M., Serafini, G., Carvalho, A. F., Rihmer, Z., & Dome, P. (2015). The role of cognitive dysfunction in the symptoms and remission from depression. *Annals of General Psychiatry*, 14(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s12991-015-0068-9>
- González-Robles, A., Díaz-García, A., Miguel, C., García-Palacios, A., & Botella, C. (2018). Comorbidity and diagnosis distribution in transdiagnostic treatments for

- emotional disorders: A systematic review of randomized controlled trials. *PLoS ONE*, 13(11), e0207396. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207396>
- Goodwin, R. D., Dierker, L. C., Wu, M., Galea, S., Hoven, C. W., & Weinberger, A. H. (2022). Trends in U.S. depression prevalence from 2015 to 2020: The widening treatment gap. *American Journal of Preventive Medicine*, 63(5), 726-733. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2022.05.014>
- Grandes, G., Montoya, I., Arietaleanizbeaskoa, M. S., Arce, V., & Sanchez, A. (2011). The burden of mental disorders in primary care. *European Psychiatry*, 26(7), 428-435. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.11.002>
- Griffith, J. W., Zinbarg, R. E., Craske, M. G., Mineka, S., Rose, R. D., Waters, A. M., & Sutton, J. M. (2010). Neuroticism as a common dimension in the internalizing disorders. *Psychological Medicine*, 40(7), 1125-1136. <https://doi.org/10.1017/S0033291709991449>
- Gronemann, F. H., Jørgensen, M. B., Nordentoft, M., Andersen, P. K., & Osler, M. (2021). Treatment-resistant depression and risk of all-cause mortality and suicidality in Danish patients with major depression. *Journal of Psychiatric Research*, 135, 197-202. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.01.014>
- Gruner, P., & Pittenger, C. (2017). Cognitive inflexibility in obsessive-compulsive disorder. *Neuroscience*, 345, 243-255. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2016.07.030>
- Guilera, G., Pino, O., Barrios, M., Rojo, E., Vieta, E., & Gomez-Benito, J. (2020). Towards an ICF core set for functioning assessment in severe mental disorders: Commonalities in bipolar disorder, depression and schizophrenia. *Psicothema*, 32.1, 7-14. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.186>

- Guzick, A. G., Candelari, A., Wiese, A. D., Schneider, S. C., Goodman, W. K., & Storch, E. A. (2021). Obsessive–compulsive disorder during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Current Psychiatry Reports*, 23(11), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01284-2>
- Haapakoski, R., Mathieu, J., Ebmeier, K. P., Alenius, H., & Kivimäki, M. (2015). Cumulative meta-analysis of interleukins 6 and 1 β , tumour necrosis factor α and C-reactive protein in patients with major depressive disorder. *Brain, Behavior, and Immunity*, 49, 206-215. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2015.06.001>
- Haefffel, G. J., Jeronimus, B. F., Fisher, A. J., Kaiser, B. N., Weaver, L. J., Vargas, I., Goodson, J. T., Soyster, P. D., & Lu, W. (2022). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) is not an improvement over the DSM. *Clinical Psychological Science*, 10(2), 285-290. <https://doi.org/10.1177/21677026211068873>
- Haefffel, G. J., Jeronimus, B. F., Kaiser, B. N., Weaver, L. J., Soyster, P. D., Fisher, A. J., Vargas, I., Goodson, J. T., & Lu, W. (2022). Folk classification and factor rotations: Whales, sharks, and the problems with the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). *Clinical Psychological Science*, 10(2), 259-278. <https://doi.org/10.1177/21677026211002500>
- Hajek, A., Neumann-Böhme, S., Sabat, I., Torbica, A., Schreyögg, J., Barros, P. P., Stargardt, T., & König, H.-H. (2022). Depression and anxiety in later COVID-19 waves across Europe: New evidence from the European COvid Survey (ECOS). *Psychiatry Research*, 317, 114902. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114902>
- Hakak-Zargar, B., Tamrakar, A., Voth, T., Sheikhi, A., Multani, J., & Schütz, C. G. (2022). The utility of Research Domain Criteria in diagnosis and management of

- dual disorders: A mini-review. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 805163.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.805163>
- Hallquist, M. N., Wright, A. G. C., & Molenaar, P. C. M. (2021). Problems with centrality measures in psychopathology symptom networks: Why network psychometrics cannot escape psychometric theory. *Multivariate Behavioral Research*, 56(2), 199-223. <https://doi.org/10.1080/00273171.2019.1640103>
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 23, 56-62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>
- Hammer-Helmich, L., Haro, J. M., Jönsson, B., Melac, A. T., Di Nicola, S., Chollet, J., Milea, D., Rive, B., & Saragoussi, D. (2018). Functional impairment in patients with major depressive disorder: The 2-year PERFORM study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 239-249. <https://doi.org/10.2147/NDT.S146098>
- Hansell, N. K., Wright, M. J., Medland, S. E., Davenport, T. A., Wray, N. R., Martin, N. G., & Hickie, I. B. (2012). Genetic co-morbidity between neuroticism, anxiety/depression and somatic distress in a population sample of adolescent and young adult twins. *Psychological Medicine*, 42(6), 1249-1260.
<https://doi.org/10.1017/S0033291711002431>
- Hansen, S. J., Christensen, S., Kongerslev, M. T., First, M. B., Widiger, T. A., Simonsen, E., & Bach, B. (2019). Mental health professionals' perceived clinical utility of the *ICD-10* vs. *ICD-11* classification of personality disorders. *Personality and Mental Health*, 13(2), 84-95. <https://doi.org/10.1002/pmh.1442>
- Harkness, A. R., McNulty, J. L., Finn, J. A., Reynolds, S. M., Shields, S. M., & Arbisi, P. (2014). The MMPI-2-RF Personality Psychopathology Five (PSY-5-RF) scales: Development and validity research. *Journal of Personality Assessment*, 96(2), 140-150. <https://doi.org/10.1080/00223891.2013.823439>

- Hart, D., Atkins, R., Fegley, S. G., Robins, R. W., & Tracy, J. L. (2003). *Personality and development in childhood: A person-centered approach*. Blackwell.
- Hasin, D. S., Sarvet, A. L., Meyers, J. L., Saha, T. D., Ruan, W. J., Stohl, M., & Grant, B. F. (2018). Epidemiology of adult DSM-5 major depressive disorder and its specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry*, 75(4), 336-346.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4602>
- Haslam, N., Holland, E., & Kuppens, P. (2012). Categories versus dimensions in personality and psychopathology: A quantitative review of taxometric research. *Psychological Medicine*, 42(5), 903-920.
<https://doi.org/10.1017/S0033291711001966>
- Haslam, N., Mcgrath, M. J., Viechtbauer, W., & Kuppens, P. (2020). Dimensions over categories: A meta-analysis of taxometric research. *Psychological Medicine*, 50(9), 1418-1432. <https://doi.org/10.1017/S003329172000183X>
- Haslbeck, J. M. B., & Fried, E. I. (2017). How predictable are symptoms in psychopathological networks? A reanalysis of 18 published datasets. *Psychological Medicine*, 47(16), 2767-2776.
<https://doi.org/10.1017/S0033291717001258>
- Haslbeck, J. M. B., & Waldorp, L. J. (2018). How well do network models predict observations? On the importance of predictability in network models. *Behavior Research Methods*, 50(2), 853-861. <https://doi.org/10.3758/s13428-017-0910-x>
- Haslbeck, J. M. B., & Waldrop, L. J. (2020). mgm: Estimating time-varying mixed graphical models in high-dimensional data. *Journal of Statistical Software*, 93(8), 1-46. <https://doi.org/10.18637/jss.v093.i08>
- He, Q., & Li, J. J. (2021). Factorial invariance in hierarchical factor models of mental disorders in African American and European American youths. *Journal of Child*

Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 62(3), 289-298.

<https://doi.org/10.1111/jcpp.13243>

Hekmati, I., Abdollahpour Ranjbar, H., Eskin, M., Drake, C. E., & Jobson, L. (2021).

The moderating role of experiential avoidance on the relationship between cognitive fusion and psychological distress among Iranian students. *Current Psychology*, 42, 1394-1401. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01539-4>

Hengartner, M. P., & Lehmann, S. N. (2017). Why psychiatric research must abandon traditional diagnostic classification and adopt a fully dimensional scope: Two solutions to a persistent problem. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 7-11.

<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00101>

Hettema, J. M., Neale, M. C., Myers, J. M., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2006). A population-based twin study of the relationship between neuroticism and internalizing disorders. *American Journal of Psychiatry*, 163(5), 857-864.

<https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.5.857>

High, K. P., Zieman, S., Gurwitz, J., Hill, C., Lai, J., Robinson, T., Schonberg, M., & Whitson, H. (2019). Use of functional assessment to define therapeutic goals and treatment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(9), 1782-1790.

<https://doi.org/10.1111/jgs.15975>

Hinz, A., & Brähler, E. (2011). Normative values for the hospital anxiety and depression scale (HADS) in the general German population. *Journal of Psychosomatic Research*, 71(2), 74-78.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.01.005>

Hirschfeld, R. M. A., Williams, J. B. W., Spitzer, R. L., Calabrese, J. R., Flynn, L., Keck, P. E., Lewis, L., McElroy, S. L., Post, R. M., Rapport, D. J., Russell, J. M., Sachs, G. S., & Zajecka, J. (2000). Development and validation of a

- screening instrument for bipolar spectrum disorder: The Mood Disorder Questionnaire. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1873-1875.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.11.1873>
- Hirsh, J. B., Quilty, L. C., Bagby, R. M., & McMain, S. F. (2012). The relationship between agreeableness and the development of the working alliance in patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26(4), 616-627. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.4.616>
- HiTOP Consortium. (2022a). Current HiTOP model. *Revisions to the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) Model*. <https://osf.io/gds3n>
- HiTOP Consortium. (2022b). HiTOP Friendly Measures. *HiTOP Clinical Network*.
<https://hitop.unt.edu/clinical-tools/hitop-friendly-measures>
- Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15(5), 389-395. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(77\)90042-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(77)90042-0)
- Hoertel, N., McMahon, K., Olfson, M., Wall, M. M., Rodríguez-Fernández, J. M., Lemogne, C., Limosin, F., & Blanco, C. (2015). A dimensional liability model of age differences in mental disorder prevalence: Evidence from a national sample. *Journal of Psychiatric Research*, 64, 107-113.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.03.017>
- Hofmann, S. G. (2014). Toward a cognitive-behavioral classification system for mental disorders. *Behavior Therapy*, 45(4), 576-587.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.03.001>
- Hofmeijer-Sevink, M. K., Batelaan, N. M., Van Megen, H. J. G. M., Penninx, B. W., Cath, D. C., Van Den Hout, M. A., & Van Balkom, A. J. L. M. (2012). Clinical relevance of comorbidity in anxiety disorders: A report from the Netherlands

- Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*, 137(1-3), 106-112. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.008>
- Hopwood, C. J., Bagby, R. M., Gralnick, T., Ro, E., Ruggero, C., Mullins-Sweatt, S., Kotov, R., Bach, B., Cicero, D. C., Krueger, R. F., Patrick, C. J., Chmielewski, M., DeYoung, C. G., Docherty, A. R., Eaton, N. R., Forbush, K. T., Ivanova, M. Y., Latzman, R. D., Pincus, A. L., ... Zimmermann, J. (2020). Integrating psychotherapy with the hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP). *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(4), 477-497. <https://doi.org/10.1037/int0000156>
- Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30, 179-185. <https://doi.org/10.1007/BF02289447>
- Hosmer, D. W., & Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression: Hosmer/Applied Logistic Regression*. John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/0471722146>
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Hur, J., Stockbridge, M. D., Fox, A. S., & Shackman, A. J. (2019). Dispositional negativity, cognition, and anxiety disorders: An integrative translational neuroscience framework. *Progress in Brain Research*, 247, 375-436. <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2019.03.012>
- Ibáñez, I., Pino, A. D., Olmedo, E., & Gaos, M. T. (2010). Fiabilidad y validez de una versión española del Inventario de Depresión de Beck-II en una muestra de la población general canaria. *Psicología Conductual*, 18(1), 35-56.

- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D., Quinn, K., Sanislow, C., & 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. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091379>
- International Test Commission. (2017). *The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second edition)*.
<https://doi.org/10.1080/15305058.2017.1398166>
- Irak, M., & Albayrak, E. O. (2020). Psychometric properties of the expanded version of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms in a Turkish population. *Psychological Reports*, 123(2), 517-545.
<https://doi.org/10.1177/0033294118813844>
- Jablensky, A. (2016). Psychiatric classifications: Validity and utility. *World Psychiatry*, 15(1), 26-31. <https://doi.org/10.1002/wps.20284>
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.59.1.12>
- Jaeschke, R., Singer, J., & Guyatt, G. H. (1989). Measurement of health status: Ascertaining the minimal clinically important difference. *Controlled Clinical Trials*, 10(4), 407-415. [https://doi.org/10.1016/0197-2456\(89\)90005-6](https://doi.org/10.1016/0197-2456(89)90005-6)
- Jalnapurkar, I., Allen, M., & Pigott, T. (2018). Sex differences in anxiety disorders: A review. *HSOA Journal of Psychiatry, Depression & Anxiety*, 4(12), 3-16.
<https://doi.org/10.24966/PDA-0150/100011>
- Jeronimus, B. F., Kotov, R., Riese, H., & Ormel, J. (2016). Neuroticism's prospective association with mental disorders halves after adjustment for baseline symptoms

- and psychiatric history, but the adjusted association hardly decays with time: A meta-analysis on 59 longitudinal/prospective studies with 443 313 participants. *Psychological Medicine*, 46(14), 2883-2906.
<https://doi.org/10.1017/S0033291716001653>
- Jiang, H., Chen, S., Li, C., Lu, N., Yue, Y., Yin, Y., Zhang, Y., Zhi, X., Zhang, D., & Yuan, Y. (2017). The serum protein levels of the tPA–BDNF pathway are implicated in depression and antidepressant treatment. *Translational Psychiatry*, 7(4), e1079. <https://doi.org/10.1038/tp.2017.43>
- Jiang, J., Zhao, Y.-J., Hu, X.-Y., Du, M.-Y., Chen, Z.-Q., Wu, M., Li, K.-M., Zhu, H.-Y., Kumar, P., & Gong, Q.-Y. (2017). Microstructural brain abnormalities in medication-free patients with major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of diffusion tensor imaging. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 42(3), 150-163. <https://doi.org/10.1503/jpn.150341>
- Jimenez, A., McMahon, T. P., Watson, D., & Naragon-Gainey, K. (2022). Dysphoria and well-being in daily life: Development and validation of ecological momentary assessment scales. *Psychological Assessment*, 34(6), 546-557.
<https://doi.org/10.1037/pas0001117>
- Johansen, R., Melle, I., Iversen, V. C., & Hestad, K. (2013). Personality traits, interpersonal problems and therapeutic alliance in early schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 54(8), 1169-1176.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.05.016>
- John, O., Naumann, L., & Soto, C. (2008). Paradigm shift to the integrative big five trait taxonomy: History, measurement, and conceptual issues. En *Handbook of Personality: Theory and Research*, 3 Edn. (pp. 114-158).

- Johnson, B. N., & Levy, K. N. (2017). Personality Disorder Not Otherwise Specified (PDNOS). En V. Zeigler-Hill & T. K. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (pp. 1-11). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_924-1
- Johnson, R. E., Rosen, C. C., & Djurdjevic, E. (2011). Assessing the impact of common method variance on higher order multidimensional constructs. *Journal of Applied Psychology*, 96(4), 744-761. <https://doi.org/10.1037/a0021504>
- Johnston, K. J. A., Adams, M. J., Nicholl, B. I., Ward, J., Strawbridge, R. J., Ferguson, A., McIntosh, A. M., Bailey, M. E. S., & Smith, D. J. (2019). Genome-wide association study of multisite chronic pain in UK Biobank. *PLOS Genetics*, 15(6), e1008164. <https://doi.org/10.1371/journal.pgen.1008164>
- Johnston, K. M., Powell, L. C., Anderson, I. M., Szabo, S., & Cline, S. (2019). The burden of treatment-resistant depression: A systematic review of the economic and quality of life literature. *Journal of Affective Disorders*, 242, 195-210. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.045>
- Joiner, T. E., Walker, R. L., Pettit, J. W., Perez, M., & Cukrowicz, K. C. (2005). Evidence-based assessment of depression in adults. *Psychological Assessment*, 17(3), 267-277. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.17.3.267>
- Jonas, K. G., Stanton, K., Simms, L., Mullins-sweatt, S. N., Gillett, D., Dainer, E., Nelson, B. D., Ma, J. R. C., Bs, T. G., Kotov, R., Cicero, D., & Ruggero, C. (2021). *HiTOP Digital Assessment and Tracker (HiTOP-DAT) Manual*. <https://osf.io/8hngd/>
- Jones, P. (2020). *Networktools: Tools for Identifying Important Nodes in Networks*. R package version 1.2.2. <https://cran.r-project.org/package=networktools>

- Jones, P., Ma, R., & McNally, R. J. (2019). Bridge Centrality: A network approach to understanding comorbidity. *Multivariate Behavioral Research*, 56, 353-367.
- Joormann, J., & Quinn, M. E. (2014). Cognitive processes and emotion regulation in depression. *Depression and Anxiety*, 31(4), 308-315.
<https://doi.org/10.1002/da.22264>
- Junta de Andalucía. (2016). *III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía: 2016-2020* (Junta de Andalucía. Consejería de Salud).
https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/III-PISMA_041016.pdf
- Kaiser, T., Herzog, P., Voderholzer, U., & Brakemeier, E. L. (2021). Unraveling the comorbidity of depression and anxiety in a large inpatient sample: Network analysis to examine bridge symptoms. *Depression and Anxiety*, 38, 307-317.
<https://doi.org/10.1002/da.23136>
- Kaminer, D., Bravo, A. J., Mezquita, L., Pilatti, A., Cross-Cultural Addictions Study Team, Bravo, A. J., Conway, C. C., Henson, J. M., Hogarth, L., Ibáñez, M. I., Kaminer, D., Keough, M., Mezquita, L., Ortet, G., Pearson, M. R., Pilatti, A., Prince, M. A., Read, J. P., Roozen, H. G., & Ruiz, P. (2022). Adverse childhood experiences and adulthood mental health: A cross-cultural examination among university students in seven countries. *Current Psychology*.
<https://doi.org/10.1007/s12144-022-02978-3>
- Kawa, S., & Giordano, J. (2012). A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Issues and implications for the future of psychiatric canon and practice. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 7(1), 2. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-7-2>

- Kaye, S., Wygant, D. B., Umlauf, R. L., & Marek, R. J. (2022). Factor structure and validity of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms-II (IDAS-II) in a chronic back pain treatment-seeking sample. *Psychological Assessment*, 34(1), 3-9. <https://doi.org/10.1037/pas0001057>
- Kemper, C. J., Lutz, J., & Neuser, J. (2011). SANB5—Skala Angst vor negativer Bewertung-5. *Open Test Archive*.
<https://doi.org/10.23668/PSYCHARCHIVES.416>
- Kendler, K. S., Aggen, S. H., Knudsen, G. P., Røysamb, E., Neale, M. C., & Reichborn-Kjennerud, T. (2011). The structure of genetic and environmental risk factors for syndromal and subsyndromal common DSM-IV Axis I and all Axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 168(1), 29-39.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10030340>
- Kendler, K. S., & Solomon, M. (2016). Expert consensus v. evidence-based approaches in the revision of the DSM. *Psychological Medicine*, 46(11), 2255-2262.
<https://doi.org/10.1017/S003329171600074X>
- Kerrel, K. W. (2008). Understanding internalizing problems: Depression and anxiety in children and adolescents. En *Helping Students Overcome Depression and Anxiety, Second Edition: A Practical Guide*. Guilford Press.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A. J., Walters, E. E., & Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289(23), 3095-3105. <https://doi.org/10.1097/00132578-200310000-00002>
- Kessler, R. C., Ormel, J., Petukhova, M., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Russo, L. J., Stein, D. J., Zaslavsky, A. M., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Andrade, L.,

- Benjet, C., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Fayyad, J., Haro, J. M., Hu, C. yi, Karam, A., ... Üstün, T. B. (2011). Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Archives of General Psychiatry*, 68(1), 90-100.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.180>
- Kessler, R. C., Sampson, N. A., Berglund, P., Gruber, M. J., Al-Hamzawi, A., Andrade, L., Bunting, B., Demyttenaere, K., Florescu, S., De Girolamo, G., Gureje, O., He, Y., Hu, C., Huang, Y., Karam, E., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Levinson, D., Medina Mora, M. E., ... Wilcox, M. A. (2015). Anxious and non-anxious major depressive disorder in the World Health Organization world mental health surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(3), 210-226.
<https://doi.org/10.1017/S2045796015000189>
- Kessler, R. C., Wai, T. C., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- Keyes, K. M., Eaton, N. R., Krueger, R. F., McLaughlin, K. A., Wall, M. M., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2012). Childhood maltreatment and the structure of common psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 200(2), 107-115.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.093062>
- Keyes, K. M., Eaton, N. R., Krueger, R. F., Skodol, A. E., Wall, M. M., Grant, B., Siever, L. J., & Hasin, D. S. (2013). Thought disorder in the meta-structure of psychopathology. *Psychological Medicine*, 43(8), 1673-1683.
<https://doi.org/10.1017/S0033291712002292>

- Khoo, S., Stanton, K., Clark, L. A., & Watson, D. (2020). Facet-level personality relations of the symptom dimensions of the tripartite model. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 42(1), 160-177. <https://doi.org/10.1007/s10862-019-09763-w>
- Kim, H., & Eaton, N. R. (2015). The hierarchical structure of common mental disorders: Connecting multiple levels of comorbidity, bifactor models, and predictive validity. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(4), 1064-1078. <https://doi.org/10.1037/abn0000113>
- Kim, H., Turiano, N. A., Forbes, M. K., Kotov, R., Krueger, R. F., Eaton, N. R., & HiTOP Utility Workgroup. (2021). Internalizing psychopathology and all-cause mortality: A comparison of transdiagnostic vs. diagnosis-based risk prediction. *World Psychiatry*, 20(2), 276-282. <https://doi.org/10.1002/wps.20859>
- King, D. W., Leskin, G. A., King, L. A., & Weathers, F. W. (1998). Confirmatory factor analysis of the clinician-administered PTSD Scale: Evidence for the dimensionality of posttraumatic stress disorder. *Psychological Assessment*, 10(2), 90-96. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.90>
- Klein, D. N. (2023). Assessment of depression in adults and youth. *Assessment*, 107319112311674. <https://doi.org/10.1177/10731911231167446>
- Klimstra, T. A., Hale, W. W., Raaijmakers, Q. A. W., Branje, S. J. T., & Meeus, W. H. J. (2010). A developmental typology of adolescent personality. *European Journal of Personality*, 24(4), 309-323. <https://doi.org/10.1002/per.744>
- Klose, M., & Jacobi, F. (2004). Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? *Archives of Women's Mental Health*, 7(2), 133-148. <https://doi.org/10.1007/s00737-004-0047-7>

- Knaup, C., Koesters, M., Schoefer, D., Becker, T., & Puschner, B. (2009). Effect of feedback of treatment outcome in specialist mental healthcare: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 195(1), 15-22.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.053967>
- Köhler, C. A., Freitas, T. H., Maes, M., de Andrade, N. Q., Liu, C. S., Fernandes, B. S., Stubbs, B., Solmi, M., Veronese, N., Herrmann, N., Raison, C. L., Miller, B. J., Lanctôt, K. L., & Carvalho, A. F. (2017). Peripheral cytokine and chemokine alterations in depression: A meta-analysis of 82 studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(5), 373-387. <https://doi.org/10.1111/acps.12698>
- König, H., König, H.-H., & Konnopka, A. (2020). The excess costs of depression: A systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e30. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000180>
- Konnopka, A., & König, H. (2020). Economic burden of anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Pharmacoeconomics*, 38(1), 25-37.
<https://doi.org/10.1007/s40273-019-00849-7>
- Korkmaz, S., Goksuluk, D., & Zararsiz, G. (2014). MVN: An R package for assessing multivariate normality. *R Journal*, 6(2), 151-162. <https://doi.org/10.32614/rj-2014-031>
- Kotov, R. (2011). New dimensions in the quantitative classification of mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 68(10), 1003-1011.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.107>
- Kotov, R., Cicero, D. C., Conway, C. C., DeYoung, C. G., Dombrovski, A., Eaton, N. R., First, M. B., Forbes, M. K., Hyman, S. E., Jonas, K. G., Krueger, R. F., Latzman, R. D., Li, J. J., Nelson, B. D., Regier, D. A., Rodriguez-Seijas, C., Ruggero, C. J., Simms, L. J., Skodol, A. E., ... Wright, A. G. C. (2022). The

- Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) in psychiatric practice and research. *Psychological Medicine*, 52(9), 1666-1678.
<https://doi.org/10.1017/S0033291722001301>
- Kotov, R., Gamez, W., & Watson, D. (2005). Development and validation of the Interview for Mood and Anxiety Symptoms (IMAS). *Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of Iowa.*
- Kotov, R., Jonas, K. G., Carpenter, W. T., Dretsch, M. N., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Hobbs, K., Reininghaus, U., Slade, T., South, S. C., Sunderland, M., Waszczuk, M. A., Widiger, T. A., Wright, A. G. C., Zald, D. H., Krueger, R. F., & Watson, D. (2020). Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): I. Psychosis superspectrum. *World Psychiatry*, 19(2), 151-172. <https://doi.org/10.1002/wps.20730>
- Kotov, R., Krueger, R. F., & Watson, D. (2018). A paradigm shift in psychiatric classification: The Hierarchical Taxonomy Of Psychopathology (HiTOP). *World Psychiatry*, 17(1), 24-25. <https://doi.org/10.1002/wps.20478>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Cicero, D. C., Conway, C. C., DeYoung, C. G., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Hallquist, M. N., Latzman, R. D., Mullins-Sweatt, S. N., Ruggero, C. J., Simms, L. J., Waldman, I. D., Waszczuk, M. A., & Wright, A. G. C. (2021). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A quantitative nosology based on consensus of evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17(1), 83-108. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-093304>
- Kotov, R., Perlman, G., Gámez, W., & Watson, D. (2015). The structure and short-term stability of the emotional disorders: A dimensional approach. *Psychological Medicine*, 45(8), 1687-1698. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002815>

- Kotov, R., Waszczuk, M. A., Krueger, R. F., Forbes, M. K., Watson, D., Clark, L. A., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Ivanova, M. Y., Michael Bagby, R., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Moffitt, T. E., Eaton, N. R., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., ... Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology, 126*(4), 454-477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Kotov, R., Watson, D., Gámez, W., Ruggero, C., & Waszczuk, M. (2016). *Interview for Mood and Anxiety Symptoms—Revised (IMAS-R)*. Stony Brook University. <https://renaissance.stonybrookmedicine.edu/sites/default/files/IMAS-R.pdf>
- Koumpouros, Y., Papageorgiou, E., Sakellari, E., Prapas, X., Perifanou, D., & Lagiou, A. (2018). Adaptation and psychometric properties evaluation of the Greek version of WHODAS 2.0. Pilot application in Greek elderly population. *Health Services and Outcomes Research Methodology, 18*(1), 63-74. <https://doi.org/10.1007/s10742-017-0176-x>
- Koyuncu, A., İnce, E., Ertekin, E., & Tükel, R. (2019). Comorbidity in social anxiety disorder: Diagnostic and therapeutic challenges. *Drugs in Context, 8*, 1-13. <https://doi.org/10.7573/dic.212573>
- Kozak, M. J., & Cuthbert, B. N. (2016). The NIMH Research Domain Criteria Initiative: Background, issues, and pragmatics. *Psychophysiology, 53*(3), 286-297. <https://doi.org/10.1111/psyp.12518>
- Kraemer, H. C., Noda, A., & O'Hara, R. (2004). Categorical versus dimensional approaches to diagnosis: Methodological challenges. *Journal of Psychiatric Research, 38*(1), 17-25. [https://doi.org/10.1016/S0022-3956\(03\)00097-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3956(03)00097-9)

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258-266. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008>
- Krueger, R. F., & Bezdjian, S. (2009). Enhancing research and treatment of mental disorders with dimensional concepts: Toward DSM-V and ICD-11. *World Psychiatry*, 8(1), 3-6. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00197.x>
- Krueger, R. F., Chentsova-Dutton, Y. E., Markon, K. E., Goldberg, D., & Ormel, J. (2003). A cross-cultural study of the structure of comorbidity among common psychopathological syndromes in the general health care setting. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(3), 437-447. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.112.3.437>
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(9), 1879-1890. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002674>
- Krueger, R. F., & Eaton, N. R. (2015). Transdiagnostic factors of mental disorders. *World Psychiatry*, 14(1), 27-29. <https://doi.org/10.1002/wps.20175>
- Krueger, R. F., Hobbs, K. A., Conway, C. C., Dick, D. M., Dretsch, M. N., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Keyes, K. M., Latzman, R. D. R. D., Zimmermann, J., Zinbarg, R. E. R. E., Michelini, G., Patrick, C. J., Sellbom, M., Slade, T., South, S. C., Sunderland, M., Tackett, J., ... Zinbarg, R. E. (2021). Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): II.

Externalizing superspectrum. *World Psychiatry*, 20(2), 171-193.

<https://doi.org/10.1002/wps.20844>

Krueger, R. F., Kotov, R., Watson, D., Forbes, M. K., Eaton, N. R., Ruggero, C. J., Simms, L. J., Widiger, T. A., Achenbach, T. M., Bach, B., Bagby, R. M., Bornovalova, M. A., Carpenter, W. T., Chmielewski, M., Cicero, D. C., Clark, L. A., Conway, C., DeClercq, B., DeYoung, C. G., ... Zimmermann, J. (2018).

Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. *World Psychiatry*, 17(3), 282-293. <https://doi.org/10.1002/wps.20566>

Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2011). A dimensional-spectrum model of psychopathology: Progress and opportunities. *Archives of General Psychiatry*, 68(1), 10-11. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001662.5>.

Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., Benning, S. D., & Kramer, M. D. (2007). Linking antisocial behavior, substance use, and personality: An integrative quantitative model of the adult externalizing spectrum. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(4), 645-666. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.4.645>

Kumar, A., & Nayar, K. R. (2020). COVID 19 and its mental health consequences. *Journal of Mental Health*, 30(1), 1-2.

<https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1757052>

Kushner, M. G., Krueger, R. F., Wall, M. M., Maurer, E. W., Menk, J. S., & Menary, K. R. (2013). Modeling and treating internalizing psychopathology in a clinical trial: A latent variable structural equation modeling approach. *Psychological Medicine*, 43(8), 1611-1623. <https://doi.org/10.1017/S0033291712002772>

Lahey, B. B., Applegate, B., Hakes, J. K., Zald, D. H., Hariri, A. R., & Rathouz, P. J. (2012). Is there a general factor of prevalent psychopathology during adulthood?

- Journal of Abnormal Psychology*, 121(4), 971-977.
<https://doi.org/10.1037/a0028355>
- Lahey, B. B., Waldman, I. D., Hankin, B. L., Applegate, B., Loft, J. D., & Rick, J. (2004). The structure of child and adolescent psychopathology: Generating new hypotheses. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(3), 358-385.
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.113.3.358>
- Lamers, F., van Oppen, P., Comijs, H. C., Smit, J. H., Spinhoven, P., van Balkom, A. J., Nolen, W. A., Zitman, F. G., Beekman, A. T., & Penninx, B. W. (2011). Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 341-348. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.10m06176blu>
- Lane, S. P., & Sher, K. J. (2015). Limits of current approaches to diagnosis severity based on criterion counts: An example with DSM-5 alcohol use disorder. *Clinical Psychological Science*, 3(6), 819-835.
<https://doi.org/10.1177/2167702614553026>
- Latzman, R. D., DeYoung, C. G., & The HiTOP Neurobiological Foundations Workgroup. (2020). Using empirically-derived dimensional phenotypes to accelerate clinical neuroscience: The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) framework. *Neuropsychopharmacology*, 45(7), 1083-1085. <https://doi.org/10.1038/s41386-020-0639-6>
- Latzman, R. D., & Masuda, A. (2013). Examining mindfulness and psychological inflexibility within the framework of Big Five personality. *Personality and Individual Differences*, 55(2), 129-134.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.02.019>

- Latzman, R. D., Palumbo, I. M., Sauvigné, K. C., Hecht, L. K., Lilienfeld, S. O., & Patrick, C. J. (2019). Psychopathy and internalizing psychopathology: A triarchic model perspective. *Journal of Personality Disorders, 33*(2), 262-287. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_347
- Leaberry, K. D., Rosen, P. J., Slaughter, K. E., Reese, J., & Fogleman, N. D. (2019). Temperamental negative affect, emotion-specific regulation, and concurrent internalizing and externalizing pathology among children with ADHD. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 11*(3), 311-324. <https://doi.org/10.1007/s12402-019-00294-8>
- Lee, B., Shin, E., Song, I., & Chang, B. (2022). Depression in adolescence and brain-derived neurotrophic factor. *Frontiers in Molecular Neuroscience, 15*, 947192. <https://doi.org/10.3389/fnmol.2022.947192>
- Lee, J., & Paek, I. (2014). In search of the optimal number of response categories in a rating scale. *Journal of Psychoeducational Assessment, 32*(7), 663-673. <https://doi.org/10.1177/0734282914522200>
- Letina, S., Blanken, T. F., Deserno, M. K., & Borsboom, D. (2019). Expanding network analysis tools in psychological networks: Minimal spanning trees, participation coefficients, and motif analysis applied to a network of 26 psychological attributes. *Complexity, 2019*, 9424605. <https://doi.org/10.1155/2019/9424605>
- Leung, S.-O. (2011). A comparison of psychometric properties and normality in 4-, 5-, 6-, and 11-point Likert scales. *Journal of Social Service Research, 37*(4), 412-421. <https://doi.org/10.1080/01488376.2011.580697>
- Levi-Belz, Y., Greene, T., & Zerach, G. (2020). Associations between moral injury, PTSD clusters, and depression among Israeli veterans: A network approach.

- European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1736411.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1736411>
- Levin-Aspenson, H. F., Khoo, S., & Kotelnikova, Y. (2019). Hierarchical Taxonomy of Psychopathology across development: Associations with personality. *Journal of Research in Personality*, 81, 72-78. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2019.05.006>
- Lewis, C. C., Washington, K. P., Boyd, M., Puspitasari, A., Navarro, E., Howard, J., Kassab, H., Hoffman, M., Scott, K., Lyon, A., Douglas, S., & Simon, G. (2019). Implementing measurement-based care in behavioral health: A review. *JAMA Psychiatry*, 76(3), 324-335. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3329>
- Liberzon, I., Duval, E., & Javanbakht, A. (2015). Neural circuits in anxiety and stress disorders: A focused review. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 11, 115-126. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S48528>
- Lim, E. J., Ahn, Y. C., Jang, E. S., Lee, S. W., Lee, S. H., & Son, C. G. (2020). Systematic review and meta-analysis of the prevalence of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME). *Journal of Translational Medicine*, 18(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12967-020-02269-0>
- Liu, H., Lafferty, J., & Wasserman, L. (2009). The nonparanormal: Semiparametric estimation of high dimensional undirected graphs. *Journal of Machine Learning Research*, 10, 2295-2328. <https://doi.org/10.1184/r1/6610712>
- Livesley, W. J., & Jackson, D. (2009). *Manual for the dimensional assessment of personality pathology—Basic Questionnaire*. Sigma.
- Lloyd, H., Jenkinson, C., Hadi, M., Gibbons, E., & Fitzpatrick, R. (2014). Patient reports of the outcomes of treatment: A structured review of approaches. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-5>

- Lonigan, C. J., Phillips, B. M., & Hooe, E. S. (2003). Relations of positive and negative affectivity to anxiety and depression in children: Evidence from a latent variable longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(3), 465-481. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.3.465>
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Mussell, M., Schellberg, D., & Kroenke, K. (2008). Depression, anxiety and somatization in primary care: Syndrome overlap and functional impairment. *General Hospital Psychiatry, 30*(3), 191-199. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.01.001>
- Lozano, L. M., García-Cueto, E., & Muñiz, J. (2008). Effect of the number of response categories on the reliability and validity of rating scales. *Methodology, 4*(2), 73-79. <https://doi.org/10.1027/1614-2241.4.2.73>
- Ludmir, J., & Small, A. J. (2018). The challenge of identifying and addressing psychological comorbidities. *Journal of the American College of Cardiology, 71*(14), 1590-1593. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.02.042>
- Lutz, W., Tholen, S., Schürch, E., & Berking, M. (2006). Reliabilität von kurzformen gängiger psychometrischer Instrumente zur evaluation des therapeutischen fortschritts in psychotherapie und psychiatrie. *Diagnostica, 52*(1), 11-25. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.52.1.11>
- Marchetti, I., Shumake, J., Grahek, I., & Koster, E. H. W. (2018). Temperamental factors in remitted depression: The role of effortful control and attentional mechanisms. *Journal of Affective Disorders, 235*, 499-505. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.064>
- Marcus, M., Yasamy, M. T., van Ommerman, M., Chisholm, D., & Saxena, S. (2012). Depression: A global public health concern. *WHO Department of Mental Health and Substance Use, 1*(6-8), 6-8.

- Markon, K. E. (2010). Modeling psychopathology structure: A symptom-level analysis of Axis I and II disorders. *Psychological Medicine*, 40(2), 273-288.
<https://doi.org/10.1017/S0033291709990183>
- Markon, K. E., Chmielewski, M., & Miller, C. J. (2011). The reliability and validity of discrete and continuous measures of psychopathology: A quantitative review. *Psychological Bulletin*, 137(5), 856-879. <https://doi.org/10.1037/a0023678>
- Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2005). Categorical and continuous models of liability to externalizing disorders: A direct comparison in NESARC. *Archives of General Psychiatry*, 62(12), 1352-1359.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.12.1352>
- Martel, M. M., Pan, P. M., Hoffmann, M. S., Gadelha, A., do Rosário, M. C., Mari, J. J., Manfro, G. G., Miguel, E. C., Paus, T., Bressan, R. A., Rohde, L. A., & Salum, G. A. (2017). A general psychopathology factor (P factor) in children: Structural model analysis and external validation through familial risk and child global executive function. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(1), 137-148.
<https://doi.org/10.1037/abn0000205>
- Martin, E. A., Jonas, K. G., Lian, W., Foti, D., Donaldson, K. R., Bromet, E. J., & Kotov, R. (2021). Predicting long-term outcomes in first-admission psychosis: Does the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology aid DSM in prognostication? *Schizophrenia Bulletin*, 47(5), 1331-1341.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbab043>
- Maydeu-Olivares, A., Kramp, U., García-Forero, C., Gallardo-Pujol, D., & Coffman, D. (2009). The effect of varying the number of response alternatives in rating scales: Experimental evidence from intra-individual effects. *Behavior Research Methods*, 41(2), 295-308. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.2.295>

- Mayes, R., & Horwitz, A. V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(3), 249-267. <https://doi.org/10.1002/jhbs.20103>
- McElroy, E., Belsky, J., Carragher, N., Fearon, P., & Patalay, P. (2018). Developmental stability of general and specific factors of psychopathology from early childhood to adolescence: Dynamic mutualism or *p* -differentiation? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(6), 667-675. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12849>
- McElroy, E., Fearon, P., Belsky, J., Fonagy, P., & Patalay, P. (2018). Networks of depression and anxiety symptoms across development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(12), 964-973. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.05.027>
- McGrew, K. S. (2009). CHC theory and the human cognitive abilities project: Standing on the shoulders of the giants of psychometric intelligence research. *Intelligence*, 37(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2008.08.004>
- McGuffin, P., Rijdsdijk, F., Andrew, M., Sham, P., Katz, R., & Cardno, A. (2003). The heritability of bipolar affective disorder and the genetic relationship to unipolar depression. *Archives of General Psychiatry*, 60(5), 497-502. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.5.497>
- McKnight, P. E., & Kashdan, T. B. (2009). The importance of functional impairment to mental health outcomes: A case for reassessing our goals in depression treatment research. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 243-259. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.01.005>
- McKnight, P. E., Monfort, S. S., Kashdan, T. B., Blalock, D. V., & Calton, J. M. (2016). Anxiety symptoms and functional impairment: A systematic review of

- the correlation between the two measures. *Clinical Psychology Review*, 45, 115-130. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.005>
- McNally, R. J. (2016). Can network analysis transform psychopathology? *Behaviour Research and Therapy*, 86, 95-104. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.06.006>
- McNally, R. J., Mair, P., Mugno, B. L., & Riemann, B. C. (2017). Co-morbid obsessive-compulsive disorder and depression: A Bayesian network approach. *Psychological Medicine*, 47(7), 1204-1214. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003287>
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487-495. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
- Michellini, G., Palumbo, I. M., DeYoung, C. G., Latzman, R. D., & Kotov, R. (2021). Linking RDoC and HiTOP: A new interface for advancing psychiatric nosology and neuroscience. *Clinical Psychology Review*, 86, 102025. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102025>
- Miller, M. L., & O'Hara, M. W. (2020). Obsessive-compulsive symptoms, intrusive thoughts and depressive symptoms: A longitudinal study examining relation to maternal responsiveness. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(3), 226-242. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1652255>
- Miller, M. W., Wolf, E. J., Reardon, A., Greene, A., Ofrat, S., & McInerney, S. (2012). Personality and the latent structure of PTSD comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(5), 599-607. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.02.016>
- Millon, T. (2009). *Millon Clinical Multiaxial Inventory–III (MCMI-III) manual (4th ed.)*. Pearson Assessments.

- Mineka, S., Watson, D., & Clark, L. A. (2002). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49(1), 377-412.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.49.1.377>
- Mitchell, K. S., Wolf, E. J., Reardon, A. F., & Miller, M. W. (2014). Association of eating disorder symptoms with internalizing and externalizing dimensions of psychopathology among men and women: Eating disorders, internalizing, externalizing. *International Journal of Eating Disorders*, 47(8), 860-869.
<https://doi.org/10.1002/eat.22300>
- Mokkink, L. B., Prinsen, C. A., Bouter, L. M., de Vet, H. C., & Terwee, C. B. (2016). The COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments (COSMIN) and how to select an outcome measurement instrument. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 20(2), 105-113.
<https://doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0143>
- Monteleone, P., & Maj, M. (2013). Dysfunctions of leptin, ghrelin, BDNF and endocannabinoids in eating disorders: Beyond the homeostatic control of food intake. *Psychoneuroendocrinology*, 38(3), 312-330.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.10.021>
- Morey, L. C. (2007). *Professional manual for the Personality Assessment Inventory (2nd ed.)*. Psychological Assessment Resources.
- Morey, L. C., Hopwood, C. J., Markowitz, J. C., Gunderson, J. G., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Yen, S., Sanislow, C. A., Ansell, E. B., & Skodol, A. E. (2012). Comparison of alternative models for personality disorders, II: 6-, 8- and 10-year follow-up. *Psychological Medicine*, 42(8), 1705-1713. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002601>

- Morey, L. C., Krueger, R. F., & Skodol, A. E. (2013). The hierarchical structure of clinician ratings of proposed DSM–5 pathological personality traits. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(3), 836-841. <https://doi.org/10.1037/a0034003>
- Morey, L. C., Skodol, A. E., & Oldham, J. M. (2014). Clinician judgments of clinical utility: A comparison of DSM-IV-TR personality disorders and the alternative model for DSM-5 personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 123*(2), 398-405. <https://doi.org/10.1037/a0036481>
- Morin, R. T., Insel, P., Bickford, D., Nelson, C., & Mackin, R. S. (2020). Depression severity, but not cognitive impairment or frailty, is associated with disability in late-life depression. *Clinical Gerontologist, 43*(4), 411-419. <https://doi.org/10.1080/07317115.2019.1699882>
- Morin, R. T., Nelson, C., Bickford, D., Insel, P. S., & Mackin, R. S. (2020). Somatic and anxiety symptoms of depression are associated with disability in late life depression. *Aging & Mental Health, 24*(8), 1225-1228. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1597013>
- Morris, S. E., Sanislow, C. A., Pacheco, J., Vaidyanathan, U., Gordon, J. A., & Cuthbert, B. N. (2022). Revisiting the seven pillars of RDoC. *BMC Medicine, 20*(1), 220. <https://doi.org/10.1186/s12916-022-02414-0>
- Mościcki, E. K., Clarke, D. E., Kuramoto, S. J., Kraemer, H. C., Narrow, W. E., Kupfer, D. J., & Regier, D. A. (2013). Testing *DSM-5* in routine clinical practice settings: Feasibility and clinical utility. *Psychiatric Services, 64*(10), 952-960. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300098>
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the World

- Health Surveys. *Lancet*, 370, 851-858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61415-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61415-9)
- Mrazek, D. A., Hornberger, J. C., Altar, C. A., & Degtiar, I. (2014). A review of the clinical, economic, and societal burden of treatment-resistant depression: 1996–2013. *Psychiatric Services*, 65(8), 977-987. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300059>
- Mullins-Sweatt, S. N., Bornovalova, M. A., Carragher, N., Clark, L. A., Corona Espinosa, A., Jonas, K., Keyes, K. M., Lynam, D. R., Michelini, G., Miller, J. D., Min, J., Rodriguez-Seijas, C., Samuel, D. B., Tackett, J. L., & Watts, A. L. (2022). HiTOP assessment of externalizing antagonism and disinhibition. *Assessment*, 29(1), 34-45. <https://doi.org/10.1177/10731911211033900>
- Munkholm, K., Vinberg, M., & Kessing, L. V. (2016). Peripheral blood brain-derived neurotrophic factor in bipolar disorder: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, 21(2), 216-228. <https://doi.org/10.1038/mp.2015.54>
- Muñiz, J., & Fernández-Hermidia, R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests [The opinion of Spanish psychologists on the use of tests]. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 108-121.
- Muris, P., Meesters, C., & Blijlevens, P. (2007). Self-reported reactive and regulative temperament in early adolescence: Relations to internalizing and externalizing problem behavior and “Big Three” personality factors. *Journal of Adolescence*, 30(6), 1035-1049. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2007.03.003>
- Nagel, M., Jansen, P. R., Stringer, S., Watanabe, K., de Leeuw, C. A., Bryois, J., Savage, J. E., Hammerschlag, A. R., Skene, N. G., Muñoz-Manchado, A. B., White, T., Tiemeier, H., Linnarsson, S., Hjerling-Leffler, J., Polderman, T. J. C.,

- Sullivan, P. F., van der Sluis, S., & Posthuma, D. (2018). Meta-analysis of genome-wide association studies for neuroticism in 449,484 individuals identifies novel genetic loci and pathways. *Nature Genetics*, 50(7), 920-927. <https://doi.org/10.1038/s41588-018-0151-7>
- Naragon-Gainey, K., & Watson, D. (2018). What lies beyond neuroticism? An examination of the unique contributions of social-cognitive vulnerabilities to internalizing disorders. *Assessment*, 25(2), 143-158. <https://doi.org/10.1177/1073191116659741>
- National Institute of Mental Health. (2008). *The National Institute of Mental Health Strategic Plan*. National institutes of Health. <https://www.hsdl.org/?view&did=755067>
- Necho, M., Tsehay, M., Birkie, M., Biset, G., & Tadesse, E. (2021). Prevalence of anxiety, depression, and psychological distress among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(7), 892-906. <https://doi.org/10.1177/00207640211003121>
- Nelson, G. H., O'Hara, M. W., & Watson, D. (2018). National norms for the expanded version of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II). *Journal of Clinical Psychology*, 74(6), 953-968. <https://doi.org/10.1002/jclp.22560>
- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., & Dalglish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*, 40, 91-110. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.002>

- Nezu, A. M., Ronan, G. F., Meadows, E. A., & McClure, K. S. (2000). *Practitioner's guide to empirically based measures of depression*. Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Niitsu, T., Fabbri, C., & Serretti, A. (2015). Predictors of switch from depression to mania in bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 66-67, 45-53.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.04.014>
- Nochaiwong, S., Ruengorn, C., Thavorn, K., Hutton, B., Awiphan, R., Phosuya, C., Ruanta, Y., Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2021). Global prevalence of mental health issues among the general population during the coronavirus disease-2019 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 11(1), 10173. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-89700-8>
- Norton, P. J., & Paulus, D. J. (2016). Toward a Unified Treatment for emotional disorders: Update on the science and practice. *Behavior Therapy*, 47(6), 854-868. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.07.002>
- Nunnally, J. C. (1967). *Psychometric theory*. McGraw-Hill.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3.^a ed.). McGraw-Hill.
- Obbarius, A., Van Maasakkers, L., Baer, L., Clark, D. M., Crocker, A. G., Beurs, E. D., Emmelkamp, P. M. G., Langford, L., Pilkonis, P. A., Sherbourne, C., Woolaway-bickel, K., & Rose, M. (2017). Standardization of health outcomes assessment for depression and anxiety: Recommendations from the ICHOM depression and anxiety working group. *Quality of Life Research*, 26(12), 3211-3225. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1659-5>
- O'Brien, C. P. (2009). Neuroplasticity in addictive disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(3), 350-353.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.3/cpobrien>

- Oh, H., Park, K., Yoon, S., Kim, Y., Lee, S.-H., Choi, Y. Y., & Choi, K.-H. (2018). Clinical utility of Beck Anxiety Inventory in clinical and nonclinical Korean samples. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 666.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00666>
- O'Hara, M. W., Pearlstein, T., Stuart, S., Long, J. D., Mills, J. A., & Zlotnick, C. (2019). A placebo controlled treatment trial of sertraline and interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 245, 524-532. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.361>
- Olatunji, B. O., Christian, C., Brosf, L., Tolin, D. F., & Levinson, C. A. (2019). What is at the core of OCD? A network analysis of selected obsessive-compulsive symptoms and beliefs. *Journal of Affective Disorders*, 257, 45-54.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.064>
- Olbert, C. M., Gala, G. J., & Tupler, L. A. (2014). Quantifying heterogeneity attributable to polythetic diagnostic criteria: Theoretical framework and empirical application. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(2), 452-462.
<https://doi.org/10.1037/a0036068>
- Oldehinkel, A. J., Hartman, C. A., De Winter, A. F., Veenstra, R., & Ormel, J. (2004). Temperament profiles associated with internalizing and externalizing problems in preadolescence. *Development and Psychopathology*, 16(02), 421-440.
<https://doi.org/10.1017/S0954579404044591>
- Olino, T. M., Bufferd, S. J., Dougherty, L. R., Dyson, M. W., Carlson, G. A., & Klein, D. N. (2018). The development of latent dimensions of psychopathology across early childhood: Stability of dimensions and moderators of change. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46(7), 1373-1383. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0398-6>

- Oltmanns, J. R., Smith, G. T., Oltmanns, T. F., & Widiger, T. A. (2018). General factors of psychopathology, personality, and personality disorder: Across domain comparisons. *Clinical Psychological Science*, 6(4), 581-589.
<https://doi.org/10.1177/2167702617750150>
- Orlando, M., & Marshall, G. N. (2002). Differential item functioning in a Spanish translation of the PTSD checklist: Detection and evaluation of impact. *Psychological Assessment*, 14(1), 50-59. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.1.50>
- Ormel, J., Jeronimus, B. F., Kotov, R., Riese, H., Bos, E. H., Hankin, B., Rosmalen, J. G. M., & Oldehinkel, A. J. (2013). Neuroticism and common mental disorders: Meaning and utility of a complex relationship. *Clinical Psychology Review*, 33(5), 686-697. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.04.003>
- Orouji, F., Abdi, R., & Chalabianloo, G. (2022). Mediating role of psychological inflexibility as transdiagnostic factor in the relationship between emotional dysregulation and sleep problems with symptoms of emotional disorders. *Frontiers in Psychology*, 13, 800041. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.800041>
- Orsolini, L., Latini, R., Pompili, M., Serafini, G., Volpe, U., Vellante, F., Fornaro, M., Valchera, A., Tomasetti, C., Fraticelli, S., Alessandrini, M., La Rovere, R., Trotta, S., Martinotti, G., Di Giannantonio, M., & De Berardis, D. (2020). Understanding the complex of suicide in depression: From research to clinics. *Psychiatry Investigation*, 17(3), 207-221. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.0171>
- Osma, J., Martínez-García, L., Peris-Baquero, Ó., Navarro-Haro, M. V., González-Pérez, A., & Suso-Ribera, C. (2021). Implementation, efficacy and cost effectiveness of the unified protocol in a blended format for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A study protocol for a multicentre,

- randomised, superiority controlled trial in the Spanish national health system. *BMJ Open*, 11(12), e054286. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054286>
- Osman, A., Kopper, B. A., Barrios, F., Gutierrez, P. M., & Bagge, C. L. (2004). Reliability and validity of the Beck Depression Inventory—II with adolescent psychiatric inpatients. *Psychological Assessment*, 16(2), 120-132. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.16.2.120>
- Østergaard, S. D., Jensen, S. O. W., & Bech, P. (2011). The heterogeneity of the depressive syndrome: When numbers get serious. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(6), 495-496. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01744.x>
- Otten, D., Tibubos, A. N., Schomerus, G., Brähler, E., Binder, H., Kruse, J., Ladwig, K. H., Wild, P. S., Grabe, H. J., & Beutel, M. E. (2021). Similarities and differences of mental health in women and men: A systematic review of findings in three large German cohorts. *Frontiers in Public Health*, 9, 553071. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.553071>
- Ouhmad, N., Deperrois, R., Combalbert, N., & El Hage, W. (2023). The role of anxiety and depression in the emotion regulation strategies of people suffering from post-traumatic stress disorder. *The Journal of Psychology*, 157(3), 143-159. <https://doi.org/10.1080/00223980.2022.2134279>
- Øvretveit, J., Zubkoff, L., Nelson, E. C., Frampton, S., Knudsen, J. L., & Zimlichman, E. (2017). Using patient-reported outcome measurement to improve patient care. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(6), 874-879. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx108>

- Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19(01), 103-114. <https://doi.org/10.1017/S1041610206003504>
- Park, L. T., & Zarate Jr, C. A. (2019). Depression in the primary care setting. *New England Journal of Medicine*, 380(6), 559-568. <https://doi.org/10.1056/nejmcp1712493>
- Passos, I. C., Vasconcelos-Moreno, M. P., Costa, L. G., Kunz, M., Brietzke, E., Quevedo, J., Salum, G., Magalhães, P. V., Kapczinski, F., & Kauer-Sant'Anna, M. (2015). Inflammatory markers in post-traumatic stress disorder: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *The Lancet Psychiatry*, 2(11), 1002-1012. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00309-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00309-0)
- Patalay, P., Fonagy, P., Deighton, J., Belsky, J., Vostanis, P., & Wolpert, M. (2015). A general psychopathology factor in early adolescence. *British Journal of Psychiatry*, 207(1), 15-22. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.149591>
- Patten, S. B., Williams, J. V. A., Lavorato, D. H., Wang, J. L., Bulloch, A. G. M., & Sajobi, T. (2016). The association between major depression prevalence and sex becomes weaker with age. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(2), 203-210. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1166-3>
- Penley, J. A., Wiebe, J. S., & Nwosu, A. (2003). Psychometric properties of the Spanish Beck Depression Inventory-II in a medical sample. *Psychological Assessment*, 15(4), 569-577. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.15.4.569>
- Pianowski, G., Carvalho, L. de F., & Miguel, F. K. (2019). Investigating the spectra constellations of the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) model for personality disorders based on empirical data from a community

- sample. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 41(2), 148-152.
<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0015>
- Pintea, S., & Moldovan, R. (2009). The Receiver-Operating Characteristic (ROC) analysis: Fundamentals and applications in clinical psychology. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 9(1), 49-66.
- Pons, P., & Latapy, M. (2005). Computing communities in large networks using random walks. En P. Yolum, T. Güngör, F. Gürgen, & C. Özturan (Eds.), *Computer and Information Sciences—ISCIS 2005* (pp. 284-293). Springer.
- Potuzak, M., Ravichandran, C., Lewandowski, K. E., Ongür, D., & Cohen, B. M. (2012). Categorical vs dimensional classifications of psychotic disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 53(8), 1118-1129.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.04.010>
- Power, M., Fell, G., & Wright, M. (2013). Principles for high-quality, high-value testing. *Evidence-Based Medicine*, 18(1), 5-10. <https://doi.org/10.1136/eb-2012-100645>
- Price, M., Legrand, A. C., Brier, Z. M. F., & Hébert-Dufresne, L. (2019). The symptoms at the center: Examining the comorbidity of posttraumatic stress disorder, generalized anxiety disorder, and depression with network analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 109, 52-58.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.11.016>
- Quevedo, L. de A., Loret de Mola, C., Pearson, R., Murray, J., Hartwig, F. P., Gonçalves, H., Pinheiro, R. T., Gigante, D. P., Motta, J. V. dos S., Quadros, L. de C. M. de, Barros, F. C., & Horta, B. L. (2020). Mental disorders, comorbidities, and suicidality at 30 years of age in a Brazilian birth cohort.

Comprehensive Psychiatry, 102, 152194.

<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152194>

Quilty, L. C., Mackew, L., & Bagby, R. M. (2014). Distinct profiles of behavioral inhibition and activation system sensitivity in unipolar vs bipolar mood disorders. *Psychiatry Research*, 219(1), 228-231.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.007>

Rackoff, G. N., & Newman, M. G. (2020). Reduced positive affect on days with stress exposure predicts depression, anxiety disorders, and low trait positive affect 7 years later. *Journal of Abnormal Psychology*, 129(8), 799-809.

<https://doi.org/10.1037/abn0000639>

Rapaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R., & Endicott, J. (2005). Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1171-1178. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.6.1171>

Regier, D. A., & Narrow, W. E. (2002). Defining clinically significant psychopathology with epidemiologic data. En J. E. Helzer & J. J. Hudziak (Eds.), *Defining psychopathology in the 21st century: DSM-IV and beyond* (pp. 19-30).

American Psychiatric Publishing, Inc.

Reio, T. G. (2010). The threat of common method variance bias to theory building.

Human Resource Development Review, 9(4), 405-411.

<https://doi.org/10.1177/1534484310380331>

Renna, M. E., O'Toole, M. S., Spaeth, P. E., Lekander, M., & Mennin, D. S. (2018).

The association between anxiety, traumatic stress, and obsessive-compulsive disorders and chronic inflammation: A systematic review and meta-analysis.

Depression and Anxiety, 35(11), 1081-1094. <https://doi.org/10.1002/da.22790>

- Reutfors, J., Andersson, T. M.-L., Brenner, P., Brandt, L., DiBernardo, A., Li, G., Hägg, D., Wingård, L., & Bodén, R. (2018). Mortality in treatment-resistant unipolar depression: A register-based cohort study in Sweden. *Journal of Affective Disorders*, 238, 674-679. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.030>
- Revelle, W. (2019). *psych: Procedures for personality and psychological research (Version 1.9.6) [Computer software]*. <https://cran.r-project.org/package=psych>
- Reynolds, W. M. (2002). *Reynolds Adolescent Depression Scale professional manual (2nd ed.)*. Psychological Assessment Resources.
- Riley, W., Hays, R. D., Kaplan, R. M., & Cella, D. (2013). *Sources of comparability between probability sample estimates and nonprobability web sample estimates*. Federal Committee on Statistical Methodology (FCSM) Research Conference.
- Ringwald, W. R., Forbes, M. K., & Wright, A. G. C. (2021). Meta-analysis of structural evidence for the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) model. *Psychological Medicine*, 14, 1-14. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001902>
- Rivas, M., Nuevo, R., & Ayuso-Mateos, J. L. (2011). Subclinical depression in Spain: Prevalence and health impact. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(3), 144-149. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2011.05.002>
- Roadolff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401. <https://doi.org/10.1063/1.4932809>
- Robinaugh, D. J., Millner, A. J., & McNally, R. J. (2016). Identifying highly influential nodes in the complicated grief network. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(6), 747-757. <https://doi.org/10.1037/abn0000181>

- Roca, M., Vives, M., López-Navarro, E., Garcia-Campayo, J., & Gili, M. (2015). Cognitive impairments and depression: A critical review. *Actas españolas de psiquiatría*, 43(5), 187-193.
- Rock, P. L., Roiser, J. P., Riedel, W. J., & Blackwell, A. D. (2014). Cognitive impairment in depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 44(10), 2029-2040.
<https://doi.org/10.1017/S0033291713002535>
- Rodríguez, M. R., Nuevo, R., Chatterji, S., & Ayuso-Mateos, J. L. (2012). Definitions and factors associated with subthreshold depressive conditions: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 12(1), 181. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-181>
- Rodriguez-Seijas, C., Eaton, N. R., & Pachankis, J. E. (2019). Prevalence of psychiatric disorders at the intersection of race and sexual orientation: Results from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions-III. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(4), 321-331.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000377>
- Rodriguez-Seijas, C., Stohl, M., Hasin, D. S., & Eaton, N. R. (2015). Transdiagnostic factors and mediation of the relationship between perceived racial discrimination and mental disorders. *JAMA Psychiatry*, 72(7), 706-713.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0148>
- Rojas, S. L., & Widiger, T. A. (2014). Convergent and discriminant validity of the Five Factor Form. *Assessment*, 21(2), 143-157.
<https://doi.org/10.1177/1073191113517260>
- Romei, A., Voigt, K., & Verdejo-Garcia, A. (2020). A perspective on candidate neural underpinnings of binge eating disorder: Reward and homeostatic systems.

- Current Pharmaceutical Design*, 26(20), 2327-2333.
<https://doi.org/10.2174/1381612826666200309152321>
- Rosmalen, J. G. M., Neeleman, J., Gans, R. O. B., & de Jonge, P. (2007). The association between neuroticism and self-reported common somatic symptoms in a population cohort. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(3), 305-311.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.10.014>
- Ross, C. A., & Margolis, R. L. (2019). Research Domain Criteria: Strengths, weaknesses, and potential alternatives for future psychiatric research. *Complex Psychiatry*, 5(4), 218-236. <https://doi.org/10.1159/000501797>
- Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1-36. <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>
- Rossi, G., Weekers, L. C., & Hutsebaut, J. (2021). Resilient, undercontrolled, and overcontrolled personality types based upon DSM-5 maladaptive personality traits. *Heliyon*, 7(5), e06938. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e06938>
- Røysamb, E., Kendler, K. S., Tambs, K., Ørstavik, R. E., Neale, M. C., Aggen, S. H., Torgersen, S., & Reichborn-Kjennerud, T. (2011). The joint structure of DSM-IV Axis I and Axis II disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(1), 198-209. <https://doi.org/10.1037/a0021660>
- Ruggero, C. J., Kotov, R., Hopwood, C. J., First, M., Clark, L. A., Skodol, A. E. E., Mullins-Sweatt, S. N. N., Patrick, C. J. J., Bach, B., Cicero, D. C., Wright, A. G. C. G. C., Zimmermann, J., Docherty, A., Simms, L. J., Bagby, R. M., Krueger, R. F., Callahan, J., Chmielewski, M., Conway, C. C., ... Zimmermann, J. (2019). Integrating the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) into clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(12), 1069-1084. <https://doi.org/10.1037/ccp0000452>

Ruggero, C. J., Kotov, R., Watson, D., Kilmer, J. N., Perlman, G., & Liu, K. (2014).

Beyond a single index of mania symptoms: Structure and validity of subdimensions. *Journal of Affective Disorders*, *161*, 8-15.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.044>

Ruggiero, K. J., Ben, K. D., Scotti, J. R., & Rabalais, A. E. (2003). Psychometric properties of the PTSD checklist—Civilian version. *Journal of Traumatic Stress*, *16*(5), 495-502. <https://doi.org/10.1023/A:1025714729117>

Ruscio, A. M., Hallion, L. S., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Borges, G., Bromet, E. J., Bunting, B., De Almeida, J. M. C., Demyttenaere, K., Florescu, S., De Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hinkov, H., Hu, C., ... Scott, K. M. (2017). Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe. *JAMA Psychiatry*, *74*(5), 465-475.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0056>

Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, *15*(1), 53-63. <https://doi.org/10.1038/mp.2008.94>

Ruscio, J., & Roche, B. (2012). Determining the number of factors to retain in an exploratory factor analysis using comparison data of known factorial structure. *Psychological Assessment*, *24*, 282-292. <https://doi.org/10.1037/a0025697>

Russell, A. T., Cantwell, D. P., Mattison, R., & Will, L. (1979). A comparison of DSM-II and DSM-III in the diagnosis of childhood psychiatric disorders: III. Multi-axial features. *Archives of General Psychiatry*, *36*(11), 1223-1226. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1979.01780110077009>

- Sahu, M., Dubey, R., Chandrakar, A., Kumar, M., & Kumar, M. (2022). A systematic review and meta-analysis of serum and plasma cortisol levels in depressed patients versus control. *Indian Journal of Psychiatry*, 64(5), 440-448.
https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_561_21
- 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(1), 101751. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751>
- Salas-Magaña, M., Tovilla-Zárate, C. A., González-Castro, T. B., Juárez-Rojop, I. E., López-Narváez, M. L., Rodríguez-Pérez, J. M., & Ramírez Bello, J. (2017). Decrease in brain-derived neurotrophic factor at plasma level but not in serum concentrations in suicide behavior: A systematic review and meta-analysis. *Brain and Behavior*, 7(6), e00706. <https://doi.org/10.1002/brb3.706>
- Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*, 143(8), 783-822. <https://doi.org/10.1037/bul0000102>
- Saltychev, M., Katajapuu, N., Bärlund, E., & Laimi, K. (2021). Psychometric properties of 12-item self-administered World Health Organization disability assessment schedule 2.0 (WHODAS 2.0) among general population and people with non-acute physical causes of disability—systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 43(6), 789-794. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1643416>
- Sanchez-Garcia, M., De la Rosa-Cáceres, A., Stasik-O'Brien, S., Mancheño-Barba, J.J., Lozano, O. M., & Díaz-Batanero, C. (2021). Norms according to age and gender for the Spanish version of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II). *Frontiers in Psychology*, 12, 748025.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.748025>

- Sánchez-Hernández, M. O., Carrasco, M. A., & Holgado Tello, F. P. (2023). Anxiety and depression symptoms in Spanish children and adolescents: An exploration of comorbidity from the network perspective. *Child Psychiatry & Human Development*, 54, 736-749. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01286-4>
- Santens, E., Claes, L., Dierckx, E., & Dom, G. (2020). Effortful control – A transdiagnostic dimension underlying internalizing and externalizing psychopathology. *Neuropsychobiology*, 79(4-5), 255-269. <https://doi.org/10.1159/000506134>
- Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., Abbafati, C., Adolph, C., Amlag, J. O., Aravkin, A. Y., Bang-Jensen, B. L., Bertolacci, G. J., Bloom, S. S., Castellano, R., Castro, E., Chakrabarti, S., Chattopadhyay, J., Cogen, R. M., Collins, J. K., ... Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700-1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Santos, H., Fried, E. I., Asafu-Adjei, J., & Jeanne Ruiz, R. (2017). Network structure of perinatal depressive symptoms in latinas: Relationship to stress and reproductive biomarkers. *Research in Nursing and Health*, 40(3), 218-228. <https://doi.org/10.1002/nur.21784>
- Santos, H. P., Adynski, H., Harris, R., Bhattacharya, A., Incollingo Rodriguez, A. C., Cali, R., Yabar, A. T., Nephew, B. C., & Murgatroyd, C. (2021). Biopsychosocial correlates of psychological distress in Latina mothers. *Journal of Affective Disorders*, 282, 617-626. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.193>

- Sanz, J. (2014). Recommendations for the use of the Spanish adaptation of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in clinical practice. *Clínica y Salud*, 25(1), 39-48.
<https://doi.org/10.5093/cl2014a3>
- Sanz, J., & Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9(1), 59-84.
- Sanz, J., Navarro, M. E., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y notificación de conducta*, 29, 239-288.
- Sanz, J., Perdigón, A. L., & Carmelo, V. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Sauer-Zavala, S. (2021). Measurement to improve treatment delivery: A commentary on the HiTOP measure development project. *Assessment*, 29(1), 93-98.
<https://doi.org/10.1177/10731911211050952>
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88(6), 791-804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>
- Schaeuffele, C., Homeyer, S., Perea, L., Scharf, L., Schulz, A., Knaevelsrud, C., Renneberg, B., & Boettcher, J. (2022). The unified protocol as an internet-based intervention for emotional disorders: Randomized controlled trial. *PLOS ONE*, 17(7), e0270178. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270178>

- Schiller, C. E., Walsh, E., Eisenlohr-Moul, T. A., Prim, J., Dichter, G. S., Schiff, L., Bizzell, J., Slightom, S. L., Richardson, E. C., Belger, A., Schmidt, P., & Rubinow, D. R. (2022). Effects of gonadal steroids on reward circuitry function and anhedonia in women with a history of postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 314, 176-184. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.06.078>
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2016). *A beginner's guide to structural equation modeling (4th ed.)*. Routledge.
- Schwartz, J., Ordaz, S. J., Kircanski, K., Ho, T. C., Davis, E. G., Camacho, M. C., & Gotlib, I. H. (2019). Resting-state functional connectivity and inflexibility of daily emotions in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 249, 26-34. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.040>
- Scott, L. N., Victor, S. E., Kaufman, E. A., Beeney, J. E., Byrd, A. L., Vine, V., Pilkonis, P. A., & Stepp, S. D. (2020). Affective dynamics across internalizing and externalizing dimensions of psychopathology. *Clinical Psychological Science*, 8(3), 412-427. <https://doi.org/10.1177/2167702619898802>
- Segal, A., Wald, I., Lubin, G., Fruchter, E., Ginat, K., Ben Yehuda, A., Pine, D. S., & Bar-Haim, Y. (2020). Changes in the dynamic network structure of PTSD symptoms pre-to-post combat. *Psychological Medicine*, 50(5), 746-753. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000539>
- Segal, D. L., June, A., Payne, M., Coolidge, F. L., & Yochim, B. (2010). Development and initial validation of a self-report assessment tool for anxiety among older adults: The Geriatric Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(7), 709-714. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.05.002>
- Sellbom, M., Carragher, N., Sunderland, M., Caelear, A. L., & Batterham, P. J. (2020). The role of maladaptive personality domains across multiple levels of the

- HiTOP structure. *Personality and Mental Health*, 14(1), 30-50.
<https://doi.org/10.1002/pmh.1461>
- Sellbom, M., Forbush, K. T., Gould, S. R., Markon, K. E., Watson, D., & Witthöft, M. (2021). HiTOP assessment of the somatoform spectrum and eating disorders. *Assessment*, 29(1), 62-74. <https://doi.org/10.1177/10731911211020825>
- Sette, S., Zava, F., Baumgartner, E., Laghi, F., & Coplan, R. J. (2022). Examining links between social withdrawal subtypes and internalizing problems among Italian primary school children. *European Journal of Developmental Psychology*, 20(2), 268-286. <https://doi.org/10.1080/17405629.2022.2086118>
- Shafer, A. B. (2006). Meta-analysis of the factor structures of four depression questionnaires: Beck, CES-D, Hamilton, and Zung. *Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 123-146. <https://doi.org/10.1002/jclp.20213>
- Shankman, S. A., & Gorka, S. M. (2015). Psychopathology research in the RDoC era: Unanswered questions and the importance of the psychophysiological unit of analysis. *International Journal of Psychophysiology*, 98(2), 330-337.
<https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2015.01.001>
- Shankman, S. A., Lewinsohn, P. M., Klein, D. N., Small, J. W., Seeley, J. R., & Altman, S. E. (2009). Subthreshold conditions as precursors for full syndrome disorders: A 15-year longitudinal study of multiple diagnostic classes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(12), 1485-1494.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02117.x>
- Sharma, B., & Jain, R. (2014). Right choice of a method for determination of cut-off values: A statistical tool for a diagnostic test. *Asian Journal of Medical Sciences*, 5(3), 30-34. <https://doi.org/10.3126/ajms.v5i3.9296>

- Sharma, H. (2021). Statistical significance or clinical significance? A researcher's dilemma for appropriate interpretation of research results. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 15(4), 431-434. https://doi.org/10.4103/sja.sja_158_21
- Sheehan, D. V. (2016). *The MINI International Neuropsychiatric Interview (Version 7.0.2) for DSM-5*. Harm Research Institute.
- Shen, X., Reus, L. M., Cox, S. R., Adams, M. J., Liewald, D. C., Bastin, M. E., Smith, D. J., Deary, I. J., Whalley, H. C., & McIntosh, A. M. (2017). Subcortical volume and white matter integrity abnormalities in major depressive disorder: Findings from UK biobank imaging data. *Scientific Reports*, 7(1), 5547. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-05507-6>
- Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 298-311. <https://doi.org/10.1037/a0019247>
- Siehl, S., King, J. A., Burgess, N., Flor, H., & Nees, F. (2018). Structural white matter changes in adults and children with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *NeuroImage: Clinical*, 19, 581-598. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2018.05.013>
- Sierra, I., Senín-Calderón, C., Roncero, M., & Perpiñá, C. (2021). The role of negative affect in emotional processing of food-related images in eating disorders and obesity. *Frontiers in Psychology*, 12, 723732. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.723732>
- Silberg, J. L., & Bulik, C. M. (2005). The developmental association between eating disorders symptoms and symptoms of depression and anxiety in juvenile twin

- girls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(12), 1317-1326.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01427.x>
- Simms, L. J., Goldberg, L. R., Roberts, J. E., Watson, D., Welte, J., & Rotterman, J. H. (2011). Computerized adaptive assessment of personality disorder: Introducing the CAT-PD project. *Journal of Personality Assessment*, 93(4), 380-389.
<https://doi.org/10.1080/00223891.2011.577475>
- Simms, L. J., Watson, D., & Doebbellling, B. N. (2002). Confirmatory factor analyses of posttraumatic stress symptoms in deployed and nondeployed veterans of the Gulf War. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(4), 637-647.
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.111.4.637>
- Simms, L. J., Wright, A. G. C., Cicero, D., Kotov, R., Mullins-Sweatt, S. N., Sellbom, M., Watson, D., Widiger, T. A., & Zimmermann, J. (2021). Development of measures for the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A collaborative scale development project. *Assessment*, 29(1), 3-16.
<https://doi.org/10.1177/10731911211015309>
- Sivertsen, H., Børkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G., & Helvik, A. S. (2015). Depression and quality of life in older persons: A review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 40(5-6), 311-339.
<https://doi.org/10.1159/000437299>
- Skodol, A. E. (2012). Personality disorders in DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8(1), 317-344. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143131>
- Smith, G. T., Atkinson, E. A., Davis, H. A., Riley, E. N., & Oltmanns, J. R. (2020). The general factor of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 75-98. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071119-115848>

- Sobocki, P., Ekman, M., Ågren, H., Krakau, I., Runeson, B., Mårtensson, B., & Jönsson, B. (2007). Health-related quality of life measured with EQ-5D in patients treated for depression in primary care. *Value in Health, 10*(2), 153-160. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2006.00162.x>
- Song, J., Bergen, S. E., Kuja-Halkola, R., Larsson, H., Landén, M., & Lichtenstein, P. (2015). Bipolar disorder and its relation to major psychiatric disorders: A family-based study in the Swedish population. *Bipolar Disorders, 17*(2), 184-193. <https://doi.org/10.1111/bdi.12242>
- South, S. C., & Krueger, R. F. (2008). Marital quality moderates genetic and environmental influences on the internalizing spectrum. *Journal of Abnormal Psychology, 117*(4), 826-837. <https://doi.org/10.1037/a0013499>
- South, S. C., Krueger, R. F., & Iacono, W. G. (2011). Understanding general and specific connections between psychopathology and marital distress: A model based approach. *Journal of Abnormal Psychology, 120*(4), 935-947. <https://doi.org/10.1037/a0025417>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (Form Y)*. Consulting Psychologists Press.
- Spink, G. L., Jorgensen, R. S., & Cristiano, S. (2018). Cognitive and affective factors predicting daily somatic complaints in college students. *Journal of Counseling Psychology, 65*(1), 110-119. <https://doi.org/10.1037/cou0000229>
- Spitzer, R. L., Forman, J. B., & Nee, J. (1979). DSM-III field trials: I. Initial interrater diagnostic reliability. *American Journal of Psychiatry, 136*(6), 815-817. <https://doi.org/10.1176/ajp.136.6.815>

- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Stanton, K., McDonnell, C. G., Hayden, E. P., & Watson, D. (2020). Transdiagnostic approaches to psychopathology measurement: Recommendations for measure selection, data analysis, and participant recruitment. *Journal of Abnormal Psychology*, 129(1), 21-28. <https://doi.org/10.1037/abn0000464>
- Stanton, K., & Watson, D. (2014). Positive and negative affective dysfunction in psychopathology: Emotion and psychopathology. *Social and Personality Psychology Compass*, 8(9), 555-567. <https://doi.org/10.1111/spc3.12132>
- Starzer, M. S. K., Nordentoft, M., & Hjorthøj, C. (2018). Rates and predictors of conversion to schizophrenia or bipolar disorder following substance-induced psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 175(4), 343-350. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17020223>
- Stasik-O'Brien, S. M., Brock, R. L., Chmielewski, M., Naragon-Gainey, K., Koffel, E., McDade-Montez, E., O'Hara, M. W., & Watson, D. (2019). Clinical utility of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS). *Assessment*, 26(5), 944-960. <https://doi.org/10.1177/1073191118790036>
- Steele, S. J., Farchione, T. J., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Sbi, S., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2018). Efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 211-216. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.005>
- Steer, R. A., Clark, D. A., Beck, A. T., & Ranieri, W. F. (1995). Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: A replication. *Journal of*

Abnormal Psychology, 104(3), 542-545. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.104.3.542>

Stefanis, N. C., Hanssen, M., Smirnis, N. K., Avramopoulos, D. A., Evdokimidis, I. K.,

Stefanis, C. N., Verdoux, H., & Van Os, J. (2002). Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population.

Psychological Medicine, 32(2), 347-358.

<https://doi.org/10.1017/S0033291701005141>

Steiner, M., & Grieder, S. (2020). EFAtools: An R package with fast and flexible

implementations of exploratory factor analysis tools. *Journal of Open Source*

Software, 5(53), 2521. <https://doi.org/10.21105/joss.02521>

Stinson, F. S., Dawson, D. S., Chou, S. P., Smith, S., Goldstein, R. B., Ruan, W. J., &

Grant, B. F. (2007). The epidemiology of DSM-IV specific phobia in the USA:

Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related

Conditions. *Psychological Medicine*, 37(7), 1047-1059.

<https://doi.org/10.1017/S0033291707000086>

Stony Brook Medicine. (2022). *HiTOP Consortium Participants*. The Hierarchical

Taxonomy Of Psychopathology (HiTOP).

<https://renaissance.stonybrookmedicine.edu/HITOP/participants>

Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2015). *Health measurement scales: A*

practical guide to their development and use. Oxford University Press.

Sunderland, M., Slade, T., Carragher, N., Batterham, P., & Buchan, H. (2013). Age-

related differences in internalizing psychopathology amongst the Australian

general population. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(4), 1010-1020.

<https://doi.org/10.1037/a0034562>

- Surís, A., Holliday, R., & North, C. (2016). The evolution of the classification of psychiatric disorders. *Behavioral Sciences*, 6(1), 1-10.
<https://doi.org/10.3390/bs6010005>
- Tadayonnejad, R., Majid, D.-A., Tsolaki, E., Rane, R., Wang, H., Moody, T. D., Pauli, W. M., Pouratian, N., Bari, A. A., Murray, S. B., O'Doherty, J. P., & Feusner, J. D. (2022). Mesolimbic neurobehavioral mechanisms of reward motivation in anorexia nervosa: A multimodal imaging study. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 806327. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.806327>
- Takahashi, Y., Yamagata, S., Ritchie, S. J., Barker, E. D., & Ando, J. (2021). Etiological pathways of depressive and anxiety symptoms linked to personality traits: A genetically-informative longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 291, 261-269. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.004>
- Tang, X., Forbush, K. T., & Lui, P. P. (2015). Development and validation of the Chinese-language version of the eating pathology symptoms inventory: Development and validation of CEPSI. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 1016-1023. <https://doi.org/10.1002/eat.22423>
- Tanner, J., Zeffiro, T., Wyss, D., Perron, N., Rufer, M., & Mueller-Pfeiffer, C. (2019). Psychiatric symptom profiles predict functional impairment. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 37. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00037>
- Terwee, C. B., Bot, S. D. M., de Boer, M. R., van der Windt, D. A. W. M., Knol, D. L., Dekker, J., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. W. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 34-42.
<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>

- Thompson, B. L., Waltz, J., Croyle, K., & Pepper, A. C. (2007). Trait meta-mood and affect as predictors of somatic symptoms and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 43(7), 1786-1795.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.05.017>
- Tonna, M., Amerio, A., Odone, A., Stubbs, B., & Ghaemi, S. N. (2016). Comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: Which came first? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(7), 695-698.
<https://doi.org/10.1177/0004867415621395>
- Toro, R. A., Avendaño-Prieto, B. L., & Vargas, N. M. (2020). Transdiagnostic model of anxiety and depression according to the relationship with affect, intolerance of uncertainty, and anxiety sensitivity. *CES Psicología*, 13(1), 140-152.
<https://doi.org/10.21615/cesp.13.1.9>
- Trautmann, S., Rehm, J., & Wittchen, H. (2016). The economic costs of mental disorders: Do our societies react appropriately to the burden of mental disorders? *EMBO Reports*, 17(9), 1245-1249. <https://doi.org/10.15252/embr.201642951>
- Treadway, M. T., & Zald, D. H. (2011). Reconsidering anhedonia in depression: Lessons from translational neuroscience. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(3), 537-555. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.06.006>
- Trivedi, M. H. (2009). Tools and strategies for ongoing assessment of depression: A measurement-based approach to remission. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70 Suppl. 6, 26-31. <https://doi.org/10.4088/JCP.8133su1c.04>
- Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Gaynes, B. N., Warden, D., Morris, D. W., Luther, J. F., Farabaugh, A., Cook, I., & Rush. (2010). Health-related quality of life in depression: A STAR*D report. *Annals of Clinical Psychiatry*, 22(1), 46-55.

- United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development*.
- Üstün, T. B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Rehm, J., Kennedy, C., Epping-Jordan, J., Saxena, S., von Korf, M., & Pull, C. (2010). Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(11), 815-823. <https://doi.org/10.2471/BLT.09.067231>
- Vachon, D. D., Krueger, R. F., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2015). Assessment of the harmful psychiatric and behavioral effects of different forms of child maltreatment. *JAMA Psychiatry*, 72(11), 1135-1142. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1792>
- van Bork, R., Rhemtulla, M., Waldorp, L. J., Kruis, J., Rezvanifar, S., & Borsboom, D. (2021). Latent variable models and networks: Statistical equivalence and testability. *Multivariate Behavioral Research*, 56(2), 175-198. <https://doi.org/10.1080/00273171.2019.1672515>
- van Borkulo, C. D., van Bork, R., Boschloo, L., Kossakowski, J. J., Tio, P., Schoevers, R. A., Borsboom, D., & Waldorp, L. J. (2022). Comparing network structures on three aspects: A permutation test. *Psychological Methods*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/met0000476>
- Van de Velde, S., Bracke, P., & Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science and Medicine*, 71(2), 305-313. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.035>
- van Leeuwen, K., de Fruyt, F., & Mervielde, I. (2004). A longitudinal study of the utility of the resilient, overcontrolled, and undercontrolled personality types as predictors of children's and adolescents' problem behaviour. *International*

Journal of Behavioral Development, 28(3), 210-220.

<https://doi.org/10.1080/01650250344000424>

van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2009).

A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder.

Psychological Medicine, 39(2), 179-195.

<https://doi.org/10.1017/S0033291708003814>

Vázquez-Barquero, J. L., Vázquez Bourgón, E., Herrera Castanedo, S., Saiz, J., Uriarte,

M., Morales, F., Gaite, L., Herrán, A., & Ustün, T. B. (2000). Spanish version of the new World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS-II): Initial phase of development and pilot study. *Actas españolas de psiquiatria*, 28(2), 77-87.

Velicer, W. F. (1976). Determining the number of components from the matrix of partial correlations. *Psychometrika*, 41(3), 321-327.

<https://doi.org/10.1007/BF02293557>

Velicer, W. F., Eaton, C. A., & Fava, J. L. (2000). Construct explication through factor or component analysis: A review and evaluation of alternative procedures for

determining the number of factors or components. En R. D. G. and E. Helmes (Ed.), *Problems and Solutions in Human Assessment* (pp. 41-71). Kluwer

Academic/Plenum Publishers. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-4397-8_3

Via, E., Cardoner, N., Pujol, J., Alonso, P., López-Solà, M., Real, E., Contreras-

Rodríguez, O., Deus, J., Segalàs, C., Menchón, J. M., Soriano-Mas, C., & Harrison, B. J. (2014). Amygdala activation and symptom dimensions in

obsessive–compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 204(1), 61-68.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.123364>

- Vidaña, A. G., Forbush, K. T., Barnhart, E. L., Mildrum Chana, S., Chapa, D. A. N., Richson, B., & Thomeczek, M. L. (2020). Impact of trauma in childhood and adulthood on eating-disorder symptoms. *Eating Behaviors*, 39, 101426.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101426>
- Vieta, E., Alonso, J., Pérez-Sola, V., Roca, M., Hernando, T., Sicras-Mainar, A., Sicras-Navarro, A., Herrera, B., & Gabilondo, A. (2021). Epidemiology and costs of depressive disorder in Spain: The EPICO study. *European Neuropsychopharmacology*, 50, 93-103.
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.04.022>
- Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Balbuena, A., Chamorro, L., Ramos, J. L., Artal, J., Perez, F., Oliveras, M. A., Valle, J., Lahuerta, J., & Angst, J. (2007). Cross validation with the mood disorder questionnaire (MDQ) of an instrument for the detection of hypomania in Spanish: The 32 item hypomania symptom check list (HCL-32). *Journal of Affective Disorders*, 101(1-3), 43-45.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.033>
- Vries, Y. A., Roest, A. M., Burgerhof, J. G. M., & Jonge, P. (2018). Initial severity and antidepressant efficacy for anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and posttraumatic stress disorder: An individual patient data meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 35(6), 515-522. <https://doi.org/10.1002/da.22737>
- Wade, T. D., Fairweather-Schmidt, A. K., Zhu, G., & Martin, N. G. (2015). Does shared genetic risk contribute to the co-occurrence of eating disorders and suicidality?: Shared genetic risk for ED and suicidality. *International Journal of Eating Disorders*, 48(6), 684-691. <https://doi.org/10.1002/eat.22421>
- Wang, S. B., Jones, P. J., Dreier, M., Elliott, H., & Grilo, C. M. (2019). Core psychopathology of treatment-seeking patients with binge-eating disorder: A

network analysis investigation. *Psychological Medicine*, 49(11), 1923-1928.

<https://doi.org/10.1017/S0033291718002702>

Waszczuk, M. A., Hopwood, C. J., Luft, B. J., Morey, L. C., Perlman, G., Ruggero, C.

J., Skodol, A. E., & Kotov, R. (2021). The prognostic utility of personality traits versus past psychiatric diagnoses: Predicting future mental health and functioning. *Clinical Psychological Science*, 10, 734-751.

<https://doi.org/10.1177/21677026211056596>

Waszczuk, M. A., Kotov, R., Ruggero, C., Gamez, W., & Watson, D. (2017).

Hierarchical structure of emotional disorders: From individual symptoms to the spectrum. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(5), 613-634.

<https://doi.org/10.1037/abn0000264>

Waszczuk, M. A., Zimmerman, M., Ruggero, C., Li, K., MacNamara, A., Weinberg, A.,

Hajcak, G., Watson, D., & Kotov, R. (2017). What do clinicians treat: Diagnoses or symptoms? The incremental validity of a symptom-based, dimensional characterization of emotional disorders in predicting medication prescription patterns. *Comprehensive Psychiatry*, 79, 80-88.

<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.04.004>

Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative

hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 522-536. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.522>

Watson, D., Forbes, M. K., Levin-Aspenson, H. F., Ruggero, C. J., Kotelnikova, Y.,

Khoo, S., Bagby, R. M., Sunderland, M., Patalay, P., & Kotov, R. (2021). The development of preliminary HiTOP internalizing spectrum scales. *Assessment*, 29(1), 17-33. <https://doi.org/10.1177/10731911211003976>

- Watson, D., Levin-Aspenson, H. F., Waszczuk, M. A., Conway, C. C., Dalgleish, T., Dretsch, M. N., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Hobbs, K. A., Michelini, G., Nelson, B. D., Sellbom, M., Slade, T., South, S. C., Sunderland, M., Waldman, I., Witthöft, M., Wright, A. G. C., ... Zinbarg, R. E. (2022). Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): III. Emotional dysfunction superspectrum. *World Psychiatry*, 21(1), 26-54.
<https://doi.org/10.1002/wps.20943>
- Watson, D., Nus, E., & Wu, K. D. (2019). Development and validation of the Faceted Inventory of the Five-Factor Model (FI-FFM). *Assessment*, 26(1), 17-44.
<https://doi.org/10.1177/1073191117711022>
- Watson, D., & O'Hara, M. W. (2017). *Understanding the emotional disorders: A symptom level approach based on the IDAS-II*. Oxford University Press.
- Watson, D., O'Hara, M. W., Chmielewski, M., McDade-Montez, E. A., Koffel, E., Naragon, K., & Stuart, S. (2008). Further validation of the IDAS: Evidence of convergent, discriminant, criterion, and incremental validity. *Psychological Assessment*, 20(3), 248-259. <https://doi.org/10.1037/a0012570>
- Watson, D., O'Hara, M. W., Naragon-Gainey, K., Koffel, E., Chmielewski, M., Kotov, R., Stasik-O'Brien, S. M., & Ruggero, C. J. (2012). Development and validation of new anxiety and bipolar symptom scales for an expanded version of the IDAS (the IDAS-II). *Assessment*, 19(4), 399-420.
<https://doi.org/10.1177/1073191112449857>
- Watson, D., O'Hara, M. W., Simms, L. J., Kotov, R., Chmielewski, M., McDade-Montez, E. A., Gamez, W., & Stuart, S. (2007). Development and validation of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS). *Psychological Assessment*, 19(3), 253-268. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.3.253>

- Watson, D., Weber, K., Assenheimer, J. S., Clark, L. A., Strauss, M. E., & McCormick, R. A. (1995). Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *Journal of Abnormal Psychology, 104*(1), 3-14. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.104.1.3>
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility*. Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio.
- Weigold, A., Weigold, I. K., & Russell, E. J. (2013). Examination of the equivalence of self-report survey-based paper-and-pencil and internet data collection methods. *Psychological Methods, 18*(1), 53-70. <https://doi.org/10.1037/a0031607>
- Weisz, J., Bearman, S. K., Santucci, L. C., & Jensen-Doss, A. (2017). Initial test of a principle-guided approach to transdiagnostic psychotherapy with children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 46*(1), 44-58. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1163708>
- Weitzner, D., Calamia, M., Stasik-O'Brien, S. M., De Vito, A., & Pugh, E. (2019). Psychometric properties of the expanded version of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II) in a sample of older adults. *Aging & mental health, 24*(11), 1847-1853. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1636206>
- Wester, R. A., Rubel, J., Zimmermann, J., Hall, M., Kaven, L., & Watson, D. (2022). Development and validation of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II – German version. *Psychological Assessment, 34*(12), e88-e99. <https://doi.org/10.1037/pas0001185>
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Johns, N., Burstein, R., Murray,

- C. J. L., & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
- Wichers, M., Riese, H., Hodges, T. M., Snippe, E., & Bos, F. M. (2021). A narrative review of network studies in depression: What different methodological approaches tell us about depression. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 719490. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.719490>
- Widiger, T. A., Lynam, D. R., Miller, J. D., & Oltmanns, T. F. (2012). Measures to assess maladaptive variants of the Five-Factor Model. *Journal of Personality Assessment*, 94(5), 450-455. <https://doi.org/10.1080/00223891.2012.677887>
- Widiger, T. A., & Oltmanns, J. R. (2017). The general factor of psychopathology and personality. *Clinical Psychological Science*, 5(1), 182-183. <https://doi.org/10.1177/2167702616657042>
- Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the diagnostic and statistical manual of mental disorders—Fifth edition. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 494-504. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.494>
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62(2), 71-83. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.71>
- Wilmer, M. T., Anderson, K., & Reynolds, M. (2021). Correlates of quality of life in anxiety disorders: Review of recent research. *Current Psychiatry Reports*, 23(77), 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01290-4>

- Wise, E. A. (2014). Methods for analyzing psychotherapy outcomes: A review of clinical significance, reliable change, and recommendations for future directions. *Journal of Personality Assessment*, 82(1), 50-59.
<https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8201>
- Wittchen, H. U., & Beesdo-Baum, K. (2018). “Throwing out the baby with the bathwater”? Conceptual and methodological limitations of the HiTOP approach. *World Psychiatry*, 17(3), 298-299. <https://doi.org/10.1002/wps.20561>
- Wolfe, F., Walitt, B., Perrot, S., Rasker, J. J., & Häuser, W. (2018). Fibromyalgia diagnosis and biased assessment: Sex, prevalence and bias. *PLoS ONE*, 13(9), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203755>
- Woodall, A., Howard, L., & Morgan, C. (2011). Barriers to participation in mental health research: Findings from the Genetics and Psychosis (GAP) Study. *International Review of Psychiatry*, 23(1), 31-40.
<https://doi.org/10.3109/09540261.2010.546777>
- Woodall, A., Morgan, C., Sloan, C., & Howard, L. (2010). Barriers to participation in mental health research: Are there specific gender, ethnicity and age related barriers? *BMC Psychiatry*, 10(1), 103. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-103>
- World Health Organization. (1900). *International statistical classification of diseases and related health problems (1st ed.)*.
- World Health Organization. (1910). *International statistical classification of diseases and related health problems (2nd ed.)*.
- World Health Organization. (1920). *International statistical classification of diseases and related health problems (3rd ed.)*.

- World Health Organization. (1929). *International statistical classification of diseases and related health problems (4th ed.)*.
- World Health Organization. (1938). *International statistical classification of diseases and related health problems (5th ed.)*.
- World Health Organization. (1948). *International statistical classification of diseases and related health problems (6th ed.)*.
- World Health Organization. (1958). *International statistical classification of diseases and related health problems (7th ed.)*.
- World Health Organization. (1975). *International statistical classification of diseases and related health problems (9th ed.)*.
- World Health Organization. (1979). *International statistical classification of diseases and related health problems, clinical modification (9th ed.)*.
- World Health Organization. (1993). *International statistical classification of diseases and related health problems (10th ed.)*. <https://icd.who.int/browse10/2016/en>
- World Health Organization. (1998). *Wellbeing Measures in Primary Health Care/The Depcare Project*. WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2000). *Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II)*. WHO.
- World Health Organization. (2010). *Measuring health and disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*. WHO Press.
- World Health Organization. (2013). *How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*.
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders. Global health estimates*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*. <https://icd.who.int/>

World Health Organization. (2021, septiembre 13). Depression. *World Health Organization*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

World Health Organization. (2022a, marzo 2). *COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide*.
<https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>

World Health Organization. (2022b, marzo 2). *Mental health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief*.
https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1

World Health Organization, & United Nations Children's Fund. (2021). *State of the world's hand hygiene: A global call to action to make hand hygiene a priority in policy and practice*. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/350184>

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

Wright, A. G. C., Krueger, R. F., Hobbs, M. J., Markon, K. E., Eaton, N. R., & Slade, T. (2013). The structure of psychopathology: Toward an expanded quantitative empirical model. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 281-294.
<https://doi.org/10.1037/a0030133>

- Wright, A. G. C., & Simms, L. J. (2015). A metastructural model of mental disorders and pathological personality traits. *Psychological Medicine*, 45(11), 2309-2319. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000252>
- Wu, Z., & Fang, Y. (2014). Comorbidity of depressive and anxiety disorders: Challenges in diagnosis and assessment. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 26(4), 227-231. <https://doi.org/10.3969/j.issn.1002-0829.2014.04.006>
- Xu, M. L., & Leung, S. O. (2018). Effects of varying numbers of Likert scale points on factor structure of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Asian Journal of Social Psychology*, 21(3), 119-128. <https://doi.org/10.1111/ajsp.12214>
- Yang, F., Fu, M., Huang, N., Ahmed, F., Shahid, M., Zhang, B., Guo, J., & Lodder, P. (2021). Network analysis of COVID-19-related PTSD symptoms in China: The similarities and differences between the general population and PTSD sub-population. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1997181. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1997181>
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
- Yorkston, K., & Baylor, C. (2019). Patient-reported outcomes measures: An introduction for clinicians. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 4(9), 1-8. https://doi.org/10.1044/2018_PERS-ST-2018-0001
- Yu, Y., Wan, C., Huebner, E. S., Zhao, X., Zeng, W., & Shang, L. (2019). Psychometric properties of the symptom check list 90 (SCL-90) for Chinese undergraduate students. *Journal of Mental Health*, 28(2), 213-219. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1521939>

- Zachar, P., & Kendler, K. S. (2017). The philosophy of nosology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13(1), 49-71. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045020>
- Zander, M. E., & De Young, K. P. (2014). Individual differences in negative affect and weekly variability in binge eating frequency: Variability in binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 47(3), 296-301. <https://doi.org/10.1002/eat.22222>
- Zbozinek, T. D., Rose, R. D., Wolitzky-Taylor, K. B., Sherbourne, C., Sullivan, G., Stein, M. B., Roy-Byrne, P. P., & Craske, M. G. (2012). Diagnostic overlap of generalized anxiety disorder and major depressive disorder in a primary care sample. *Depression and Anxiety*, 29(12), 1065-1071. <https://doi.org/10.1002/da.22026>
- Zhang, R. T., Zhou, H. Y., Wang, Y. M., Yang, Z. Y., Wang, Y., So, S. H., Chiu, C. D., Leung, P., Cheung, E., & Chan, R. (2019). Network analysis of schizotypal personality traits and their association with other subclinical psychiatric features. *Asian Journal of Psychiatry*, 44, 209-216. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.08.005>
- Zhang, S. X., Chen, R. Z., Xu, W., Yin, A., Dong, R. K., Chen, B. Z., Delios, A. Y., Miller, S., McIntyre, R. S., Ye, W., & Wan, X. (2022). A systematic review and meta-analysis of symptoms of anxiety, depression, and insomnia in Spain in the COVID-19 crisis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2), 1018. <https://doi.org/10.3390/ijerph19021018>
- Zhao, L., Han, G., Zhao, Y., Jin, Y., Ge, T., Yang, W., Cui, R., Xu, S., & Li, B. (2020). Gender differences in depression: Evidence from genetics. *Frontiers in Genetics*, 11, 562316. <https://doi.org/10.3389/fgene.2020.562316>

- Zimmerman, M., Ellison, W., Young, D., Chelminski, I., & Dalrymple, K. (2015). How many different ways do patients meet the diagnostic criteria for major depressive disorder? *Comprehensive Psychiatry*, 56, 29-34.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.09.007>
- Zimmermann, J., Widiger, T. A., Oeltjen, L., Conway, C. C., & Morey, L. C. (2021). Developing preliminary scales for assessing the HiTOP detachment spectrum. *Assessment*, 29(1), 75-87. <https://doi.org/10.1177/10731911211015313>
- Zinbarg, R. E., Mineka, S., Bobova, L., Craske, M. G., Vrshek-Schallhorn, S., Griffith, J. W., Wolitzky-Taylor, K., Waters, A. M., Sumner, J. A., & Anand, D. (2016). Testing a hierarchical model of neuroticism and its cognitive facets: Latent structure and prospective prediction of first onsets of anxiety and unipolar mood disorders during 3 years in late adolescence. *Clinical Psychological Science*, 4(5), 805-824. <https://doi.org/10.1177/2167702615618162>
- Zvolensky, M., Bakhshaie, J., Paulus, D. J., Garza, M., Valdivieso, J., Sampogna, O., Bogiaizian, D., Robles, Z., & Schmidt, N. B. (2016). The role of negative affect in the relation between subjective social status and mental health among economically disadvantaged Latinos in primary care. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 9(4), 219-228. <https://doi.org/10.1108/IJHRH-03-2016-0003>
- Zvolensky, M. J., Bakhshaie, J., Garza, M., Valdivieso, J., Ortiz, M., Bogiaizian, D., Robles, Z., Schmidt, N. B., & Vujanovic, A. (2015). The role of anxiety sensitivity in the relation between experiential avoidance and anxious arousal, depressive, and suicidal symptoms among Latinos in primary care. *Cognitive Therapy and Research*, 39(5), 688-696. <https://doi.org/10.1007/s10608-015-9696-2>

Anexo 1. Revisión de artículos relacionados con el IDAS-II

Tabla Suplementaria 1

Revisión de trabajos relacionados con el IDAS-II

Nº	Cita	Muestra	Versión IDAS	Escalas	Instrumentos adicionales	Técnica analítica	Propiedades psicométricas del IDAS	Utilidad clínica IDAS
1.	Abdi et al. (2015)	- Estudiantes universitarios (<i>n</i> = 385)	IDAS (iraní)	Bienestar Depresión General Intrusiones Traumáticas Pánico Suicidio	PI	- Estadísticos descriptivos - Correlaciones - Regresión múltiple		
2.	Abdi et al. (2016)	- Estudiantes universitarios (<i>n</i> = 385)	IDAS (iraní)	Bienestar Depresión General Intrusiones Traumáticas Pánico Suicidio	PI RTQ	- Estadísticos descriptivos - Correlaciones - Modelo de regresión jerárquica		
3.	Albanese et al. (2018)	- Adultos que fumaban a diario y que indicaron tener una historia de exposición a trauma (PTSD) (<i>n</i> = 257)	IDAS (inglés)	Depresión General	ASI-3 MHF PDS PSWQ	- Prueba de modelos que examinan efectos de interacción		

Nº	Cita	Muestra	Versión IDAS	Escalas	Instrumentos adicionales	Técnica analítica	Propiedades psicométricas del IDAS	Utilidad clínica IDAS
		- Adultos de población general que puntuaban 1.5 DT por encima de la muestra en uno o varios factores de riesgo para suicidio ($n = 117$)						
4.	Ayaz et al. (2020)	- Mujeres embarazadas ($n = 63$)	IDAS-II (turco)	Todas	BAI	- Prueba de McNemar - Prueba t para muestras emparejadas - Regresión múltiple		
5.	Azarmehr et al. (2020)	- Estudiantes universitarios ($n = 316$)	IDAS (iraní)	Ansiedad Social Aumento de Apetito Bienestar Fatiga Insomnio	CTQ UPPS-P	- Estadísticos descriptivos - Correlaciones - Modelo de ecuaciones estructurales		

El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II (IDAS-II)

Nº	Cita	Muestra	Versión IDAS	Escalas	Instrumentos adicionales	Técnica analítica	Propiedades psicométricas del IDAS	Utilidad clínica IDAS
				Intrusiones Traumáticas Irritabilidad Pánico Pérdida de Apetito Suicidio				
6.	Bakhshaie et al. (2017)	- Adultos de población general ($n = 361$)	IDAS (español)	Ansiedad Social Pánico	AAQ-2 GCPS MINI PANAS	- Correlaciones - Regresión jerárquica - Pruebas a posteriori		
7.	Bakhshaie et al. (2018)	- Adultos de población general ($n = 142$)	IDAS (español)	Ansiedad Social Depresión General Pánico	ASI-3 MINI PANAS SAFE	- Estadísticos descriptivos - Correlaciones - Remuestreo		
8.	Bartlett et al. (2019)	- Mujeres adolescentes ($n = 232$)	IDAS-II (inglés)	Disforia	SLES	- Modelo lineal generalizado - Simulación de Monte Carlo - Modelo lineal mixto		

Nº	Cita	Muestra	Versión IDAS	Escalas	Instrumentos adicionales	Técnica analítica	Propiedades psicométricas del IDAS	Utilidad clínica IDAS
9.	Bauer et al. (2019)	- Estudiantes universitarios (<i>n</i> = 54)	IDAS-II (inglés)	Depresión General Suicidio	ASI-3 SUDS	- Correlaciones - Regresión lineal jerárquica multiple		
10.	Bernstein et al. (2019)	- Adultos entre 55 y 80 años (<i>n</i> = 341)	IDAS-II (inglés)	Las 18 escalas específicas del IDAS-II	DBQ	- Regresión jerárquica múltiple		
11.	Bohrer et al. (2015)	- Personas con sobrepeso de población general (<i>n</i> = 201) - Personas con obesidad de población general (<i>n</i> = 101) - Personas con peso normal (<i>n</i> = 510)	IDAS (inglés)	Todas	AUDIT DAST DEBQ EDE-Q EDI-3 FMPS FQ RS TFEQ	- Coeficiente alfa de Cronbach - Promedio de correlación entre ítems - Correlaciones - Prueba de significación estadística - MANOVA		
12.	Burani y Nelson (2020)	- Estudiantes (<i>n</i> = 76)	IDAS-II (inglés)	Disforia Pánico		- ANOVA - ANCOVA - Chi-cuadrado - Remuestreo		

El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II (IDAS-II)

Nº	Cita	Muestra	Versión IDAS	Escalas	Instrumentos adicionales	Técnica analítica	Propiedades psicométricas del IDAS	Utilidad clínica IDAS
13.	Calamia y Bernstein (2017)	- Pacientes ($n = 62$) - Informantes ($n = 62$)	IDAS (inglés)	Depresión General	BADLS BDI-II BNT-2 BVRT COWAT RAVLT ROCF TMT WAIS-IV	- Correlaciones parciales - Regresión jerárquica - Prueba de significación estadística		
14.	Capron et al. (2012)	- Adultos fumadores ($n = 343$)	IDAS (inglés)	Suicidio	ASI ASI-3 AUDIT PANAS TOP	- Regresión múltiple		
15.	Chu et al. (2021)	- Adolescentes con TDM ($n = 12$)	IDAS (inglés)	Todas	BDI-II CDRS-R K-SADS-PL	- Comparaciones múltiples - Regresión		
16.	Cullen et al. (2020)	- Adolescentes con TDM ($n = 44$) - Adolescentes sanos ($n = 37$)	IDAS (inglés)	Todas	BDI-II CDRS-R K-SADS-PL WASI	- Regresión logística - Regresión lineal		

Nº	Cita	Muestra	Versión IDAS	Escalas	Instrumentos adicionales	Técnica analítica	Propiedades psicométricas del IDAS	Utilidad clínica IDAS
17.	Dornbach-Bender et al. (2017)	- Pacientes psiquiátricos ($n = 426$) - Estudiantes universitarios con historial de tratamiento psicológico ($n = 306$)	IDAS-II (inglés)	Las 18 escalas específicas del IDAS-II	IMAS-R	- Correlaciones - Análisis factorial exploratorio	VALIDEZ Basada en la relación con otras variables - Discriminante - Convergente	
18.	Duffecy et al. (2022)	- Mujeres embarazadas ($n = 210$)	IDAS (inglés)	Depresión General	HAMD MINI USE	- Modelos lineales mixtos		
19.	Eadeh et al. (2023)	- Estudiantes universitarios ($n = 477$)	IDAS-II (inglés)	Las 18 escalas específicas	AAQ-2 CompACT TOF	- Análisis de redes		
20.	Farris, Zvolensky, Blalock, et al. (2014)	- Adultos que fuman a diario ($n = 461$)	IDAS (inglés)	Depresión General	AIS AUDIT BCS FTND MSHQ PANAS RFS SCID-NP SHQ	- Correlaciones - Modelo de mediación serial múltiple		

El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II (IDAS-II)

Nº	Cita	Muestra	Versión IDAS	Escalas	Instrumentos adicionales	Técnica analítica	Propiedades psicométricas del IDAS	Utilidad clínica IDAS
21.	Farris, Zvolensky, Boden, et al. (2014)	- Veteranos con dependencia al cannabis (<i>n</i> = 100)	IDAS (inglés)	Aumento de Apetito Bienestar Depresión General Disforia Fatiga Insomnio Irritabilidad Pérdida de Apetito Suicidio	MEEQ SCID-I TLFB	- Correlaciones - Modelo de mediación multiple - Pruebas a posteriori		
22.	Foli et al. (2016)	- Padres adoptivos (<i>n</i> = 129)	IDAS (inglés)	Ansiedad Social Intrusiones Traumáticas Irritabilidad Pánico	CES-D IRQ LOT-R PDPI-R PSS	- Clases latentes - Modelos de efectos mixtos - Prueba a posteriori de Tukey - Prueba de Kruskal-Wallis - Prueba exacta de Fisher		

Nº	Cita	Muestra	Versión IDAS	Escalas	Instrumentos adicionales	Técnica analítica	Propiedades psicométricas del IDAS	Utilidad clínica IDAS
23.	Forbush y Wildes (2017)	- Pacientes (<i>n</i> = 158) - Población general (<i>n</i> = 186).	IDAS (inglés)	Todas	EPSI SCID-I	- Conger's k - SEMM - Chi-cuadrado - MANOVA		
24.	Forbush et al. (2013)	- Estudiantes: Muestra 1 (<i>n</i> = 433) Muestra 2 (<i>n</i> = 227). - Adultos de población general (<i>n</i> = 407) - Pacientes (<i>n</i> = 158) - Pacientes psiquiátricos ambulatorios (<i>n</i> = 303)	IDAS (inglés)	Todas	DEBQ EDE-Q EDI-3 EPSI MBAS	- Estadísticos descriptivos - Coeficiente alfa de Cronbach - Promedio de correlación entre ítems - Correlaciones - Prueba <i>t</i> para muestras independientes - Análisis factorial exploratorio - Análisis factorial confirmatorio		

El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II (IDAS-II)

Nº	Cita	Muestra	Versión IDAS	Escalas	Instrumentos adicionales	Técnica analítica	Propiedades psicométricas del IDAS	Utilidad clínica IDAS
25.	Forbush et al. (2018)	- Adultos de población general con trastorno de conducta alimentaria ($n = 243$)	IDAS-II (inglés)	Todas	EDDS EPSI EPSI-CRV SCID-I/NP WHODAS 2.0	- Modelo de ecuaciones estructurales exploratorios		
26.	Hekmati et al. (2021)	- Estudiantes universitarios ($n = 297$)	IDAS (iraní)	Aumento de Apetito Disforia Fatiga Insomnio Irritabilidad Pérdida de Apetito Suicidio	AAQ-2 CFQ	- Estadísticos descriptivos - Correlaciones - Regresión - Prueba de significación estadística		
27.	Irak y Albayrak (2020)	- Adultos de población general ($n = 931$) - Pacientes psiquiátricos ($n = 208$)	IDAS-II (turco)	Todas	BAI BDI MDQ MOCI PAS PCL-C	- Coeficiente alfa de Cronbach - Promedio de correlación entre ítems - Correlaciones	FIABILIDAD Consistencia interna Estabilidad temporal VALIDEZ Basada en la estructura interna	

Nº	Cita	Muestra	Versión IDAS	Escalas	Instrumentos adicionales	Técnica analítica	Propiedades psicométricas del IDAS	Utilidad clínica IDAS
						- Prueba <i>t</i> para muestras independientes - Análisis de componentes principales - Análisis factorial confirmatorio	Basada en la relación con otras variables - Discriminante - Convergente - Relaciones prueba-criterio	
28.	Jimenez et al. (2022)	- Muestra combinada ($N = 8.876$) de estudiantes universitarios ($n = 4.055$), adultos de población general ($n = 1837$), pacientes psiquiátricos ($n = 1914$) y mujeres que acaban de dar a luz ($n = 1070$)	IDAS (inglés)	Bienestar Disforia		- Análisis de componentes principales - Coeficiente alfa de Cronbach - Correlación ítem-total		

El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II (IDAS-II)

Nº	Cita	Muestra	Versión IDAS	Escalas	Instrumentos adicionales	Técnica analítica	Propiedades psicométricas del IDAS	Utilidad clínica IDAS
29.	Kaminer et al. (2022)	- Estudiantes universitarios (<i>n</i> = 5.945)	IDAS (inglés y español)	Todas	ACE-IQ	- Estadísticos descriptivos - ANOVA - Correlación - Regresión lineal múltiple		
30.	Kaye et al. (2022)	- Pacientes que buscan tratamiento ambulatorio para tratar el dolor de espalda crónico (<i>n</i> = 169)	IDAS-II (inglés)	Todas	MMPI-2-RF MSPQ	- Análisis descriptivos - Correlaciones - Análisis factorial confirmatorio	FIABILIDAD Consistencia interna VALIDEZ Basada en la estructura interna	
31.	Kelly et al. (2020)	- Fumadores que no estaban bajo tratamiento (<i>n</i> = 630)	IDAS (inglés)	Disforia	ASI AUDIT BCS DAST-10 FTCD SHQ WISDM-Brief	- Correlaciones - Regresión logística lineal o binomial		

Nº	Cita	Muestra	Versión IDAS	Escalas	Instrumentos adicionales	Técnica analítica	Propiedades psicométricas del IDAS	Utilidad clínica IDAS
32.	Khoo et al. (2020)	- Adultos de población general ($n = 439$) - Adultos de población general reclutados online ($n = 451$) - Adultos de población general reclutados online ($n = 353$)	IDAS-II (inglés)	Bienestar Disforia Pánico	BFI-2 FI-FFM Mini-MASQ NEO-PI-3	- Estadísticos descriptivos - Correlaciones - Prueba t - Regresión múltiple		
33.	Klein et al. (2018)	- Estudiantes universitarios ($n = 123$)	IDAS (inglés)	Ansiedad Social Disforia	AIHQ BLERT ER-40 MCCB PS RAD TASIT Trust WRAT-3	- Correlaciones bivariadas - Correlaciones parciales		

El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II (IDAS-II)

Nº	Cita	Muestra	Versión IDAS	Escalas	Instrumentos adicionales	Técnica analítica	Propiedades psicométricas del IDAS	Utilidad clínica IDAS
34.	Klumpp et al. (2023)	- Participantes diagnosticados con TDM (sin comorbilidad con trastorno de ansiedad social; $n = 26$) - Participantes diagnosticados con trastorno de ansiedad social (sin comorbilidad con TDM; $n = 41$)	IDAS-II (inglés)	Suicidio	SCID-5 LSAS HAMD PSQI	- Prueba t - Chi-cuadrado - Análisis de regresión		
35.	Latzman et al. (2019)	- Estudiantes universitarios y adultos de población general ($n = 470$) - Adultos de población general ($n = 301$)	IDAS (inglés)	Todas	TriPM	- Correlaciones bivariadas - Modelo de ecuaciones estructurales exploratorio - Análisis factorial confirmatorio		

Nº	Cita	Muestra	Versión IDAS	Escalas	Instrumentos adicionales	Técnica analítica	Propiedades psicométricas del IDAS	Utilidad clínica IDAS
36.	Leventhal et al. (2021)	- Personas que fuman a diario (<i>n</i> = 338)	IDAS (inglés)	Todas	BDI-II FTND RFS SCID-I SCQ SHQ	- Modelo de regresión lineal - Análisis exploratorios		
37.	Liew et al. (2015)	- Estudiantes universitarios (<i>n</i> = 252)	IDAS (inglés)	Depression general	AASP AQ OCI-R PSWQ RBS-R SIAS SPSI-R-SF SSI TQ-R	- Correlaciones - Análisis de mediación		
38.	Mayorga et al. (2022)	- Personas de primera generación de americanos mejicanos (<i>n</i> = 369)	IDAS (español)	Ansiedad Social Depresión General Insomnio Pánico	ASI-3 GCPS MINI SAFE	- Correlaciones - Análisis de mediación - Remuestreo - Tamaño del efecto		

El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II (IDAS-II)

Nº	Cita	Muestra	Versión IDAS	Escalas	Instrumentos adicionales	Técnica analítica	Propiedades psicométricas del IDAS	Utilidad clínica IDAS
39.	McDade-Montez et al. (2008)	- Familiares de adultos con pérdidas de memoria u otras discapacidades cognitivas ($n = 58$) - Trabajadores que dan servicios residenciales, de relevo y de apoyo a la vida comunitaria a adultos con discapacidades del desarrollo ($n = 66$)	IDAS (inglés)	Todas		- Análisis de fiabilidad de dos mitades - Coeficiente de correlación intraclase - Tamaño del efecto		
40.	Metrik et al. (2022)	- Veteranos ($n = 361$)	IDAS (inglés)	Intrusiones Traumáticas	CAPS SCID-NP TLFB	- Modelo de panel de retardo cruzado		
41.	Miller y O'Hara (2020)	- Mujeres que acaban de dar a luz ($n = 228$)	IDAS (inglés)	Todas	MIRI PTBC	- Prueba t - Correlaciones - Regresión múltiple		

Nº	Cita	Muestra	Versión IDAS	Escalas	Instrumentos adicionales	Técnica analítica	Propiedades psicométricas del IDAS	Utilidad clínica IDAS
42.	Miller et al. (2017)	- Mujeres que acaban de dar a luz ($n = 531$)	IDAS-II (inglés)	Todas	DE PRAMS TLEQ	- Correlaciones - Regresión jerárquica		
43.	Mott et al. (2011)	- Mujeres adoptivas ($n = 147$) - Mujeres que acaban de dar a luz ($n = 147$)	IDAS (inglés)	Todas	DAS EPDS	- ANCOVA - Regresión lineal - Regresión jerárquica		
44.	Nelson et al. (2014)	- Personas con trasplante de células madre hematopoyéticas para neoplasias malignas ($n = 228$)	IDAS (inglés)	Bienestar Disforia Pánico	PSQI	- ANOVA - Pruebas a posteriori - Modelo de regresión de efectos fijos y efectos mixtos		
45.	Nelson et al. (2018a)	- Estudiantes ($n = 75$) - Personas con TDM ($n = 68$) - Personas sin historial de depresión ($n = 67$)	IDAS (inglés)	Todas		- ANOVA - Correlaciones - Regresión múltiple		

El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II (IDAS-II)

Nº	Cita	Muestra	Versión IDAS	Escalas	Instrumentos adicionales	Técnica analítica	Propiedades psicométricas del IDAS	Utilidad clínica IDAS
46.	Nelson et al. (2018b)	- Adultos de población general ($n = 1836$)	IDAS-II (inglés)	Todas		- Estadísticos descriptivos - Análisis factorial exploratorio - Percentiles	VALIDEZ Basada en la estructura interna	Baremos
47.	Nylen et al. (2013)	- Mujeres embarazadas ($n = 255$) - Mujeres de población general ($n = 820$)	IDAS (inglés)	Todas		- Análisis factorial confirmatorio		
48.	O'Hara et al. (2019)	- Mujeres que cumplían los criterios DSM-IV para episodio depresivo mayor y que habían dado a luz en los 6 meses previos ($n = 162$)	IDAS (inglés)	Depresión General	BDI CGI EPDS HAM-D PHQ-9 PPAQ SCID	- Modelo de regresión lineal mixto - Prueba de significación estadística - Prueba t - Regresión de efectos mixtos		

Nº	Cita	Muestra	Versión IDAS	Escalas	Instrumentos adicionales	Técnica analítica	Propiedades psicométricas del IDAS	Utilidad clínica IDAS
49.	Orouji et al. (2022)	- Estudiantes ($n = 303$) - Pacientes de salud mental ($n = 605$)	IDAS (inglés)	Todas	AAQ-2 DERS PSQI	- Análisis de rutas		
50.	Perez et al. (2022)	- Personas con trastornos internalizantes (TDM, TAG y/o ansiedad social; $n = 60$)	IDAS-II (inglés)	Todas	IDAS-II MEDI HADS IUS-12 RTQ HRV	- Análisis Bayesiano con efectos aleatorios - ANCOVA		
51.	Plonsker et al. (2017)	- Adultos de población general ($n = 55$)	IDAS (inglés)	Depresión General Pánico	CFQ IAPS	- Correlaciones - Análisis de mediación		
52.	Ro y Clark (2013)	- Adultos ($n = 429$) - Pacientes psiquiátricos ($n = 181$)	IDAS (inglés)	Depresión General	BFI MDPF PWB SFQ SIPP-SF SNAP-2 SWLS WHODAS 2.0 WHOQOL-BREF	- Prueba t para muestras independientes - Correlaciones - Análisis de componentes principales - Análisis paralelo - Regresión múltiple		

El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II (IDAS-II)

Nº	Cita	Muestra	Versión IDAS	Escalas	Instrumentos adicionales	Técnica analítica	Propiedades psicométricas del IDAS	Utilidad clínica IDAS
53.	Rosmarin et al. (2022)	- Personas con alto y bajo riesgo de padecer TDM ($n = 94$)	IDAS-II (inglés)	Depresión General	PHQ-9	- Regresión lineal múltiple - Tamaño del efecto - Análisis de sensibilidad		
54.	Santos et al. (2021)	- Mujeres embarazadas ($n = 150$)	IDAS-II (inglés y español)	Todas	AS BAS EDS EHM	- Correlaciones - Coeficiente de correlación de orden de rangos de Spearman - Regresión lineal múltiple - Prueba de Wald		
55.	Schiller et al. (2022)	- Mujeres con al menos un hijo ($n = 36$)	IDAS (inglés)	Todas	EPDS HRSD SCID-IV THQ	- Modelos multinivel - Modelo lineal generalizado - ANOVA		

Nº	Cita	Muestra	Versión IDAS	Escalas	Instrumentos adicionales	Técnica analítica	Propiedades psicométricas del IDAS	Utilidad clínica IDAS
56.	Simms et al. (2008)	- Adultos de población general ($n = 362$) - Pacientes psiquiátricos ($n = 353$) - Estudiantes universitarios ($n = 673$)	IDAS (inglés)	Todas	BAI BDI-II BFI IDD IPC PANAS-X PSWQ RSES	- Análisis factorial confirmatorio bifactor		
57.	Stanton et al. (2017)	- Adultos de población general ($n = 342$) - Estudiantes universitarios ($n = 382$)	IDAS-II (inglés)	Bienestar Disforia Euforia Mania	ASRM AVI BFI FS GBI HPS DES MDQ PANAS PID-5 PUM RPA SHS SWLS TAI	- Análisis factorial exploratorio		

El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II (IDAS-II)

Nº	Cita	Muestra	Versión IDAS	Escalas	Instrumentos adicionales	Técnica analítica	Propiedades psicométricas del IDAS	Utilidad clínica IDAS
58.	Stasik-O'Brien et al. (2019)	- Participantes ($N = 5,750$) incluyen estudiantes de secundaria, estudiantes universitarios, adultos de población general, pacientes psiquiátricos, adultos de avanzada edad, personas con diabetes y mujeres que acaban de dar a luz.	IDAS-II (inglés)	Todas	BAI BDI-II CES-D EPDS GDS RADS-2 IDAS-CR HRSD MINI SCID-IV	- Curvas ROC - Índice de Youden - Puntuaciones T y percentiles	FIABILIDAD Acuerdo entre observadores	Puntos de corte diagnósticos Rangos de severidad
59.	Vidaña et al. (2020)	- Personas diagnosticadas con trastorno de la conducta alimentaria ($n = 225$)	IDAS-II (inglés)	Disforia Suicidio	EPSI EPSI-CRV SCID-1/NP	- ANCOVAs		

Nº	Cita	Muestra	Versión IDAS	Escalas	Instrumentos adicionales	Técnica analítica	Propiedades psicométricas del IDAS	Utilidad clínica IDAS
60.	Watson y Naragon-Gainey (2014)	- Muestra 1 (N = 3,714) compuesta por pacientes (n = 635), adultos de población general (n = 732), estudiantes universitarios (n = 1.863), jóvenes adultos (n = 271) y adultos de avanzada edad (n = 213). - Muestra 2 (N = 669) compuesta por pacientes psiquiátricos (n = 296) y estudiantes universitarios (n = 373)	IDAS-II (inglés)	Ansiedad Social Aumento de Apetito Comprobación Disforia Euforia Evitación Traumática Fatiga Insomnio Intrusiones Traumáticas Limpieza Manía Ordenación Pérdida de Apetito Suicidio	APPQ BFI FQ GAD-Q-IV GDQ-Short form IDAS-CR IMAS MASQ OCI-R PASQ PCL SCOPI	- Correlaciones parciales - Regresión jerárquica - Análisis de componentes principales		

El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II (IDAS-II)

Nº	Cita	Muestra	Versión IDAS	Escalas	Instrumentos adicionales	Técnica analítica	Propiedades psicométricas del IDAS	Utilidad clínica IDAS
61.	Watson et al. (2007)	- Estudiantes universitarios: - Muestra 1 ($n = 499$) - Muestra 2 ($n = 673$) - Muestra 3 ($n = 307$) - Pacientes psiquiátricos: - Muestra 1 ($n = 369$) - Muestra 2 ($n = 339$) - Adultos de población general ($n = 370$) - Estudiantes de educación secundaria ($n = 254$) - Jóvenes adultos de población general ($n = 271$) - Mujeres que acaban de dar a luz ($n = 832$)	IDAS (inglés)	Todas	BAI BDI EPDS HRSD IMAS RADS-2	- Estadísticos descriptivos - Coeficiente alfa de Cronbach - Promedio de correlación entre ítems - Correlaciones - Análisis de componentes principales	FIABILIDAD Consistencia interna Estabilidad temporal Acuerdo entre observadores VALIDEZ Basada en la estructura interna Basada en la relación con otras variables - Discriminante - Convergente	

Nº	Cita	Muestra	Versión IDAS	Escalas	Instrumentos adicionales	Técnica analítica	Propiedades psicométricas del IDAS	Utilidad clínica IDAS
62.	Watson et al. (2008)	- Estudiantes universitarios ($n = 306$) - Pacientes psiquiátricos ($n = 605$)	IDAS (inglés)	Todas	BAI BDI IDAS-CR SCID-IV	- Correlaciones - Regresión logística multivariada	FIABILIDAD Acuerdo entre observadores (IDAS-CR) VALIDEZ Basada en la relación con otras variables - Discriminante - Convergente - Relaciones prueba- criterio - Incremental	
63.	Watson et al. (2012)	Estudiantes: - Muestra 1 ($n = 307$) - Muestra 2 ($n = 363$) - Muestra 3 ($n = 219$) - Muestra 4 ($n = 546$) - Muestra 5 ($n = 727$)	IDAS-II (inglés)	Todas	APPQ FQ GBI HCL-32 HPS IDAS-CR IMAS PCCP PCL PSRS SCID-IV	- Estadísticos descriptivos - Coeficiente alfa de Cronbach - Promedio de correlación entre ítems - Correlaciones	FIABILIDAD Consistencia interna Acuerdo entre observadores (IDAS-CR) VALIDEZ Basada en la estructura interna	

El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II (IDAS-II)

Nº	Cita	Muestra	Versión IDAS	Escalas	Instrumentos adicionales	Técnica analítica	Propiedades psicométricas del IDAS	Utilidad clínica IDAS
		- Muestra 6 (<i>n</i> = 342) - Muestra 7 (<i>n</i> = 373) Adultos de población general: - Muestra 1 (<i>n</i> = 355) - Muestra 2 (<i>n</i> = 372) - Muestra 3 (<i>n</i> = 364) Pacientes: - Muestra 1 (<i>n</i> = 94) - Muestra 2 (<i>n</i> = 200) - Muestra 3 (<i>n</i> = 394) - Muestra 4 (<i>n</i> = 252) - Muestra 5 (<i>n</i> = 220)			SCOPI	- Análisis de componentes principales	Basada en la relación con otras variables - Discriminante - Convergente - Relaciones prueba-criterio - Incremental	

Nº	Cita	Muestra	Versión IDAS	Escalas	Instrumentos adicionales	Técnica analítica	Propiedades psicométricas del IDAS	Utilidad clínica IDAS
64.	Watson et al. (2013)	- Pacientes ($n = 1914$) - Adultos de población general ($n = 1937$) - Estudiantes universitarios ($n = 3484$) - Mujeres que acaban de dar a luz ($n = 1070$)	IDAS-II (inglés)	Todas	BDI-II CES-D EPDS GBI HPS IMAS	- Correlaciones - Modelo de regresión - Análisis paralelo	VALIDEZ Basada en el contenido de la prueba	
65.	Watson et al. (2015a)	- Adultos de población general ($n = 438$)	IDAS-II (inglés)	Ansiedad Social Comprobación Depresión General Euforia Evitación Traumática Intrusiones Traumáticas Limpieza Manía Ordenación Pánico	APPQ AUDIT CES DES DPS DUS FI-FFM FQ GADQ-IV HEXACO-PI-R ISES MASQ MDI MINI NEO-PI-3 OCI-R PASQ	- Análisis factorial exploratorio - Análisis de regresión - Correlaciones - Tamaño del efecto		

El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II (IDAS-II)

Nº	Cita	Muestra	Versión IDAS	Escalas	Instrumentos adicionales	Técnica analítica	Propiedades psicométricas del IDAS	Utilidad clínica IDAS
					PCL-C PHQ-9 PID-5 SCOPI SMAST SPQ STQ-SF			
66.	Watson et al. (2015b)	- Adultos de población general (n = 438)	IDAS-II (inglés)	Ansiedad Social Aumento de Apetito Claustrofobia Comprobación Disforia Euforia Evitación Traumática Fatiga Insomnio Intrusiones Traumáticas Limpieza Manía Ordenación Pánico Pérdida de Apetito Suicidio	APPQ AUDIT DPS DUS FQ GADQ-IV MASQ MDI MINI OCI-R PASQ PCL-C PHQ-9 PID-5 SCOPI SMAST SPQ STQ-SF	- Análisis factorial - Análisis paralelo - Test MAP - Correlaciones		

Nº	Cita	Muestra	Versión IDAS	Escalas	Instrumentos adicionales	Técnica analítica	Propiedades psicométricas del IDAS	Utilidad clínica IDAS
67.	Watson et al. (2019)	Adultos: - Muestra 1 (<i>n</i> = 375) - Muestra 2 (<i>n</i> = 439) - Muestra 3 (<i>n</i> = 214)	IDAS-II (inglés)	Euforia Manía	APPQ ASRM ASRS AUDIT CAT-PD CES DPS DUS FI-FFM FQ HPS LSRP MASQ MDI MINI MPQ NPI OCI-R PCL-C PDQ-4 PHQ PID-5 SCOPI SD3 SIDP-IV SMAST SPQ	- Correlaciones - Análisis de regresión		

El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II (IDAS-II)

Nº	Cita	Muestra	Versión IDAS	Escalas	Instrumentos adicionales	Técnica analítica	Propiedades psicométricas del IDAS	Utilidad clínica IDAS
68.	Watson et al. (2021)	- Adultos de población general ($n = 240$)	IDAS-II (inglés)	Euforia Mania	ASRM HPS MINI NPI PDQ-4 SD3 SIDP-IV	- Coeficiente alfa de Cronbach - Correlaciones		
69.	Weitzner et al. (2019)	- Adultos de población general de entre 55 y 80 años ($n = 323$)	IDAS-II (inglés)	Todas	GAD-7 GAI GAS GDS PSWQ	- Coeficiente alfa de Cronbach - Análisis factorial exploratorio - Regresión múltiple - Correlaciones	FIABILIDAD Consistencia interna VALIDEZ Basada en la estructura interna Basada en la relación con otras variables - Discriminante - Convergente	
70.	Wester et al. (2022)	- Adultos de población general ($n = 1.054$)	IDAS-II (alemán)	Todas	DOCS GAD-7 HSCL-11 ITQ PHQ-9	- ω de McDonald - Correlaciones - Prueba de Jennrich de	FIABILIDAD Consistencia interna	Baremos

Nº	Cita	Muestra	Versión IDAS	Escalas	Instrumentos adicionales	Técnica analítica	Propiedades psicométricas del IDAS	Utilidad clínica IDAS
					SANB-5 WHO-5	igualdad de varias matrices de correlación - Análisis factorial confirmatorio	VALIDEZ Basada en la estructura interna Basada en la relación con otras variables - Discriminante - Convergente	
71.	Williamson et al. (2015)	- Mujeres que acaban de dar a luz ($n = 271$) - Mujeres que no habían dado a luz ($n = 820$)	IDAS (inglés)	Aumento de Apetito Bienestar (recodificada) Disofria Fatiga Insomnia Irritabilidad Pérdida de Apetito Suicidio		- Análisis factorial confirmatorio - Tamaño del efecto - Análisis de la varianza		
72.	Zvolensky et al. (2015)	- Adultos de población general ($n = 138$)	IDAS (español)	Depresión General Pánico Suicidio	AAQ-2 ASI-3 MINI PANAS	- Estadísticos descriptivos - Correlaciones - Remuestreo		

El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II (IDAS-II)

Nº	Cita	Muestra	Versión IDAS	Escalas	Instrumentos adicionales	Técnica analítica	Propiedades psicométricas del IDAS	Utilidad clínica IDAS
73.	Zvolensky et al. (2016)	- Adultos de población general (<i>n</i> = 205)	IDAS (español)	Suicidality	MINI PANAS SDS SSS	- Estadísticos descriptivos - Correlaciones - Remuestreo		

Nota: AAQ-2 = Acceptance and Action Questionnaire – II; AASP = Adolescent/Adult Sensory Profile; ACE-IQ = Adverse Childhood Experiences – International Questionnaire; AIHQ = The Ambiguous Intentions and Hostility Questionnaire; AIS = Acceptance and Inflexibility Scale; APPQ = Albany Panic and Phobia Questionnaire; AQ = Autism Spectrum Quotient; AS = Acculturative Stress Scale; ASI = Anxiety Sensitivity Index; ASI-3 = Anxiety Sensitivity Index – 3; ASRM = Altman Self-Rating Mania Scale; ASRS = Inattentiveness and Hyperactivity/Impulsivity scales from the Adult ADHD Self-Report Scale; AUDIT = Alcohol Use Disorder Identification Test; AVI = Affect Valuation Index; BADLS = Bristol Activities of Daily Living Scale; BAI = Beck Anxiety Inventory; BAS = Bidimensional Acculturation Scale; BCS = Barriers to Cessation Scale; BDI-II = Beck Depression Inventory II; BFI = Big Five Inventory; BLERT = Bell Lysaker Emotion Recognition Test; BNT-2 = Boston Naming Test-Second Edition CAPS = Clinician Administered PTSD Scale; CAT-PD = Comprehensive Assessment of Traits relevant to Personality Disorder; BVRT = Benton Visual Retention Test; CDRS-R = the Children’s Depression Rating Scales-Revised; CES = Curious Experiences Survey; CES–D = Center for Epidemiological Studies Depression Scale; CFQ = Cognitive Fusion Questionnaire; CGI = Clinical Global Impressions-Severity of Illness and Improvement scales; CompACT = Comprehensive assessment of Acceptance and Commitment Therapy processes; COWAT = Controlled Oral Word Association Test; CTQ = Childhood Trauma Questionnaire; DAS = Dyadic Adjustment Scale; DAST-10 = Drug Abuse Screening Test; DBQ = Driving Behavior Questionnaire; DE = Daily Experiences Questionnaire; DEBQ = Dutch Eating Behavior Questionnaire; DERS = Difficulties in Emotional Regulation Scale; DES = Dissociative Experiences Scale; DOCS = Dimensional Obsessive-Compulsive Scale; DPS = Dissociative Processes Scale; DUS = Drug Use Survey; EDDS = Eating Disorder Diagnostic Survey; EDE-Q = Eating Disorder Examination Questionnaire; EDI-3 = Eating Disorder Inventory–3; EDS = Everyday Discrimination Scale; EHM = Economic Hardship Measure; EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale; EPSI = Eating Pathology Symptoms Inventory; EPSI-CRV = Eating Pathology Symptoms Inventory – Clinician Rated Version; ER-40 = Penn Emotion Recognition Test; Eyes Test = Reading the Mind in the Eyes Test; FI-FFM = Faceted Inventory of the Five-Factor Model; FMPS = The Frost Multidimensional Perfectionism Scale; FQ = Fear Questionnaire; FS = Flourishing Scale; FTCD = Fagerström Test for Cigarette Dependence; FTND = Fagerström Test for Nicotine Dependence; GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder Scale; GADQ-IV = Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV; GAD-Q-IV = Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV; GAI = Geriatric Anxiety Inventory; GAS = Geriatric Anxiety Scale; GBI = General Behavior Inventory; GCPS = Graded chronic pain scale; GDQ-Short form = Worry Domains Questionnaire-Short Form; GDS = Geriatric Depression Scale; HADS = Hospital Anxiety and Depression

Scale; HAMD = Hamilton Depression Rating Scale; HCL-32 = Hypomania Checklist-32; HEXACO-PI-R = HEXACO Personality Inventory-Revised; HPS = Hypomanic Personality Scale; HRSD = Hamilton Rating Scale for Depression; HRV = Heart Rate Variability; HSCL-11 = Symptom Checklist-90 Revised – Short Version; IAPS = International Affective Picture System; IDAS-CR = Clinician Rating Version of the IDAS; IDD = Inventory to Diagnose Depression; IMAS = The Interview for Mood and Anxiety Symptoms; IPC = Inventory of Personal Characteristics; IRQ = Intimate Relations Questionnaire; ISES = General Sleep Experiences scale; ITQ = International Trauma Questionnaire; IUS-12 = Intolerance of uncertainty scale – Short form; K-SADS-PL = Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version; LOT-R = Life Orientation Test-Revised; LSAS= Liebowitz Social Anxiety Scale; MASQ = Mood and Anxiety Symptom Questionnaire; MBAS = Male Body Attitudes Scale; MCCB = MATRICS Consensus Cognitive Battery; mDES = Modified Differential Emotions scale; MDI = Multiscale Dissociation Inventory; MDPF = Measure of disordered personality functioning; MDQ = Mood Disorder Questionnaire; MEDI = Multidimensional Emotional Disorder Inventory; MEEQ = Marijuana Effect Expectancies Questionnaire; MHF = Medical History Form; MINI = The Mini International Neuropsychiatric Interview; Mini-MASQ = Mini Mood and Anxiety Symptom Questionnaire; MIRI = Maternal Infant Responsiveness Instrument; MMPI-2-RF = Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form; MOCI = Maudsley Obsessive Compulsive Inventory; MPQ = Multidimensional Personality Questionnaire; MSHQ = Marijuana Smoking History Questionnaire; MSPQ = Modified Somatic Perception Questionnaire; NEO-PI-3 = NEO Personality Inventory-3; NPI = Narcissistic Personality Inventory; OCI-R = Obsessive–Compulsive Inventory Revised; PANAS = Positive and Negative Affect Scale; PANAS-X = Expanded version of the Positive and Negative Affect Schedule; PAS = Panic and Agoraphobia Scale; PASQ = Panic Attack Symptoms Questionnaire; PCCP = Personality, Cognitions, Consciousness, and Perceptions Interview; PCL = PTSD Checklist–Civilian Version; PDPI-R = Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised; PDQ-4 = Narcissistic PD Scale; PDS = Post-traumatic Stress Diagnostic Scale; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9; PI = Perfectionism Inventory; PID-5 = Personality Inventory for DSM–5; PPAQ = Postpartum Adjustment Questionnaire; PRAMS = Pregnancy Risk Assessment Monitoring System; PS = Paranoia Scale; PSQI = Pittsburgh Sleep Quality Index; PSRS = Phobic Stimuli Response Scale; PSS = Perceived Social Support; PSWQ = Penn State Worry Questionnaire; PTBC = The Parental Thoughts and Behaviors Checklist; PUM = Positive Urgency Measure; PWB = Scale of Psychological Well Being; RAD = Relationships Across Domains task; RADS-2 = Reynolds Adolescent Depression Scale – 2; RAVLT = Rey Auditory Verbal Learning Test; RBS-R = Repetitive Behaviors Scale-Revised; RFS = Reasons for Smoking; ROCF = Rey–Osterrieth Complex Figure Test; RPA = Responses to Positive Affect; RS = Restraint Scale; RSES = Rosenberg Self-Esteem Scale; RTQ = Repetitive thinking questionnaire; SAFE = Social, Attitudinal, Familial, and Environmental Scale; SANB-5 = Fear of Negative Evaluation Scale-5; SCID-I = Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders; SCID-IV = Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis-I Disorders; SCID-NP = Structured Clinical Interview for DSM non-patient edition; SCID-5 = Structured Clinical Interview for DSM-5; SCOPI = Schedule of Compulsions, Obsessions, and Pathological Impulses; SCQ = Smoking Consequences Questionnaire; SD3 = Short Dark Triad; SDS = Sheehan Disability Scale; SFQ = Social Functioning Questionnaire; SHQ = Smoking History Questionnaire; SHS = Subjective Happiness Scale; SIAS = Social Interaction Anxiety Scale; SIDP-IV = Structured Interview for DSM-IV Personality; SIPP-SF = Severity Indices of Personality Problems-Short Form; SLES = Stressful Life Events Schedule; SMAST = Short Michigan Alcoholism Screening Test; SNAP-2 = Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality-2; SPQ = Schizotypal Personality Questionnaire; SPSI-

El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II (IDAS-II)

R-SF = Social Problem Solving Inventory-Revised Short Form; SSI = Social Skills Inventory; SSS = Subjective Social Status; STQ-SF = Schizotypal Traits Questionnaire-Short Form; SUDS = Subjective Units of Distress Scale; SWLS = Satisfaction with Life Scale; TAG = trastorno de ansiedad generalizada; TAI = Temperament and Affectivity Inventory; TASIT = The Awareness of Social Inferences Test; TDM = trastorno de depression mayor; TFEQ = The Three Factor Eating Disorder Questionnaire; The Hinting Task; THQ = Trauma History Questionnaire; TLEQ = Traumatic Life Events Questionnaire; TLFB = Time-Line Follow-Back; TMT = Trail Making Test; TOF = Tacting of Function scale; TOP = Treatment outcome package; TQ-R = Teasing Questionnaire-Revised; TriPM = Triarchic Psychopathy Measure; Trust = Trustworthiness Task; UPPS-P = Urgency-Premeditation-Perseverance-Sensation Seeking Positive Urgency; USE = Usefulness, Satisfaction, and Ease Questionnaire; WAIS-IV = Wechsler Adult Intelligence Scale | Fourth Edition; WASI = Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence; WHO-5 = WHO-Five Well-Being Index; WHODAS 2.0 = WHO Disability Assessment Scale–II; WHOQOL-BREF = WHO Quality of Life-Brief Form; WISDM-Brief = Brief Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives; WRAT-3 = Wide Range Achievement Test 3.

Referencias

- Abdi, R., Chalabianloo, G., & Joorbonyan, A. (2015). The role of perfectionism as a transdiagnostic factor in the prediction of emotional disorders symptoms severity. *Practice in Clinical Psychology*, 3(4), 227-234.
- Abdi, R., Chalabianloo, G., & Joorbonyan, A. (2016). The mediating role of repetitive negative thinking in relationship between negative perfectionism and severity of anxiety symptoms. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 10(4), e5308. <https://doi.org/10.17795/ijpbs-5308>
- Albanese, B. J., Macatee, R. J., Boffa, J. W., Bryan, C. J., Zvolensky, M. J., & Schmidt, N. B. (2018). Interactive effects of traumatic brain injury and anxiety sensitivity on PTSD symptoms: A replication and extension in two clinical samples. *Cognitive Therapy and Research*, 42(4), 510-523. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9883-4>
- Ayaz, R., Hocaoglu, M., Günay, T., Yardımcı, O. devrim, Turgut, A., & Karateke, A. (2020). Anxiety and depression symptoms in the same pregnant women before and during the COVID-19 pandemic. *Journal of Perinatal Medicine*, 48(9), 965-970. <https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0380>
- Azarmehr, R., Shalchi, B., & Ahmadi, E. (2020). Impulsive behavior as a mediator between childhood maltreatment and emotional disorders. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 14(4), e105726. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.105726>
- Bakhshaie, J., Hanna, A. E., Viana, A. G., Garza, M., Valdivieso, J., Ochoa-Perez, M., Lemaire, C., Cardoso, J. B., Rogers, A. H., Mayorga, N. A., Bogiaizian, D., &

- Zvolensky, M. J. (2018). Acculturative stress and mental health among economically disadvantaged Spanish-speaking Latinos in primary care: The role of anxiety sensitivity. *Psychiatry Research*, 261, 421-427.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.009>
- Bakhshaie, J., Kauffman, B. Y., Viana, A. G., Garza, M., Ochoa-Perez, M., Lemaire, C., Bogiaizian, D., Robles, Z., & Zvolensky, M. J. (2017). Synergistic effects of pain intensity and experiential avoidance in relation to anxiety symptoms and disorders among economically disadvantaged latinos in a community-based primary care setting. *Journal of Anxiety Disorders*, 48, 54-62.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.08.004>
- Bartlett, E. A., Klein, D. N., Li, K., DeLorenzo, C., Kotov, R., & Perlman, G. (2019). Depression severity over 27 months in adolescent girls is predicted by stress-linked cortical morphology. *Biological Psychiatry*, 86(10), 769-778.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.04.027>
- Bauer, B. W., Albanese, B. J., Martin, R. L., Smith, N. S., Schmidt, N. B., & Capron, D. W. (2019). Fear reactivity to head-mounted display perceptual illusion challenges is associated with suicidality. *Psychiatry Research*, 276, 262-268.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.106>
- Bernstein, J. P. K., DeVito, A., & Calamia, M. (2019). Associations between emotional symptoms and self-reported aberrant driving behaviors in older adults. *Accident Analysis & Prevention*, 127, 28-34. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2019.02.024>
- Bohrer, B. K., Forbush, K. T., & Hunt, T. K. (2015). Are common measures of dietary restraint and disinhibited eating reliable and valid in obese persons? *Appetite*, 87, 344-351. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.12.226>

- Burani, K., & Nelson, B. D. (2020). Gender differences in anxiety: The mediating role of sensitivity to unpredictable threat. *International Journal of Psychophysiology*, 153, 127-134. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2020.05.001>
- Calamia, M., & Bernstein, J. P. K. (2017). Comparison of self-reported and informant-reported depressive symptoms in an outpatient neuropsychology clinic sample. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 39(6), 525-533. <https://doi.org/10.1080/13803395.2016.1240759>
- Capron, D. W., Blumenthal, H., Medley, A. N., Lewis, S., Feldner, M. T., Zvolensky, M. J., & Schmidt, N. B. (2012). Anxiety sensitivity cognitive concerns predict suicidality among smokers. *Journal of Affective Disorders*, 138(3), 239-246. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.01.048>
- Chu, S.-H., Parhi, K. K., Westlund Schreiner, M., Lenglet, C., Mueller, B. A., Klimes-Dougan, B., & Cullen, K. R. (2021). Effect of SSRIs on resting-state functional brain networks in adolescents with major depressive disorder. *Journal of Clinical Medicine*, 10(19), 4322. <https://doi.org/10.3390/jcm10194322>
- Cullen, K. R., Brown, R., Schreiner, M. W., Eberly, L. E., Klimes-Dougan, B., Reigstad, K., Hill, D., Lim, K. O., & Mueller, B. A. (2020). White matter microstructure relates to lassitude but not diagnosis in adolescents with depression. *Brain Imaging and Behavior*, 14(5), 1507-1520. <https://doi.org/10.1007/s11682-019-00078-8>
- Dornbach-Bender, A., Ruggero, C. J., Waszczuk, M. A., Gamez, W., Watson, D., & Kotov, R. (2017). Mapping emotional disorders at the finest level: Convergent validity and joint structure based on alternative measures. *Comprehensive Psychiatry*, 79, 31-39. <https://doi.org/10.1016/j.comppsycho.2017.06.011>

- Duffecy, J., Grekin, R., Long, J. D., Mills, J. A., & O'Hara, M. (2022). Randomized controlled trial of Sunnyside: Individual versus group-based online interventions to prevent postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 311, 538-547. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.123>
- Eadeh, H.-M., Adamowicz, J. L., Markon, K., & Thomas, E. B. K. (2022). Using network analysis to examine connections between Acceptance and Commitment Therapy (ACT) processes, internalizing symptoms, and well-being in a sample of undergraduates. *Journal of Affective Disorders*, 320, 701-709. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.10.004>
- Farris, S. G., Zvolensky, M. J., Blalock, J. A., & Schmidt, N. B. (2014). Negative affect and smoking motives sequentially mediate the effect of panic attacks on tobacco-relevant processes. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 40(3), 230-239. <https://doi.org/10.3109/00952990.2014.891038>
- Farris, S. G., Zvolensky, M. J., Boden, M. T., & Bonn-Miller, M. O. (2014). Cannabis use expectancies mediate the relation between depressive symptoms and cannabis use among cannabis-dependent veterans. *Journal of Addiction Medicine*, 8(2), 130-136. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000010>
- Foli, K. J., South, S. C., Lim, E., & Jarnecke, A. M. (2016). Post-adoption depression: Parental classes of depressive symptoms across time. *Journal of Affective Disorders*, 200, 293-302. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.049>
- Forbush, K. T., Chen, P.-Y., Hagan, K. E., Chapa, D. A. N., Gould, S. R., Eaton, N. R., & Krueger, R. F. (2018). A new approach to eating-disorder classification: Using empirical methods to delineate diagnostic dimensions and inform care.

International Journal of Eating Disorders, 51(7), 710-721.

<https://doi.org/10.1002/eat.22891>

Forbush, K. T., & Wildes, J. E. (2017). Application of structural equation mixture modeling to characterize the latent structure of eating pathology: Application of Structural Equation Mixture Modeling. *International Journal of Eating Disorders*, 50(5), 542-550. <https://doi.org/10.1002/eat.22634>

Forbush, K. T., Wildes, J. E., Pollack, L. O., Dunbar, D., Luo, J., Patterson, K., Petruzzi, L., Pollpeter, M., Miller, H., Stone, A., Bright, A., & Watson, D. (2013). Development and validation of the Eating Pathology Symptoms Inventory (EPSI). *Psychological Assessment*, 25(3), 859-878. <https://doi.org/10.1037/a0032639>

Hekmati, I., Abdollahpour Ranjbar, H., Eskin, M., Drake, C. E., & Jobson, L. (2021). The moderating role of experiential avoidance on the relationship between cognitive fusion and psychological distress among Iranian students. *Current Psychology*, 42, 1394-1401. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01539-4>

Irak, M., & Albayrak, E. O. (2020). Psychometric properties of the expanded version of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms in a Turkish population. *Psychological Reports*, 123(2), 517-545. <https://doi.org/10.1177/0033294118813844>

Jimenez, A., McMahon, T. P., Watson, D., & Naragon-Gainey, K. (2022). Dysphoria and well-being in daily life: Development and validation of ecological momentary assessment scales. *Psychological Assessment*, 34(6), 546-557. <https://doi.org/10.1037/pas0001117>

- Kaminer, D., Bravo, A. J., Mezquita, L., Pilatti, A., Cross-Cultural Addictions Study Team, Bravo, A. J., Conway, C. C., Henson, J. M., Hogarth, L., Ibáñez, M. I., Kaminer, D., Keough, M., Mezquita, L., Ortet, G., Pearson, M. R., Pilatti, A., Prince, M. A., Read, J. P., Roozen, H. G., & Ruiz, P. (2022). Adverse childhood experiences and adulthood mental health: A cross-cultural examination among university students in seven countries. *Current Psychology*.
<https://doi.org/10.1007/s12144-022-02978-3>
- Kaye, S., Wygant, D. B., Umlauf, R. L., & Marek, R. J. (2022). Factor structure and validity of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms-II (IDAS-II) in a chronic back pain treatment-seeking sample. *Psychological Assessment*, 34(1), 3-9. <https://doi.org/10.1037/pas0001057>
- Kelly, M. E., Guillot, C. R., Quinn, E. N., Lucke, H. R., Bello, M. S., Pang, R. D., & Leventhal, A. M. (2020). Anxiety sensitivity in relation to cigarette smoking and other substance use in African American smokers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 34(6), 669-679. <https://doi.org/10.1037/adb0000573>
- Khoo, S., Stanton, K., Clark, L. A., & Watson, D. (2020). Facet-level personality relations of the symptom dimensions of the tripartite model. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 42(1), 160-177.
<https://doi.org/10.1007/s10862-019-09763-w>
- Klein, H. S., Kelsven, S., & Pinkham, A. E. (2018). Increased social cognitive bias in subclinical paranoia. *Schizophrenia Research: Cognition*, 12, 74-76.
<https://doi.org/10.1016/j.scog.2018.05.002>
- Klumpp, H., Chang, F., Bauer, B. W., & Burgess, H. J. (2023). Objective and subjective sleep measures are related to suicidal ideation and are transdiagnostic features of

- major depressive disorder and social anxiety disorder. *Brain Sciences*, 13(2), 288. <https://doi.org/10.3390/brainsci13020288>
- Latzman, R. D., Palumbo, I. M., Sauvigné, K. C., Hecht, L. K., Lilienfeld, S. O., & Patrick, C. J. (2019). Psychopathy and internalizing psychopathology: A triarchic model perspective. *Journal of Personality Disorders*, 33(2), 262-287. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_347
- Leventhal, A. M., Zvolensky, M. J., & Schmidt, N. B. (2011). Smoking-related correlates of depressive symptom dimensions in treatment-seeking smokers. *Nicotine & Tobacco Research*, 13(8), 668-676. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntr056>
- Liew, S. M., Thevaraja, N., Hong, R. Y., & Magiati, I. (2015). The relationship between autistic traits and social anxiety, worry, obsessive–compulsive, and depressive symptoms: Specific and non-specific mediators in a student sample. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(3), 858-872. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2238-z>
- Mayorga, N. A., Brooks, J. R., Walker, R. L., Garey, L., Cardoso, J. B., Garza, M., Ochoa-Perez, M., Lemaire, C., Viana, A., & Zvolensky, M. J. (2022). Evaluating the role of anxiety sensitivity on behavioral health outcomes among latinx persons. *Cognitive Therapy and Research*, 46(1), 31-42. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10239-z>
- McDade-Montez, E. A., Watson, D., O’Hara, M. W., & Denburg, N. L. (2008). The effect of symptom visibility on informant reporting. *Psychology and Aging*, 23(4), 940-946. <https://doi.org/10.1037/a0014297>

Metrik, J., Stevens, A. K., Gunn, R. L., Borsari, B., & Jackson, K. M. (2022). Cannabis use and posttraumatic stress disorder: Prospective evidence from a longitudinal study of veterans. *Psychological Medicine*, 52(3), 446-456.

<https://doi.org/10.1017/S003329172000197X>

Miller, M. L., Kroska, E. B., & Grekin, R. (2017). Immediate postpartum mood assessment and postpartum depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 207, 69-75. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.023>

Miller, M. L., & O'Hara, M. W. (2020). Obsessive-compulsive symptoms, intrusive thoughts and depressive symptoms: A longitudinal study examining relation to maternal responsiveness. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(3), 226-242. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1652255>

Mott, S. L., Schiller, C. E., Richards, J. G., O'Hara, M. W., & Stuart, S. (2011). Depression and anxiety among postpartum and adoptive mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 14(4), 335-343. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0227-1>

Nelson, A. M., Coe, C. L., Juckett, M. B., Rumble, M. E., Rathouz, P. J., Hematti, P., & Costanzo, E. S. (2014). Sleep quality following hematopoietic stem cell transplantation: Longitudinal trajectories and biobehavioral correlates. *Bone Marrow Transplantation*, 49(11), 1405-1411. <https://doi.org/10.1038/bmt.2014.179>

Nelson, B. D., Kessel, E. M., Klein, D. N., & Shankman, S. A. (2018a). Depression symptom dimensions and asymmetrical frontal cortical activity while anticipating reward. *Psychophysiology*, 55(1), e12892. <https://doi.org/10.1111/psyp.12892>

- Nelson, G. H., O'Hara, M. W., & Watson, D. (2018b). National norms for the expanded version of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II). *Journal of Clinical Psychology, 74*(6), 953-968.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22560>
- Nylen, K. J., Williamson, J. A., O'Hara, M. W., Watson, D., & Engeldinger, J. (2013). Validity of somatic symptoms as indicators of depression in pregnancy. *Archives of Women's Mental Health, 16*(3), 203-210. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0334-2>
- O'Hara, M. W., Pearlstein, T., Stuart, S., Long, J. D., Mills, J. A., & Zlotnick, C. (2019). A placebo controlled treatment trial of sertraline and interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Journal of Affective Disorders, 245*, 524-532. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.361>
- Orouji, F., Abdi, R., & Chalabianloo, G. (2022). Mediating role of psychological inflexibility as transdiagnostic factor in the relationship between emotional dysregulation and sleep problems with symptoms of emotional disorders. *Frontiers in Psychology, 13*, 800041. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.800041>
- Perez, T. M., Glue, P., Adhia, D. B., Navid, M. S., Zeng, J., Dillingham, P., Smith, M., Niazi, I. K., Young, C. K., & De Ridder, D. (2022). Infralow closed-loop brain training for anxiety and depression (ISAD): A protocol for a randomized, double-blind, sham-controlled pilot trial in adult females with internalizing disorders. *Trials, 23*(1), 949. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06863-z>
- Plonsker, R., Gavish Biran, D., Zvielli, A., & Bernstein, A. (2017). Cognitive fusion and emotion differentiation: Does getting entangled with our thoughts

- dysregulate the generation, experience and regulation of emotion? *Cognition and Emotion*, 31(6), 1286-1293. <https://doi.org/10.1080/02699931.2016.1211993>
- Ro, E., & Clark, L. A. (2013). Interrelations between psychosocial functioning and adaptive- and maladaptive-range personality traits. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(3), 822-835. <https://doi.org/10.1037/a0033620>
- Rosmarin, D. H., Kaufman, C. C., Ford, S. F., Keshava, P., Drury, M., Minns, S., Marmarosh, C., Chowdhury, A., & Sacchet, M. D. (2022). The neuroscience of spirituality, religion, and mental health: A systematic review and synthesis. *Journal of Psychiatric Research*, 156, 100-113. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.10.003>
- Santos, H. P., Adynski, H., Harris, R., Bhattacharya, A., Incollingo Rodriguez, A. C., Cali, R., Yabar, A. T., Nephew, B. C., & Murgatroyd, C. (2021). Biopsychosocial correlates of psychological distress in Latina mothers. *Journal of Affective Disorders*, 282, 617-626. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.193>
- Schiller, C. E., Walsh, E., Eisenlohr-Moul, T. A., Prim, J., Dichter, G. S., Schiff, L., Bizzell, J., Slightom, S. L., Richardson, E. C., Belger, A., Schmidt, P., & Rubinow, D. R. (2022). Effects of gonadal steroids on reward circuitry function and anhedonia in women with a history of postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 314, 176-184. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.06.078>
- Simms, L. J., Grös, D. F., Watson, D., & O'Hara, M. W. (2008). Parsing the general and specific components of depression and anxiety with bifactor modeling. *Depression and Anxiety*, 25(7), E34-E46. <https://doi.org/10.1002/da.20432>

- Stanton, K., Gruber, J., & Watson, D. (2017). Basic dimensions defining mania risk: A structural approach. *Psychological Assessment*, 29(3), 304-319.
<https://doi.org/10.1037/pas0000337>
- Stasik-O'Brien, S. M., Brock, R. L., Chmielewski, M., Naragon-Gainey, K., Koffel, E., McDade-Montez, E., O'Hara, M. W., & Watson, D. (2019). Clinical utility of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS). *Assessment*, 26(5), 944-960. <https://doi.org/10.1177/1073191118790036>
- Vidaña, A. G., Forbush, K. T., Barnhart, E. L., Mildrum Chana, S., Chapa, D. A. N., Richson, B., & Thomeczek, M. L. (2020). Impact of trauma in childhood and adulthood on eating-disorder symptoms. *Eating Behaviors*, 39, 101426.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101426>
- Watson, D., Clark, L. A., Chmielewski, M., & Kotov, R. (2013). The value of suppressor effects in explicating the construct validity of symptom measures. *Psychological Assessment*, 25(3), 929-941. <https://doi.org/10.1037/a0032781>
- Watson, D., Ellickson-Larew, S., Stanton, K., Levin-Aspenson, H. F., & Khoo, S. (2021). Examining the criterion validity and diagnostic specificity of self-report measures of narcissism and mania. *Assessment*, 28(1), 3-14.
<https://doi.org/10.1177/1073191120918012>
- Watson, D., Ellickson-Larew, S., Stanton, K., Levin-Aspenson, H. F., Khoo, S., Stasik-O'Brien, S. M., & Clark, L. A. (2019). Aspects of extraversion and their associations with psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 128(8), 777-794. <https://doi.org/10.1037/abn0000459>

- Watson, D., & Naragon-Gainey, K. (2014). Personality, emotions, and the emotional disorders. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 422-442.
<https://doi.org/10.1177/2167702614536162>
- Watson, D., O'Hara, M. W., Chmielewski, M., McDade-Montez, E. A., Koffel, E., Naragon, K., & Stuart, S. (2008). Further validation of the IDAS: Evidence of convergent, discriminant, criterion, and incremental validity. *Psychological Assessment*, 20(3), 248-259. <https://doi.org/10.1037/a0012570>
- Watson, D., O'Hara, M. W., Naragon-Gainey, K., Koffel, E., Chmielewski, M., Kotov, R., Stasik-O'Brien, S. M., & Ruggero, C. J. (2012). Development and validation of new anxiety and bipolar symptom scales for an expanded version of the IDAS (the IDAS-II). *Assessment*, 19(4), 399-420.
<https://doi.org/10.1177/1073191112449857>
- Watson, D., O'Hara, M. W., Simms, L. J., Kotov, R., Chmielewski, M., McDade-Montez, E. A., Gamez, W., & Stuart, S. (2007). Development and validation of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS). *Psychological Assessment*, 19(3), 253-268. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.3.253>
- Watson, D., Stasik-O'Brien, S. M., Ellickson-Larew, S., & Stanton, K. (2015a). Explicating the psychopathological correlates of anomalous sleep experiences. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 2(1), 57-78.
<https://doi.org/10.1037/cns0000038>
- Watson, D., Stasik-O'Brien, S. M., Ellickson-Larew, S., & Stanton, K. (2015b). Extraversion and psychopathology: A facet-level analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(2), 432-446. <https://doi.org/10.1037/abn0000051>

- Weitzner, D., Calamia, M., Stasik-O'Brien, S. M., De Vito, A., & Pugh, E. (2019). Psychometric properties of the expanded version of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II) in a sample of older adults. *Aging & mental health*, 24(11), 1847-1853. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1636206>
- Wester, R. A., Rubel, J., Zimmermann, J., Hall, M., Kaven, L., & Watson, D. (2022). Development and validation of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II – German version. *Psychological Assessment*, 34(12), e88-e99. <https://doi.org/10.1037/pas0001185>
- Williamson, J. A., O'Hara, M. W., Stuart, S., Hart, K. J., & Watson, D. (2015). Assessment of postpartum depressive symptoms: The importance of somatic symptoms and irritability. *Assessment*, 22(3), 309-318. <https://doi.org/10.1177/1073191114544357>
- Zvolensky, M., Bakhshaie, J., Paulus, D. J., Garza, M., Valdivieso, J., Sampogna, O., Bogiaizian, D., Robles, Z., & Schmidt, N. B. (2016). The role of negative affect in the relation between subjective social status and mental health among economically disadvantaged Latinos in primary care. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 9(4), 219-228. <https://doi.org/10.1108/IJHRH-03-2016-0003>
- Zvolensky, M. J., Bakhshaie, J., Garza, M., Valdivieso, J., Ortiz, M., Bogiaizian, D., Robles, Z., Schmidt, N. B., & Vujanovic, A. (2015). The role of anxiety sensitivity in the relation between experiential avoidance and anxious arousal, depressive, and suicidal symptoms among Latinos in primary care. *Cognitive Therapy and Research*, 39(5), 688-696. <https://doi.org/10.1007/s10608-015-9696-2>

Anexo 2. Versión del IDAS-II en castellano

IDAS-II

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

Utilice esta escala para responder:

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

1. He perdido el apetito

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

2. He tenido poco interés en mis hobbies y actividades habituales

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

3. Me he sentido optimista

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

4. He dormido menos de lo normal

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

5. Me he sentido nervioso, inquieto

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

6. Me he sentido agotado

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

7. He sentido dolor en mi pecho

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

8. Me he sentido deprimido

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

9. Me ha costado tomar decisiones

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

10. He estado orgulloso de mí mismo

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

11. He tenido problemas para quedarme dormido

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

12. Me he sentido furioso

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

13. He tenido pensamientos suicidas

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

14. He tenido pensamientos perturbadores de algo malo que me ha sucedido

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

15. Me he sentido inseguro sabiendo que otros me observaban

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

16. Me he sentido mareado o aturdido

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

17. Me he desvelado temprano sin poder recuperar el sueño

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

18. He estado preocupado por hacer el ridículo ante otras personas

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

19. He estado pensando mucho en comida

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

20. Me he angustiado en lugares públicos con mucha gente

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

21. Me he culpado a mí mismo por diferentes cosas

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

22. Me he cortado o quemado intencionalmente

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

23. He sentido que he conseguido muchas cosas

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

24. He comido sin tener hambre

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

25. Me he estado despertando mucho más temprano que lo habitual

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

26. He tenido menos ganas de comer que lo habitual

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

27. He tenido realmente ganas de hacer cosas

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

28. He tenido pesadillas con cosas malas que me han sucedido

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

29. He dormido más que lo habitual

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

30. Me ha costado mucho esfuerzo ponerme en marcha

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

31. He sentido que no encajaba

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

32. He estado tembloroso o agitado

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

33. He pensado que el mundo estaría mejor sin mí

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

34. He tenido recuerdos de algo aterrador que ha pasado

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

35. He tenido ganas de romper cosas

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

36. Me he despertado frecuentemente durante la noche

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

37. Me he sentido enfurecido

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

38. Me he hecho daño a propósito

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

39. He sentido que me desmayaba

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

40. Me he desanimado por cosas

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

41. Me ha costado mirar a los ojos a las personas

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

42. Me he sentido perturbado pensando en algo malo que me ha sucedido

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

43. Me ha costado despertarme por las mañanas

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

44. He perdido los nervios y le he gritado a la gente

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

45. He sentido que mi corazón estaba acelerado

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

46. He pensado en mi propia muerte

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

47. Me ha resultado difícil hablar con personas con las que no tengo confianza

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

48. He estado preocupado/a gran parte del tiempo

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

49. He sentido la boca muy seca

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

50. He sentido esperanza en el futuro

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

51. He dormido muy mal

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

52. He pensado en hacerme daño

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

53. He creído que tengo muchas cosas buenas que esperar

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

54. Me he sentido mucho peor por las mañanas que durante el resto del día

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

55. Me he sentido somnoliento, adormilado

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

56. Me ha faltado el aliento

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

57. He hablado más despacio que lo habitual

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

58. He sentido como si estuviera ahogándome

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

59. He sentido que tengo muchas cosas interesantes que hacer

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

60. He tenido poco apetito

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

61. He tenido problemas para concentrarme

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

62. Me he enfadado por cosas sin importancia

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

63. He comido más que lo habitual

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

64. He sentido que he tenido mucha energía

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

65. He reorganizado cosas para que estuvieran en un orden determinado

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

66. Me he lavado las manos excesivamente

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

67. He estado corriendo de una actividad a otra

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

68. He comprobado las cosas una y otra vez

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

69. He sentido la necesidad de reorganizar las cosas para que estuvieran de la forma correcta

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

70. Me he preocupado mucho por los gérmenes

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

71. He hablado tan rápido que otras personas no podían entenderme

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

72. Me he sentido eufórico sin ningún motivo en especial

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

73. He evitado pensar en cosas malas de mi pasado

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

74. He evitado espacios pequeños

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

75. Me he encontrado a mí mismo revisando cosas, a pesar de que sabía que no era necesario

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

76. He evitado manosear cosas sucias

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

77. He sentido que mi cabeza iba a “mil por hora”

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

78. Me he sentido como si estuviera en la cima del mundo

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

79. He evitado situaciones que me traen malos recuerdos

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

80. He sentido miedo de quedarme atrapado en una multitud

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

81. He sentido la necesidad de revisar algo que ya he hecho

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

82. He seguido un mismo orden fijo al realizar las tareas cotidianas

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

83. Mis pensamientos han saltado rápidamente de una idea a otra

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

84. He sentido ansiedad en espacios pequeños

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

85. He sentido la obligación de seguir ciertos rituales

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

86. Me ha sido difícil tocar cosas que estaban sucias

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

87. Mis pensamientos han ido tan rápido que me costaba fijar las ideas

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

88. Me he sentido tan enérgico que no he podido quedarme quieto

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

89. He intentado ignorar recuerdos molestos

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

90. He tenido miedo a los túneles

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

91. Me he tenido que lavar porque me he sentido contaminado

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

92. Me he sentido capaz de hacer cosas que otras personas no podían

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

93. He evitado hablar de malas experiencias de mi pasado

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II (IDAS-II)

94. He evitado sitios estrechos y cerrados

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

95. He tenido pequeños rituales o hábitos que me han quitado mucho tiempo

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

96. He evitado usar baños públicos

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

97. He tenido mucha más energía que lo habitual

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

98. He utilizado objetos (p.e., una toalla o un guante) para evitar tocar cosas directamente

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

99. He sentido ansiedad de hablar en público

En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

Anexo 3. Consentimiento informado y hojas de información al paciente

Cambio fiable y clínicamente relevante de la “Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II” -IDAS II: Un estudio longitudinal sobre su utilidad clínica.

Un grupo de investigadores liderado por la Universidad de Huelva está realizando una investigación cuyo objetivo es analizar la utilidad clínica del “Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II” -IDAS II” en el abordaje de los trastornos emocionales. Es por ello que solicitamos tu colaboración para que participes en este proyecto de investigación.

De acuerdo con la ley 14/2007 de 3 de julio, de Investigación Biomédica, usted debe saber que las personas participantes en este estudio poseen la libre autonomía para participar en la misma, siendo usted libre de aportar aquella información que usted considere oportuna. Además, y en cumplimiento con su derecho a la información, se le proporciona un texto (Anexo II) a través del que usted puede llegar a entender la naturaleza, importancia, implicaciones y riesgos que comporta la presente investigación. Finalmente, el equipo de investigación del presente proyecto le informa que usted podrá revocar este consentimiento en cualquier momento, pudiendo retirarse del estudio en cualquier momento si usted lo desea.

Debes saber que la participación en este estudio implica que:

- a) un/a Psicólogo/a te realizará una evaluación psicológica y los datos obtenidos a partir de tus respuestas serán almacenados en una base de datos para el tratamiento estadístico de la información.
- b) el estudio finaliza con una segunda evaluación psicológica. La fecha de la segunda evaluación será acordada a conveniencia de usted y la investigadora del estudio pasados tres meses de la primera evaluación.
- c) la información que usted facilite en el estudio será tratada de forma anónima y confidencial según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- d) cualquier duda que te surja podrás consultarla con el entrevistador.
- e) que el tratamiento de la información que nos facilites tendrá una finalidad exclusivamente estadística, permaneciendo ajena a los terapeutas del centro de

tratamiento. No obstante, si tú lo deseas, ésta información puede ser facilitada a tus terapeutas e incorporada a tu expediente clínico.

He leído esta información, he podido consultar mis dudas, comprendo los objetivos del estudio y consiento participar en el proyecto

Huelva, a ____ de ____ de ____

Fdo.: _____, con DNI: _____

Deseo que los resultados de la evaluación

A) Sean utilizados exclusivamente para la investigación

B) Sean facilitados también al equipo terapéutico

Leída esta información, he podido consultar mis dudas y consiento que accedan y utilicen con fines de investigación los datos de mi historia clínica vinculados a los objetivos del presente estudio

Huelva, a ____ de ____ de ____

Fdo.: _____, con DNI: _____

Nombre y apellidos de los investigadores responsables

Huelva, a ____ de ____ de 20__

Fdo.: Carmen Díaz Batanero

Fdo.: Óscar M. Lozano

Cambio fiable y clínicamente relevante de la “Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II” -IDAS II: Un estudio longitudinal sobre su utilidad clínica.

A continuación, usted va a ser invitado a participar en un proyecto de investigación. Antes de decidir si quiere participar es importante que entienda por qué se realiza esta investigación y cómo se va a llevar a cabo. Por favor, tómese el tiempo necesario para leer esta información cuidadosamente y para consultarla con otras personas si lo cree conveniente. No dude en preguntarnos si hay cosas que no le quedan claras, o sobre las que cree que necesita más información.

¿Cuál es el objetivo del estudio?

Los trastornos emocionales, como la ansiedad y la depresión, constituyen hoy en día un problema de relevancia social, clínica y asistencial. Para mejorar la atención de las personas que padecen estos trastornos es de crucial importancia desarrollar instrumentos de evaluación válidos y fiables. El Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II) es uno de los instrumentos con mejores resultados en el ámbito científico. Sin embargo, para que pueda ser utilizado por los profesionales clínicos es necesario comprobar su capacidad para discriminar entre personas con distintos niveles de gravedad y su capacidad para detectar la evolución de los pacientes durante el tratamiento.

¿Por qué he sido seleccionado para participar en este estudio?

Ha sido seleccionado porque es usuario de un servicio de salud mental.

¿Qué tengo que hacer si decido participar en el estudio?

La participación en el estudio se desarrolla en dos días diferentes en los cuales se llevará a cabo una evaluación inicial y una evaluación de seguimiento, respectivamente. El primer día se le realizará una evaluación inicial que consistirá en responder a las preguntas del IDAS-II y otros instrumentos. A partir de estas preguntas se exploran diferentes síntomas que haya podido sentir recientemente y se evalúa su calidad de vida relacionada

con la salud. Transcurridos tres meses desde la evaluación inicial, la investigadora encargada de la recogida de datos se pondrá en contacto con usted para acordar una segunda fecha en la que llevar a cabo la evaluación de seguimiento. La evaluación de seguimiento consiste en responder a los mismos instrumentos que la evaluación inicial. Ambas evaluaciones se realizarán en las instalaciones de la Unidad Salud Mental Comunitaria donde está siendo atendido y le llevarán unos 30 minutos aproximadamente completar cada una de ellas.

¿Tengo qué participar?, ¿Puedo interrumpir mi participación?

La participación en este estudio es totalmente voluntaria, es totalmente libre para decidir si participa o no en él. Una vez que decida participar, también debe saber que es libre de abandonar el estudio en cualquier momento del mismo, y sin necesidad de proporcionar ninguna explicación. La decisión sobre su participación **NO REPERCUTIRÁ EN NINGÚN CASO** en su derecho a recibir cualquier tratamiento que requiera ahora o en el futuro.

¿Qué pasará con mis datos?

La información recogida durante el estudio será utilizada única y exclusivamente para los objetivos del estudio que le hemos explicado, y serán tratados por el equipo de investigación de manera totalmente confidencial. No será identificado por su nombre en ninguno de los registros del estudio. Para todos los análisis se le asignará un número asociado a sus datos, y sólo los miembros del equipo investigador tendrán acceso a ese número. Todos los datos recogidos sobre su participación en este estudio serán considerados como confidenciales y sólo serán utilizados por los investigadores para este estudio. En caso de comunicar estos resultados a la comunidad científica, se mantendrá su personalidad en el anonimato usando un código o sus iniciales. Según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el consentimiento para el tratamiento de sus datos personales y para la cesión de los mismos es revocable. Puede ejercer el derecho de acceso, rectificación y cancelación dirigiéndose al investigador, quien lo pondrá en conocimiento del promotor.

¿Cómo se van a gestionar mis datos personales?

Para emplazar la fecha de la evaluación de seguimiento se solicita su nombre y teléfono de contacto. Esta información quedará almacenada en la agenda de la investigadora encargada de la recogida de datos y custodiada por la IP del proyecto. Para anonimizar la información, a cada paciente se asignará un código alfanumérico aleatorio que quedará emparejado a sus datos personales únicamente en dicha agenda. Los datos personales serán eliminados en el momento en que hayan cumplido su función de establecer el contacto para la entrevista de seguimiento. No será identificado por su nombre en ninguno de los registros del estudio.

¿Qué beneficios tiene el proyecto para mí?

Este estudio no pretende conseguir directamente beneficios clínicos para el tratamiento de personas con problemas de salud mental, aunque confiamos que nuestros resultados contribuyan a mejorar el tratamiento en el futuro. En compensación con el tiempo que pone a disposición para el desarrollo del proyecto, se le compensará con un ticket regalo por valor de 10 euros en cada evaluación (inicial y seguimiento).

Investigadora responsable del proyecto:

Carmen Díaz Batanero
carmen.diaz@dpsi.uhu.es
Universidad de Huelva

Anexo 4. Copia de los trabajos publicados

La copia del primer artículo publicado no se incluye en la tesis debido a restricciones relativas a derechos de autor. En sustitución de dicha copia, en el apartado de la tesis 3.1 (“Spanish adaptation of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II) and a study of its psychometric properties”) se aporta el manuscrito sometido a la revista que fue finalmente publicado. A continuación, se indica el nombre y adscripción del autor y los coautores del trabajo, la referencia completa, el enlace a la revista y el resumen.

Nombre y adscripción del autor y los coautores:

Ana M^a de la Rosa Cáceres ¹, Sara M. Stasik-O'Brien ², Antonio José Rojas Tejada ³, Manuel Sánchez García ^{4,5}, Oscar M. Lozano ^{4,5}, Carmen Díaz Batanero ^{4,5}

¹ Departamento de Psicología Clínica y Experimental, Universidad de Huelva, Huelva, España

² Departamento de Psicología, Knox College, Galesburg, Illinois, USA

³ Departamento de Psicología, Universidad de Almería, Almería, España

³ Departamento de Psicología, Universidad de Almería, Almería, España

⁴ Centro de Investigación en Recursos Naturales, Salud y Medio Ambiente, Universidad de Huelva, Huelva, España

Referencia:

De la Rosa-Cáceres, A., Stasik-O'Brien, S. M., Rojas, A. J., Sanchez-García, M.,

Lozano, O. M., & Díaz-Batanero, C. (2020). Spanish adaptation of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II) and a study of its psychometric properties. *Journal of Affective Disorders*, 271, 81-90.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.187>

Enlace al texto completo del artículo: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.187>

RESUMEN:

Background: The Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II) is composed of 99 items organized into 18 specific scales that provides dimensional assessment of depression, anxiety and bipolar symptoms. To date, IDAS-II is only available in the English and Turkish population. The main purpose of this study is to adapt the IDAS-II to the Spanish population and to assess the psychometric properties.

Methods: Participants included community adults (n = 620) and college students (n = 378). All participants completed the Beck Depression Inventory-II, Beck Anxiety Inventory, Hypomania Check List-32, Post-traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version and Obsessive-Compulsive Inventory-Revised, in addition to the Spanish version of the IDAS-II. *Results:* The results indicate good internal consistency and high temporal stability of the Spanish version of the IDAS-II. Confirmatory factor analyses show for the first time that the three-factor structure of the IDAS-II (Distress, Obsessions/Fear, and Positive Mood) loads on a second order factor, labeled “Internalizing” according to the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). *Limitations:* Study was conducted exclusively on student and community samples and some of the measures used as gold-standard have presented limitations *Conclusions:* According to previous studies, the results supported the convergent and discriminant validity of the majority of IDAS-II scales. IDAS-II is useful in assessing the severity of depression, anxiety and bipolar symptoms in research contexts in a Spanish population according to the HiTOP model. However, more evidence is required to prove the adequate functioning of the IDAS-II in clinical samples.



Examining the relationships between emotional disorder symptoms in a mixed sample of community adults and patients: A network analysis perspective

A. De la Rosa-Cáceres^{1,2} · P. Sayans-Jiménez³ · S. Stasik-O'Brien⁴ · M. Sanchez-Garcia^{1,2} · F. Fernández-Calderón^{1,2} · Carmen Díaz-Batanero^{1,2}

Accepted: 11 February 2022
© The Author(s) 2022

Abstract

According to the literature, comorbidity rates observed on emotional disorders are linked to how the main diagnostic classification systems have traditionally defined these disorders. This paper aims to analyze the structure of symptoms evaluated with the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms-II (IDAS-II) with network analysis. A mixed sample ($n = 2021$) of 1692 community adults and 329 patients was used. 14.79% ($n = 299$) of the sample met the diagnostic criteria for at least one DSM-5 mental disorder and 5.29% ($n = 107$) had diagnostic comorbidity. The sample was randomly divided into two sub-samples: estimation sample ($n = 1010$) and replication sample ($n = 1011$). The detection of community structures was carried out on estimation sample using the walktrap algorithm. Four local inference measures were estimated: Strength, one-step Expected Influence, two-step Expected Influence, and node predictability. Exploratory graphic analysis of modularity yielded an optimal solution of two communities on estimation sample: first linked to symptoms of depression and anxiety and second grouping symptoms of bipolar disorder and obsessive – compulsive disorder. Mania, Panic, Claustrophobia, and Low Well-Being Bridge emerged as bridge symptoms, connecting the two substructures. Networks estimated on replication subsamples did not differ significantly in structure. Dysphoria, Traumatic Intrusions and Checking and Ordering were the symptoms with greatest number of connections with rest of the network. Results sheds light on specific links between emotional disorder symptoms and provides useful information for the development of transdiagnostic interventions by identifying the influential symptoms within the internalizing spectrum.

Keywords Emotional disorders · Comorbidity · IDAS-II · HiTOP · Transdiagnostic · Network analysis

Introduction

Depression and anxiety affect 4.4% and 3.6% of the world's population respectively, having serious consequences for health, quality of life and severe negative

clinical outcomes such as suicidal behavior (World Health Organization, 2017). Although previous studies have identified neurobiological factors that explain the complexity of suicide (Orsolini et al., 2020) and provide advances in treatments (De Berardis et al., 2018), suicidal behavior still remains a real challenge associated with mental disorders comorbidity (Quevedo et al., 2020). According to empirical literature (e.g., Skodol, 2012), high rates of co-morbidity are linked to the way in which diagnostic classification systems have traditionally defined disorders. These systems, which use polythetic criteria, establish categorical classifications according to an observed set of symptoms, resulting in patients with different symptoms receiving the same diagnosis (Skodol, 2012).

In order to overcome the limitations of this taxonomic approach, transdiagnostic proposals look beyond the traditional classification schemes (Barlow et al., 2017; Kotov

✉ Carmen Díaz-Batanero
carmen.diaz@dpsi.uhu.es

¹ Department of Clinical and Experimental Psychology, University of Huelva, Huelva, Spain

² Research Center for Natural Resources, Health and the Environment, University of Huelva, Huelva, Spain

³ Department of Psychology, University of Almería, Almería, Spain

⁴ Department of Psychology, Knox College, Galesburg, IL, USA

et al., 2017). The translation of this conceptualization into the applied field has allowed for the development of unified intervention protocols, yielding more effective and cheaper interventions (Barlow et al., 2017). Whilst these are promising findings, the transdiagnostic approach still requires a better understanding of the relationships between symptoms.

Past decade, empirical network models have provided a complementary approach to understanding the interaction between symptoms (Cramer et al., 2010). The analysis of bridge symptoms connecting different substructures offers a complementary view of the comorbidity phenomenon (Jones et al., 2019). At the same time, network analysis allows us to analyze the influence that each symptom has on the other symptoms in a network (Robinaugh et al., 2016), identifying which will have the greatest potential to influence the overall network (Borsboom, 2017). This information could then be useful for designing transdiagnostic interventions.

Network analysis has already been applied to the study of comorbid emotional disorders, with interesting results (see review by Contreras et al. (2019)). Overall, a high connectivity between depression and anxiety symptoms has been observed (Bekhuis et al., 2016; McElroy et al., 2018). The symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) are, however, shown in a different cluster, and are connected to the depression cluster by the symptoms of "irritability" or "sleep problems" (Afzali et al., 2017; Choi et al., 2017). McNally et al. (2017) have also shown the lack of connection between the symptoms linked to depression and the symptoms of obsessive-compulsive disorder (OCD), which appear solely connected through "sadness" but not through sleep problems. The results of previous work have also identified dysphoria and lassitude to be the most influential symptoms in the networks obtained for depression (e.g., Funkhouser et al., 2020), whilst traumatic intrusions are the most influential for PTSD (Contractor et al., 2020; Gilbar, 2020) and the checking and ordering symptoms for OCD networks (Zhang et al., 2019).

Whilst these results are of interest, to our knowledge, studies of this type use different instruments to assess each group of symptoms (e.g. Choi et al., 2017), involving different instructions and time frames for evaluation (Watson et al., 2012). This affect measurement and network estimation (Bekhuis et al., 2016). Only Afzali et al. (2017) explored the relationship between major depressive disorder and PTSD with the same instrument (the ICD) although it provides a categorical measure of the evaluated symptomatology.

In this regard, the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS; Watson et al., 2007) and the IDAS-II (Watson et al., 2012) have been identified as effective tools for measuring several symptoms and spectra of the transdiagnostic models of psychopathology (Kotov et al., 2017).

Funkhouser et al. (2020), found consistent connections between the symptoms of dysphoria and lassitude, as well as between dysphoria and social anxiety, evaluated with the IDAS, although this work did not specifically aim to analyze the bridge symptoms that could explain comorbidity. The analysis of the structure of IDAS-II could further provide a broader perspective on the configuration of the relationships between emotional disorders, as it additionally measures symptoms of bipolar disorder (BD) and OCD as well as contains more expansive coverage of PTSD and social anxiety symptoms.

Given the above, this work examines, through empirical networks: 1) the structure of the relationships between the dimensional symptoms involved in the emotional disorders evaluated with the IDAS-II; 2) the bridge symptoms between the identified substructures; and 3) the influence that each symptom has on the rest of the network. According to previous studies we expected that: 1) the symptoms of depression and anxiety will be highly connected in a cluster that, in turn, will show less connections with the symptoms of BD and OCD; 2) the symptoms acting as a bridge between these will be related to irritability and sadness; and 3) the symptoms with the strongest influence will be dysphoria for depression, traumatic intrusions for PTSD, and checking and ordering for OCD.

Material and Methods

Participants

In order to increase the variability of the scores and thus represent the dimensional continuum from normality to pathology, the study was conducted on a mixed sample of 2021 persons, composed of both adults from the community population ($n = 1692$) and patients ($n = 329$).

The community adults were recruited in two phases of data collection: a) Wave 1, 620 adults selected by means of non-probability sampling in the province of Huelva (Spain); and b) Wave 2, 1,072 adults recruited by stratified random sampling, proportionally represented in the Spanish population according to age group, sex, and geographic area. The equivalence between both samples was verified. Inclusion criteria on community sample was being between 18 and 80 years old and not having a diagnose on any mental disorder.

The patient sample consisted of 329 patients from public and private mental health services in the province of Huelva (Spain). Inclusion criteria on clinical sample was being between 18 and 80 years old and being under treatment in a mental health service during the data collection. Those who met any of the following characteristics were excluded from both

samples (community adults and patients): having been diagnosed with a medical or psychological disorder that disqualified them from taking the tests, or not signing the informed consent form.

Of the total number of participants ($n = 2,021$), 51.6% were women, and aged between 18 and 80 years ($M = 42.90$; $SD = 14.64$). 1.8% had not completed primary education, 8.5% had completed primary education, 16.5% had completed secondary education, 34.3% had completed post-compulsory education, 37.6% had completed university studies, and 1.2% had completed a university doctorate. With regard to employment status, 55.6% were working. 14.79% ($n = 299$) of the sample met the diagnostic criteria for at least mental one disorder according to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5) and 5.29% ($n = 107$) had diagnostic comorbidity. Table 1 shows the diagnoses present in the sample. The most frequent diagnostic categories were Depressive Disorders (5.84%) and Anxiety Disorders (5.10%).

Measures

The IDAS-II (Watson et al., 2012) was administered in its Spanish version (De la Rosa-Cáceres et al., 2020). The 99 items with a Likert response format from 1 ("not at all") to 5 ("extremely") are grouped in 18 specific scales. Participants scored the severity of their symptoms during the last two weeks, where higher scores indicate greater severity of symptoms. In the present study, this instrument was found to be internally consistent (Cronbach's $\alpha = 0.91$). Internal consistency of all subscales are presented in Table 2.

In addition, questions regarding sociodemographic variables related to sex, age, educational level, employment, and marital status were included.

Procedure

Community adults from wave 2 completed the IDAS-II in an online format, whilst a psychologist administered the Spanish version of IDAS-II in paper and pencil format to the rest of the community and patient samples ($n = 949$). The latter completed the IDAS-II in rooms set up in the centers where they were recruited. All participants were informed about the anonymous and voluntary nature of their participation in the study and gave their written informed consent which remained in the custody of the research group. This study has the approval of the Bioethics Committee of Biomedical Research of Andalusia (Spain) (file number PI 040/18).

Data Analysis

Results revealed the absence of multivariate normality for asymmetry (Mardia = 8092.19) and kurtosis (Mardia = 89.62). The estimation of the network and its properties was conducted using the Graphical Least Absolute Shrinkage and Selection Operator (GLASSO; Friedman et al., 2008) algorithm in combination with the Extended Bayesian Information Criterion (EBIC; Chen & Chen, 2008) selection model applied to the nonparanormal transformation (Liu et al., 2009) of the data set. The EBIC hyperparameter γ was set at 0.5. The arrangement of the nodes was established using the Fruchterman-Reingold algorithm (Fruchterman & Reingold, 1991).

Table 1 DSM-5 Diagnoses distribution

	<i>n</i>	% over patients (<i>n</i> = 329)	% over complete sample (<i>n</i> = 2021)
Neurodevelopmental Disorders	25	7.60	1.24
Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders	23	6.99	1.14
Bipolar and Related Disorders	12	3.65	0.59
Depressive Disorders	118	35.87	5.84
Anxiety Disorders	103	31.31	5.10
Obsessive–Compulsive and Related Disorders	9	2.74	0.44
Trauma- and Stressor-Related Disorders	77	23.40	3.80
Dissociative Disorders	2	0.61	0.10
Somatic Symptom and Related Disorders	2	0.61	0.10
Feeding and Eating Disorders	6	1.82	0.29
Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders	5	1.52	0.25
Substance-Related and Addictive Disorders	11	3.34	0.54
Personality Disorders	30	9.12	1.48
Do not meet diagnostic criteria	30	9.12	1.48

The selected sample was randomly divided into two subsamples: estimation sample ($n = 1010$) and replication sample ($n = 1011$). The sample size of the estimation sample ($n = 1010$) was adequate for the estimation of the network based on simulation analyses (Epskamp et al., 2018) (see Online Resource 1). The detection of community structures was carried out on estimation sample using the walktrap algorithm (Pons & Latapy, 2005) and the optimal number of steps was set using the highest cluster's modularity. The modularity index resulting from the exploratory graphic solution was compared with obtained of the three-factor structure presented in De la Rosa-Cáceres et al. (De la Rosa-Cáceres et al., 2020).

Four local inference measures were estimated: Strength, one-step Expected Influence (EI1), two-step Expected Influence (EI2), and node predictability Haslbeck & Waldorp, 2018; Robinaugh et al., 2016). Strength and EI are relative measures of centrality that provide information about the relationships between each node and the rest of the network. EI2 takes into account, besides, the relations with the nodes that are of an indirect nature (Robinaugh et al., 2016). Further, the predictability of the node is an absolute measurement of interconnection that indicates the proportion of variance of each node that is explained by its neighboring nodes (Haslbeck & Waldorp, 2018).

Participation Coefficient (PC) and Participation Ratio (PR) (Letina et al., 2019) were applied to analyze the heterogeneity of the network nodes. The PC analyzes how the nodes distribute their edges among the different communities, where higher values of PC indicate that the nodes distribute their edges more equally among the network communities. The PR takes into account both the number and strength of the edges connected to each node, so that higher values of PR are indicative of nodes with more numerous and stronger edges. The PC and PR values were transformed to the same scale of values between 0 and 1 to facilitate their interpretation.

To increase the understanding of comorbidity, three bridge centrality indices were estimated (Jones, 2020; Jones et al., 2019): bridge strength, which indicates the total connectivity of the node with nodes of other communities with which it is directly related; bridge EI1, which indicates the general increase in activation of the node with nodes of other communities with which it is directly related; and bridge EI2, which, like bridge EI1, indicates the general increase in the activation of other communities, but in this case by also taking into account the effect on nodes of other communities with which it is indirectly related. Finally, bridge nodes/symptoms were identified by applying a blind cut-off point at the 80th percentile of bridge strength (Jones et al., 2019).

The precision of the estimated relationships in the network was estimated by calculating the values of the edge

weights with a 95% confidence interval (CI) from a non-parametric bootstrap with subsamples repeated 1,000 times (Epskamp et al., 2018). The stability of the network centrality indices was evaluated by means of a person-dropping bootstrap procedure that provides a correlation-stability coefficient (CS-coefficient). Values > 0.5 indicate strong stability and interpretability (Epskamp et al., 2018).

Once the network was estimated on the estimation sample ($n = 1010$), results were mirrored on the replication sample ($n = 1011$) and both networks were compared using the network comparison test (van Borkulo et al., 2017) (5000 times repeated subsampling). We analyzed the network structure invariance, regarding to the differences in the connections of the edges of both networks (statistic M); and the global strength invariance, based on the difference in global strength (the weighted absolute sum of all edges) between the two networks (statistic S). Additionally, if the omnibus network invariance test is significant, the test of edge invariance will also be estimated (van Borkulo et al., 2017).

The R packages used were: mvn version 5.8 (Korkmaz et al., 2014) to calculate the Mardia coefficient; bootnet version 1.3 (Epskamp et al., 2018) to perform the simulation analyses, to estimate the network, network stability and accuracy, and the strength of each node; igraph version 1.2.5 (Csardi & Nepusz, 2006) to perform the modularity analysis; networktools version 1.2.2 (Jones, 2020) to estimate EI and bridge centrality indices; mgm version 1.2.7 (Haslbeck & Waldorp, 2016) to estimate the explained variance ratio of each node; and Network-ComparisonTest 2.2.1 (van Borkulo et al., 2017) to test network invariance. All analyses were conducted using R version 3.6.3 and R-Studio version 1.2.5033.

Results

The descriptive statistics for each of the IDAS-II scales are shown in Table 2. The Cronbach's alpha coefficients were higher than 0.70 for all the IDAS-II scales and above 0.80 for 13 of the 18 scales.

Network Estimation and Community Detection

Table 3 shows the partial correlations and zero-order correlations between symptoms on estimation sample ($n = 1010$). The number of estimated edges with a partial correlation value that differed from zero was 93 out of 153 possible edges. The edge weights ranged from -0.46 (Euphoria—Low Well-Being) to 0.30 (Ordering – Checking, and Cleaning – Claustrophobia). Online Resource 2 shows the partial edge correlations estimated by bootstrapping with a 95% CI.

Table 2 Results of the analysis of the scales and reliability of the IDAS-II ($n = 2021$)

IDAS-II Scales	M (SD)	Skewness	Kurtosis	Coefficient α
Appetite Gain	5.87 (2.87)	1.17	0.84	0.78
Appetite Loss	4.85 (2.51)	1.48	1.76	0.86
Checking	5.76 (2.72)	1.10	0.71	0.77
Claustrophobia	8.03 (4.36)	1.64	2.15	0.87
Cleaning	11.51 (5.12)	0.95	0.57	0.85
Dysphoria	21.43 (8.81)	0.81	-0.06	0.91
Euphoria	8.44 (3.53)	1.30	1.47	0.76
Ill Temper	9.77 (4.54)	1.08	0.59	0.86
Insomnia	13.18 (6.11)	0.81	-0.18	0.90
Lassitude	12.24 (4.70)	0.84	0.37	0.78
Low Well-Being	25.61 (6.26)	0.09	-0.41	0.85
Mania	9.76 (4.38)	0.92	0.10	0.80
Ordering	10.05 (3.95)	0.82	0.36	0.75
Panic	13.33 (6.57)	1.56	1.85	0.91
Social Anxiety	10.42 (4.84)	1.38	1.58	0.83
Suicidality	7.72 (3.55)	3.09	10.68	0.84
Traumatic Avoidance	8.50 (4.02)	0.73	-0.27	0.84
Traumatic Intrusions	6.93 (3.87)	1.48	1.46	0.88

The estimated network in the estimation sample is shown in Fig. 1. Exploratory graphic analysis of modularity yielded an optimal solution of two communities. The first community includes the symptoms Dysphoria, Lassitude, Insomnia,

Suicidality, Appetite Loss, Appetite Gain, Ill Temper, Panic, Social Anxiety, and Traumatic Intrusions, while the second community includes Low Well-Being, Mania, Euphoria, Claustrophobia, Traumatic Avoidance, Checking, Ordering, and Cleaning. Figure 1 also shows the bridge nodes between both communities, which are Low Well-Being, Mania, Panic, and Claustrophobia.

Network Inference

The modularity index of this grouping was 0.25 while that obtained with the confirmatory factor analysis (CFA) presented in De la Rosa-Cáceres et al. (2020), based on the organization of the internal structure of IDAS-II and its correspondence with the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) model, was -0.06 (the latter network is presented in Online Resource 3).

The standardized scores estimated for the centrality indices of the nodes are shown in Table 4. The symptoms or nodes that present higher values of Strength, EI1, and EI2 are Dysphoria, Panic, and Mania (standardized values of Strength were between 2.95 and -1.01; standardized values of EI1 were between 2.26 and -2.31; and standardized values of EI2 were between 2.21 and -2.18).

CS-coefficient ($\text{cor} = 0.7$) was 0.75 for Strength and EI (see Online Resource 4 and Online Resource 5,

Table 3 Partial and zero-order correlations between network symptoms on estimation sample ($n = 1010$)

Nodes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1. Appetite Gain		0.09	0.36	0.19	0.13	0.44	0.29	0.46	0.31	0.44	0.02	0.40	0.20	0.33	0.36	0.24	0.23	0.34
2. Appetite Loss	-0.14		0.31	0.38	0.15	0.58	0.18	0.42	0.52	0.47	0.17	0.39	0.17	0.55	0.44	0.40	0.36	0.46
3. Checking	0.05	-		0.46	0.37	0.51	0.48	0.47	0.40	0.43	-0.04	0.61	0.57	0.50	0.48	0.36	0.43	0.49
4. Claustrophobia	-0.03	0.03	0.07		0.44	0.52	0.31	0.43	0.44	0.40	0.10	0.51	0.34	0.61	0.56	0.48	0.42	0.47
5. Cleaning	-	-	0.04	0.30		0.18	0.25	0.18	0.20	0.18	-0.08	0.29	0.42	0.22	0.22	0.15	0.30	0.17
6. Dysphoria	0.08	0.15	0.03	-	0.03		0.25	0.73	0.69	0.74	0.35	0.65	0.27	0.81	0.72	0.61	0.48	0.77
7. Euphoria	0.06	-	0.07	0.01	-	-		0.35	0.22	0.28	-0.42	0.54	0.49	0.33	0.28	0.24	0.40	0.29
8. Ill Temper	0.12	-	-	-	-	0.19	0.04		0.56	0.62	0.17	0.62	0.28	0.68	0.60	0.53	0.38	0.64
9. Insomnia	0.01	0.13	-	0.02	-	0.20	-	0.08		0.53	0.22	0.52	0.24	0.64	0.54	0.46	0.39	0.62
10. Lassitude	0.17	0.07	-	-	-	0.26	-	0.06	0.01		0.18	0.59	0.24	0.65	0.56	0.44	0.39	0.58
11. Low W-B	-	-	-	-	-0.01	0.18	-0.46	-	-	-		0.00	-0.23	0.26	0.22	0.26	-0.02	0.21
12. Mania	0.04	-	0.20	0.05	-	0.04	0.25	0.12	0.02	0.10	-		0.49	0.67	0.55	0.46	0.50	0.58
13. Ordering	-	-	0.30	-	0.21	-	0.14	-	-	-0.01	-0.11	0.10		0.27	0.29	0.20	0.39	0.27
14. Panic	-	0.13	-	0.13	0.01	0.19	0.02	0.07	0.10	0.15	0.07	0.17	-		0.68	0.66	0.45	0.73
15. Social Anxiety	0.05	-	0.09	0.19	-	0.20	-	0.05	-	0.01	0.02	0.02	-	0.06		0.56	0.41	0.65
16. Suicidality	-	-	-	0.05	-	0.03	0.02	0.08	-	-	0.11	-	-	0.17	0.12		0.31	0.62
17. Trauma. Avoidance	-	0.07	0.03	0.10	0.06	0.05	0.12	-	-	-	-	0.08	0.09	-	-	-		0.48
18. Trauma. Intrusions	-	-	0.06	-	-0.02	0.19	-	0.07	0.11	0.01	-	0.02	-	0.12	0.09	0.16	0.16	

Partial correlations are shown on the lower diagonal and zero-order correlations on the upper diagonal. The dashes represent correlation values = 0

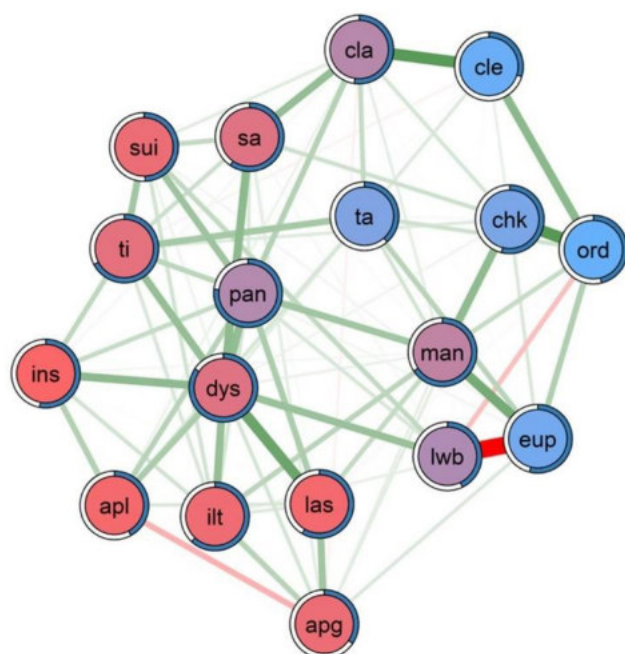


Fig. 1 Empirical network model (network structure estimated from a walktrap modularity analysis) apg: Appetite Gain, apl: Appetite Loss, chk: Checking, cla: Claustrophobia, cle: Cleaning, dys: Dysphoria, eup: Euphoria, ilt: Ill Temper, ins: Insomnia, las: Lassitude, lwb: Low Well-Being, man: Mania, ord: Ordering, pan: Panic, sa: Social Anxiety, sui: Suicidality, ta: Traumatic Avoidance, ti: Traumatic Intrusions. Each node represents a symptom. The edges represent the relationships (partial correlations) between the symptoms. Positive relationships are represented in green, and negative relationships in red. The thickness of the edge reflects the strength of the association, so that the most strongly related symptoms are connected by thicker edges. The blue pie chart surrounding each node represents the predictability of each node (a higher proportion of blue indicates greater predictability). The membership of the nodes to the different communities is represented by a red-blue gradient according to the bridge strength values: the symptoms of Community 1 are shown in red tones, the bridge symptoms in purple tones and the symptoms of Community 2 in blue tones. The arrangement of the nodes was established based on the Fruchterman-Reingold algorithm

respectively), indicating strong stability and interpretability of the estimates in both cases.

The standardized scores estimated for the bridge centrality indices of the nodes are shown in Table 4. The symptoms or nodes with higher values of Bridge Strength, Bridge EI1 and Bridge EI2 are Mania (standardized values of Bridge Strength = 2.04; standardized values of Bridge EI1 = 2.09; and standardized values of Bridge EI2 = 2.39), Claustrophobia (1.50, 1.24, and 1.09), Panic (1.14, 1.08, and 0.88), and Low Well-Being (0.99, 1.08, and 1.02).

The predictability of each node is shown in Fig. 1 and Table 4. The predictability values ranged from 0.30 (Cleaning) to 0.84 (Dysphoria), with a mean value of 0.54. The symptoms with the least explained variance — and therefore

the most independent — were Cleaning ($R^2=0.30$), Appetite Gain ($R^2=0.35$), Traumatic Avoidance ($R^2=0.39$) and Appetite Loss ($R^2=0.42$). The symptoms with the greatest explained variance were Dysphoria ($R^2=0.84$), Panic ($R^2=0.77$), Traumatic Intrusions ($R^2=0.67$), and Mania ($R^2=0.66$).

The PC and PR values are shown in Table 4. The highest PC values corresponded to Traumatic Avoidance (PC=0.43), Social Anxiety (PC=0.39), and Claustrophobia (PC=0.35), these being the nodes that distribute their edges most equally among the network communities. The network nodes that presented the strongest and most numerous edges, according to PR values, were Dysphoria (PR = 1), Panic (PR=0.77), and Mania (PR = 0.60).

The invariance test showed that the networks estimated on estimation ($n=1010$) and replication subsamples ($n=1011$) did not differ significantly in structure (i.e., differences in the edge connections of the two networks, $M=0.08$; $p=0.989$) nor in overall strength (i.e., differences in the sum of the absolute weights between the two networks, $S=0.24$; $p=0.418$). The overall strength of the network estimated over the first half of the sample was 8.69, while that of the network estimated over the second half of the sample was 8.45.

Discussion

The present work examined the relationships between the dimensional symptoms assessed by the IDAS-II improving our understanding of comorbidity between emotional disorders. Results showed that emotional disorders symptoms groups in two communities: first linked to symptoms of depression and anxiety and second grouping symptoms of bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder. Mania, Panic, Claustrophobia, and Low Well-Being emerged as bridge symptoms, connecting the two substructures. Finally, results suggest that Dysphoria is the symptom with greatest number of connections with rest of depression dimensions; Traumatic Intrusions the one with most connections for PTSD, and Checking and Ordering for OCD. The invariance analysis failed to find significant differences between the structure and global strength of estimation and replication subsample networks. Next, we analyze the results in more detail.

Congruent with our first hypothesis, the structure of the network provides evidence of a stronger relationship between the symptoms of depression and anxiety (Dysphoria, Lassitude, Insomnia, Suicidality, Appetite Loss, Appetite Gain, Ill Temper, Panic and Social Anxiety) that are grouped in the first community. This substructure, previously described (Bekhuis et al., 2016; McElroy et al., 2018) supports the observed relationship between these two sets of disorders. Based on this body of evidence, various authors

Table 4 Standardized values of centrality indices and bridge centrality indices, explained variance, Participation Coefficient, and Participation Ratio of each node on estimation sample ($n = 1010$)

Nodes	Strength	Expected Influence 1	Expected Influence 2	Bridge Strength	Bridge Expected Influence 1	Bridge Expected Influence 2	R^2	PC	PR
Appetite Gain	-0.77	-0.85	-1.02	-0.33	-0.50	-0.73	0.35	0.11	0.15
Appetite Loss	-0.87	-0.80	-0.77	-0.89	-0.70	-0.78	0.42	0.07	0.03
Checking	-0.12	0.35	0.21	-0.06	0.09	0.28	0.54	0.09	0.32
Claustrophobia	0.04	0.34	0.18	1.50	1.24	1.09	0.52	0.35	0.35
Cleaning	-1.01	-0.59	-0.91	-1.17	-1.75	-1.62	0.30	0.01	0
Dysphoria	2.95	2.26	2.21	0.62	0.36	0.13	0.84	0.12	1
Euphoria	0.79	-1.19	-0.79	-0.57	-0.39	-0.76	0.54	0.02	0.42
Ill Temper	-0.29	0.24	0.33	-0.48	-0.30	-0.17	0.62	0.17	0.29
Insomnia	-0.97	-0.22	-0.14	-1.29	-1.08	-0.86	0.53	0.01	0.11
Lassitude	-0.39	0.11	0.32	-0.80	-0.77	-0.46	0.58	0.08	0.22
Low Well-Being	-0.02	-2.31	-2.18	0.99	1.08	1.02	0.43	0.18	0.10
Mania	0.80	0.96	0.88	2.04	2.09	2.39	0.66	0.33	0.60
Ordering	0.00	-0.17	-0.35	-1.48	-1.46	-1.34	0.46	0.00	0.17
Panic	1.48	1.36	1.54	1.14	1.08	0.88	0.77	0.26	0.77
Social Anxiety	-0.28	0.24	0.40	0.58	0.70	0.64	0.60	0.39	0.35
Suicidality	-0.80	-0.10	-0.27	-0.32	-0.16	-0.51	0.48	0.17	0.04
Traumatic Avoidance	-0.72	0.06	-0.29	0.34	0.47	0.60	0.39	0.43	0.16
Traumatic Intrusions	0.17	0.43	0.63	0.18	0.18	0.21	0.67	0.22	0.38

R^2 = explained variance; PC = Participation Coefficient; PR = Participation Ratio

have questioned whether these disorders should be defined as a single clinical entity and not as distinct disorders (Borsboom, 2017; Kotov et al., 2017; McElroy et al., 2018).

The structure of the network also shows, in a separate community, the symptoms of BD (Euphoria and Mania) and OCD (Checking, Ordering, and Cleaning). The co-occurrence of these disorders has been reported in several studies and meta-analyses (e.g., Ferentinos et al., 2020). The grouping of this set of symptoms is of interest, as Tonna et al. (2016) point out that the appearance of OCD symptoms could be a risk factor for increased BD symptoms.

Interestingly, the two PTSD symptom dimensions appear separately. In line with Gilbar (2020) and Levi-Belz et al. (2020), Traumatic Intrusions appear in Community 1, linked to symptoms of anxiety and depression, whilst Traumatic Avoidance is linked to OCD symptoms. This evidence supports the connection between PTSD and depressive disorder (Afzali et al., 2017; Levi-Belz et al., 2020) through intrusive thoughts. In contrast, strategies to reduce anxiety had the most direct connection with OCD. OCD and PTSD share avoidance of stimuli as a means of reducing stress (American Psychiatric Association, 2013; Franklin & Raines, 2019). From a behavioral perspective, Gershuny et al. (2003) point out that, in patients with comorbid OCD and PTSD, the avoidance strategies in OCD could reduce the emotional distress generated by a traumatic event, thus explaining the comorbidity of these disorders.

Concerning our second hypothesis, the results indicate that the bridge symptoms differ from those hypothesized. Although Ill Temper has been pointed out as a bridge symptom (Afzali et al., 2017; Choi et al., 2017), the connections observed in the present work between this symptom and PTSD occur within the same community. In the present work, the bridge nodes obtained are Claustrophobia, Low Well-Being, Mania, and Panic. It can be observed that whilst Panic connects the symptoms of depression and anxiety, Mania has been shown to connect the symptoms of depression with BD. Niitsu et al. (2015) highlight panic attacks as one of the strongest predictors of the change from depression to mania in BD. In relation to the other two bridge symptoms (Low Wellbeing and Claustrophobia), to our knowledge, this is the first work that includes these dimensions in network analysis. The inclusion of a greater number of symptoms can modify community organization and, therefore, the identification of bridge symptoms (Jones et al., 2019). For Claustrophobia, the observed relationships with Panic and Social Anxiety provide further empirical support for the organization proposed by HiTOP (Kotov et al., 2017) where these symptoms are grouped within the Fear factor. With regard to Low Well-Being, differential activation is observed in the network structure, with activation

of Community 1 and inhibition of Community 2. For several decades, numerous studies have provided evidence for the relationship between Low Well-Being and depression (Kotov et al., 2017; Watson et al., 2007).

Finally, regarding the symptoms with the greatest influence, our results support the third hypothesis. Similar to Funkhouser et al. (2020), Dysphoria presents the highest centrality values for depression. Likewise, Traumatic Intrusions showed greater centrality than did Traumatic Avoidance for PTSD (Contractor et al., 2020; Gilbar, 2020), and Checking and Ordering showed greater centrality for OCD (Zhang et al., 2019). Although Dysphoria is the most central node of the network, the low PC values and location indicate that their edges are primarily related to Community 1. This should be regarded as an important symptom in the initiation and maintenance of depression and anxiety disorders (Boschloo et al., 2016).

In clinical terms, some authors suggest that clinicians should pay attention to the presence of bridging symptoms and intervene on them to prevent comorbidity (Fried et al., 2017; Jones et al., 2019; Kaiser et al., 2021). In this sense, the intervention on panic and claustrophobia—identified as bridge symptoms on present study—, supports the inclusion of some of the modules of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders (UP) Barlow et al., (2017), successfully applied to a wide range of disorders. Specifically, both modules 5—aimed on changing the action tendencies related to strong emotions, and 7—emotion exposures—, appear as central modules of the UP. Related to this, Jones et al. (2019) suggest that deactivation of bridging symptoms could prevent comorbidity to a greater extent than the deactivation of more central symptoms in the network. Thus, Dysphoria could be considered as a target of intervention for depressive disorders, rather than a symptom with intervention could prevent comorbidity.

Conclusions

From a clinical perspective, this study provides useful information. According to previous studies (Afzali et al., 2017; Borsboom, 2017; Jones et al., 2019), interventions that target bridge symptoms could be relevant due to their role in the activation of different communities. From the analysis of the heterogeneity, results suggest that interventions aimed at Panic, Mania, and Claustrophobia may generate more global changes because their edges are distributed more equally among the communities. Moreover, Panic and Mania have stronger and more numerous edges. In congruence with this result, a systematic review conducted by González-Robles et al. (2018) found that Panic is the symptom most frequently targeted in transdiagnostic

treatments of emotional disorders. Treatment of these symptoms could help to reduce the severe consequences associated with comorbidities, such as greater functional impairment, higher rates of chronicity, and increased disability (Hofmeijer-Sevink et al., 2012).

Finally, several studies suggest that treatments applied to nodes with high values of strength, IE, and predictability could generate global changes in the structure of the network and could be considered as priority interventions (Haslbeck & Waldorp, 2018; Robinaugh et al., 2016; Zhang et al., 2019). According to this idea, one of the priority targets of the network could be Dysphoria. This result is consistent with the notion that negative affect is the common component of emotional disorders related to the internalizing spectrum (Kotov et al., 2017). However, Santos et al. (2017) point out the need to also intervene in other less central symptoms when they cause clinically significant discomfort.

Although this study makes several contributions to the literature, it is not without limitations. First, the use of a transversal design does not allow for making causal inferences about the direction of associations between symptoms, which was the reason for using undirected networks in present study. In this regard, it would be worthwhile to conduct future longitudinal studies to clarify the directionality of the associations in the network.

Second the resulting IDAS-II network does not include other symptoms of depression such as concentration or psychomotor problems which, although not diagnostic criteria of the DSM, could be equally relevant (Fried et al., 2016). As mentioned above, the inclusion of different symptoms can produce changes on the community organization and, therefore, the identification of bridge symptoms (Jones et al., 2019). However, it should be mentioned that this is one of the studies evaluating the greatest number of internalizing symptoms within the same instrument, using a dimensional approach.

Finally, it should be noted that different sampling procedures have been used to select the subsamples: community adults were recruited by random sampling, while, patients were selected by non-probability sampling. The use of non-probabilistic sampling may limit the generalizability of patient responses, though the accessibility of this kind of patients difficult the use of random sampling procedures.

In general terms, we believe the present study contributes providing relevant information for a better understanding of emotional disorders comorbidities, one of the most persistent problems associated with mental disorders (Cramer et al., 2010; Hofmeijer-Sevink et al., 2012; Kotov et al., 2017), and also for the development of transdiagnostic interventions for various emotional disorders by identifying the core symptoms within the internalizing spectrum (Barlow et al., 2017).

Supplementary Information The online version contains supplementary material available at <https://doi.org/10.1007/s12144-022-02907-4>.

Authors' Contributions CDB, FFC and ADC has contributed on the conception and design of study. ADC, FFC and MSG has contributed on the acquisition of data. ADC, MSG and PSJ had participated on the analysis of data. ADC, SSO, CDB had participated on the interpretation of data. ADC, CDB, SSO had drafted the manuscript. All authors have revised the manuscript critically for intellectual content and approved the final version of the manuscript submitted.

Funding Open Access funding provided thanks to the University of Huelva / CRUE-CSIC agreement with Springer Nature. This work was supported by the grant "Network-Psyco: Modelización a través de redes empíricas de las conexiones entre facetas y rasgos psicológicos", project UHU-1257470 on Programa Operativo FEDER Andalucía 2014–2020, provided by Fondo Europeo de Desarrollo Regional (EU) and Junta de Andalucía (Spain), and by Ministry of Universities of the Government of Spain (FPU19/00144).

Data Availability The datasets analysed during the current study are available in Arias Montano, the Institutional Repository of the University of Huelva, <http://hdl.handle.net/10272/20199>

Declarations

Ethics Approval This study was approved by the Bioethics Committee of Biomedical Research of Andalusia (Spain) (No. PI 040/18). The procedures used in this study adhere to the tenets of the Declaration of Helsinki.

Consent to Participate Informed consent was obtained from all individual participants included in the study.

Informed Consent Informed consent was obtained from all individual participants included in the study.

Competing Interests The authors have no relevant financial or non-financial interests to disclose.

Research Involving Human Participants and/or Animals This study was approved by the Bioethics Committee of Biomedical Research of Andalusia (Spain) (No. PI 040/18). The procedures used in this study adhere to the tenets of the Declaration of Helsinki.

Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

References

- Afzali, M. H., Sunderland, M., Teesson, M., Carragher, N., Mills, K., & Slade, T. (2017). A network approach to the comorbidity between posttraumatic stress disorder and major depressive disorder: The role of overlapping symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 208, 490–496. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.037>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875–884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- Bekhuis, E., Schoevers, R. A., Van Borkulo, C. D., Rosmalen, J. G. M., & Boschloo, L. (2016). The network structure of major depressive disorder, generalized anxiety disorder and somatic symptomatology. *Psychological Medicine*, 46(14), 2989–2998. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001550>
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16(1), 5–13. <https://doi.org/10.1002/wps.20375>
- Boschloo, L., Van Borkulo, C. D., Borsboom, D., & Schoevers, R. A. (2016). A prospective study on how symptoms in a network predict the onset of depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(3), 183–184. <https://doi.org/10.1159/000442001>
- Chen, J., & Chen, Z. (2008). Extended bayesian information criteria for model selection with large model spaces. *Biometrika*, 95(3), 759–771. <https://doi.org/10.1093/biomet/asn034>
- Choi, K. W., Batchelder, A. W., Ehlinger, P. P., Safren, S. A., & O'Leirigh, C. (2017). Applying network analysis to psychological comorbidity and health behavior: Depression, PTSD, and sexual risk in sexual minority men with trauma histories. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(12), 1158–1170. <https://doi.org/10.1037/ccp0000241>
- Contractor, A. A., Greene, T., Dolan, M., Weiss, N. H., & Armour, C. (2020). Relation between PTSD symptom clusters and positive memory characteristics: A network perspective. *Journal of Anxiety Disorders*, 69, 102157. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102157>
- Contreras, A., Nieto, I., Valiente, C., Espinosa, R., & Vazquez, C. (2019). The study of psychopathology from the network analysis perspective: A systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 88(2), 71–83. <https://doi.org/10.1159/000497425>
- Cramer, A. O. J., Waldorp, L. J., Van Der Maas, H. L. J., & Borsboom, D. (2010). Comorbidity: A network perspective. *Behavioral and Brain Sciences*, 33(2–3), 137–150. <https://doi.org/10.1017/S0140525X09991567>
- Csardi, G., & Nepusz, T. (2006). The igraph software package for complex network research. *InterJournal, Complex Systems* 1695. <http://igraph.org>
- De Berardis, D., Fornaro, M., Valchera, A., Cavuto, M., Perna, G., Di Nicola, M., Serafini, G., Carano, A., Pompili, M., Vellante, F., Orsolini, L., Fiengo, A., Ventriglio, A., Yong-Ku, K., Martinotti, G., Di Giannantonio, M., & Tomasetti, C. (2018). Eradicating suicide at its roots: Preclinical bases and clinical evidence of the efficacy of ketamine in the treatment of suicidal behaviors. *International Journal of Molecular Sciences*, 19(10). <https://doi.org/10.3390/ijms19102888>
- De la Rosa-Cáceres, A., Stasik-O'Brien, S. M., Rojas, A. J., Sanchez-García, M., Lozano, O. M., & Díaz-Batanero, C. (2020). Spanish adaptation of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II) and a study of its psychometric properties. *Journal of Affective Disorders*, 271, 81–90. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.187>
- Epskamp, S., Borsboom, D., & Fried, E. I. (2018). Estimating psychological networks and their accuracy: A tutorial paper. *Behavior Research Methods*, 50(1), 195–212. <https://doi.org/10.3758/s13428-017-0862-1>
- Ferentinos, P., Preti, A., Veroniki, A. A., Pitsalidis, K. G., Theofilidis, A. T., Antoniou, A., & Fountoulakis, K. N. (2020). Comorbidity

- of obsessive-compulsive disorder in bipolar spectrum disorders: Systematic review and meta-analysis of its prevalence. *Journal of Affective Disorders*, 263, 193–208. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.136>
- Franklin, C. L., & Raines, A. M. (2019). The overlap between OCD and PTSD: Examining self-reported symptom differentiation. *Psychiatry Research*, 280(112508). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112508>
- Fried, E. I., Epskamp, S., Nesse, R. M., Tuerlinckx, F., & Borsboom, D. (2016). What are “good” depression symptoms? Comparing the centrality of DSM and non-DSM symptoms of depression in a network analysis. *Journal of Affective Disorders*, 189, 314–320. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.005>
- Fried, E. I., van Borkulo, C. D., Cramer, A. O. J., Boschloo, L., Schoevers, R. A., & Borsboom, D. (2017). Mental disorders as networks of problems: a review of recent insights. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(1). <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1319-z>
- Friedman, J., Hastie, T., & Tibshirani, R. (2008). Sparse inverse covariance estimation with the graphical lasso. *Biostatistics*, 9(3), 432–441. <https://doi.org/10.1093/biostatistics/kxm045>
- Fruchterman, T. M. J., & Reingold, E. M. (1991). Graph drawing by force-directed placement. *Software: Practice and Experience*, 21(11), 1129–1164. <https://doi.org/10.1002/spe.4380211102>
- Funkhouser, C. J., Correa, K. A., Gorka, S. M., Nelson, B. D., Phan, K. L., & Shankman, S. A. (2020). The replicability and generalizability of internalizing symptom networks across five samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 129(2), 191–203. <https://doi.org/10.1037/abn0000496>
- Gershuny, B. S., Baer, L., Radosky, A. S., Wilson, K. A., & Jenike, M. A. (2003). Connections among symptoms of obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder: A case series. *Behaviour Research and Therapy*, 41(9), 1029–1041. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00178-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00178-X)
- Gilbar, O. (2020). Examining the boundaries between ICD-11 PTSD/CPTSD and depression and anxiety symptoms: A network analysis perspective. *Journal of Affective Disorders*, 262, 429–439. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.060>
- González-Robles, A., Díaz-García, A., Miguel, C., García-Palacios, A., & Botella, C. (2018). Comorbidity and diagnosis distribution in transdiagnostic treatments for emotional disorders: A systematic review of randomized controlled trials. *PLoS ONE*, 13(11), e0207396. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207396>
- Haslbeck, J. M. B., & Waldorp, L. J. (2016). *mgm: Estimating time-varying mixed graphical models in high-dimensional data*. VV(Li). <http://arxiv.org/abs/1510.06871>
- Haslbeck, J. M. B., & Waldorp, L. J. (2018). How well do network models predict observations? On the importance of predictability in network models. *Behavior Research Methods*, 50(2), 853–861. <https://doi.org/10.3758/s13428-017-0910-x>
- Hofmeijer-Sevink, M. K., Batelaan, N. M., Van Megen, H. J. G. M., Penninx, B. W., Cath, D. C., Van Den Hout, M. A., & Van Balkom, A. J. L. M. (2012). Clinical relevance of comorbidity in anxiety disorders: A report from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*, 137(1–3), 106–112. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.008>
- Jones, P. (2020). *Networktools: Tools for Identifying Important Nodes in Networks*. R package version 1.2.2. <https://cran.r-project.org/package=networktools>
- Jones, P., Ma, R., & McNally, R. J. (2019). Bridge Centrality: A network approach to understanding comorbidity. *Multivariate Behavioral Research*, 56(2), 353–367. <https://doi.org/10.1080/00273171.2019.1614898>
- Kaiser, T., Herzog, P., Voderholzer, U., & Brakemeier, E. L. (2021). Unraveling the comorbidity of depression and anxiety in a large inpatient sample: Network analysis to examine bridge symptoms. *Depression and Anxiety*, August 2020, 1–11. <https://doi.org/10.1002/da.23136>
- Korkmaz, S., Goksuluk, D., & Zararsiz, G. (2014). MVN: An R package for assessing multivariate normality. *R Journal*, 6(2), 151–162. <https://doi.org/10.32614/rj-2014-031>
- Kotov, R., Waszczuk, M. A., Krueger, R. F., Forbes, M. K., Watson, D., Clark, L. A., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Ivanova, M. Y., Michael Bagby, R., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Moffitt, T. E., Eaton, N. R., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., ... Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454–477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Letina, S., Blanken, T. F., Deserno, M. K., & Borsboom, D. (2019). Expanding network analysis tools in psychological networks: Minimal spanning trees, participation coefficients, and motif analysis applied to a network of 26 psychological attributes. *Complexity*, 2019, 9424605. <https://doi.org/10.1155/2019/9424605>
- Levi-Belz, Y., Greene, T., & Zerach, G. (2020). Associations between moral injury, PTSD clusters, and depression among Israeli veterans: A network approach. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1736411. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1736411>
- Liu, H., Lafferty, J., & Wasserman, L. (2009). The nonparanormal: Semiparametric estimation of high dimensional undirected graphs. *Journal of Machine Learning Research*, 10, 2295–2328. <https://doi.org/10.1184/r1/6610712>
- McElroy, E., Fearon, P., Belsky, J., Fonagy, P., & Patalay, P. (2018). Networks of depression and anxiety symptoms across development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(12), 964–973. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.05.027>
- McNally, R. J., Mair, P., Mugno, B. L., & Riemann, B. C. (2017). Co-morbid obsessive-compulsive disorder and depression: A Bayesian network approach. *Psychological Medicine*, 47(7), 1204–1214. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003287>
- Niitsu, T., Fabbri, C., & Serretti, A. (2015). Predictors of switch from depression to mania in bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 66–67, 45–53. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.04.014>
- Orsolini, L., Latini, R., Pompili, M., Serafini, G., Volpe, U., Vellante, F., Fornaro, M., Valchera, A., Tomasetti, C., Fraticelli, S., Alessandrini, M., La Rovere, R., Trotta, S., Martinotti, G., Di Gianantonio, M., & De Berardis, D. (2020). Understanding the complex of suicide in depression: From research to clinics. *Psychiatry Investigation*, 17(3), 207–221. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.0171>
- Pons, P., & Latapy, M. (2005). Computing communities in large networks using random walks. In P. Yolum, T. Güngör, F. Gürgen, & C. Özturan (Eds.), *Computer and Information Sciences—ISCIS 2005* (pp. 284–293). Springer.
- Quevedo, L. de A., Loret de Mola, C., Pearson, R., Murray, J., Hartwig, F. P., Gonçalves, H., Pinheiro, R. T., Gigante, D. P., Motta, J. V. dos S., Quadros, L. de C. M. de, Barros, F. C., & Horta, B. L. (2020). Mental disorders, comorbidities, and suicidality at 30 years of age in a Brazilian birth cohort. *Comprehensive Psychiatry*, 102, 152194. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152194>
- Robinaugh, D. J., Millner, A. J., & McNally, R. J. (2016). Identifying highly influential nodes in the complicated grief network. *Journal*

- of *Abnormal Psychology*, 125(6), 747–757. <https://doi.org/10.1037/abn0000181>
- Santos, H., Fried, E. I., Asafu-Adjei, J., & Jeanne Ruiz, R. (2017). Network structure of perinatal depressive symptoms in latinass: Relationship to stress and reproductive biomarkers. *Research in Nursing and Health*, 40(3), 218–228. <https://doi.org/10.1002/nur.21784>
- Skodol, A. E. (2012). Personality disorders in DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8(1), 317–344. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143131>
- Tonna, M., Amerio, A., Odone, A., Stubbs, B., & Ghaemi, S. N. (2016). Comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: Which came first? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(7), 695–698. <https://doi.org/10.1177/0004867415621395>
- van Borkulo, C. D., Boschloo, L., Kossakowski, J. J., Tio, P., Schoevers, R. A., Borsboom, D., & Waldorp, L. J. (2017). Comparing network structures on three aspects: A permutation test. *Manuscript Submitted*, March, 34. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.29455.38569>
- Watson, D., O'Hara, M. W., Naragon-Gainey, K., Koffel, E., Chmielewski, M., Kotov, R., Stasik-O'Brien, S. M., & Ruggero, C. J. (2012). Development and validation of new anxiety and bipolar symptom scales for an expanded version of the IDAS (the IDAS-II). *Assessment*, 19(4), 399–420. <https://doi.org/10.1177/1073191112449857>
- Watson, D., O'Hara, M. W., Simms, L. J., Kotov, R., Chmielewski, M., McDade-Montez, E. A., Gamez, W., & Stuart, S. (2007). Development and validation of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS). *Psychological Assessment*, 19(3), 253–268. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.3.253>
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders. Global Health estimates*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>
- Zhang, R. T., Zhou, H. Y., Wang, Y. M., Yang, Z. Y., Wang, Y., So, S. H., Chiu, C. D., Leung, P., Cheung, E., & Chan, R. (2019). Network analysis of schizotypal personality traits and their association with other subclinical psychiatric features. *Asian Journal of Psychiatry*, 44, 209–216. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.08.005>

Publisher's Note Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Norms According to Age and Gender for the Spanish Version of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II)

Manuel Sanchez-Garcia¹, Ana De la Rosa-Cáceres¹, Sara Stasik-O'Brien², Juan José Mancheño-Barba³, Óscar M. Lozano¹ and Carmen Díaz-Batanero^{1*}

¹ Department of Clinical and Experimental Psychology, University of Huelva, Huelva, Spain, ² Department of Psychology, Knox College, Galesburg, IL, United States, ³ Community Mental Health Unit, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, Spain

OPEN ACCESS

Edited by:

Jorge L. Puga,
University of Granada, Spain

Reviewed by:

Ana María Ruiz-Ruano García,
University of Granada, Spain
Joan Trujols,
Hospital de la Santa Creu i Sant
Pau, Spain

David Sánchez-Teruel,
University of Córdoba, Spain

*Correspondence:

Carmen Díaz-Batanero
carmen.diaz@dpsi.uhu.es

Specialty section:

This article was submitted to
Quantitative Psychology and
Measurement,
a section of the journal
Frontiers in Psychology

Received: 27 July 2021

Accepted: 09 September 2021

Published: 08 October 2021

Citation:

Sanchez-Garcia M, De la Rosa-Cáceres A, Stasik-O'Brien S, Mancheño-Barba JJ, Lozano OM and Díaz-Batanero C (2021) Norms According to Age and Gender for the Spanish Version of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II). *Front. Psychol.* 12:748025. doi: 10.3389/fpsyg.2021.748025

Inventory of Depression and Anxiety Symptoms-II (IDAS-II) constitutes a useful measurement tool with demonstrated psychometric properties that is contributing to the advancement of knowledge of emotional disorders within transdiagnostic models. To implement its use in clinical settings it is important that the scores can be interpreted in order to guide clinical decisions. This study aims to develop normative data for the Spanish version of the IDAS-II. An anonymous online survey was applied to 1,072 subjects, recruited through a stratified random sampling procedure taking into account population gender, age, and geographical region of Spain. Results show that women tend to score higher than men, particularly on the Dysphoria, General Depression, Appetite Gain, and Lassitude scales. Largest effect sizes for differences in the scores according to age were found for Lassitude, Dysphoria, and General Depression. Therefore, normative data according to gender and age group for each IDAS-II scale is provided. The norms provided in this work complement those already available, facilitating the decision-making of clinical professionals. Evidence of unidimensionality is provided for the 19 IDAS-II scales that allows researchers and clinicians to use specific IDAS-II scales independently.

Keywords: IDAS-II, norms, emotional disorders, unidimensionality, gender

INTRODUCTION

Emotional disorders such as depression and anxiety constitute some of the most prevalent psychopathological conditions (World Health Organization., 2017). These disorders are more disabling and result in a poorer quality of life when compared with other mental disorders such as alcohol use disorder or somatoform disorders and chronic diseases such as diabetes, arthritis, or asthma (Alonso et al., 2004; Moussavi et al., 2007; Grandes et al., 2011). In addition, diagnostic comorbidity, with rates reaching 40–60% of patients (Ruscio et al., 2017; Cancino et al., 2018), accentuates the severity of the disorder (Kessler et al., 2015), and the decline in quality of life (Rapaport et al., 2005).

In the last decade, treatment of this comorbidity has been facilitated by transdiagnostic interventions [e.g., the Unified Protocol-(UP), (Barlow et al., 2011)]. These have been shown to be effective in simultaneously treating several emotional

disorders (Barlow et al., 2017; Steele et al., 2018). For example, a recent systematic review revealed that interventions such as the UP (Sakiris and Berle, 2019) are highly effective in reducing the severity of various emotional disorders [e.g., anxiety, depression, general anxiety disorder (GAD), obsessive-compulsive disorder (OCD), panic disorder (PD), and social anxiety disorder], indicating the greater efficiency of this approach in comparison with disorder-specific interventions (Barlow et al., 2017).

From a measurement perspective, transdiagnostic interventions use, on average, more than three instruments to evaluate various disorders (Sakiris and Berle, 2019). As a result, assessment of the impact of interventions is dependent upon the ability of clinicians to interpret the various different scores, since these instruments generally differ in their scoring procedures, assessment timeframes, and measurement scales. In addition, authors such as Fried and Nesse (2015) have pointed out that some of the most widely used assessment instruments [e.g., *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck et al., 1996) or the *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD; Hamilton, 1960)] provide only an overall score of disorder severity. This overall score is generated from summing each of the symptom scores, based on the assumption that all symptoms are interchangeable indicators of the construct (Bollen, 1989; Fried and Nesse, 2015). Consequently, this mode of scoring fails to capture the heterogeneity among people with the same diagnosis, since people with the same overall score may not share common symptoms (Olbert et al., 2014; Fried and Nesse, 2015).

One instrument that, to a large extent, overcomes these limitations is the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms-II (IDAS-II) (Watson et al., 2012). This instrument was designed to assess both depression and anxiety symptoms (in order to address the extensive comorbidity between these two types of conditions) as well as to provide comprehensive and dimensional measurement of specific depression and anxiety symptoms. The original version of the instrument (IDAS; Watson et al., 2007) evaluates symptoms of depression and anxiety using 11 non-overlapping scales (Dysphoria, Panic, Social Anxiety, Insomnia, Lassitude, Ill Temper, Traumatic Intrusions, Well-Being, Suicidality, Appetite Loss, and Appetite Gain). In addition, it includes a scale that yields an overall depression score (General Depression), which contains items overlapping with several other IDAS scales. The IDAS-II expanded the instrument's coverage by adding seven additional scales (Traumatic Avoidance, Checking, Ordering, Cleaning, Claustrophobia, Mania, and Euphoria), thus providing dimensional scores for the severity of a wide range of symptoms associated with the following emotional disorders: major depression (MD), GAD, bipolar disorder (BD), posttraumatic stress disorder (PTSD), PD, social phobia, specific phobia, and OCD (Watson et al., 2008, 2012). Thus, the symptoms that constitute each disorder are evaluated with different items grouped into scales. This allows for testing their psychometric properties against other instruments that use a single item for the evaluation of each symptom. In addition, from a clinical perspective, this allows the identification of psychopathological profiles based on the symptoms, which helps clinicians to plan symptom-oriented interventions, whilst also making it possible to evaluate their

impact (Kotov et al., 2017; Nelson et al., 2018; Bullis et al., 2019).

A further notable feature of the IDAS-II is that it provides a dimensional score. This increases its sensitivity, particularly for the detection of heterogeneity among patients, while also allowing for the evaluation of clinical change following interventions (Kraemer et al., 2004). Despite these advantages, it should be noted that for the dimensional assessment of symptoms to be useful in clinical practice, it is important that the scores can be interpreted in order to guide diagnosis and decision-making with regard to treatment, choice of drugs, or hospitalization (Kraemer et al., 2004; Widiger and Samuel, 2005).

Currently, normative data are available for the 12 IDAS scales (Stasik-O'Brien et al., 2018), and the 19 scales of the IDAS-II instrument (Nelson et al., 2018). However, these are, to a certain extent, limited with regard to their applicability. First, the IDAS only provides scores associated with three percentiles (70, 94, and 99) (Stasik-O'Brien et al., 2018). In addition, and as the authors point out (Stasik-O'Brien et al., 2018), the development of these norms was based on data from samples that include patients, which affects the level of severity of the scores provided. Further, the two studies mentioned only provide normative data for the English version of the instrument, and no such data are currently available for the Spanish adaptation (De la Rosa-Cáceres et al., 2020). Finally, although there is a growing body of literature to indicate the existence of gender and age differences in emotional disturbances, the available instruments only provide scores for the general population. Research indicates that women score higher on scales used to assess depression and anxiety (Klose and Jacobi, 2004; Kessler et al., 2015; Nelson et al., 2018), whilst older people show a more marked decrease in emotional disturbance symptoms (Hoertel et al., 2015; Patten et al., 2016; Nelson et al., 2018). The influence of gender and age on emotional disorder symptom scores (e.g., Bromet et al., 2011; Patten et al., 2016) highlights the need to provide population-based norms that could be used to highlight differences according to these demographic variables.

Therefore, the primary objective of this study is to develop normative data for the Spanish version of the IDAS-II, obtained from a community sample. Second, we aim to analyze the relationship between the gender and age variables and the IDAS-II scale scores considering both the statistical significance and effect size. If, as suggested by the literature, it is found that scale scores differ significantly as a function of gender and age, then gender- and age-differentiated norms will be constructed for each IDAS-II scale.

METHODS

Sample

The study was conducted through an anonymous online survey carried out with the specialized company Netquest. This company has more than 155,000 members who were selected via random sampling in the Spanish population. The sample used on present study, composed of 1,072 subjects, was recruited from these panelists through a stratified random sampling procedure (margin of error = 3%, 95% confidence level, distribution $p = q$),

TABLE 1 | Reliability, means, and standard deviations for IDAS-II scales.

Scale	No. of items	This study (α)	This study (ω)	This study Spain—community sample—online ($N = 1,072$)	Nelson et al. (2018) USA—community sample—online ($N = 1,836$)	p^a	d^a	De la Rosa-Cáceres et al. (2020) Spain—community sample ($N = 620$)	p^a	d^a
				$M(SD)$	$M(SD)$			$M(SD)$		
General depression	20	0.91	0.92	39.82(12.17)	41.94(14.75)	<0.001	0.15	42.09(21.05)	0.005	0.14
Dysphoria	10	0.90	0.90	19.18(7.44)	19.90(8.61)	0.022	0.09	20.82(11.03)	<0.001	0.18
Lassitude	6	0.79	0.81	11.13(4.25)	13.14(5.23)	<0.001	0.41	12.66(6.80)	<0.001	0.29
Insomnia	6	0.89	0.93	12.02(5.37)	12.43(5.54)	0.052	0.07	13.31(7.46)	<0.001	0.21
Suicidality	6	0.84	0.91	7.27(2.86)	8.35(3.93)	<0.001	0.30	7.27(3.66)	0.999	0.00
Appetite loss	3	0.84	0.88	4.57(2.19)	5.06(2.82)	<0.001	0.19	4.63(2.64)	0.615	0.03
Appetite gain	3	0.80	0.83	5.59(2.69)	6.19(2.87)	<0.001	0.21	6.01(3.49)	0.006	0.14
Well-being	8	0.84	0.88	22.41(5.83)	22.40(7.42)	0.970	0.01	23.56(8.97)	0.001	0.16
Ill-temper	5	0.86	0.91	8.91(3.98)	8.15(4.01)	<0.001	0.19	9.90(5.63)	<0.001	0.21
Mania	5	0.80	0.86	8.46(3.69)	9.24(4.34)	<0.001	0.19	10.26(5.79)	<0.001	0.39
Euphoria	5	0.77	0.86	7.87(3.20)	8.84(3.55)	<0.001	0.28	9.08(5.11)	<0.001	0.30
Panic	8	0.89	0.92	11.53(4.92)	11.92(5.69)	0.061	0.07	13.23(7.91)	<0.001	0.27
Social anxiety	6	0.82	0.88	9.44(4.11)	10.86(5.51)	<0.001	0.28	10.53(6.36)	<0.001	0.22
Claustrophobia	5	0.85	0.91	7.35(3.66)	7.25(3.70)	0.480	0.03	7.84(5.00)	0.021	0.11
Traumatic intrusions	4	0.86	0.92	6.02(2.99)	6.60(3.50)	<0.001	0.17	6.71(4.18)	<0.001	0.20
Traumatic avoidance	4	0.83	0.90	7.76(3.70)	7.85(3.86)	0.538	0.02	8.54(4.73)	<0.001	0.19
Checking	3	0.78	0.83	5.19(2.44)	6.18(2.86)	<0.001	0.36	6.02(3.18)	<0.001	0.30
Ordering	5	0.74	0.77	9.70(3.69)	8.78(3.93)	<0.001	0.24	10.15(5.47)	0.044	0.10
Cleaning	7	0.84	0.88	12.42(4.50)	11.83(5.05)	0.002	0.12	11.59(7.31)	0.004	0.15

d , absolute value of Cohen's d ; α , internal consistency alpha; ω , internal consistency omega.

^a Comparison with present sample.

divided into strata representative of the Spanish population for gender, age (ranging between 18 and 75 years) and geographical region of Spain. Fifty percent of this sample were women, and the mean age of participants was 44.32 years ($SD = 14.68$). Of the sample, 60% had a partner, while 30% were single. In terms of employment status, 62% of the respondents reported being in paid employment. Regarding educational status, 46% had completed higher education (doctorate, master's, or university graduate), and 40% had completed high school and vocational training. Relating geographical representativeness, the distribution of sample is composed as follows: Northwest (Galicia, Asturias) 9%; North center (Vasque country, Cantabria) 9%; North east (Aragon, Catalonia, La Rioja) 12%; Center (Castilla La Mancha, Castilla León, Madrid, Extremadura) 10%; East (Valencia, Murcia, Balearic islands) 15%; South (Andalusia) 19%; metropolitan area of Madrid 12%; metropolitan area of Barcelona 9%; and Canary islands, Ceuta and Melilla 5%

Instrument

Inventory of Depression and Anxiety Symptoms-II (Watson et al., 2012; Spanish version, De la Rosa-Cáceres et al., 2020). The IDAS-II consists of 99 items rated on a Likert response

scale (1 = *not at all* to 5 = *extremely*). Each of the items refers to the presence, during the last 2 weeks, of symptoms of emotional disorders that are grouped into higher hierarchical structures following the HiTOP model (Kotov et al., 2017; De la Rosa-Cáceres et al., 2020). The 99 items are grouped on 18 non-overlapping scales: Dysphoria (e.g., "I felt discouraged about things"), Lassitude (e.g., "I felt exhausted"), Insomnia (e.g., "I had trouble falling asleep"), Suicidality (e.g., "I hurt myself purposely"), Appetite Loss (e.g., "I did not have much of an appetite"), Appetite Gain (e.g., "I thought a lot about food"), Well-Being (e.g., "I felt that I had accomplished a lot"), Ill-Temper (e.g., "I felt like breaking things"), Mania (e.g., "I kept racing from one activity to the next"), Euphoria (e.g., "I felt elated for no reason"), Panic (e.g., "I felt faint"), social anxiety (e.g., "I was anxious about talking in public"), Claustrophobia (e.g., "I avoided tight, enclosed spaces"), Traumatic Intrusions (e.g., "I had memories of something scary that happened"), Traumatic Avoidance (e.g., "I avoided situations that bring up bad memories"), Checking (e.g., "I checked things over and over again"), ordering (e.g., "I felt compelled to follow certain rules"), and Cleaning (e.g., "I avoided handling dirty things"). A General Depression overlapping scale is composed of the 10 Dysphoria

TABLE 2 | Percentiles, T scores, and direct scores for all sample ($N = 1,072$).

Percentiles	General depression	Dysphoria	Lassitude	Insomnia	Suicidality	Appetite loss	Appetite gain	Well-being	Ill-temper	Mania	Euphoria	Panic	Social anxiety	Claustrophobia	Traumatic intrusions	Traumatic avoidance	Checking	Ordering	Cleaning	Normalized T scores
1	23							10												27
2.25	24							11												30
5	25	10	6					12										5	7	34
10	26	11		6				14	5											37
15	28	12	7				3	16		5	5	8	6			4	3		8	40
20	29			7														6		42
25	31	13	8			3		18						5	4				9	43
30	32	14		8	6			19	6									7		45
35	33	15	9	9			4	20		6			7			5			10	46
40	34	16						21	7		6	9				6	4	8		47
45	36	17		10				22		7									11	49
50	37	18	10	11			5		8		7		8			7		9		50
55	39		11					23		8		10		6	5				12	51
60	40	19		12		4		24	9				9			8	5	10	13	53
65	42	20	12	13		5	6	25		9	8	11	10	7	6			11		54
70	44	22		14	7			26	10			12		8		9	6		14	55
75	47	23	13	15		6	7	27	11	10	9	13	11	9	7	10		12	15	57
80	49	25	14	16			8	28	12	11	10	14	12	10	8	11	7	13	16	58
85	53	27	15	18	8	7		29	13	12	11	16	14	11	9	12	8	14	17	60
90	57	30	17	20	10	8	9	30	15	14	13	19	16	13	10	13	9	15	19	63
95	63	34	20	23	14	9	11		17	16	15	23	18	15	12	15	10	16	22	66
97	68	36	21	25	16	10	12	32	19		16	25	20	17	14	16	11		23	69
97.75	70	38	22		17	11	13	33		18	17	26	21		15	17	12	18	24	70
99	79	44	24	28	19	12	15	35	22	20	18	30	23	20	17	18	13	20	25	73

Underlined: $P_{2.25}$, P_{15} , P_{50} , P_{85} , $P_{97.75}$.

items plus two items from each of the following scales: Suicidality, Lassitude, Insomnia, Appetite Loss, and Well-Being (these items are reverse-keyed).

Procedure

The field work was carried out by a specialized company (Netquest) with panels certified with the ISO 26362 standard. The sample for present study was recruited through a stratified random sampling procedure (considering age, gender, and geographical representativeness) extracted out of the 155,000 panelist of the company. The participation rate was 96.84% of the panelists invited to participate. Sociodemographic equivalence with respect non-respondents was ensured, inviting participants who meet the target characteristics in case another participant decline to participate.

The IDAS-II was administered online (this instrument can be self-administered, as established by the authors of the original version; Watson et al., 2012). Each person selected at random received a pre-test of their reading and comprehension abilities, to check that no automatic responses are made. Once it had

been determined that the person was fit to complete the test, the test was administered. Participants were rewarded for their participation. This study was approved by the Ethics Committee of Research Centers in the province of Huelva (Junta de Andalucía, Spain) (file number PI 040/18).

Statistical Analysis

The normality of the global scores of the 19 IDAS-II scales was checked using Lilliefors correction based on the Kolmogorov-Smirnov procedure. None of the IDAS-II scales follow a normal distribution, particularly the *Suicidality* scores, with values of asymmetry (3.65) and kurtosis (16.48) that are very far from normal.

Before generating the standardized scores, the unidimensionality of the IDAS-II scales was determined. For this purpose, various indices of unidimensionality were calculated: (a) percentage of variance explained by the first factor, considering that the scale is one-dimensional if the first factor explains at least 40% of the variance of all items (Carmines and Zeller, 1979); (b) the number of dimensions determined

TABLE 3 | Mean (Standard Deviation) by gender and age group.

Scale	Men (n = 537)	Women (n = 535)	p	d	18–29 years (n = 223)	30–44 years (n = 344)	45–54 years (n = 202)	55–75 years (n = 303)	p	η^2
	M(SD)	M(SD)			M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)		
General depression	36.93(10.87)	42.72(12.70)	<0.001	0.49	45.17(13.21)	40.74(11.86)	39.06(12.14)	35.35(9.79)	<0.001	0.08
Dysphoria	17.38(6.48)	20.99(7.89)	<0.001	0.50	22.82(8.27)	19.72(7.24)	18.61(7.20)	16.28(5.76)	<0.001	0.10
Lassitude	10.21(3.92)	12.05(4.36)	<0.001	0.44	13.42(4.85)	11.60(4.10)	10.57(3.83)	9.27(3.13)	<0.001	0.12
Insomnia	11.34(4.95)	12.70(5.68)	<0.001	0.26	12.59(5.46)	12.40(5.61)	12.04(5.36)	11.15(4.93)	0.007	0.01
Suicidality	7.19(2.76)	7.35(2.95)	0.356	0.06	8.17(3.90)	7.06(2.51)	7.16(2.90)	6.91(2.04)	<0.001	0.03
Appetite loss	4.31(2.05)	4.83(2.28)	<0.001	0.24	5.18(2.37)	4.58(2.13)	4.40(2.18)	4.22(2.00)	<0.001	0.03
Appetite gain	4.96(2.21)	6.23(2.96)	<0.001	0.49	7.14(3.10)	5.71(2.76)	5.19(2.36)	4.59(1.82)	<0.001	0.11
Well-being	22.55(5.67)	22.26(5.97)	0.404	0.05	21.86(6.08)	22.60(5.87)	22.10(5.75)	22.79(5.62)	0.238	0.01
Ill-temper	8.18(3.52)	9.64(4.26)	<0.001	0.37	10.46(4.75)	9.31(3.94)	8.49(3.84)	7.60(2.84)	<0.001	0.07
Mania	7.81(3.26)	9.10(3.96)	<0.001	0.36	9.87(4.26)	8.76(3.85)	8.06(3.34)	7.33(2.75)	<0.001	0.06
Euphoria	7.78(3.20)	7.95(3.19)	0.382	0.05	8.93(3.79)	7.80(3.13)	7.35(2.63)	7.50(2.96)	<0.001	0.03
Panic	10.75(4.35)	12.32(5.31)	<0.001	0.32	13.14(5.74)	11.76(5.16)	11.09(4.62)	10.37(3.66)	<0.001	0.04
Social anxiety	8.96(3.78)	9.93(4.36)	<0.001	0.24	11.38(5.18)	9.40(3.79)	8.93(3.66)	8.42(3.27)	<0.001	0.07
Claustrophobia	6.95(3.33)	7.75(3.92)	<0.001	0.22	8.09(4.25)	7.22(3.49)	6.92(3.02)	7.24(3.70)	0.006	0.01
Traumatic intrusions	5.62(2.61)	6.41(3.27)	<0.001	0.27	7.11(3.66)	6.05(2.92)	5.69(2.73)	5.40(2.41)	<0.001	0.04
Traumatic avoidance	7.38(3.59)	8.14(3.77)	0.001	0.21	8.89(4.17)	7.45(3.48)	7.42(3.45)	7.51(3.58)	<0.001	0.03
Checking	4.96(2.14)	5.41(2.68)	0.002	0.19	6.11(3.05)	5.12(2.36)	4.77(1.97)	4.86(2.10)	<0.001	0.04
Ordering	9.51(3.53)	9.90(3.84)	0.082	0.11	10.54(4.30)	9.63(3.67)	9.04(3.22)	9.61(3.41)	<0.001	0.02
Cleaning	11.81(4.00)	13.03(4.87)	<0.001	0.27	13.03(4.74)	12.73(4.65)	12.01(4.21)	11.89(4.24)	0.009	0.01

d, absolute value of Cohen's d; η^2 , eta-squared.

by the minimum average partial (MAP) test (Velicer, 1976; Velicer et al., 2000); (c) Horn's parallel analysis (PA) method (Horn, 1965); (d) Ruscio and Roche's comparison data (CD) technique (Ruscio and Roche, 2012); (e) confirmatory factor analysis fit indices for a one-dimensional model such as the Root Mean-Square Error of Approximation (RMSEA), the Root Mean Square Residual (RMSR), the Tucker Lewis Index (TLI) and Comparative Fit Index (CFI). Values below 0.08 for RMSEA and RMSR and above 0.90 for the CFI and TLI are taken to indicate a good fit (Hu and Bentler, 1999).

Having demonstrated sufficient evidence of unidimensionality of the IDAS-II scales, standardized percentiles and *T*-scores were generated for each scale for the whole sample. Various tests were then conducted to compare means (*t*-tests and ANOVAs) to confirm whether there were differences according to gender and age. In all these tests, statistical significance and the effect size were both taken into account. According to Cohen's guidelines (Cohen, 1988, 1992) *d*-values from [0.20] to [0.49] are taken to indicate small effect sizes; those ranging from [0.50] to [0.79] are considered medium; and values above [0.80] are considered large effect sizes. Eta-squared values from [0.01] to [0.05] represent small effect sizes; those ranging from [0.06] to [0.13] indicate medium effect sizes; and values above [0.14] indicate large effect sizes (Cohen, 1988, 1992). Differences according to gender and age were subsequently determined for each of the IDAS-II scales.

Descriptive statistics, internal consistency (alpha and omega), exploratory factor analysis, and tests for the comparison of means were conducted with SPSS version 25. For the dimensionality statistics, the functions "vss" and "fa.parallel" of the R package "psych" (Revelle, 2019); the function "cfa" of the "lavaan" R package (Rosseel, 2012); and the function "CD" of the "EFAtools" R package (Steiner and Grieder, 2020) were used. The "psych" R package was used to calculate the omega reliability coefficients. The percentile values were obtained from the SPSS percentile calculation function.

RESULTS

Descriptive Statistics and Reliability Estimates

Table 1 shows the descriptive statistics and internal consistency of the IDAS-II scales. As can be observed, the internal consistency values can be considered adequate, ranging from $\alpha = 0.74$ ($\omega = 0.77$) and $\alpha = 0.91$ ($\omega = 0.93$), with a mean α -value of 0.83 (mean ω -value of 0.88).

Comparison of the mean scores with those reported by Nelson et al. (2018) for the U.S. sample and the sample of De la Rosa-Cáceres et al. (2020) revealed that the differences are statistically significant for almost all of the scales. However, statistical significance is driven more by sample size than effect size, since 12 of the 19 comparisons with the Nelson et al. study

TABLE 4 | Percentiles, T scores, and direct scores for 18–44 years old men ($n = 188$).

Percentiles	General depression	Dysphoria	Lassitude	Insomnia	Suicidality	Appetite loss	Appetite gain	Well-being	Ill-temper	Mania	Euphoria	Panic	Social anxiety	Claustrophobia	Traumatic intrusions	Traumatic avoidance	Checking	Ordering	Cleaning	Normalized T scores
1	24							10												27
2.25	25	10	6	6				11										7		30
5	26	11						13	5									5		34
10	27		7				3	15		5	5		6			4				37
15	28	12		7				16				8			4		3		8	40
20	30	13	8			3		18						5				6		42
25	31	14	9	8	6			19	6										9	43
30	33	15		9						6			7					7		45
35	34	16	10				4	20	7		6					5	4	8	10	46
40	36	17						21		7		9	8			6				47
45	37			10															11	49
50	38	18	11	11			5	22	8	8	7	10	9		5	7	5	9	12	50
55	39	19				4		23			8							10		51
60	40	20	12	12			6	24	9	9		11	10	6		8			13	53
65	42	21	13	13		5		25			9		11	7	6		6	11	14	54
70	44	22	14	14	7		7		10	10	10	12		8		9		12		55
75	47	24				6		26	11	11		13	12	9	7	10	7	13	15	57
80	49	26	15	15	8		8	27	12	12	11	15	14	10	8	11		14	16	58
85	55	28	16	18	9	7	9	28	14	14	13	16	15	12	10	13	8	15	17	60
90	59	30	18	20	13	9		30	15	15	14	20	17	14	11		9		18	63
95	63	34		23	17		10	32	17	17	16	24	21	16		16	10	17	21	66
97	67	35	21		18		13				17	27	22		13		11	18	23	69
97.75	68	36	22	24	19	10		33	19		18	28		17	14	17	12		24	70
99	71	39	25	26	21	12	14	34	22	18	20	30	23	19	19	18	13	19	25	73

Underlined: $P_{2.25}$, P_{15} , P_{50} , P_{85} , $P_{97.75}$.

yielded effect size values (d) below 0.20. Compared with the data from De la Rosa-Cáceres et al. (2020), 11 subscales have effect size values below 0.20 (Nelson et al., 2018). The highest effect size value corresponds to the difference in mean scores for Mania ($d = 0.39$).

Unidimensionality of the Scales

The 18 IDAS-II scales provide evidence of unidimensionality in their scores for most analysis carried out. Although CD analysis offers a higher number of factors on most scales, MAP and PA analysis suggested a unidimensional solution to be the best option for all specific scales. The percentages of variance explained by the first factor range from 47% (Well-Being, 8 items) to 76% (Appetite Loss, 3 items) and the RMSR and TLI-values indicate an adequate one-dimensional model fit for all of the scales except *Suicidality* (RMSEA = 0.23; RMSR = 0.10; CFI = 0.84; TLI = 0.73) and *Ordering* (RMSEA = 0.26; RMSR = 0.11; CFI = 0.75; TLI = 0.49). However, in both cases, the values of the fit indices increase significantly if we estimate the correlation between the measurement errors of items with highly

overlapping contents: in the *Suicidality* scale, Items 22 and 38 refer to self-directed harmful actions or behaviors, while the rest of the items refer to thoughts (RMSEA = 0.14; RMSR = 0.05; CFI = 0.94; TLI = 0.89). In the *Ordering* scale, items 65 and 69 refer to reorganization (action and need to reorganize) whilst the remaining items refer to habits and rituals (RMSEA = 0.09; RMSR = 0.04; CFI = 0.98; TLI = 0.94).

The lowest values correspond to the General Depression composite scale (RMSEA = 0.11; RMSR = 0.08; CFI = 0.79; TLI = 0.76). By including the covariance between measurement errors of some of its items [for example, the items of Appetite Loss (items 1 and 26), Dysphoria (items 21 and 31 and items 40 and 48), *Suicidality* (items 13 and 52), Well-being (items 27 and 64), or *Insomnia* (items 11 and 51) scales] the values of the fit indices improve significantly (RMSEA = 0.07; RMSR = 0.05; CFI = 0.91; TLI = 0.90).

Scales General Percentiles

Table 2 shows the percentiles and normalized T -scores (standardized from the percentiles) associated with the direct

TABLE 5 | Percentiles, T scores, and direct scores for 45–75 years old men ($n = 349$).

Percentiles	General depression	Dysphoria	Lassitude	Insomnia	Suicidality	Appetite loss	Appetite gain	Well-being	Ill-temper	Mania	Euphoria	Panic	Social anxiety	Claustrophobia	Traumatic intrusions	Traumatic avoidance	Checking	Ordering	Cleaning	Normalized T scores
1	22							9												27
2.25	23	10						10												30
5	24							12										5	7	34
10	25		6	6				15			5									37
15	26	11					3	16	5	5			6			4	3	6		40
20								18				8							8	42
25	28	12		7				19							4					43
30	29		7		6	3								5				7	9	45
35	30	13		8				20												46
40	31		8	9				21	6		6					5		8	10	47
45		14						22		6						6	4			49
50	32	15		10			4	23					7					9	11	50
55	34		9	11				24	7	7	7	9				7				51
60	35	16																10	12	53
65	36	17	10	12		4	5	25	8		8	10	8	6	5	8	5			54
70	39	18		13	7			26		8				7		9		11	13	55
75	40	19	11	14		5		27	9	9	9	11	10		6		6		14	57
80	43	21	12	15			6	28	10			12		8		10		12		58
85	46	22		16	8	6		29	11	10	10	13	12	9	7	11	7	13	15	60
90	48	24	14	18		7	7	30		11	12	15	13	11	8	12		14	17	63
95	56	29	16	21	12	9			15	13	14	19	16	14	11	15	9	16	20	66
97	57	30	18	23	14		9	32	16	15	15	22	17		12	16	10	17		69
97.75	61	31		24	15	10						23	18	16	13				21	70
99	67	35	20	26	18	11	11	34	20	17	18	25	20	19	14	17	12	18	23	73

Underlined: $P_{2.25}$, P_{15} , P_{50} , P_{85} , $P_{97.75}$.

scores of each of the IDAS-II scales. To facilitate the reading and interpretation of the scores, for each of the symptoms, scores are presented for the values corresponding to the mean in T-scores ($T = 50$, P_{50}) and the mean plus/minus one and two standard deviations (T-values of 60–40 and 70–30, respectively), which correspond to the P_{85} , P_{15} , $P_{97.75}$, and $P_{2.25}$.

Group Comparisons

Table 3 shows the comparisons of the mean IDAS-II scale scores according to gender and age group. Statistically significant gender differences are found with small and medium effect sizes for all scales except Suicidality, Well-Being, Euphoria, and Ordering. The largest effect sizes correspond to the comparisons for Dysphoria ($d = 0.50$), General Depression ($d = 0.49$), Appetite Gain ($d = 0.49$), and Lassitude ($d = 0.44$). When looking at the differences between age groups, statistically significant differences are observed with small or medium effect sizes for all scales except well-being, with the largest effect sizes being found for Lassitude ($\eta^2 = 0.12$), Dysphoria ($\eta^2 = 0.10$), and General Depression ($\eta^2 = 0.08$).

Percentile Scores According to Age and Gender

Given the differences found, Tables 4–7 present the scores obtained as a function of gender and age variables, according to the following participant categories (in order not to generate subgroups with reduced sample sizes, they will be grouped into two age groups): (1) men aged 18–44 years ($n = 188$) (Table 4); (2) men aged 45–75 years ($n = 349$) (Table 5); (3) women aged 18–44 years ($n = 379$) (Table 6); and (4) women aged 45–75 years ($n = 156$) (Table 7).

DISCUSSION

The IDAS-II has been highlighted as an efficient instrument for evaluating the severity of the symptoms of a wide variety of emotional disorders. In order to facilitate its application and interpretation, this study provides, for the first time, national norms for gender and age of the Spanish version of the IDAS-II using data from a community sample. The importance of these

TABLE 6 | Percentiles, *T* scores, and direct scores for 18–44 years old women (*n* = 379).

Percentiles	General depression	Dysphoria	Lassitude	Insomnia	Suicidality	Appetite loss	Appetite gain	Well-being	Ill-Temper	Mania	Euphoria	Panic	Social anxiety	Claustrophobia	Traumatic intrusions	Traumatic avoidance	Checking	Ordering	Cleaning	Normalized <i>T</i> Scores
1	23																			27
2.25	24	10	6	6				10										5	7	30
5	27	11					3	12	5	5	5		6			4				34
10	30		7					14				8								37
15	31	13	8	7		3		16									3	6	8	40
20	33							17	6	6				5	4					42
25	34	15	9	8			4	18	7							5		7	9	43
30	36	17		9	6			19			6	9	7							45
35	37		10	10				20		7						6		8	10	46
40	38	18					5		8				8			7	4		11	47
45	40	19	11	11				21				10						9		49
50	41	20	12	12		4	6	22	9	8	7		9	6	5				12	50
55	43	21				5		23		9		11				8	5	10	13	51
60	45	22	13	13			7	24	10		8	12	10	7	6					53
65	47	24		14				25	11	10		13	11			9	6	11	14	54
70	49	25	14	15	7	6	8	26		11	9	14	12	8	7			12	15	55
75	51	27	15	16				27	12	12		15	13	9	8	10	7	13	16	57
80	53	28	16	17	8		9	28	14	13	10	16	14	10	9	11	8	14	18	58
85	57	30	17	19	9	7	10	29	15	14	12	18	15	11	10	13	9	15	19	60
90	60	33	19	22	11	8	11	30	17	16	13	20	17	13	11	14	10	16	20	63
95	69	38	21	24	13	9	13	32	19	18	15	24	19	17	14	16	12	17	22	66
97	77	43	23	27	16	10	14	34	20		17	27	22	18	15	17	13	19	24	69
97.75	78	44	24	28	18	11	15	35	21	19		28	23	19	17				25	70
99	85	45	26	29	20	12		37	25	22	19	33	26	24	18	19	14	21	26	73

Underlined: $P_{2.25}$, P_{15} , P_{50} , P_{85} , $P_{97.75}$.

indicators is justified by the observation that women tend to score higher than men, particularly on the dysphoria, general depression, appetite gain, and lassitude scales. Moreover, there are differences in the scores according to age. These differences justify the need to provide normative data according to gender and age group for each IDAS-II scale. Finally, evidence of unidimensionality is provided for the 19 IDAS-II scales which, together with the high values of internal consistency, ensures that each IDAS-II scale can be used independently.

In accordance with our main objective, we have provided normative data for the Spanish version of the IDAS-II based on a community sample. In agreement with previous studies (Nelson et al., 2018; De la Rosa-Cáceres et al., 2020), it is observed that the variables of the IDAS-II are not normally distributed, and so the percentiles corresponding to the scores on each scale are provided. As several authors point out (Crawford and Garthwaite, 2009; Nelson et al., 2018), percentiles calculated from the actual distribution of scores are most useful and informative when the data do not yield a normal distribution. Thus, for example, regarding the value of the mean and standard deviation

of Suicidality (7.27 and 2.86, respectively) we could suppose that, if these values followed a normal distribution, a person with a score of 8 would correspond to the 60th percentile, when in fact this score actually places that person at the 85th percentile. This information helps clinicians to correctly interpret the scores and thus facilitates decision making (Chien and Yao, 2014).

Comparing the scores reported here with those of other similar studies, we found that our scores are lower than those reported for the IDAS used by Stasik-O'Brien et al. (2018), but similar to those obtained with the version of the IDAS-II used by Nelson et al. (2018). Thus, the direct scores of 53 for General Depression and 27 for Dysphoria, which, in the work of Stasik-O'Brien et al. (2018) correspond to the 70th percentile, would be placed at the 83rd percentile in the work of Nelson et al. (2018). Moreover, the scores that Stasik-O'Brien et al. (2018) rank as *Mild* (70th percentile), would appear to be closer to the *Moderate* level (94th percentile) according to our data. These discrepancies could be explained by the different samples used; whilst the data reported by both Nelson et al. (2018) and in the

TABLE 7 | Percentiles, *T* scores, and direct scores for 45–75 years old women (*n* = 156).

Percentiles	General depression	Dysphoria	Lassitude	Insomnia	Suicidality	Appetite loss	Appetite gain	Well-being	Ill-temper	Mania	Euphoria	Panic	Social anxiety	Claustrophobia	Traumatic intrusions	Traumatic avoidance	Checking	Ordering	Cleaning	Normalized <i>T</i> scores
1	24							10												27
2.25	25	10	6					11										5	7	30
5	27	11		6			3	12	5	5						4				34
10	28							14			5	8	6							37
15	30	12	7					16						5			3	6	8	40
20	31	13	8	7				17											9	42
25	33	14		8		3		18	6						4	5		7		43
30	34			9	6		4			6									10	45
35		15	9	10				20	7			9	7			6		8		46
40	35	16						21		7	6					7			11	47
45	36	17		11										6			4	9		49
50	38	18	10	12			5	23	8			10	8			8			12	50
55	39					4				8	7			7	5			10	13	51
60	40	19	11	13				24				11	9	8		9	5		14	53
65	42	20				5	6		9	9	8			9	6			11		54
70	43	22	12	14	7			26		10		12	10			10	6		15	55
75	48	24		15		6	7		10		9	13	11	10	7			12		57
80	50	26	13	17				27	11	11	10	14	12	11		11	7		16	58
85	53	27	14	19	8	7	8	28	12	12		16	13	13	8	12	8	13	19	60
90	57	31	16	21	9	8	9	29	13		11	19	16	14	10	13		15	21	63
95	64	34	18	24	13	9	10		16	15	13	22	18	16	13	15		16	23	66
97	70	35	20		16	11	12	31	17	17	14	25	19	18	16	17	10		24	69
97.75	73	37	21	25					18	18	15	26		20				17		70
99	83	44	24	29	21	13	14	36	22	21	17	28	21	24	17	19	12	21	26	73

Underlined: *P*_{2.25}, *P*₁₅, *P*₅₀, *P*₈₅, *P*_{97.75}.

present study were based on community sample scores, Stasik-O'Brien et al. (2018) used a combined sample that included patients. In this regard, Stasik-O'Brien et al. (2018) point out that the inclusion of patients increases the severity of the scores (giving rise to higher scores) and thus they recommend that data are taken from community samples such as the one used in the present study.

When comparing our scores with those reported by Nelson et al. (2018), there are certain similarities, particularly between those that correspond to the highest percentiles. For example, the scores associated with the 97th percentile of the Insomnia (score = 25), Cleaning (score = 23) and Traumatic Avoidance (score = 16) scales are similar in both studies. Further, the direct score corresponding to the 85th percentile—which usually marks the point of statistical “abnormality”—is similar (or broadly similar) across several scales (e.g., Insomnia, Traumatic Intrusions, Claustrophobia, Mania, Social Anxiety, and General Depression). Although there are more discrepancies between the low values, there are also some similarities. For example, a score of 4 corresponds to the 25th percentile of Traumatic

Intrusions in both studies, whilst the 25th percentile of Well-Being corresponds to a score of 17 points in the study by Nelson et al. (2018), and a score of 18 points in the present study.

Moreover, and consistent with the literature (e.g., Kessler et al., 2015; Patten et al., 2016; Nelson et al., 2018), our results highlight how gender and age variables are associated with depression and anxiety scores, particularly for the *General Depression*, *Dysphoria*, *Lassitude*, and *Appetite Gain* scales. The differences found are unsurprising; women score higher than men (Klose and Jacobi, 2004; Bromet et al., 2011; Kessler et al., 2015), and younger people score higher than people of older ages (Hoertel et al., 2015; Kessler et al., 2015; Patten et al., 2016; Nelson et al., 2018). Considering that General Depression evaluates the central symptoms of depression, and Dysphoria is linked to the central and shared aspects of depression and anxiety (Watson et al., 2007, 2012), it seems that the higher scores obtained by women on these two scales is congruent with those studies that have consistently shown a greater prevalence of depression and anxiety in women (e.g., Bromet et al., 2011; Bandelow and Michaelis,

2015; Kessler et al., 2015; Jalnapurkar et al., 2018). Moreover, and similar to how other fatigue-related disorders (e.g., chronic fatigue syndrome and fibromyalgia) have a higher prevalence in women (Wolfe et al., 2018; Lim et al., 2020), our results also seem to indicate that the link between fatigue/lassitude and depression is more strongly associated with females. In line with our findings, Nelson et al. (2018) also found significantly higher Lassitude scores in women, the latter being one of the most gender-influenced symptoms. In light of these findings, it would be of interest to conduct future studies to clarify the relationship between fatigue and depression in women.

The results reported here indicate the importance of addressing how the variables of gender and age are related to symptoms measured by the IDAS-II. Thus, the present work provides, for the first time, normative data for examining age and gender differences for each IDAS-II scale. These differences are particularly evident when observing the scores obtained by women from 18 to 44 years of age and men from 45 to 75 years of age, which differ significantly from the whole sample. The other two subsamples show percentile scores very close to those obtained by the whole sample. Consistent with the literature where female gender and younger ages are associated with higher scores (e.g., Bromet et al., 2011; Hoertel et al., 2015; Kessler et al., 2015), 18–44 year-old women constitute the group with the highest mean scores whilst 45–75 year-old men show the lowest scores. These differences according to gender and age are shown in the percentiles corresponding to scores of the participant categories. For example, a score of 18 on the *Dysphoria* scale, which corresponds to the 50th percentile ($T = 50$) in the whole sample, corresponds to the 40th percentile ($T = 47$) in the subsample of 18–44 year-old women and the 79th percentile ($T = 55$) in the subsample of 45–75 year-old men.

Finally, the present study provides, for the first time, evidence of unidimensionality for all the IDAS-II scales, extending the unidimensionality analyses carried out by Watson et al. (2007) on the 11 scales of the original IDAS. This evidence of unidimensionality, together with the high values of internal consistency of the scales, supports the possibility of generating and using the score of each IDAS-II scale independently. Although some studies have used certain IDAS-II scales independently (e.g., Bauer et al., 2019; Vidaña et al., 2020), our study is the first to provide the evidence of unidimensionality that is necessary for interpreting the scores of the scales in an independent manner. This allows researchers and clinicians to use specific IDAS-II scales without having to administer the entire instrument. The IDAS-II thus makes it possible to evaluate both specific symptom dimensions and broader internalizing dimension (Stanton et al., 2020). This is of particular interest for transferring transdiagnostic approaches into clinical settings, which, although they are providing empirical evidence of interest in the research field, still require tools to facilitate decision-making by clinical professionals (Contreras et al., 2019).

Although the results reported here are of interest, it is necessary to acknowledge certain limitations of the study. In this regard, it should be noted that the data of the community

sample used here were collected through an online procedure. Although this procedure has allowed us to efficiently collect data from participants in all geographical regions of Spain, some authors point out that online data collection could lead to higher psychopathological scores in comparison with data gathered from other community samples using traditional procedures (Arditte et al., 2016). In addition, the use of digital media can create an access gap for certain people. In spite of this, the data reported in this study indicate that our sample does not differ from other Spanish samples whose data were collected through traditional methods (De la Rosa-Cáceres et al., 2020) or from the American normative sample used by Nelson et al. (2018). These authors also gathered the IDAS-II data online and found that the scores did not differ from those of other samples evaluated through traditional procedures. Therefore, we consider that the norms provided in this work complement those already available, facilitating the decision-making of clinical professionals and opening up new possibilities for research on the symptoms of emotional disorders.

DATA AVAILABILITY STATEMENT

The datasets presented in this study can be found in the article/[Supplementary Material](#).

ETHICS STATEMENT

The studies involving human participants were reviewed and approved by the Ethics Committee of Research Centers in the province of Huelva (Junta de Andalucía, Spain) (file number PI 040/18). The patients/participants provided their written informed consent to participate in this study.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

CD-B, ÓL, and ADR-C has contributed on the conception and design of study. ADR-C, JM-B, and MS-G has contributed on the acquisition of data. ADR-C, MS-G, and ÓL had participated on the analysis of data. ADR-C, SS-ÓB, and CD-B had participated on the interpretation of data and drafted the manuscript. All authors have revised the manuscript critically for intellectual content and approved the final version of the manuscript submitted.

FUNDING

This work was supported by the grant Network-Psyco: Modelización a través de redes empíricas de las conexiones entre facetas y rasgos psicológicos project UHU-1257470 on Programa Operativo FEDER Andalucía 2014–2020, provided by Fondo Europeo de Desarrollo Regional (EU) and Junta de Andalucía (Spain) and by the grant FPU19/00144 provided by the Spanish Ministry of Universities. The funding source had no role in the design of this study

and will not have any role during its execution, analyses, interpretation of the data, or decision to submit results. Open Access publication fees are supported by Estrategia de Política de investigación y de Transferencia 2021 University of Huelva.

REFERENCES

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., et al. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr. Scand.* 109, 38–46. doi: 10.1111/j.1600-0047.2004.00329.x
- Arditte, K. A., Çek, D., Shaw, A. M., and Timpano, K. R. (2016). The importance of assessing clinical phenomena in Mechanical Turk research. *Psychol. Assess.* 28, 684–691. doi: 10.1037/pas0000217
- Bandelow, B., and Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialog. Clin. Neurosci.* 17, 327–335. doi: 10.31887/dcn.2015.17.3/bandelow
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., et al. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 74, 875–884. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.2164
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C., Ellard, K. K., Boisseau, C., Allen, L., et al. (2011). Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: *Therapist Guide*. New York, NY: Oxford University Press.
- Bauer, B. W., Albanese, B. J., Martin, R. L., Smith, N. S., Schmidt, N. B., and Capron, D. W. (2019). Fear reactivity to head-mounted display perceptual illusion challenges is associated with suicidality. *Psychiatry Res.* 276, 262–268. doi: 10.1016/j.psychres.2018.12.106
- Beck, A. T., Steer, R. A., and Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory Manual, 2nd Edn.* San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural Equations With Latent Variables*. New York: Wiley.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G., et al. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med.* 9, 90. doi: 10.1186/1741-7015-9-90
- Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., and Barlow, D. H. (2019). What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 26, e12278. doi: 10.1111/cpsp.12278
- Cancino, A., Leiva-Bianchi, M., Serrano, C., Ballesteros-Teuber, S., Cáceres, C., and Vitriol, V. (2018). Factors associated with psychiatric comorbidity in depression patients in primary health care in Chile. *Depress. Res. Treat.* 2018, 1701978. doi: 10.1155/2018/1701978
- Carmines, E., and Zeller, R. (1979). *Reliability and Validity Assessment*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Chien, C. C., and Yao, G. (2014). “Norms,” in *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*, ed A. C. Michalos (Dordrecht: Springer), 4379–4380. doi: 10.1007/978-94-007-0753-5_1965
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York, NY: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychol. Bull.* 112, 155–159. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.155
- Contreras, A., Nieto, I., Valiente, C., Espinosa, R., and Vazquez, C. (2019). The study of psychopathology from the network analysis perspective: a systematic review. *Psychother. Psychosom.* 88, 71–83. doi: 10.1159/000497425
- Crawford, J. R., and Garthwaite, P. H. (2009). Percentiles please: the case for expressing neuropsychological test scores and accompanying confidence limits as percentile ranks. *Clin. Neuropsychol.* 23, 193–204. doi: 10.1080/13854040801968450
- De la Rosa-Cáceres, A., Stasik-O'Brien, S. M., Rojas, A. J., Sanchez-García, M., Lozano, O. M., and Diaz-Batanero, C. (2020). Spanish adaptation of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II) and a study of its psychometric properties. *J. Affect. Disord.* 271, 81–90. doi: 10.1016/j.jad.2020.03.187
- Fried, E. I., and Nesse, R. M. (2015). Depression sum-scores don't add up: why analyzing specific depression symptoms is essential. *BMC Med.* 13, 72. doi: 10.1186/s12916-015-0325-4
- Grandes, G., Montoya, I., Arietaleanizbeaskoa, M. S., Arce, V., and Sanchez, A. (2011). The burden of mental disorders in primary care. *Eur. Psychiatry* 26, 428–435. doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.11.002
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *J. Neurol.* 23, 56–62.
- Hoertel, N., McMahon, K., Olsson, M., Wall, M. M., Rodríguez-Fernández, J. M., Lemogne, C., et al. (2015). A dimensional liability model of age differences in mental disorder prevalence: evidence from a national sample. *J. Psychiatr. Res.* 64, 107–113. doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.03.017
- Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika* 30, 179–185. doi: 10.1007/BF02289447
- Hu, L. T., and Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Struct. Equat. Model.* 6, 1–55. doi: 10.1080/10705519909540118
- Jalnapurkar, I., Allen, M., and Pigott, T. (2018). Sex differences in anxiety disorders: a review. *HSOA J Psychiatry Depress Anxiety* 4, 3–16. doi: 10.24966/PDA-0150/100011
- Kessler, R. C., Sampson, N. A., Berglund, P., Gruber, M. J., Al-Hamzawi, A., Andrade, L., et al. (2015). Anxious and non-anxious major depressive disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 24, 210–226. doi: 10.1017/S2045796015000189
- Klose, M., and Jacobi, F. (2004). Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? *Arch. Women's Ment Health* 7, 133–148. doi: 10.1007/s00737-004-0047-7
- Kotov, R., Waszczuk, M. A., Krueger, R. F., Forbes, M. K., Watson, D., Clark, L. A., et al. (2017). The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): a dimensional alternative to traditional nosologies. *J. Abnorm. Psychol.* 126, 454–477. doi: 10.1037/abn0000258
- Kraemer, H. C., Noda, A., and O'Hara, R. (2004). Categorical versus dimensional approaches to diagnosis: methodological challenges. *J. Psychiatr. Res.* 38, 17–25. doi: 10.1016/S0022-3956(03)00097-9
- Lim, E. J., Ahn, Y. C., Jang, E. S., Lee, S. W., Lee, S. H., and Son, C. G. (2020). Systematic review and meta-analysis of the prevalence of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME). *J. Transl. Med.* 18, 1–15. doi: 10.1186/s12967-020-02269-0
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., and Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the world health surveys. *Lancet* 370, 851–858. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61415-9
- Nelson, G. H., O'Hara, M. W., and Watson, D. (2018). National norms for the expanded version of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II). *J. Clin. Psychol.* 74, 953–968. doi: 10.1002/jclp.22560
- Olbert, C. M., Gala, G. J., and Tupler, L. A. (2014). Quantifying heterogeneity attributable to polythetic diagnostic criteria: theoretical framework and empirical application. *J. Abnorm. Psychol.* 123, 452–462. doi: 10.1037/a0036068
- Patten, S. B., Williams, J. V. A., Lavorato, D. H., Wang, J. L., Bulloch, A. G. M., and Sajobi, T. (2016). The association between major depression prevalence and sex becomes weaker with age. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 51, 203–210. doi: 10.1007/s00127-015-1166-3
- Rapaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R., and Endicott, J. (2005). Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *Am. J. Psychiatry* 162, 1171–1178. doi: 10.1176/appi.ajp.162.6.1171
- Revelle, W. (2019). *psych: Procedures for Personality and Psychological Research (Version 1.9.6) [Computer software]*. Available online at: <https://cran.r-project.org/package=psych>

SUPPLEMENTARY MATERIAL

The Supplementary Material for this article can be found online at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.748025/full#supplementary-material>

- Rosseel, Y. (2012). lavaan: an R package for structural equation modeling. *J. Stat. Softw.* 48, 1–36. doi: 10.18637/jss.v048.i02
- Ruscio, A. M., Hallion, L. S., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., et al. (2017). Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe. *JAMA Psychiatry* 74, 465–475. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0056
- Ruscio, J., and Roche, B. (2012). Determining the number of factors to retain in an exploratory factor analysis using comparison data of known factorial structure. *Psychol. Assess.* 24, 282–292. doi: 10.1037/a0025697
- Sakiris, N., and Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clin. Psychol. Rev.* 72, 101751. doi: 10.1016/j.cpr.2019.101751
- Stanton, K., McDonnell, C. G., Hayden, E. P., and Watson, D. (2020). Transdiagnostic approaches to psychopathology measurement: recommendations for measure selection, data analysis, and participant recruitment. *J. Abnorm. Psychol.* 129, 21–28. doi: 10.1037/abn0000464
- Stasik-O'Brien, S. M., Brock, R. L., Chmielewski, M., Naragon-Gainey, K., Koffel, E., McDade-Montez, E. A., et al. (2018). Clinical utility of the inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS). *Assessment* 26, 944–960. doi: 10.1177/1073191118790036
- Steele, S. J., Farchione, T. J., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Sbi, S., Sauer-Zavala, S., et al. (2018). Efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. *J. Psychiatr. Res.* 104, 211–216. doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.08.005
- Steiner, M. D., and Grieder, S. G. (2020). EFAtools: an R package with fast and flexible implementations of exploratory factor analysis tools. *J. Open Source Softw.* 5, 2521. doi: 10.21105/joss.02521
- Velicer, W. F. (1976). Determining the number of components from the matrix of partial correlations. *Psychometrika* 41, 321–327. doi: 10.1007/BF02293557
- Velicer, W. F., Eaton, C. A., and Fava, J. L. (2000). “Construct explication through factor or component analysis: a review and evaluation of alternative procedures for determining the number of factors or components,” in *Problems and Solutions in Human Assessment*, eds R. D. G. and E. Helmes (Boston, MA: Kluwer Academic/Plenum Publishers), 41–71. doi: 10.1007/978-1-4615-4397-8_3
- Vidaña, A. G., Forbush, K. T., Barnhart, E. L., Mildrum Chana, S., Chapa, D. A. N., Richson, B., et al. (2020). Impact of trauma in childhood and adulthood on eating-disorder symptoms. *Eat. Behav.* 39, 101426. doi: 10.1016/j.eatbeh.2020.101426
- Watson, D., O'Hara, M. W., Chmielewski, M., McDade-Montez, E. A., Koffel, E., Naragon, K., et al. (2008). Further validation of the IDAS: evidence of convergent, discriminant, criterion, and incremental validity. *Psychol. Assess.* 20, 248–259. doi: 10.1037/a0012570
- Watson, D., O'Hara, M. W., Naragon-Gainey, K., Koffel, E., Chmielewski, M., Kotov, R., et al. (2012). Development and validation of new anxiety and bipolar symptom scales for an expanded version of the IDAS (the IDAS-II). *Assessment* 19, 399–420. doi: 10.1177/1073191112449857
- Watson, D., O'Hara, M. W., Simms, L. J., Kotov, R., Chmielewski, M., McDade-Montez, E. A., et al. (2007). Development and validation of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS). *Psychol. Assess.* 19, 253–268. doi: 10.1037/1040-3590.19.3.253
- Widiger, T. A., and Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the diagnostic and statistical manual of mental disorders — Fifth edition. *J. Abnorm. Psychol.* 114, 494–504. doi: 10.1037/0021-843X.114.4.494
- Wolfe, F., Walitt, B., Perrot, S., Rasker, J. J., and Häuser, W. (2018). Fibromyalgia diagnosis and biased assessment: sex, prevalence and bias. *PLoS ONE* 13, e203755. doi: 10.1371/journal.pone.0203755
- World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization. Ediciones OMS.

Conflict of Interest: The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

Publisher's Note: All claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, the editors and the reviewers. Any product that may be evaluated in this article, or claim that may be made by its manufacturer, is not guaranteed or endorsed by the publisher.

Copyright © 2021 Sanchez-Garcia, De la Rosa-Cáceres, Stasik-O'Brien, Mancheño-Barba, Lozano and Diaz-Batanero. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY). The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) and the copyright owner(s) are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.



Assessing Internalizing Symptoms and Their Relation with Levels of Impairment: Evidence-Based Cutoffs for Interpreting Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II) Scores

A. De la Rosa-Cáceres^{1,2} · O. M. Lozano^{1,2} · M. Sanchez-García^{1,2} · F. Fernandez-Calderon^{1,2} · G. Rossi³ · C. Diaz-Batanero^{1,2}

Accepted: 9 November 2022 / Published online: 10 January 2023
© The Author(s) 2023

Abstract

Tests and scales measuring psychological disorders should provide information about how scores relate to other constructs such as quality of life or functional impairment. Such information is necessary to allow that their scores contribute to clinical decision making. The current study analyzes the clinical utility of the Spanish version of the Inventory for Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II) to discriminate between different levels of functional impairment and identify the IDAS-II scales that contribute most to explaining impairment. The total sample ($N = 1390$) consists of two subsamples: a community sample of the general population ($n = 1072$) selected by random sampling; and a sample of patients ($n = 318$) from public and private mental health services. The Spanish IDAS-II for measuring internalizing symptoms and WHODAS 2.0 for measuring impairment were administered to all participants. All scales show statistically significant higher scores in the patient sample, with Cohen's d effect sizes values greater than 0.30, except for well-being ($d = 0.19$). The cutoff values and their confidence intervals do not overlap with the means of either the community or patient sample. AUC values for most of the scales are above .70, except for appetite gain, ordering, euphoria, cleaning, and well-being. Multiple linear regression model using IDAS-II scales explain 57.1% of the variance of the WHODAS 2.0 ($F_{12,1377} = 155.305$; $p < .001$). Cutoff values provided allow us to reliably differentiate between the patients and community samples. Spanish IDAS-II scores show greater sensitivity and specificity in detecting those with greater impairment. General Depression, Lassitude, Panic and Claustrophobia contribute to impairment in a greater extent. Knowledge of which symptoms are most related with impairment, allows healthcare providers to improve treatment planning based on empirical evidence.

Keywords Depression · Anxiety · Emotional Disorders · Impairment · Assessment · PROMs · Cutoffs

Introduction

Mental disorders are among the leading causes of years lived with disability worldwide and a major cause of health burden (Global Burden of Diseases – GBD Mental Disorders

Collaborators, 2022). Among them, depression and anxiety disorders contributed most to the proportion of mental disorder disability-adjusted life years in 2019 (37.3% and 22.9%, respectively) (Whiteford et al., 2013). Further, as a consequence of the impact of COVID-19, the prevalence of these disorders remained high or even increased (Kumar & Nayar, 2020), with studies indicating rates in the general population of up to 34.31% and 38.12% for depression and anxiety, respectively (Necho et al., 2021). These emotional disorders can present with different degrees of severity, ranging from mild to severe and with different symptomatology. More severe symptomatology is generally associated with significant impairment (Hasin et al., 2018; Hammer-Helmich et al., 2018; Morin et al., 2020), requiring specialized attention from psychiatrists and psychologists who will evaluate the therapeutic needs.

The diagnosis of presence and severity of these disorders has generally been made following the Diagnostic and

✉ C. Diaz-Batanero
carmen.diaz@dpsi.uhu.es

¹ Department of Clinical and Experimental Psychology, Facultad de Ciencias de La Educación, University of Huelva, 21071 Huelva, Spain

² Research Center for Natural Resources, Health and the Environment, University of Huelva, Huelva, Spain

³ Personality and Psychopathology Research Group (PEPS), Department of Psychology (PE), Vrije Universiteit Brussel (VUB), Brussels, Belgium

Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) and International Classification of Diseases (ICD) classification systems. Tests based on these nosotaxies determine the severity and absence/presence of these mental disorders, based on a count of diagnostic criteria and a categorical cutoff for disorder presence. These tests are thus essential for diagnosing and monitoring patients (Jablensky, 2016), although some authors question basing clinical decisions on the count of diagnostic criteria (Lane & Sher, 2015; Markon et al., 2011; Østergaard et al., 2011; Zimmerman et al., 2015).

As a complement to the above instruments, other scales and tests assessing emotional disorders use dimensional approaches, that ease the correspondence between scale and test scores and indicators of severity (Krueger et al., 2018; Stanton et al., 2020) and allow to infer the severity of disorders by comparing to test norms (i.e. standard of percentile norms). For example, scales such as the Depression Anxiety Stress Scales (DASS; Crawford & Henry, 2003), the Hospital Anxiety and Depression Scale (Crawford et al., 2001; Hinz & Brähler, 2011) or the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II; Nelson et al., 2018; Sánchez-García et al., 2021) have available reports of the score percentiles obtained in random samples extracted from general population. These allow clinicians to infer the severity of a patient's disorder locating his or her score on the patient's reference group percentiles (i.e. norms). Also, these instruments give the opportunity to detect greater heterogeneity between individuals (compared to categorical diagnostic approaches) and are thus more sensitive to measurement of patients' change during the therapeutic process (Kraemer et al., 2004).

The interpretation of scores based on diagnostic criteria count and normative cutoffs are complementary approaches, and both provide useful information that enrich clinical judgment (Trivedi, 2009). However, several authors argue that tests and scales measuring psychological disorders should also provide information about how scores relate to other constructs such as quality of life or functional impairment (Fried et al., 2022; McKnight & Kashdan, 2009). This is especially important in the measurement of depression and anxiety, due to the strong influence of these disorders on impairment and social daily life (Rapaport et al., 2005). Symptoms most strongly related to functional impairment in psychiatric patients are fatigue, concentration problems and negative alterations in mood (Tanner et al., 2019). Previous evidence suggests that symptoms most differentiating clinical and non-clinical samples include lassitude (related with fatigue) and dysphoria for depression (Stasik-O'Brien et al., 2019; Watson et al., 2012; Watson & O'Hara, 2017) or panic attacks and claustrophobia in the case of anxiety symptoms (Irak & Albayrak, 2020). In the case of depression, it is reported that only 41.9% of patients respond to treatment, indicating that most of patients still have substantial

functional impairment even after treatment (McKnight & Kashdan, 2009). Concerning anxiety disorders, reductions in symptom severity and restoration of function, while related, appear to be disorder-specific (McKnight et al., 2016). Therefore, disentangling which depression and anxiety symptoms are most related with functioning and providing guiding lines for clinicians is a priority.

In this sense, patient-report outcomes measures (PROM) are crucial methods to evaluate the impact of mental disorders/physical illnesses and their treatment on daily life (Lloyd et al., 2014; Yorkston & Baylor, 2019). These instruments are generally easy to administer and have proven useful for monitoring patients in mental health services (Knaup et al., 2009; Øvretveit, et al., 2017; Shimokawa et al., 2010). For example, clinician experts in insurance medicine might take the empirical evidence for PROMs into account in the decision making for recommending medical leaves or disability benefits (Tanner et al., 2019). Among the PROMs, both the DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) and some authors (Obbarius et al., 2017) highlight the usefulness of the WHODAS 2.0 (World Health Organization, 2000). The WHODAS 2.0 is an instrument that differentiates between different levels of impairment according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). In addition, the WHODAS is adapted to numerous languages and has shown adequate psychometric properties in diverse populations (e.g. Ćwirlej-Sozańska et al., 2020; Federici et al., 2022; Koumpouros et al., 2018; Saltychev et al., 2021).

However, evidence from daily clinical practice reflects that use of PROM is implemented by less than 20% of clinicians (Lewis et al., 2020), despite the existing recommendations (Knaup et al., 2009; Shimokawa et al., 2010). The lack of clinically meaningful information or the effort required to administer these tests might hinder regularly use in clinical sessions (Campbell et al., 2021; Gelkopf et al., 2022). In addition, for tests and scales to be routinely administered in clinical sessions, it is necessary that their scores contribute to clinical decision making, such as drug administration, hospitalization, sick leave, etc. (Kraemer et al., 2004; Sharma, 2021; Widiger & Samuel, 2005). Therefore, it might be useful to provide clinicians information on the impairment of patients through the scales that assess mental disorders such as anxiety and depression, given these scales are more frequently used than PROM instruments. Research studies are consequently needed that establish associations between the scores of tests measuring mental disorders and the ICF levels. Thus, and consistent with the Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments (COSMIN; Mokkink et al., 2016), test scores assessing symptoms of mental disorders such as anxiety and depression would also allow a qualitative interpretation in terms of impairment.

Bearing in mind the above, the general objective of the current study is to analyze the clinical utility of the Spanish version of IDAS-II (De la Rosa-Cáceres et al., 2020), an instrument that assesses internalizing symptoms (including anxiety and depression symptoms), by evaluating its ability to discriminate between different levels of functional impairment (as measured by the WHODAS 2.0). Given more impairment can be expected in treatment-seeking samples (Irak & Albayrak, 2020; Watson et al., 2012; Watson & O'Hara, 2017), the Spanish version of IDAS-II should also be able in this study to discriminate patient from community samples in terms of scores obtained (with patient samples having higher mean scores compared to community samples in analogy to earlier studies). In addition, this study examines which emotional disorders symptoms contribute most to explain the total degree of impairment being found. In order to address the general objective, three specific objectives have been established: 1) examine the ability of the Spanish version of IDAS-II (De la Rosa-Cáceres et al., 2020) to discriminate between community and patient samples and providing clinical cutoffs for each IDAS-II scale; 2) identify the cut-off for the Spanish IDAS-II scales associated with moderate and severe impairment according to the ICF on the whole sample (as measured with the WHODAS 2.0); 3) identify the Spanish IDAS-II scales that contribute most to explaining impairment, as indexed by the WHODAS 2.0 total scale score.

According to previous research, it is hypothesized that scores in the clinical sample will be higher than those in the non-treatment seeking community sample, especially on the General depression and Dysphoria scales, which will present the largest effect sizes (Irak & Albayrak, 2020; Watson & O'Hara, 2017). Cutoffs for moderate and severe impairment levels have not been determined by previous studies, yet are expected to be discriminative (AUC values > .7) for all scales except for Well-Being, as higher well-being scores should not be associated with greater impairment. Finally, similar to Tanner et al. (2019), the scales most associated with functional impairment are expected to be Lassitude, General depression and Social anxiety.

Methods

Participants

The total sample ($N = 1390$) consists of two subsamples: a community sample of the general population ($n = 1072$) and a sample of patients ($n = 318$). The 1,072 participants in the community sample were selected by random sampling, divided into strata representative of the Spanish population for gender, age and geographical region of Spain. The patient sample consisted of 318 patients from public and private mental health services in the province of Huelva (Spain). Inclusion criteria for both samples (community and patients) were as follows: 1) be at least 18 years of age; 2) sign the informed consent; 3) not have any medical or psychological diagnosis that would preclude the administration of the tests. The clinical sample also met the following inclusion criteria: 1) being under treatment in a mental health service during the data collection; 2) have been diagnosed with a mental disorder according to DSM diagnostic criteria (at time of data collection, DSM-IV was used in clinical practice). These diagnoses were only used to determine whether patients were eligible for the clinical group, the specific diagnoses were not used in the analyses in present research.

Table 1 shows the sociodemographic distribution of the total, clinical and community sample. 53.3% of the participants of the total sample were women and aged between 18 and 80 years ($M = 43.12$; $SD = 14.76$). The clinical sample had a significant greater proportion of women (64.9% compared to 49.9% on community sample) ($\chi^2 = 21.76$; $p < .001$) and lower mean age ($M = 39.09$; $DT = 14.33$ compared to the community sample $M = 44.32$; $DT = 14.68$) ($t = 21.79$; $p < .001$). In the total sample, 1.2% had not completed primary education, 4.5% had completed primary education, 54.4% had completed secondary education and 39.8% had completed university studies. With regard to employment status, 56.2% were working. 36.2% of the sample has been diagnosed with more than one mental disorders. Differences between the community and clinical samples were observed on education level ($\chi^2 = 181.58$; $p < .001$) and occupational

Table 1 Sociodemographic variables in the clinical, community and total sample

	Total Sample ($N = 1390$)	Community Sample ($n = 1072$)	Clinical Sample ($n = 318$)
Age M (SD)	43.12 (14.76)	44.32 (14.68)	39.09 (14.33)
Women	53.3%	49.9%	64.9%
Not completed primary education	1.2%	0.6%	3.5%
Primary education	4.5%	2.6%	11.0%
Secondary education	54.4%	36.8%	67.3%
University	39.8%	46.3%	18.2%
Being employed	56.2%	62.1%	36.2%

status ($\chi^2 = 163.53$; $p < .001$) (see Table 1). Table 2 shows the diagnoses present in the clinical sample. The most frequent diagnostic categories among patients were Depressive Disorders (38.99%) and Anxiety Disorders (35.53%).

Measures

Spanish version of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms-II (IDAS-II; De la Rosa-Cáceres et al., 2020; Sanchez-Garcia et al., 2021; Watson et al., 2012). The IDAS-II is an instrument that assesses the severity of symptoms of depression, anxiety and bipolar disorder during the last two weeks. It is composed of 99 items with a 5-point Likert scale (from 1 = “not at all” to 5 = “extremely”). The items are organized in 18 non overlapping scales (Dysphoria, Lassitude, Insomnia, Suicidality, Appetite Loss, Appetite Gain, Well-Being, Ill Temper, Mania, Euphoria, Panic, Social Anxiety, Claustrophobia, Traumatic Intrusions, Traumatic Avoidance, Checking, Ordering and Cleaning) and an overlapping scale (General Depression). Higher scores are indicative of greater symptom severity for all scales except well-being (higher scores for this scale indicate higher well-being).

In this study, the reliability estimated by Cronbach's alpha coefficient provided values between .71 and .91. These values are similar to previous studies (De la Rosa-Cáceres et al., 2020; Irak & Albayrak, 2020; Watson & O'Hara, 2017; Watson et al., 2012).

12 items Spanish version of the WHO Disability Assessment Schedule II (WHODAS 2.0; Vázquez-Barquero et al., 2000; WHO, 2000). This instrument was developed from a set of ICF items to measure functional impairment. Each item is scored on a 5-point Likert scale (from 0 = “none” to

4 = “extreme or cannot do”) which grades the difficulty experienced by the participant in performing a given activity. This instrument provides an overall score ranging from 0 to 100, differentiating between no impairment (0–4 points), mild impairment (5–24), moderate impairment (25–49), severe impairment (50–95), and complete impairment (96–100) according to the ICF classification (WHO, 2013). The estimated reliability through the Cronbach's alpha coefficient was .91 for community sample and .88 for the patient sample.

In addition to the above-mentioned instruments, a questionnaire was administered that included sociodemographic information on sex, age, educational level and employment.

Procedure

The administration of the instruments in the community sample was carried out through a company specialized in online surveys, accredited with ISO-26362 quality standards (quality standard for the management of online research). Prior to the administration of the instruments, each participant completed a pre-test that assessed his or her reading and comprehension skills and to verified that no automatic responses were made. Before starting test administration, participants were informed of the objectives of the study and were informed of their right to withdraw from participation during the test administration process. After receiving this information, the patients signed the informed consent form. Participants received a reward for their participation in the study consisting of a voucher redeemable for gifts.

Data collection from the patient sample was performed by a psychologist trained in the administration of the instruments. Tests were administered in individual sessions in the mental health centers where they were recruited. Patients received the same prior information as community participants and were informed about the anonymous and voluntary nature of their participation in the study before signing informed consent. They also received a voucher redeemable for gifts.

Data Analysis

In order to evaluate the ability of IDAS-II scores to discriminate between patients and community samples, means and standard deviations were calculated for the IDAS-II scales and the WHODAS 2.0 total scale score in each sample separately. T-tests for independent samples were used to check the differences between two samples. *Cohen's d* was applied to calculate effect size. According to Cohen (1992), *d*-values greater than |0.20|, |0.50|, and |0.80| represent small, medium, and large effect sizes, respectively.

The following formula of Jacobson and Truax (1991) was applied to identify the clinical cutoff that differentiates between the community and patient samples:

Table 2 DSM-5 Diagnoses in patient sample (n = 318)

DSM-5 Diagnoses	N	%
Neurodevelopmental Disorders	30	9.43
Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders	22	6.92
Bipolar and Related Disorders	12	3.77
Depressive Disorders	124	38.99
Anxiety Disorders	113	35.53
Obsessive–Compulsive and Related Disorders	15	4.72
Trauma- and Stressor-Related Disorders	77	24.21
Dissociative Disorders	4	1.26
Somatic Symptom and Related Disorders	2	0.63
Feeding and Eating Disorders	6	1.89
Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders	6	1.89
Substance-Related and Addictive Disorders	11	3.46
Personality Disorders	29	9.12
Other conditions that may be a focus of clinical attention	2	0.63

$$c = \frac{M_D \cdot SD_F + M_F \cdot SD_D}{SD_D + SD_F}$$

where M_D is the mean of patient group, SD_D is standard deviation of patient group (which is expected to be more dysfunctional), M_F is the mean of community group, and SD_F is the standard deviation of community group (which is expected to be more functional). The 95% of confidence intervals for each cutoff were also estimated. IDAS-II scales values above the clinical cutoff thus indicate more dysfunctional scores for all scales, except for Well-Being, where values above the clinical cutoff indicate more functional scores.

As to assess the ability of IDAS-II scores to explain functional impairment, both samples were grouped to increase variability. Values higher than 25 in WHODAS 2.0 were used to classify persons with moderate impairment. Values higher than 50 in WHODAS 2.0 were used to classify persons with severe impairment and ROC analyses were executed to identified cutoffs in IDAS-II scores according to these WHODAS 2.0 defined ICF scores. IDAS-II values with best balance between sensitivity and specificity were used as cutoff, with minimum specificity set at .70 (Power et al., 2013).

Finally, a regression model analysis, was executed to identify scales of IDAS-II which explained total impairment

(measured by the WHODAS 2.0). Gender and age were included as controlled variables, as according to previous literature they are relevant variables related with the level of internalizing symptoms (Jalnapurkar et al., 2018; Sánchez-García et al., 2021; Nelson et al., 2018). A stepwise procedure was used to identify the predictive scales.

All analyses were executed using SPSS version 27.0.

Results

IDAS-II Clinical Cutoffs to Differentiate Community From Patient Samples

Table 3 shows the means of the IDAS-II scales of the community and patient samples. All scales, except well-being, show higher scores in the patient sample. Effect sizes for all scales show Cohen's d values greater than 0.30, except well-being ($d=0.19$), and are statistically significant. Medium effect sizes are observed for six scales and large effect sizes for eight scales. The largest effect sizes correspond to the scales of dysphoria ($d=1.31$), general depression ($d=1.22$), panic ($d=1.18$), mania ($d=1.14$), and traumatic intrusions

Table 3 Descriptive statistics among community and patient sample, comparison between groups and clinical cutoff of IDAS-II scales and WHODAS 2.0 total score

	Total Sample (N = 1390)	Community sample (n = 1072)	Patient sample (n = 318)	t	p	d	Cutoff	Confidence interval 95% of cutoff	
	M (SD)	M (SD)	M (SD)					Lower limit	Upper limit
General depression	43.92 (15.33)	39.82 (12.17)	57.73 (16.80)	17.683	<.001	1.22	47.34	46.57	48.11
Dysphoria	21.73 (9.22)	19.18 (7.44)	30.33 (9.46)	19.305	<.001	1.31	24.09	23.64	24.54
Lassitude	12.08 (4.79)	11.13 (4.25)	15.32 (5.10)	13.334	<.001	0.89	13.03	12.78	13.28
Insomnia	13.14 (6.17)	12.02 (5.37)	16.92 (7.14)	11.339	<.001	0.78	14.12	13.79	14.46
Suicidality	7.94 (3.91)	7.27 (2.86)	10.22 (5.71)	8.887	<.001	0.65	8.25	8.02	8.49
Appetite Loss	4.94 (2.59)	4.57 (2.19)	6.20 (3.35)	8.173	<.001	0.58	5.21	5.06	5.36
Appetite Gain	5.81 (2.88)	5.59 (2.69)	6.56 (3.36)	4.711	<.001	0.32	6.03	5.87	6.19
Well-being	21.82 (6.25)	22.41 (5.83)	19.84 (7.19)	5.823	<.001	0.19	21.26	20.91	21.60
Ill temper	9.72 (4.61)	8.91 (3.98)	12.48 (5.47)	10.822	<.001	0.75	10.41	10.16	10.66
Mania	9.58 (4.48)	8.46 (3.69)	13.38 (4.84)	16.759	<.001	1.14	10.58	10.36	10.81
Euphoria	8.17 (3.45)	7.87 (3.20)	9.24 (4.03)	5.568	<.001	0.38	8.47	8.28	8.66
Panic	13.41 (6.89)	11.53 (4.92)	19.77 (8.61)	16.296	<.001	1.18	14.53	14.16	14.89
Social Anxiety	10.44 (5.06)	9.44 (4.11)	13.84 (6.35)	11.642	<.001	0.82	11.17	10.89	11.45
Claustrophobia	8.15 (4.54)	7.35 (3.66)	10.88 (5.96)	10.014	<.001	0.71	8.69	8.43	8.95
Traumatic intrusions	7.06 (4.05)	6.02 (2.99)	10.58 (5.07)	15.297	<.001	1.10	7.71	7.49	7.93
Traumatic avoidance	8.50 (4.06)	7.76 (3.70)	11.01 (4.21)	12.412	<.001	0.82	9.28	9.07	9.49
Checking	5.65 (2.81)	5.19 (2.44)	7.24 (3.36)	10.152	<.001	0.70	6.05	5.90	6.21
Ordering	10.01 (3.97)	9.70 (3.69)	11.07 (4.66)	4.787	<.001	0.33	10.31	10.09	10.53
Cleaning	11.47 (5.05)	11.84 (5.06)	10.20 (4.82)	5.131	<.001	0.33	11.00	10.74	11.26
WHODAS 2.0	19.49 (9.21)	16.87 (6.87)	28.33 (10.28)	18.59	<.001	1.24	21.46	21.00	21.92

d : absolute value of Cohen's d

($d = 1.10$). Higher total score on patient sample are observed on the WHODAS 2.0 ($d = 1.24$).

The cutoff values and their confidence intervals do not overlap with the means of either the community or patient sample. Thus, these cutoff values allow us to reliably differentiate between the two types of samples.

IDAS-II Estimated Cutoff Point Related to Moderate and Severe Impairment According to ICF

According to WHODAS-2.0, 21.15% of the sample had moderate impairment and 3.53% had severe impairment.

Table 4 shows AUC, cutoffs and sensitivity/specificity values of the IDAS-II scales, using the WHODAS 2.0 values corresponding to moderate impairment (score above 25) and the severe impairment (scores above 50) as criteria. AUC values for most of the scales are adequate, except for five scales that are not able to discriminate between persons without impairment and persons with moderate/severe impairment (i.e. appetite gain, ordering, euphoria, cleaning, and well-being). It is also observed that the sensitivity/specificity shows higher values for detecting severe impairment versus moderate/severe impairment. That is, IDAS-II scores show greater sensitivity and specificity in detecting those with greater impairment.

IDAS-II Scales Explaining Impairment

Table 5 shows the results of the regression model of the WHODAS 2.0 scores, adjusting for age and sex. The model is statistically significant, explaining 57.1% of the variance of the WHODAS 2.0 ($F_{12,1377} = 155.305$; $p < .001$). The scales with the highest values of the standardized regression coefficients are general depression ($\beta = .236$, $p < .001$), panic ($\beta = .170$, $p < .001$), claustrophobia ($\beta = .148$, $p < .001$) and lassitude ($\beta = .136$, $p < .001$).

Discussion

The current study presents novel evidence on the clinical utility of IDAS-II scores by providing information about the associated degree of impairment. The IDAS-II has demonstrated to be a reliable (De la Rosa-Cáceres et al., 2020; Irak & Albayrak, 2020; Sanchez-Garcia et al., 2021; Watson et al., 2012) and useful assessment measure of internalizing symptoms in research using a transdiagnostic approach to emotional disorders (Kotov et al., 2017). Present results complement previous evidence, by bringing forth reliable cutoffs that differentiate patient and community samples and by estimating cutoffs of IDAS-II scales associated with different levels of impairment that can help clinicians with therapeutic planning.

Table 4 Results of the ROC analyses and estimated cut points based on criteria for moderate and severe impairment (N = 1390)

IDAS-II Scale	Moderate impairment (scoring > 25 WHODAS 2.0)				Severe impairment (scoring > 50 WHODAS 2.0)			
	AUC [95%CI]	Estimated cut point	Sensitivity	Specificity	AUC [95%CI]	Estimated cut point	Sensitivity	Specificity
General depression	.872 [.85, .90]	43.5	.864	.705	.946 [.92, .97]	48.5	.959	.706
Dysphoria	.863 [.84, .89]	21.5	.844	.701	.943 [.92, .97]	24.5	.980	.705
Lassitude	.808 [.78, .84]	12.5	.762	.705	.885 [.85, .92]	13.5	.898	.704
Insomnia	.788 [.76, .82]	14.5	.690	.744	.855 [.80, .91]	15.5	.857	.719
Suicidality	.783 [.75, .82]	7.5	.667	.828	.872 [.82, .93]	7.5	.878	.746
Appetite loss	.720 [.69, .76]	5.5	.616	.740	.754 [.68, .83]	6.5	.612	.791
Appetite gain	.657 [.62, .69]	6.5	.503	.739	.610 [.52, .70]	7.5	.388	.776
Well-Being	.312 [.28, .35]	26.5	.119	.714	.204 [.13, .28]	26.5	.061	.743
Ill temper	.762 [.73, .80]	10.5	.667	.761	.794 [.73, .86]	11.5	.755	.742
Mania	.805 [.78, .83]	9.5	.782	.703	.790 [.73, .85]	11.5	.694	.730
Euphoria	.594 [.56, .63]	9.5	.374	.766	.518 [.43, .61]	9.5	.306	.738
Panic	.855 [.83, .88]	12.5	.803	.738	.938 [.92, .96]	14.5	.980	.733
Social anxiety	.812 [.78, .84]	10.5	.759	.734	.876 [.83, .93]	11.5	.837	.702
Claustrophobia	.754 [.72, .79]	7.5	.701	.712	.834 [.77, .90]	8.5	.816	.702
Traumatic intrusions	.831 [.80, .86]	6.5	.793	.720	.915 [.89, .95]	7.5	.959	.702
Traumatic avoidance	.719 [.69, .75]	9.5	.592	.714	.710 [.64, .78]	9.5	.653	.730
Checking	.723 [.69, .76]	6.5	.544	.775	.741 [.67, .82]	6.5	.673	.721
Ordering	.638 [.60, .68]	10.5	.476	.730	.606 [.52, .69]	12.5	.408	.757
Cleaning	.548 [.51, .59]	13.5	.401	.705	.590 [.49, .68]	14.5	.429	.735

Table 5 Linear regression analysis for WHODAS 2.0 score (N = 1390)

	B	SE	β	<i>t</i>	<i>p</i>	95% CI	
						LL	UL
Constant	-7.019	1.135		-6.186	< .001	-9.245	-4.793
Sex	0.016	0.280	0.001	0.059	.953	-0.533	0.566
Age	0.037	0.010	0.074	3.757	< .001	0.018	0.057
General depression	0.114	0.024	0.236	4.737	< .001	0.067	0.161
Claustrophobia	0.242	0.040	0.148	5.987	< .001	0.162	0.321
Panic	0.183	0.039	0.170	4.658	< .001	0.106	0.260
Social anxiety	0.160	0.042	0.109	3.848	< .001	0.078	0.241
Ill temper	-0.205	0.046	-0.128	-4.451	< .001	-0.296	-0.115
Lassitude	0.210	0.046	0.136	4.539	< .001	0.119	0.300
Traumatic Intrusions	0.180	0.058	0.099	3.089	.002	0.066	0.294
Well-being	-0.097	0.025	-0.082	-3.804	< .001	-0.147	-0.047
Mania	0.169	0.045	0.103	3.784	< .001	0.082	0.257
Cleaning	-0.047	0.021	-0.044	-2.261	.024	-0.088	-0.006

CI confidence interval, LL lower limit, UL upper limit

Furthermore, our results suggest that General Depression, Lassitude, Panic and Claustrophobia contribute to impairment in a greater extent.

In relation to the first objective, and in congruence with previous studies (Irak & Albayrak, 2020; Watson & O'Hara, 2017; Watson et al., 2012), the patient sample in the current study is more dysfunctional in terms of presence of internalizing symptoms as captured by the IDAS-II scales and higher impairment as measured by the WHODAS 2.0 total score. Most of the IDAS-II scales show moderate to high effect sizes when comparing the community and patient sample, with largest effect sizes for the IDAS-II scales of General Depression and Dysphoria, as hypothesized. These two subscales also best differentiated patients and healthy controls in previous research (Irak & Albayrak, 2020; Stasik-O'Brien et al., 2019). The newly provided cutoff points, that differentiate between patient and non-patient samples with non-overlapping confidence intervals, may allow to use this instrument to detect emotional disorders in primary care patients based of a composite profile, as has been recommended (Ferenchick et al., 2019; Park & Zarate, 2019).

However, it should be noted that the IDAS-II Cleaning scale did not show the ability to provide a reliable cutoff in the current study. This result may be due to the impact of COVID-19 during data collection. A recent systematic review suggested that both patients and healthy individuals have experienced contamination obsessive-compulsive-like symptoms related with COVID-19 (Guzick et al., 2021). Considering that cleaning was a protective factor against COVID-19, and thus 'healthy' behavior, it is reasonable that effect sizes on this scale are among the lowest and that the scores observed in the community sample are even higher than those observed in the patient sample. In this sense, it is likely that the assessment of this specific

symptom of obsessive-compulsive disorder through the IDAS-II needs to be taken with caution when administered during COVID-19 or similar conditions.

Concerning the second aim, this study provides for the first time cutoffs for different levels of impairment according to the ICF, as measured by WHODAS 2.0. Therefore, present results contribute to the interpretability of the IDAS-II, assigning qualitative meaning to quantitative scores (Terwee et al., 2007). Up to our knowledge, clinical utility of IDAS-II was limited to the study of its discriminative ability to differentiate between distinct disorders (Stasik-O'Brien et al., 2019). However, emotional disorders generate high disability in different areas of people's live even beyond patients samples (Guilera et al., 2020). Our study could support this finding, our values of the IDAS-II scales are also differentially associated with moderate and severe impairment in the community sample. Our findings more specifically show that both General Depression and Dysphoria are the scales that most differentiate among level of impairment. Previous research suggested that the General Depression IDAS-II scale can be used to screen for the presence of internalizing psychopathology (Stasik-O'Brien et al., 2019; Watson et al., 2007). Similarly, Dysphoria has been noted as a nonspecific assessment of core emotional symptoms of depression and anxiety, representing the general distress dimension of psychopathology (Watson et al., 2007). Overall, our findings support to use these scales, for both screening purposes on one hand, as well a to evaluate the impact of internalizing symptoms on impairment on the other hand.

On the other hand, it is necessary to emphasize that some specific scales of the IDAS-II show a limited ability to discriminate between degree of impairment severity in the current study (e.g. euphoria, well-being, traumatic intrusions,

checking) and show lower effect sizes. To maximize the proportion of patients correctly classified among the most severe impairment group, the present study applied a .70 as the minimum value for specificity. Although it might be very interesting to extend the evidence for other sensitivity and specificity parameters in further research, the current results provide useful guidance for clinical decision making (Pintea & Moldovan, 2009).

Finally, IDAS-II scales explained 57% of the variability of the WHODAS 2.0 scores. Consistent with previous studies (Löwe et al., 2008; Tanner et al., 2019), we observed that two of the scales with the greatest explanatory capacity for impairment are Lassitude and General depression. This finding is in congruence with studies that point to depression as the leading cause of disability worldwide and the fact that the disorder is responsible for the highest proportion of disability-adjusted life-years (DALYs) (GBD Mental Disorders Collaborators, 2022; WHO, 2017). In addition, the scales of Claustrophobia, Panic indicate these two anxiety-related symptoms are most related with impairment. Although the relationship between panic and impairment has been widely reported in the literature (Batelaan et al., 2012; Cha et al., 2022), studies associating specific phobias with impairment are scarce and showed mixed results (Burstein et al., 2012; Emmelkamp & Ehring, 2014; Essau et al., 2000; Stinson et al., 2007). In this sense, the present study adds a new piece of evidence to the possible contribution of phobic symptoms (i.e. claustrophobia) to impairment.

From a clinical standpoint, the present study contributes in a novel and useful way to the identification of impairment by providing cutoffs for IDAS-II scales. Despite the benefits that the administration of PROM can bring in clinical routine, several studies indicated scarce use of specific PROM tests (Lewis et al., 2020). For tests and scales to be regularly administered in clinical sessions, it is necessary that their scores contribute clearly to clinical decision making (Kraemer et al., 2004; Widiger & Samuel, 2005). The cutoffs provided in present paper, allow to describe each patient profile in detail and to identify those emotional symptoms on which psychological interventions should target. Moreover, knowledge of which symptoms are most related with impairment, allows healthcare providers to improve treatment planning based on empirical evidence. Finally, the information provided can be useful to assess the impact of treatment by using outcome monitoring. A patient is expected to present with a score above the cutoff at the start of treatment. After several sessions, clinicians can observe whether the patient's score has changed towards the range of functional values (below the cutoff), or whether the observed changes are attributable to measurement error (scores in the range of the cutoff confidence interval).

Despite the promising results, we must also report some limitations. First, the sample of mental health service patients was not drawn by a randomized procedure. Probably, the difference between the patients who participated and those who did not participate lies exclusively in the availability of the time needed to administer the instruments. Therefore, we consider that the impact of this issue on results is limited. Furthermore, although the socio-demographic characteristics of the two samples appeared to be different, these differences are a reflection of different population characteristics, with, for example, the female gender and younger people having higher rates of internalizing disorders in previous research (Jalnapurkar et al., 2018; Sánchez-García et al., 2021).

Second, data from the community sample was collected online, a procedure that, according to Arditte et al. (2016), could lead to higher psychopathological scores compared to other traditional data collection procedures. However, the study by Sanchez-Garcia et al. (2021) using the same data set showed that these do not differ from data from other Spanish samples collected by traditional methods (De la Rosa-Cáceres et al., 2020) nor from the American normative sample used by Nelson et al. (2018). Further, a comparative study by Weigold et al. (2013) indicated equivalence across paper-and-pencil and internet-based data collection methods.

Third, it should be noted that unexpected results have been obtained on scales such as "cleaning". This is probably due to the impact of the COVID-19 pandemic and it is unknown to what extent other scales may be affected.

Finally, we would like to point out that the patient's functional impairment has been assessed using the 12-item version of the WHODAS 2.0 (WHO, 2000). This version has shown psychometric properties equivalent to the 36-item version (Saltychev et al., 2021; Üstün et al., 2010). However, it should be noted that future studies may complement the results of this study with other functional impairment instruments and scales.

Funding Funding for open access publishing: Universidad de Huelva/CBUA. This work was supported by the grant "Reliable and clinical relevant change of Inventory of Depression and Anxiety Symptoms II – IDAS-II: a longitudinal clinical utility study (RELY-IDAS-II)", project PID2020-116187RB-I00 on Proyectos I+D+i 2020 "Retos del Conocimiento" provided by Ministerio de Ciencia e Innovación (Spain); grant number FPU19/00144 provided by Ministerio de Universidades (Spain) and grant number PRX21/00319 provided by Ministerio de Ciencia e Innovación (Spain).

Data Availability The datasets analysed during the current study are available in Arias Montano, the Institutional Repository of the University of Huelva: <http://hdl.handle.net/10272/20953>

Declarations

Ethical Approval The study was approved by the Bioethics Committee of the Province of Huelva (Junta de Andalucía, Spain) (No. PY18-4584).

Informed Consent Informed consent was obtained from all individual participants involved in the study.

Experiment Participants No experimental design was used.

Conflicts of Interest A. De la Rosa-Cáceres, O. M. Lozano, M. Sanchez-García, F. Fernandez-Calderon, G. Rossi and C. Diaz-Batanero declare that there are no conflicts of interest to report.

Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- Arditte, K. A., Çek, D., Shaw, A. M., & Timpano, K. R. (2016). The importance of assessing clinical phenomena in Mechanical Turk research. *Psychological Assessment*, 28(6), 684. <https://doi.org/10.1037/pas0000217>
- Batelaan, N. M., Van Balkom, A. J., & Stein, D. J. (2012). Evidence-based pharmacotherapy of panic disorder: an update. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 15(3), 403–415. <https://doi.org/10.1017/S1461145711000800>
- Burstein, M., Georgiades, K., He, J. P., Schmitz, A., Feig, E., Khazanov, G. K., & Merikangas, K. (2012). Specific phobia among US adolescents: phenomenology and typology. *Depression and Anxiety*, 29(12), 1072–1082. <https://doi.org/10.1002/da.22008>
- Campbell, R., Ju, A., King, M. T., & Rutherford, C. (2021). Perceived benefits and limitations of using patient-reported outcome measures in clinical practice with individual patients: A systematic review of qualitative studies. *Quality of Life Research*, 31, 1587–1620. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-03003-z>
- Cha, E. J., Hong, S., Park, D. H., Ryu, S. H., Ha, J. H., & Jeon, H. J. (2022). A network analysis of panic symptoms in relation to depression and anxiety sensitivity in patients with panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 308, 134–140. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.062>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2003). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(2), 111–131. <https://doi.org/10.1348/014466503321903544>
- Crawford, J. R., Henry, J. D., Crombie, C., & Taylor, E. P. (2001). Normative data for the HADS from a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(4), 429–434. <https://doi.org/10.1348/014466501163904>
- Ćwirlej-Sozańska, A., Sozański, B., Kotarski, H., Wilmowska-Pietruszyńska, A., & Wiśniowska-Szurlej, A. (2020). Psychometric properties and validation of the polish version of the 12-item WHODAS 2.0. *BMC Public Health*, 20, 1203. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09305-0>
- De la Rosa-Cáceres, A., Stasik-O'Brien, S. M., Rojas, A. J., Sanchez-García, M., Lozano, O. M., & Díaz-Batanero, C. (2020). Spanish adaptation of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II) and a study of its psychometric properties. *Journal of Affective Disorders*, 271, 81–90. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.187>
- Emmelkamp, P., & Ehrling, T. (Eds.). (2014). *The Wiley handbook of anxiety disorders*. John Wiley & Sons.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(3), 263–279. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(99\)00039-0](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(99)00039-0)
- Federici, S., Balboni, G., Buracchi, A., Barbanera, F., & Pierini, A. (2022). WHODAS-Child: psychometric properties of the WHO-DAS 2.0 for children and youth among Italian children with autism spectrum disorder. *Disability and Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2071481>
- Ferenchick, E. K., Ramanuj, P., & Pincus, H. A. (2019). Depression in primary care: part 1—screening and diagnosis. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.l794>
- Fried, E. I., Flake, J. K., & Robinaugh, D. J. (2022). Revisiting the theoretical and methodological foundations of depression measurement. *Nature Reviews Psychology*. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00050-2>
- GBD Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137–150. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(21)00395-3)
- Gelkopf, M., Mazor, Y., & Roe, D. (2022). A systematic review of patient-reported outcome measurement (PROM) and provider assessment in mental health: goals, implementation, setting, measurement characteristics and barriers. *International Journal for Quality in Health Care*, 34(Supplement_1), ii13–ii27. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz133>
- Guilera Ferré, G., Pino López, Ó., Barrios Cerrejón, M. T., Rojo Rodés, J. E., Vieta Pascual, E., & Gómez Benito, J. (2020). Towards an ICF Core Set for functioning assessment in severe mental disorders: Commonalities in bipolar disorder, depression and schizophrenia. *Psicothema*, 32(1), 7–15. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.186>
- Guzick, A. G., Candelari, A., Wiese, A. D., Schneider, S. C., Goodman, W. K., & Storch, E. A. (2021). Obsessive-Compulsive Disorder During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Current Psychiatry Reports*, 23(11), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01284-2>
- Hammer-Helmich, L., Haro, J. M., Jönsson, B., Melac, A. T., Di Nicola, S., Chollet, J., ... & Saragoussi, D. (2018). Functional impairment in patients with major depressive disorder: The 2-year PER FORM study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 239–249. <https://doi.org/10.2147/NDT.S146098>
- Hasin, D. S., Sarvet, A. L., Meyers, J. L., Saha, T. D., Ruan, W. J., Stohl, M., & Grant, B. F. (2018). Epidemiology of adult DSM-5 major depressive disorder and its specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry*, 75(4), 336–346. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4602>
- Hinz, A., & Brähler, E. (2011). Normative values for the hospital anxiety and depression scale (HADS) in the general German population. *Journal of Psychosomatic Research*, 71(2), 74–78. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.01.005>

- Irak, M., & Albayrak, E. O. (2020). Psychometric properties of the expanded version of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms in a Turkish population. *Psychological Reports, 13*(2), 517–545. <https://doi.org/10.1177/0033294118813844>
- Jablensky, A. (2016). Psychiatric classifications: Validity and utility. *World Psychiatry, 15*(1), 26–31. <https://doi.org/10.1002/wps.20284>
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12–19.
- Jalnapurkar, I., Allen, M., & Pigott, T. (2018). Sex differences in anxiety disorders: A review. *HSOA Journal of Psychiatry, Depression & Anxiety, 4*(12), 3–16. <https://doi.org/10.24966/PDA-0150/100011>
- Knaup, C., Koesters, M., Schoefer, D., Becker, T., & Puschner, B. (2009). Effect of feedback of treatment outcome in specialist mental healthcare: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 195*(1), 15–22. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.053967>
- Kotov, R., Waszczuk, M. A., Krueger, R. F., Forbes, M. K., Watson, D., Clark, L. A., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Ivanova, M. Y., Michael Bagby, R., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Moffitt, T. E., Eaton, N. R., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., ... Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology, 126*(4), 454–477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Koumpourou, Y., Papageorgiou, E., Sakellari, E., Prapas, X., Perifanou, D., & Lagiou, A. (2018). Adaptation and psychometric properties evaluation of the Greek version of WHODAS 2.0. pilot application in Greek elderly population. *Health Services and Outcomes Research Methodology, 18*(1), 63–74. <https://doi.org/10.1007/s10742-017-0176-x>
- Kraemer, H. C., Noda, A., & O'Hara, R. (2004). Categorical versus dimensional approaches to diagnosis: Methodological challenges. *Journal of Psychiatric Research, 38*(1), 17–25. [https://doi.org/10.1016/S0022-3956\(03\)00097-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3956(03)00097-9)
- Krueger, R. F., Kotov, R., Watson, D., Forbes, M. K., Eaton, N. R., Ruggero, C. J., Simms, L. J., Widiger, T. A., Achenbach, T. M., Bach, B., ... & Zimmermann, J. (2018). Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. *World Psychiatry, 17*(3), 282–293. <https://doi.org/10.1002/wps.20566>
- Kumar, A., & Nayar, K. R. (2020). COVID 19 and its mental health consequences. *Journal of Mental Health, 30*(1), 1–2. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1757052>
- Lane, S. P., & Sher, K. J. (2015). Limits of current approaches to diagnosis severity based on criterion counts: An example with DSM-5 alcohol use disorder. *Clinical Psychological Science, 3*(6), 819–835. <https://doi.org/10.1177/2167702614553026>
- Lewis, C. C., Washington, K. P., Boyd, M., Puspitasari, A., Navarro, E., Howard, J., Kassab, H., Hoffman, M., Scott, K., Lyon, A., Douglas, S., & Simon, G. (2020). Implementing Measurement-Based Care in Behavioral Health: A Review. *JAMA Psychiatry, 76*(3), 324–335. *Clinical Psychological Science, 3*(6), 819–835. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3329>
- Lloyd, H., Jenkinson, C., Hadi, M., Gibbons, E., & Fitzpatrick, R. (2014). Patient reports of the outcomes of treatment: A structured review of approaches. *Health and Quality of Life Outcomes, 12*(5), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-5>
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Mussell, M., Schellberg, D., & Kroenke, K. (2008). Depression, anxiety and somatization in primary care: Syndrome overlap and functional impairment. *General Hospital Psychiatry, 30*(3), 191–199. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.01.001>
- Markon, K. E., Chmielewski, M., & Miller, C. J. (2011). The reliability and validity of discrete and continuous measures of psychopathology: a quantitative review. *Psychological Bulletin, 137*(5), 856. <https://doi.org/10.1037/a0023678>
- Mokkink, L. B., Prinsen, C. A., Bouter, L. M., de Vet, H. C., & Terwee, C. B. (2016). The COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments (COSMIN) and how to select an outcome measurement instrument. *Brazilian Journal of Physical Therapy, 20*, 105–113. <https://doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0143>
- Morin, R. T., Nelson, C., Bickford, D., Insel, P. S., & Mackin, R. S. (2020). Somatic and anxiety symptoms of depression are associated with disability in late life depression. *Aging & Mental Health, 24*(8), 1225–1228. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1597013>
- McKnight, P. E., & Kashdan, T. B. (2009). The importance of functional impairment to mental health outcomes: A case for reassessing our goals in depression treatment research. *Clinical Psychology Review, 29*(3), 243–259. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.01.005>
- McKnight, P. E., Monfort, S. S., Kashdan, T. B., Blalock, D. V., & Calton, J. M. (2016). Anxiety symptoms and functional impairment: A systematic review of the correlation between the two measures. *Clinical Psychology Review, 45*, 115–130. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.005>
- Necho, M., Tsehay, M., Birkie, M., Biset, G., & Tadesse, E. (2021). Prevalence of anxiety, depression, and psychological distress among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Social Psychiatry, 67*(7), 892–906. <https://doi.org/10.1177/00207640211003121>
- Nelson, G. H., O'Hara, M. W., & Watson, D. (2018). National norms for the expanded version of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II). *Journal of Clinical Psychology, 74*(6), 953–968. <https://doi.org/10.1002/jclp.22560>
- Obbarius, A., van Maasakkers, L., Baer, L., Clark, D. M., Crocker, A. G., de Beurs, E., ... & Rose, M. (2017). Standardization of health outcomes assessment for depression and anxiety: recommendations from the ICHOM Depression and Anxiety Working Group. *Quality of Life Research, 26*(12), 3211–3225. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1659-5>
- Østergaard, S. D., Jensen, S. O. W., & Bech, P. (2011). The heterogeneity of the depressive syndrome: when numbers get serious. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01744.x>
- Øvretveit, J., Zubkoff, L., Nelson, E. C., Frampton, S., Knudsen, J. L., & Zimlichman, E. (2017). Using patient-reported outcome measurement to improve patient care. *International Journal for Quality in Health Care, 29*(6), 874–879. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx108>
- Park, L. T., & Zarate, C. A., Jr. (2019). Depression in the primary care setting. *New England Journal of Medicine, 380*(6), 559–568. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1712493>
- Pintea, S., & Moldovan, R. (2009). The receiver-operating characteristic (ROC) analysis: Fundamentals and applications in clinical psychology. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies, 9*(1), 49.
- Power, M., Fell, G., & Wright, M. (2013). Principles for high-quality, high-value testing. *Evidence-Based Medicine, 18*(1), 5–10. <https://doi.org/10.1136/eb-2012-100645>
- Rapaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R., & Endicott, J. (2005). Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry, 162*(6), 1171–1178. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.6.1171>
- Saltychev, M., Katajapuu, N., Bärlund, E., & Laimi, K. (2021). Psychometric properties of 12-item self-administered World Health Organization disability assessment schedule 2.0 (WHODAS 2.0) among general population and people with non-acute physical causes of disability—systematic review. *Disability and Rehabilitation, 43*(6), 789–794. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1643416>
- Sanchez-Garcia, M., De la Rosa-Cáceres, A., Stasik-O'Brien, S., Mancheño-Barba, J. J., Lozano, O. M., & Díaz-Batanero, C.

- (2021). Norms according to age and gender for the Spanish version of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II). *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.748025>
- Sharma, H. (2021). Statistical significance or clinical significance? A researcher's dilemma for appropriate interpretation of research results. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 15(4), 431–434. https://doi.org/10.4103/sja.sja_158_21
- Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(3), 298. <https://doi.org/10.1037/a0019247>
- Stanton, K., McDonnell, C. G., Hayden, E. P., & Watson, D. (2020). Transdiagnostic approaches to psychopathology measurement: Recommendations for measure selection, data analysis, and participant recruitment. *Journal of Abnormal Psychology*, 129(1), 21. <https://doi.org/10.1037/abn0000464>
- Stasik-O'Brien, S. M., Brock, R. L., Chmielewski, M., Naragon-Gainey, K., Koffel, E., McDade-Montez, E. A., O'Hara, M. W., & Watson, D. (2019). Clinical utility of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS). *Assessment*, 26(5), 944–960. <https://doi.org/10.1177/1073191118790036>
- Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Smith, S., Goldstein, R. B., Ruan, W. J., & Grant, B. F. (2007). The epidemiology of DSM-IV specific phobia in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological medicine*, 37(7), 1047–1059. <https://doi.org/10.1017/s0033291707000086>
- Tanner, J., Zeffiro, T., Wyss, D., Perron, N., Rufer, M., & Mueller-Pfeiffer, C. (2019). Psychiatric symptom profiles predict functional impairment. *Frontiers in Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00037>
- Terwee, C. B., Bot, S. D., de Boer, M. R., van der Windt, D. A., Knol, D. L., Dekker, J., ... & de Vet, H. C. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 34–42. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>
- Trivedi, M. H. (2009). Tools and strategies for ongoing assessment of depression: A measurement-based approach to remission. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(SUPPL. 6), 26–31. <https://doi.org/10.4088/JCP.8133su1c.04>
- Üstün, T. B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Rehm, J., Kennedy, C., Epping-Jordan, J., Saxena, S., von Korf, M., & Pull, C. (2010). Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(11), 815–823. <https://doi.org/10.2471/BLT.09.067231>
- Vázquez-Barquero, J. L., Vázquez Bourgón, E., Herrera Castanedo, S., Saiz, J., Uriarte, M., Morales, F., Gaité, L., Herrán, A., & Üstün, T. B. (2000). Spanish version of the new World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS-II): initial phase of development and pilot study. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 28(2), 77–87. PMID: 10937388.
- Watson, D., & O'Hara, M. W. (2017). *Understanding the emotional disorders: A symptom level approach based on the IDAS-II*. Oxford University Press.
- Watson, D., O'Hara, M. W., Simms, L. J., Kotov, R., Chmielewski, M., McDade-Montez, E. A., Gamez, W., & Stuart, S. (2007). Development and validation of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS). *Psychological Assessment*, 19(3), 253–268. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.3.253>
- Watson, D., O'Hara, M. W., Naragon-Gainey, K., Koffel, E., Chmielewski, M., Kotov, R., Stasik-O'Brien, S. M., & Ruggero, C. J. (2012). Development and validation of new anxiety and bipolar symptom scales for an expanded version of the IDAS (the IDAS-II). *Assessment*, 19(4), 399–420. <https://doi.org/10.1177/1073191112449857>
- Weigold, A., Weigold, I. K., & Russell, E. J. (2013). Examination of the equivalence of self-report survey-based paper-and-pencil and internet data collection methods. *Psychological Methods*, 18(1), 53–70. <https://doi.org/10.1037/a0031607>
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C. J. L., & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575–1586. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
- Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the diagnostic and statistical manual of mental disorders — Fifth edition. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 494–504. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.494>
- World Health Organization. (2000). *Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II)*. WHO.
- World Health Organization. (2013). *How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning*. WHO.
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders. Global Health Estimates*. World Health Organization.
- Yorkston, K., & Baylor, C. (2019). Patient-reported outcomes measures: An introduction for clinicians. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 4(1), 8–15. https://doi.org/10.1044/2018_PERS-ST-2018-0001
- Zimmerman, M., Ellison, W., Young, D., Chelminski, I., & Dalrymple, K. (2015). How many different ways do patients meet the diagnostic criteria for major depressive disorder?. *Comprehensive Psychiatry*, 56, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.09.007>

Publisher's Note Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

