



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Evaluación psicométrica para el trastorno de adaptación**

**Trabajo de Titulación para optar al título de Licenciada en  
Psicología Clínica**

**Autor:**

Ortega Toscano, Anahi Karolina

**Tutor:**

Ps. Cl. Cristina Alessandra Procel Niama Mgs.

**Riobamba, Ecuador. 2026**

## DECLARATORIA DE AUTORÍA

Yo, Anahi Karolina Ortega Toscano, con cédula de ciudadanía 0502916596, autora del trabajo de investigación titulado: Evaluación psicométrica para el trastorno de adaptación, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mí exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 28 de abril de 2026.



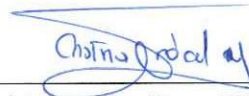
Anahi Karolina Ortega Toscano

C.I: 0502916596

## **DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR**

Quien suscribe, Ps.Cl. Cristina Alessandra Procel Niama, Mgs. catedrático adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud, por medio del presente documento certifico haber asesorado y revisado el desarrollo del trabajo de investigación titulado: Evaluación psicométrica para el trastorno de adaptación, bajo la autoría de Anahi Karolina Ortega Toscano por lo que se autoriza ejecutar los trámites legales para su sustentación.

Es todo cuanto informar en honor a la verdad; en Riobamba, a los 28 del mes de abril de 2026



---

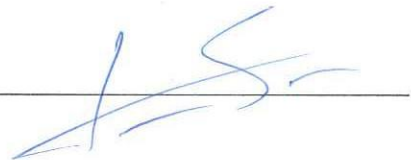
Pscl. Cristina Alessandra Procel Niama Mgs  
C.I: 0604088666

## CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación *Evaluación psicométrica para el trastorno de adaptación* por **Anahi Karolina Ortega Toscano**, con cédula de identidad número **0502916596**, bajo la tutoría de **Ps. Cl. Cristina Alessandra Procel Niama Mgs**; certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba el 28 de abril de 2026.

Mgs. Luis Felipe Santander Samaniego  
**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO**



Mgs. Dra. Rosario Isabel Cando Pilatuña  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO**



Mgs. Jenny Rocío Tenezaca Sánchez  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO**





# CERTIFICACIÓN

Que, **ORTEGA TOSCANO ANAHI KAROLINA** con CC: **0502916596**, estudiante de la Carrera **PSICOLOGÍA CLÍNICA**, Facultad de **CIENCIAS DE LA SALUD**; ha trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado "**EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA PARA EL TRASTORNO DE ADAPTACIÓN**", cumple con el 12%, de acuerdo al reporte del sistema Anti plagio **COMPILATIO**, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 16 de abril de 2026

Ps. Cl. Cristina Procel Nياما, Mgs.  
**TUTORA**

## DEDICATORIA

Agradezco primeramente a Dios por concederme la sabiduría, la fortaleza y la constancia necesarias para culminar con éxito esta etapa académica. A mi madre Blanquita Toscano por estar siempre a mi lado, por su amor, comprensión y palabras de aliento que me dieron la fuerza necesaria para continuar cuando el cansancio parecía vencerme pero sobre todo nunca dejarme sola, por ser siempre mi mejor amiga, por eso y más te agradezco mi chulita. A mi padre, Vicente Ortega, ejemplo de un hombre trabajador, honrado y honesto, que siempre ha actuado desde el corazón con humildad. Su vida y sus anécdotas me han enseñado a no rendirme, a luchar desde abajo y a reflexionar sobre el verdadero valor del esfuerzo. Gracias por brindarme su ejemplo de responsabilidad y perseverancia y recordarme que con disciplina y trabajo, “todo es posible”.

Hoy puedo afirmar con orgullo que todo lo que soy y lo que he logrado hasta ahora es gracias a mis padres, sus sacrificios silenciosos, su amor incondicional y su constante apoyo, dejando todo de lado para solo para verme crecer, todo esto ha sido la base sobre la cual he construido cada uno de mis sueños, “a ustedes que me dieron todo sin pedir nada a cambio: gracias, mamá y papá. Los amo para siempre.”

A mis hermanos, Paola y Paul, por su amor constante, su paciencia y sus palabras de aliento, gracias por creer en mí de manera incondicional y por celebrar cada uno de mis logros como si fueran propios. En cada paso de este camino estuvieron presentes en mis pensamientos, motivándome a no fallarles y a convertirme en un ejemplo de que, con esfuerzo y valentía, no existen imposibles.

A mi amor bonito Jackson quien estuvo presente en cada etapa de este camino, ayudándome a mantener la calma y la motivación a lo largo de estos años, llenándome de confianza en los días más difíciles, dándome paz, fortaleza y motivación para continuar, pero más aun siendo mi mayor compañía este tiempo que me encontré lejos de mí de casa, convirtiéndose en mi hogar.

A mis amigas de la vida universitaria, Stefanny, Alejandra, Kimberly y Jhoana, por compartir mis sueños, mis logros y esfuerzos que incluso a la distancia estuvieron presentes, por compartir conmigo no solo conocimientos académicos, sino también, desafíos, desvelos y momentos que marcaron esta etapa de mi vida, cada risa, cada conversación y cada gesto de apoyo contribuyeron a que este camino se convierta en una experiencia de crecimiento, siempre las llevaré conmigo a donde quiera que la vida me lleve. A mis fieles compañeros, siempre alegran mis días con sus ocurrencias, Kira, Rayito de Sol y Rocko, que sin palabras, me enseñaron el amor más puro”.

Finalmente, a Anahi de 15 años, por no rendirse, por mantenerse firme aun cuando el cansancio, el miedo o la duda estuvieron presentes. Ahora me agradezco la constancia, la disciplina y la valentía de obligarme a seguir adelante a pesar de las dificultades. Este logro es también resultado del esfuerzo y el compromiso conmigo misma por mis sueños. Hoy te digo que valió la pena cada esfuerzo, cada lágrima y cada paso dado con valentía. Este logro es para ti, porque fuiste el inicio de todo y la razón por la que hoy estoy aquí, reconociendo mi valentía y honrando todo lo que fui para llegar hasta aquí.

*Con cariño, amor y gratitud, Anahi*

## AGRADECIMIENTO

A Dios, por poner en mi vida a personas increíbles, por acompañarme de principio a fin en este recorrido, su presencia fue un sostén constante que me permitió avanzar con confianza hasta alcanzar este objetivo. A la Universidad Nacional de Chimborazo, por ser el espacio donde pude formarme y crecer académicamente, a los docentes que, con entrega y responsabilidad, compartieron sus saberes y experiencias, dejando una huella significativa en mi formación profesional y humana.

De manera muy especial, agradezco a mi tutora, Mgs. Cristina Procel, por su paciencia y acompañamiento constante hasta el final. Su orientación, confianza e intelectualidad fueron fundamentales para dar forma y sentido a este trabajo de investigación. A los miembros del tribunal, expreso mi sincero agradecimiento por el tiempo dedicado, la disposición y las valiosas observaciones que enriquecieron este proyecto. Finalmente agradezco al Hospital Geriátrico Dr. Bolívar Arguello de la ciudad de Riobamba por abrirme sus puertas y brindarme la oportunidad de formarme en un entorno profesional que enriqueció profundamente mi aprendizaje y de manera muy especial, también expreso mi sincero agradecimiento a la Doctora Psiquiatra Gabriela Andino, quien se convirtió en una guía invaluable, a través de su ejemplo, vocación y calidad humana, me enseñó el verdadero significado de amar la profesión y ejercerla con sensibilidad, respeto y compromiso hacia los pacientes. Su mentoría trascendió lo académico, dejándome aprendizajes que marcaron mi formación personal y profesional, encontrando la inspiración para elegir en mi futuro un área de especial interés en mi desarrollo profesional.

Gracias por enseñarme que la vocación se vive desde el respeto, la empatía y el amor por ayudar al otro.

*Anahi Ortega*

## ÍNDICE GENERAL

DECLARATORIA DE AUTORIA	
DICTAMEN FAVORABLE	
CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL	
CERTIFICADO ANTIPLAGIO	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
ÍNDICE GENERAL	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE FIGURAS	
RESUMEN	
ABSTRACT	
CAPÍTULO I.....	13
1. INTRODUCCION.....	13
1.1 OBJETIVOS.....	15
1.1.1. OBJETIVO GENERAL.....	15
1.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
CAPÍTULO II.....	16
2. MARCO TEÓRICO.....	16
2.1. ANTECEDENTES.....	16
2.2. DEFINICIÓN Y EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO TRASTORNO DE ADAPTACIÓN.....	17
2.3. CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA EN EL DSM-5-TR Y CIE-11.....	17
2.4 FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN.....	19
2.5. PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ADAPTACIÓN EN DIFERENTES POBLACIONES.....	19
2.6. MODELOS TEÓRICOS EXPLICATIVOS DEL TA.....	20
2.7. EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA.....	21
2.8. PROCESOS DE EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DE ADAPTACIÓN.....	22
2.9. CONSIDERACIONES CLÍNICAS: APLICABILIDAD Y UTILIDAD TERAPÉUTICA.....	22
2.10. IMPORTANCIA DE LOS ASPECTOS CONTEXTUALES Y CULTURALES: ADAPTACIÓN CULTURAL Y SESGOS CONTEXTUALES.....	23

2.11. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LOS TEST .....	23
CAPÍTULO III.....	27
3. METODOLOGÍA.....	27
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	27
3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN .....	27
3.3. ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA .....	27
3.4. EXTRACCIÓN DE DATOS .....	28
3.5. SELECCIÓN DE LOS ESTUDIOS .....	28
3.6. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD.....	29
3.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	34
CAPÍTULO IV .....	35
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	35
CAPÍTULO V.....	50
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	50
5.1. CONCLUSIONES .....	50
5.2. RECOMENDACIONES .....	51
BIBLIOGRAFÍA .....	52

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Criterios de selección de los documentos científicos.....	28
<b>Tabla 2.</b> Criterios de selección de los documentos científicos.....	28
<b>Figura 1.</b> Diagrama de flujo PRISMA 2020 .....	29
<b>Tabla 3.</b> Criterios basados en el CRF-QS para determinar la calidad metodológica .....	30
<b>Tabla 4.</b> Calificación de la calidad metodológica de los documentos científicos.....	31
<b>Tabla 5.</b> Instrumentos psicométricos utilizados para la evaluación del Trastorno de TA ..	36
<b>Tabla 6.</b> Pruebas psicológicas más utilizadas para la evaluación TA y sus propiedades psicométricas.....	46

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2020.....	29
--	----

## RESUMEN

El Trastorno de Adaptación (TA) es una condición caracterizada por la aparición de síntomas emocionales y conductuales en respuesta a uno o varios estresores identificables, presenta una creciente prevalencia y relevancia clínica que ha generado interés en la comunidad científica para el desarrollo de instrumentos psicométricos validados y adaptados a distintos contextos culturales. Por lo tanto, el objetivo del presente estudio fue analizar los instrumentos psicológicos utilizados para la evaluación psicométrica del trastorno de adaptación. Se empleó un estudio bibliográfico con diseño descriptivo, utilizando una metodología de revisión sistemática según las directrices PRISMA 2020. La búsqueda se ejecutó en las bases de datos PubMed, Scopus y Web of Science con las palabras clave (trastorno de adaptación, validez, análisis factorial, confiabilidad, instrumento, evaluación) y los operadores booleanos (AND y OR), se encontraron 1045 artículos científicos publicados entre 2015 y 2025. Se aplicaron criterios de exclusión y selección para obtener una muestra de 22 estudios, mismos que fueron evaluados mediante el Critical Review Form–Quantitative Studies (CRF-QS). Entre los principales resultados, se señalan que los instrumentos más utilizados son el Adjustment Disorder–New Module (ADNM) y el International Adjustment Disorder Questionnaire (IADQ), ambos con niveles de validez y consistencia interna adecuados. En conclusión, los hallazgos confirman que existen instrumentos psicométricos con evidencia sólida para la evaluación del TA que pueden ser utilizados en la investigación y como apoyo diagnóstico.

**Palabras claves:** Trastorno de adaptación; evaluación psicométrica; validez; confiabilidad; instrumentos psicológicos.

## ABSTRACT

Adjustment Disorder (AD) is a condition characterized by the onset of emotional and behavioral symptoms in response to one or more identifiable stressors. It has a growing prevalence and clinical relevance, which has sparked interest within the scientific community in the development of validated psychometric instruments adapted to different cultural contexts. Therefore, the objective of the present study was to analyze the psychological instruments used for the psychometric assessment of adjustment disorder. A descriptive literature review was conducted, employing a systematic review methodology in accordance with the PRISMA 2020 guidelines. The search was conducted in the PubMed, Scopus, and Web of Science databases using the keywords (adjustment disorder, validity, factor analysis, reliability, instrument, assessment) and the Boolean operators (AND and OR), yielding 1,045 scientific articles published between 2015 and 2025. Exclusion and selection criteria were applied to obtain a sample of 22 studies, which were evaluated using the Critical Review Form–Quantitative Studies (CRF-QS). Among the main findings, it is noted that the most widely used instruments are the Adjustment Disorder–New Module (ADNM) and the International Adjustment Disorder Questionnaire (IADQ), both of which have adequate levels of validity and internal consistency. In conclusion, the findings confirm that there are psychometric instruments with solid evidence for the assessment of AD that can be used in research and as a diagnostic aid.

**Keywords:** Adjustment disorder; psychometric assessment; validity; reliability; psychological instruments.



Reviewed by:  
Marco Antonio Aquino  
ENGLISH PROFESSOR  
C.C. 1753456134

## CAPÍTULO I.

### 1. INTRODUCCION.

El Trastorno de Adaptación (TA) también denominado depresión situacional, se produce cuando la reacción ante acontecimientos vitales estresantes es desproporcionada al nivel esperado, deteriorando aspectos académicos, laborales y sociales de la persona que lo padece (Moini et al. 2024). Sus síntomas aparecen en un plazo de tres meses después del evento estresante, y tienden a durar seis meses después de su desaparición (Dascalu & Svrakic, 2007; Scarce & Wilson, 2022). Aunque suele considerarse un problema psicológico leve y de corta permanencia, el TA puede convertirse en un factor que origina psicopatologías más graves si no es detectado y abordado adecuadamente (Morgan et al., 2022).

Los avances en la conceptualización del TA y el descubrimiento de nuevos patrones sintomáticos complican el diseño de pruebas psicológicas con estándares clínicos adecuados para su medición (Zelviene & Kazlauskas, 2018). Situación que se refleja en Fegan & Doherty (2019), quienes mediante una revisión sistemática determinaron que el uso de criterios estandarizados en manuales para el diagnóstico del TA, se presentó en la mayoría de las investigaciones y solo el 15,7 % utilizó entrevistas semiestructuradas. En este sentido, es fundamental para su uso en intervenciones clínicas y como soporte del diagnóstico del TA, los profesionales de la salud deben considerar las mediciones sistemáticas y longitudinales del trastorno (O'Donnell et al., 2018).

En la evaluación psicométrica, el contexto de aplicación no siempre es universal, los instrumentos pueden presentar diferentes niveles de validez y fiabilidad según el entorno sociocultural donde son utilizadas (Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2019). Estudios comparativos muestran una prevalencia del TA variada entre países, como en Japón (6,9 %) que fue menor en Lituania (11,7 %), posiblemente por factores como el estatus socioeconómico, la soledad, el apoyo social percibido y la resiliencia desempeñaron roles diferentes (Abe et al., 2022). En países africanos, una investigación se interesó en replicar la estructura de los síntomas del TA en diferentes muestras de Nigeria, Ghana, Kenia, así revelaron que los síntomas de preocupación obtuvieron mayor centralidad y conexión en la red estructural del TA, y varía en función al nivel de relevancia en cada contexto (Levin et al., 2021).

En la práctica clínica, uno de los principales retos del TA es su delimitación frente a otros trastornos, como el trastorno de ansiedad generalizada o la depresión mayor, porque comparten síntomas como insomnio, irritabilidad o problemas de concentración, lo que puede conducir al sobrediagnóstico (Zelviene y Kazlauskas, 2018). Además, la variabilidad de los síntomas clínicamente significativos y su umbral de duración puede depender del individuo y su entorno de desarrollo (Casey et al., 2009). La subjetividad y la expresión exagerada del malestar, de acuerdo con O'Donnell et al. (2018) también constituyen un reto para el análisis clínico, con el que se pretende obtener un criterio objetivo en las futuras decisiones.

Existen diversas limitaciones relacionadas con la validez y la adaptación psicométrica de las medidas del TA. Jannini et al. (2023), en Italia tuvieron dificultades para

discriminar respuestas adaptativas y sintomatología patológica, porque el contexto de aplicación condicionó la validez discriminante de las respuestas al estrés habitual. Asimismo, en China Lorenz et al. (2020) una anamnesis de la estructura bifactorial (preocupación e inadaptación) del TA, informó problemas relacionadas con la formulación de ítems y escasa estabilidad temporal. En Francia, varias subescalas que fueron analizadas para evaluar el TA no mostraron una consistencia interna significativa, y los investigadores agregaron que existe la falta de evaluación test-retest, en conjunto al uso exclusivo de autoinformes, puede comprometer la solidez psicométrica de las pruebas psicológicas (Vancappel et al., 2025).

En América Latina, la evaluación psicométrica del TA tiene respaldo principalmente en contextos clínicos específicos. Por ejemplo, Zapata-Ospina et al. (2025) estudiaron pacientes con diversas enfermedades médicas en Colombia, obteniendo resultados que probablemente restringe su generalización a poblaciones no clínicas o comunitarias. Por otro lado, en México se han sugerido escalas para medir el TA en la población general, pero se advierte que las pruebas de las propiedades psicométricas son todavía insuficientes y no siempre aparecen publicadas en revistas (Reyes-Torres et al., 2025).

En Ecuador, no se logró evidenciar validaciones rigurosas publicadas de instrumentos específico para TA, con todas sus propiedades psicométricas en población general o clínica. Limitación que puede presentarse como un problema en la investigación y posiblemente en la práctica clínica. En un caso probable, si los profesionales de la salud mental desconocen las propiedades psicométricas y los factores del entorno que influyen en el TA, pueden emplear instrumentos inapropiados o que no se encuentran validados culturalmente, lo que podría afectar negativamente el diagnóstico y la eficacia de las intervenciones terapéuticas. Por otro lado, la ausencia en el manejo de la estandarización en las pruebas psicológicas del TA, puede obstaculizar futuras investigaciones y limitar el desarrollo de un marco teórico adecuado del trastorno.

En consecuencia, la correcta evaluación del TA tiene un interés creciente dentro de la literatura científica. Como señala Zelviene & Kazlauskas (2018), a pesar de ser un trastorno poco investigado, su alta prevalencia en la población general y el impacto en la vida diaria de muchas personas, hacen que en los últimos años cobre mayor relevancia clínica. Según Morgan et al. (2022) optimizar las estrategias terapéuticas del TA y los desenlaces clínicos, requiere instrumentos para medir la gravedad sintomática y los resultados del tratamiento. Según O'Donnell et al. (2019), aunque la evaluación del TA ha mejorado con la incorporación y actualización de manuales diagnósticos, la medición de este trastorno ha constituido un reto histórico por las diferencias en la claridad de sus criterios diagnósticos.

Aunque el TA es conceptualizado y relacionado con el espectro del trastorno del estrés, su evaluación sigue siendo un desafío para la comunidad científica. En su mayor parte, la literatura indica que existen problemas con los criterios de diagnóstico y su medición, particularmente las propiedades psicométricas de instrumentos utilizados tienden a variar según el escenario de aplicación. Los cuestionarios que han demostrado una solidez en su validez y confiabilidad requieren adaptación por posibles sesgos clínicos y

contextuales. Elementos que posiblemente limiten la ampliación de los hallazgos y la interpretación de resultados en poblaciones como la ecuatoriana, donde el estudio en salud mental está en fase de desarrollo.

En este sentido, el objetivo del presente estudio es analizar los instrumentos psicológicos utilizados para la evaluación psicométrica del trastorno de adaptación. Se estima que los resultados de este estudio, sirvan a diferentes profesionales con la finalidad de obtener un diagnóstico diferencial entre trastornos relacionados al estrés o relacionados al estado de ánimo. Así el estudio beneficiará directamente a investigadores, docentes y estudiantes, y de forma indirecta a pacientes que pueden obtener resultados adecuados que reduzcan la persistencia y cronicidad de los síntomas de dicho trastorno. La viabilidad está respaldada por el acceso a bases de datos científicas especializadas y literatura actualizada.

Con base a lo mencionado, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los instrumentos psicológicos utilizados para la evaluación psicométrica del trastorno de adaptación?

## **1.1. Objetivos**

### **1.1.1. Objetivo General**

- Analizar los instrumentos psicológicos utilizados para la evaluación psicométrica del trastorno de adaptación

### **1.1.2. Objetivos Específicos**

- Identificar los instrumentos psicométricos utilizados para la evaluación del TA
- Clasificar las pruebas psicológicas más utilizadas para la evaluación del TA y sus propiedades psicométricas

## CAPÍTULO II.

### 2. MARCO TEÓRICO.

#### 2.1. Antecedentes

En la presente sección se revisan diversos estudios que han evaluado las propiedades psicométricas de pruebas psicológicas para medir el TA con el propósito de identificar su validez, fiabilidad y aplicabilidad en distintos contextos culturales y poblacionales. Se destacan investigaciones recientes que han analizado diferentes adaptaciones del Adjustment Disorder–New Module (ADNM) y del International Adjustment Disorder Questionnaire (IADQ), aportando evidencia empírica sobre su estructura factorial, consistencia interna y validez convergente. A continuación, se detalla los estudios psicométricos para evaluar el TA en diferentes contextos de investigación.

En la investigación “*Psychometric properties of the Chinese version of adjustment disorder new module-20 in breast cancer patients*”, Tang et al. (2020) tenían como objetivo evaluar la validez y fiabilidad de la adaptación China del ADNM-20 en 354 mujeres con cáncer de mama. Analizaron con un análisis factorial exploratorio las propiedades psicométricas, la consistencia interna, confiabilidad test-retest y correlaciones ítem-total. Hallaron una alta fiabilidad interna ( $\alpha = 0.942$ ) y una adecuada validez discriminante, aportando a su validez y fiabilidad del instrumento en poblaciones clínicas diferentes (cáncer de mama), y confirmar su utilidad en contextos diagnósticos y terapéuticos.

Más recientemente, Quero et al. (2024) en la publicación “*Validation of the Spanish version of the ADNM-20 in a non-clinical sample*” analizaron la versión española del ADNM-20 en una muestra no clínica, tuvieron como objetivo determinar la estructura factorial y la fiabilidad de la prueba. Por lo tanto, evaluaron la estructura del instrumento con un análisis factorial confirmatorio y la confiabilidad con el alfa de Cronbach. Los hallazgos presentaron un modelo factorial robusto y una alta fiabilidad ( $\alpha > 0.90$ ), lo que valida el ADNM-20 para su uso en poblaciones hispanohablantes.

En una versión japonesa del ADNM-20, Nakagawa et al. (2025) en “*Development and cross-cultural validation of the Japanese version of the Adjustment Disorder–New Module-20*” examinaron la adecuación psicométrica en una muestra de 1,314 personas. Ejecutaron un análisis factorial confirmatorio con el objetivo de validar la estructura del cuestionario y analizar su fiabilidad mediante el alfa de Cronbach. Los hallazgos revelaron una estructura de seis factores con un nivel alto en la consistencia interna ( $\alpha = 0.953$ ) y también se hallaron fuertes correlaciones con las medidas de ansiedad y depresión, lo que respaldó la validez convergente.

En la investigación “*Psychometric and factorial validity of the International Adjustment Disorder Questionnaire (IADQ) in an Italian sample: A validation and prevalence estimate study*”, Jannini et al. (2023) realizaron un estudio en Italia con una muestra de 21,000 personas durante la pandemia por COVID-19, pretendieron validar la versión italiana del IADQ. Utilizando métodos de análisis factorial, consistencia interna y validez convergente. Encontraron una prevalencia del 8,23% de TA y una excelente fiabilidad ( $\alpha = 0.92$ ) y fuertes correlaciones con síntomas de ansiedad ( $r = 0.69$ ), depresión

( $r = 0.71$ ) y estrés postraumático ( $r = 0.67$ ). El estudio determinó que el IADQ es una prueba psicométricamente robusta, adecuada para medir el TA en contextos de crisis sanitarias o sociales.

A su vez, Shevlin et al. (2020) en el estudio “*Measuring CIE-11 adjustment disorder: the development and initial validation of the IADQ*” buscando operacionalizar los criterios para diagnosticar el TA según la CIE-11. El estudio incluyó una muestra de 1.020 adultos en Irlanda, quienes completaron el instrumento. Se emplearon un análisis factorial confirmatorio para evaluar la validez de constructo y se calculó su confiabilidad interna. Los resultados mostraron que el IADQ tiene un modelo estructural adecuado y presenta una alta consistencia interna ( $\alpha = 0.94$ ), lo que permitió evidenciar una prevalencia ajustada del 7 % del TA.

## **2.2. Definición y evolución histórica del concepto Trastorno de Adaptación**

El concepto del TA, según Casey (2018) está relacionado con el avance histórico del estrés, término que se remonta a Hipócrates como sufrimiento (pathos) y esfuerzo (ponos) en la recuperación homeostática, y en 1930 fue introducido a la medicina por Hans Selye con el modelo Síndrome General de Adaptación que integra alarma, resistencia y agotamiento. Para 1987, el TA se introdujo por primera vez como la categoría diagnóstica que reemplazó al trastorno situacional transitorio, para ser reconocido en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) y International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (CIE) como una respuesta que problematiza la adaptación a estresores psicosociales (Maercker et al., 2015).

El TA es definido como una respuesta desadaptativa a eventos estresantes de diversa índole, caracterizada por conductuales y síntomas emocionales que interfieren de forma significativa el accionar en las funciones del diario vivir (Kazlauskas et al., 2022). Su conceptualización ha evolucionado desde ser un diagnóstico residual o inespecífico hacia una categoría con criterios más estructurados, y validados empíricamente (Bachem y Casey, 2018).

En el entorno clínico el TA se clasifica en 6 subtipos: ansiedad, estado de ánimo deprimido, alteración de la conducta, ansiedad y depresión mixtas, alteración mixta de la conducta y las emociones, y un subtipo no especificado (Alhussain et al., 2023). Diversidad sintomática que refleja su carácter reactivo y contextual, porque según Brunet et al. (2022) a diferencia de otras adversidades clínicas vinculadas con el estrés, el TA no requiere experimentar un evento traumático, sino que puede surgir frente a adversidades cotidianas como pérdida laboral, problemas familiares o enfermedades crónicas.

## **2.3. Clasificación diagnóstica en el DSM-5-TR y CIE-11**

Antes de la adopción formal del término trastorno de adaptación, existían otras etiquetas diagnósticas en el DSM y la CIE para describir reacciones adversas de corto plazo a estresores, y posteriormente llegó a consolidarse como un trastorno de umbral completo con criterios diagnósticos claramente definidos (Bachem y Casey, 2018). De acuerdo con la

American Psychiatric Association (APA, 2022) el TA está incluido en el DSM-5-TR con los Trastornos Relacionados con Trauma y Factores de Estrés, y sus criterios incluyen:

- A. El aparecimiento de síntomas emocionales o conductuales en reacción a un estresor identificable, esto dentro de los 3 meses siguientes al inicio del factor estresante.
- B. Estos síntomas o conductas resultan clínicamente relevantes, como se demuestra por la presencia de uno o ambos de los siguientes criterios:
  - 1. Angustia intensa desproporcionada con la severidad o intensidad del estresor, considerando el contexto externo y los factores culturales que pueden influir en la intensidad y manifestación de los síntomas.
  - 2. Deterioro en el funcionamiento social, laboral u otras importantes áreas del diario vivir.
- C. El trastorno relacionado con el estrés no cumple los criterios de otro trastorno mental y no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente.
- D. Los síntomas no corresponden a un duelo normativo, y no se comprenden mejor por el trastorno de duelo prolongado.
- E. Posterior que el factor estresante o sus efectos han culminado, los síntomas no se mantienen por un periodo superior a 6 meses. (APA, 2022, p. 320)

Por su parte, la CIE-11 reconoce que el TA como una preocupación exagerada provocada por un agente estresor o sus consecuencias, así como una alteración significativa a nivel personal, social u ocupacional (World Health Organization [WHO], 2019). En diferencia del DSM-5-TR, la CIE-11 establece una estructura diagnóstica más centrada en la presencia de pensamientos intrusivos, evitación persistente y alteraciones emocionales que impiden la adaptación efectiva al contexto. Asimismo, la CIE-11 otorga mayor énfasis a la dimensión funcional, al considerar que:

El trastorno de adaptación se reconoce como una respuesta desadaptativa a un o múltiples eventos estresantes psicosociales identificables que aparecen dentro de un mes. Este trastorno se caracteriza por la preocupación persisten del evento estresante o sus consecuencias, incluyendo pensamientos recurrentes y angustiosos. Además, que contempla la dificultad para afrontar el estrés que ocasiona un deterioro significativo en la vida social, familiar, personal, educativa, laboral u otras áreas relevantes. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental y, generalmente se remiten en 6 meses, a menos que el factor estresante se prolongue en el tiempo. (WHO, 2019, p. 49)

En específico, el DSM-5-TR refiere que los eventos estresantes pueden ser recurrentes (conflictos estacionales o interpersonales), continuos (enfermedades crónicas, inseguridad, o discapacidad), únicos (pérdida de empleo o rupturas sentimentales), múltiples (dificultades económicas y familiares), vinculados al desarrollo (vida escolar, matrimonio o jubilación), o afectar a comunidades como los desastres naturales (American Psychiatric Association [APA], 2022). En función con el CIE-11, el TA se integra de pensamientos sobre preocupaciones recurrentes que generan un deterioro en los ámbitos personales, familiares, laborales, educativos y sociales de la persona que lo padece (WHO, 2019).

## **2.4. Factores de riesgo y de protección**

El pronóstico del TA suele ser favorable en la mayor parte de casos, especialmente cuando se identifican y abordan tempranamente los factores estresantes desencadenantes y se ofrece un tratamiento adecuado (Casey et al., 2016). Sin embargo, el curso puede variar considerablemente por aspectos individuales como la severidad del estresor, la presencia de apoyo social, la resiliencia personal y la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (Fegan & Doherty, 2019; Kelber et al., 2022). En Morgan et al. (2022) confirmaron la relación entre el TA, el suicidio y una mayor morbilidad, además identificaron que el 50% de los pacientes presentaron mejoría con o sin tratamiento, pero el 21% y el 28% desarrollaron otros trastornos mentales en los 5 a 10 años posteriores.

La revisión sistemática realizada por Fegan y Doherty (2019), determinaron que el TA es trastorno de alta relevancia clínica en personas que presentan ideación y conductas suicidas, principalmente en mujeres y adultos jóvenes. La evidencia actual, identifica como predictores significativos del TA el sexo mujer, la juventud, el desempleo, la presencia de enfermedades físicas, niveles elevados de estrés, bajo apoyo social, antecedentes psiquiátricos y haber sufrido accidentes (Kelber et al., 2022).

En contraste los factores de protección para el TA, según Casey (2018) destacaron teóricamente el papel de la resiliencia, los estilos de afrontamiento adaptativos, y el apoyo social son comportamientos protectores, aunque su operacionalización y evaluación empírica en estudios clínicos todavía requiere mayor desarrollo. En el mismo orden, Lotzin et al. (2021) en un estudio transversal realizado en once países europeos, encontraron que tener mayores ingresos, estar jubilado, mantener un contacto presencial frecuente con seres queridos y la ausencia de un diagnóstico actual o previo de trastorno de salud mental se asociaba con una menor sintomatología de TA.

## **2.5. Prevalencia del Trastorno de Adaptación en diferentes poblaciones**

Para dimensionar mejor el impacto del TA y su evaluación clínica, se analiza su prevalencia en diferentes países y contextos. En Levin et al. (2022) se comenta que en Irlanda este trastorno se presentó en el 15.6% de la muestra nacional, mientras que Lituania se evidenció en el 16 % de la población, y constituye un problema de salud mental ampliamente distribuido, independientemente de las diferencias geográficas a nivel mundial.

En otro estudio, O'Donnell et al. (2019) señalaron que el diagnóstico de TA fue positivo para el 12% de consultas realizadas en Australia, Canadá y Estados Unidos, y se identificó un 11% adicional como posibles casos. Por su parte, Maercker & Lorenz (2018) mencionaron que una encuesta mundial realizada en 25 países, donde participaron psicólogos clínicos que trabajaban en sistemas nacionales de salud, ubicaron al diagnóstico de TA en el noveno lugar entre las categorías con mayor diagnóstico al menos una vez por semana.

En América Latina, el metaanálisis sistemático de Errazuriz et al. (2025) reportó que durante la vida de una persona la prevalencia de padecer cualquier trastorno de ansiedad es 14,55 %, para los últimos 12 meses fue del 6,61 %, y hasta el momento que se realizó el

estudio fue del 3,27 %. Particularmente, en Perú para la pandemia por COVID-19 se determinó que el TA representó el 2,44 % en hombres y el 2,48 % en mujeres (Pacheco-Vásquez & Guerrero-Alcedo, 2022). En Chile Meneses-Barrera et al. (2024), que evaluó la tasa de egreso hospitalario por TA entre 2019 y 2022, señaló un total de 3.399 egresos realizados, lo que representa la cifra de 4.84 por cada 100.000 personas, donde las mujeres fueron una tasa más alta (6,15/100.000) en comparación con los hombres (3,47/100.000).

En el escenario ecuatoriano, se destaca la investigación de Valarezo-Bravo et al. (2023), quienes mostraron interés en el crecimiento sostenido de trastornos mentales en los últimos años, y decidieron hacer un análisis de su prevalencia entre los años 2018 y 2020 en las ciudades fronterizas de Macará y Huaquilla, encontrando que los adolescentes y mujeres con una porción de 26.67 veces, son más propensas a recibir un diagnóstico de estrés grave y TA. Cabe mencionar que, mediante la exploración de fuentes bibliográficas realizada como parte de este trabajo, la evidencia empírica disponible sobre el TA en el Ecuador continúa siendo limitada.

## **2.6. Modelos teóricos explicativos del TA**

De acuerdo con Bachem y Casey (2018) existen tres modelos teóricos relevantes que conceptualizan el TA como una patologización de las respuestas al estrés, en coherencia con las definiciones propuestas por la CIE-11 y el DSM-5, ofrecen una comprensión integral del trastorno donde se destacan la acción de componentes psicológicos, sociales y biológicos en la respuesta de las personas frente a situaciones estresantes, específicamente son: el modelo secuencial de Horowitz (1997), el modelo de crisis de Caplan (1964) y el enfoque biológico de Selye (1956).

### **2.6.1. Modelo de estrés/trauma**

El modelo de Horowitz propone que, tras experimentar un evento estresante o traumático, los individuos atraviesan un proceso psicológico que oscila entre dos respuestas principales: la hiperactivación y la evitación (Sanchez-Gomez et al., 2021). la evitación, una de las respuestas propuestas por Horowitz, está estrechamente vinculada a procesos de regulación emocional ineficaces, lo que puede contribuir al mantenimiento de los síntomas postraumáticos

Particularmente, este modelo señala que un acontecimiento estresante provoca inicialmente una fase de shock, marcada por reacciones emocionales intensas, y posteriormente ocurre una etapa de negación ante la nueva realidad. Al tomar conciencia plena del evento estresor, la persona atraviesa un periodo de reexperimentación e intrusión, donde emergen pensamientos, imágenes y emociones no deseadas relacionadas con el evento (Eberle y Maercker, 2022).

### **2.6.2. Modelo biológico**

El fisiólogo Selye con su publicación “*The general adaptation syndrome and diseases of adaptation*”, fue uno de los primeros en proponer un esquema que conecta el cerebro con los sistemas corporales periféricos, incluido el tracto gastrointestinal que permitió identificar los mecanismos principales en los procesos del estrés y sus alcances clínicas para múltiples enfermedades y afecciones psiquiátricas, cardiovasculares e inmunológicas. Selye definió al estrés como el desgaste del cuerpo correspondiente a la carga fisiológica, cuando se enfrenta a demandas ambientales que van más allá de sus mecanismos habituales de adaptación (Jackson, 2014).

Desde una perspectiva biológica, el modelo propuesto por Selye (1956) enfatiza al eje hipotálamo-hipofisario-adrenocortical (HHA) como un elemento central en la reacción fisiológica al estrés, estos regulan los procesos adaptativos a través de la liberación de glucocorticoides como el cortisol y cuando existe un desbalance entre los mecanismos de activación e inhibición, lo que genera la aparición de sintomatología patológica en diversos trastornos relacionados con el estrés (Bachem y Casey, 2018).

### **2.6.3. Modelo de crisis**

El modelo de crisis de Caplan menciona que se presenta por una interrupción del equilibrio psicológico de un individuo, sucede cuando individuo enfrenta a un agente estresor significativo o a un evento desencadenante que la sobrepasa, y sus mecanismos habituales de afrontamiento fallan (Kurre y Bose, 2020). En su formulación original, se describe cuatro fases en la reacción de crisis: un aumento de tensión por un evento emocionalmente amenazante; una fase en que interrumpe hábitos de funcionamiento; una intensificación de la ansiedad; y la adopción de nuevas formas de afrontamiento o el colapso psicológico (Blacky Flynn 2021).

En la práctica, el modelo de Caplan concibió la intervención en crisis como una respuesta al episodio agudo, donde la persona se encuentra en un estado de desequilibrio y que los métodos habituales de afrontamiento no bastan, así los profesionales tendrán la tarea de establecer la relación entre el evento precipitante y los recursos del individuo interno o externos, apoyando con la exploración de nuevas vías de afrontamiento (Malengret y Dall’Osto, 2023).

## **2.7. Evaluación Psicométrica**

La evaluación psicométrica es un proceso de medición indirecta que tiene como objetivo inferir conclusiones sobre constructos psicológicos que no son observables directamente, esto mediante pruebas psicológicas con ítems basados en una teoría, misma que permitirá interpretar puntuaciones y obtener indicador de un rasgo latente (Jönsson, 2020). Las pruebas psicológicas, según Muñiz y Fonseca-Pedrero (2019) se definen como procedimientos estandarizados que facilitan la evaluación de la personalidad, el estado de ánimo y las habilidades cognitivas, entre otros elementos de la función psicológica.

Adicionalmente, el término pruebas psicológicas solo debe emplearse cuando la evaluación mide la calidad (correcto/incorrecto) del funcionamiento cognitivo, conocimiento, habilidades o capacidades; caso contrario, se denominarán cuestionarios, inventarios, listas de verificación, encuestas, técnicas proyectivas o programas (Fenn et al., 2020). En relación con los instrumentos psicométricos, Pereyra-Quiñones et al. (2021) refieren que estos se clasifican en: a) escala, evalúa procesos emotivos, conativos y volitivos de la conducta cotidiana en dimensiones que refieren actitudes o preferencias, donde las respuestas del evaluado reflejan la intensidad, frecuencia o grado de presencia de una conducta o experiencia; b) test, utilizado para medir procesos cognitivos, aptitudes y competencias con alternativas de respuesta correctas e incorrectas; c) inventario, también identificado como una lista de verificación que cataloga características personales o comportamientos que determinan la individualidad de una persona como la personalidad, rasgos de comportamiento o intereses; y d) batería, conjunto de instrumentos que mide de manera sistematizada e integral un área psicológica compleja, como los procesos emotivos, cognitivos volitivos, conativos, perceptuales, sensoriales, y/o motores.

## **2.8. Procesos de Evaluación del Trastorno de Adaptación**

El TA se examina a través de la metodología clínica y de instrumentos psicométricos. El primer paso se basa en la observación directa y la entrevista psicológica, con el objetivo de documentar información concreta sobre los síntomas, el contexto vital y el historial anterior (Bernstein et al., 2024). Consecutivamente, se aplica instrumentos que son utilizados con mayor frecuencia para evaluar el TA, entre estos se encuentra el ADNM desarrollado por Bachem et al. (2017) con los criterios de la CIE-11 y está disponible tanto en formato de entrevista clínica estructurada como en cuestionario de autorreporte. Esta consta de dos secciones: la primera identifica los estresores agudos y crónicos experimentados durante el último año, y la segunda evalúa 20 ítems que se agrupan en seis subescalas relacionadas con síntomas clave como la preocupación, el fracaso en la adaptación, la evitación, el estado de ánimo depresivo, la ansiedad y la impulsividad. La frecuencia de estos síntomas, se califica en las dos semanas previas y usando una escala tipo Likert, lo que permite obtener una puntuación total de gravedad.

Igualmente, el IADQ es un autorreporte breve diseñada por Shevlin et al. (2020), esto para evaluar el TA según los criterios de la CIE-11. Se centra en los síntomas centrales del trastorno y emplea reglas diagnósticas para maximizar la utilidad clínica y garantizar la aplicabilidad internacional. El cuestionario está compuesto por dos partes: la primera evalúa la presencia de uno o más eventos estresantes recientes y determina el grado de afectación autopercebida; la segunda evalúa los síntomas centrales del TA a través de dos dimensiones principales, preocupación excesiva y fracaso en la adaptación.

## **2.9. Consideraciones clínicas: aplicabilidad y utilidad terapéutica**

En las consideraciones clínicas es necesario prestar atención a elementos como el contexto de evaluación y el propósito de diagnóstico. De acuerdo con Fernández-Ballesteros (2011) es inadecuado interpretar los resultados de forma independiente, sin tener en cuenta

la historia clínica, el estudio del comportamiento y otros datos importantes del paciente. Asimismo, es importante considerar que el estado emocional, la cultura, el nivel educativo, la edad y el contexto social pueden influir en las respuestas y comprometer la interpretación y validez de los resultados (Hogan, 2015).

La detección de posibles sesgos, inconsistencias o errores de medición, requiere una evaluación clínica que tenga en cuenta las puntuaciones obtenidas y los patrones de respuesta (Fernández-Ballesteros, 2011). La inclusión de estos elementos permite decidir sobre el diagnóstico, la programación de intervenciones y el seguimiento terapéutico, lo que mejora la efectividad de las intervenciones y reduce los riesgos (Otiniano Campos, 2012). Igualmente, se requiere una formación especializada para calificar e interpretar las pruebas psicométricas.

Por último, en las consideraciones clínicas es relevante informar el análisis ético de la confidencialidad, el consentimiento informado y el uso responsable de los resultados esenciales (Hogan, 2015). Se debe asegurar que el uso adecuado de las pruebas psicométricas proteja los derechos del paciente y su bienestar, asegurando al mismo tiempo que la información obtenida contribuya positivamente a la evaluación y al tratamiento.

#### **2.10. Importancia de los Aspectos contextuales y culturales: adaptación cultural y sesgos contextuales**

La adaptación cultural de los instrumentos psicométricos permite determinar la pertinencia de su aplicación en diferentes contextos culturales. Muñiz y Fonseca-Pedrero (2019) señalan que este proceso implica ajustes en el lenguaje, los ítems y las referencias culturales del instrumento, de manera que refleje adecuadamente las realidades, normas y valores de la población objetivo.

De acuerdo con Souza et al. (2017), la adaptación cultural contribuye al mejoramiento en la obtención de información con la fiabilidad y validez de los resultados, asegurando que las mediciones concluyan con precisión el constructor de interés. En este orden la validez cultural hace referencia al nivel en que los ítems miden el fenómeno de estudio dentro de un contexto cultural que sea diferente a la población estudiada de la versión original del instrumento (Osmancevic et al., 2021).

Esta validez asegura obtener resultados que sean interpretables y útiles para la práctica profesional, ya que la ausencia de una adecuada validez cultural puede generar evaluaciones sesgadas, diagnósticos incorrectos y decisiones inapropiadas en la intervención de programas (Prinsen et al., 2018). Además, permite identificar y corregir sesgos contextuales que podrían afectar la representatividad de los datos, garantizando que el instrumento refleje con fidelidad las características y experiencias de la población evaluada (Hietapakka et al. 2019).

#### **2.11. Propiedades psicométricas de los test**

La calidad psicométrica de un instrumento de evaluación, según Berrío-García y Zedán-Salinas (2023) abarca las evidencias de confiabilidad y validez de una prueba,

propiedades que garantizan que la medición de los fenómenos de estudio se aproxime a su valor verdadero y que los resultados obtenidos sean consistentes a lo largo del tiempo, esto asegura que las decisiones derivadas de sus resultados estén respaldadas por fundamentos técnicos sólidos, constituyéndose en un requisito ético para la práctica profesional y la investigación científica.

Estas propiedades posibilitan la medición correcta que un instrumento se propone medir, además de poner en evidencia la utilidad y consistencia de los resultados que se utilizarán como apoyo para el diagnóstico clínico o la investigación (Souza et al., 2017). La medición psicométrica, según Santos et al. (2020) debe tener en cuenta la confiabilidad, la validez y la eficacia diagnóstica de manera integral, tres factores que determinan la exactitud y calidad del instrumento.

### **2.11.1. Validez**

La validez se define como el grado en que la teoría y la evidencia empírica, sustenta la interpretación de las puntuaciones de un test, evalúa que su adecuación esté relacionada con el propósito para el cual fue diseñado (Borja, 2015). De modo que la validación de un instrumento psicométrico considera aspectos como la utilidad, la relevancia y las implicaciones de su medida, y se clasifica en tres grandes tipos validez: criterio, contenido, y constructo (Fernández-Ballesteros, 2011).

La validez de contenido es el grado representativo y relevante de los ítems que conforman un test, describe su capacidad para capturar adecuadamente el dominio o universo de un constructo, esto sin la necesidad de abordar las interpretaciones de las puntuaciones que se obtendrán (Fernández-Ballesteros, 2011). Generalmente, se evalúa mediante métodos racionales en lugar de coeficientes estadísticos, un ejemplo frecuente es la técnica del juicio de expertos, donde profesionales del área asignan una puntuación a los componentes y objetivos que medirá un instrumento psicométrico (Borja, 2015).

Por su parte, la validez de criterio examina la correlación entre las puntuaciones de una prueba psicométrica y un criterio externo ampliamente aceptado para medir el mismo constructo de interés, así un instrumento es válido cuando los resultados de esta comparación coinciden de manera significativa (Souza et al., 2017). Fernández-Ballesteros (2011) argumentó que la validez de criterio se divide en concurrente cuando las medidas fueron comparadas simultáneamente, y es predictiva cuando se evalúa la capacidad de un instrumento para anticipar resultados futuros. En estos tipos de validez se evalúa según su naturaleza, para variables continuas se utiliza el coeficiente de correlación Pearson, Spearman y para dicotómicas, medidas de sensibilidad y especificidad, se utiliza el coeficiente phi ( $\phi$ ), la base de las curvas de características operativas del receptor (ROC), y el área bajo la curva (AUC) (Indu et al., 2025).

La validez de constructo evalúa en que grado un conjunto de variables realmente representan la teoría del constructo que se pretende medir, y usualmente no se constituye a partir de un único estudio, sino por la evidencia acumulada en diferentes investigaciones (Souza et al., 2017). Según Tabari-Khomeiran y Barrett (2025) esta validez puede ser

convergente cuando los resultados de un instrumento se correlacionan con otros que miden el mismo constructo, mientras que es discriminante cuando se distingue de otros instrumentos que miden variables diferentes. Este tipo de validez se analiza con el coeficiente de correlación Pearson, Spearman y la Matriz Multirasgo Multimétodo (Indu et al., 2025).

Otra forma de la validez de constructo es la validez factorial, esta tiene como objetivo reducir los datos para determinar el número óptimo de factores que integran constructo, esto se logra mediante el Análisis Factorial Exploratorio (AFE), que utiliza la técnica de componentes principales o la factorización de ejes principales, y el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) que se examina el ajuste del modelo con la estimación de máxima verosimilitud y la evaluación de índices de ajuste (Indu et al., 2025). Además que se incluyen ajustes de medida como el Índice de Ajuste Comparativo (CFI), el Índice de Tucker-Lewis (TLI), los cuales evalúan la adecuación del modelo propuesto frente a un modelo nulo y deben mostrar puntuaciones cercanas a 1, además del Error Cuadrático Medio de Aproximación (RMSEA), cuyo valor cercano a 0 indica una aproximación adecuada entre los datos observados y los esperados por el modelo (Abad et al., 2011; Lorenzo-Seva y Ferrando, 2023).

### **2.11.2. Confiabilidad**

La confiabilidad examina la estabilidad de los resultados de un instrumento, para garantizar su repetibilidad y obtener una base fundamentada en la toma de decisiones (Hogan, 2015). Una prueba con adecuada confiabilidad se caracteriza por producir resultados consistentes en condiciones equivalentes, y se calcula utilizando el coeficiente Omega de McDonald y el alfa de Cronbach, pruebas estadísticas que ofrecen información sobre la estabilidad de las respuestas (Viladrich et al. 2017).

El alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), es el índice más tradicional de consistencia interna, su objetivo es determinar si los ítems de una escala están altamente correlacionados y miden un mismo concepto, y se utiliza principalmente en escalas tipo Likert o cuestionarios unidimensionales, este coeficiente asume que todos los ítems contribuyen por igual al constructo (tau-equivalencia), lo que puede generar sobreestimaciones o subestimaciones de la confiabilidad (Edwards et al., 2021).

El omega de McDonald ( $\omega$ ), se considera una alternativa más robusta y moderna, ya que tiene en cuenta las cargas factoriales obtenidas en un análisis factorial confirmatorio, a diferencia del alfa, el omega no requiere el supuesto de tau-equivalencia (todos los ítems presentan cargas factoriales iguales), lo que lo hace más adecuado para escalas multidimensionales o con ítems de distinto peso estadístico, por lo que se recomienda usarlo en escalas multidimensionales, con ítems con diferentes cargas factoriales o cuando se dispone de un análisis factorial (Trizano-Hermosilla & Alvarado, 2016).

Otro método de análisis de confiabilidad es el coeficiente  $\beta$  de Revelle, su objetivo principal es estimar la confiabilidad mínima o el límite inferior de la consistencia interna de un instrumento psicométrico, reflejando el grado de homogeneidad entre los ítems y la

unidimensionalidad del test (Edwards et al., 2021). Por otra parte, para evaluar la consistencia interna de pruebas psicométricas con ítems dicotómicos, se utiliza la Fórmula Kuder-Richardson 20 (KR-20) y la Fórmula Kuder-Richardson 21 (KR-21) que prestan atención a las dificultades y varianza del ítem, específicamente la KR-20 se recomienda cuando los datos de cada ítem están completos, y la KR-21 es útil en situaciones donde la información es limitada o se busca un cálculo rápido (Ganji et al., 2025).

La magnitud de los coeficientes de confiabilidad depende de factores como la heterogeneidad de la muestra, la longitud de la escala y las condiciones de aplicación del instrumento (Prieto & Delgado, 2010). En donde cada prueba mencionada mantiene los puntajes de sus Coeficientes superiores a 0.80 en donde suelen interpretarse como indicadores de alta consistencia, mientras que valores entre 0.70 y 0.79 son aceptables para fines exploratorios o de investigación inicial (Campo-Arias & Oviedo, 2008). Además, debe analizarse de manera integral junto con la validez, puesto que ambos parámetros son esenciales para garantizar la precisión, estabilidad y utilidad de los resultados psicométricos (Muñiz & Fonseca-Pedrero, 2019).

### **2.11.3. Estandarización**

Para garantizar que todos los individuos sean evaluados en las mismas condiciones y que los resultados sean comparables, la estandarización requiere definir procesos y establecer procedimientos de aplicación, corrección e interpretación de una prueba (Muñiz, 2018). Reconociendo que la confianza en los resultados puede verse comprometida cuando se realiza una aplicación inapropiada del test psicométrico, y consecutivamente afecta la medición del desempeño real del examinado (Cohen et al., 2018).

La aplicación de un instrumento psicométrico requiere procedimientos estandarizados que incluyan instrucciones precisas para el evaluador y el examinado, control del ambiente físico, el tiempo, población objetivo y los materiales utilizados (Fernández-Ballesteros, 2011). En cuanto a la corrección, deben emplearse criterios objetivos, claves de respuesta o rúbricas que aseguren la uniformidad en la puntuación (Cohen et al., 2018). Por último, la interpretación debe basarse en normas de referencia obtenidas a partir de muestras representativas de la población, que comparan las puntuaciones individuales con los valores promedio o percentiles (Muñiz, 2018).

## CAPÍTULO III.

### 3. METODOLOGÍA.

#### 3.1. Tipo de Investigación

El presente estudio es una revisión bibliográfica, según Ocaña-Fernández y Fuster-Guillén (2021) es una metodología observacional, retrospectiva y sistemática, orientada al análisis y síntesis de la información de diferentes posturas teóricas publicadas en los últimos años. De tal manera, se logró reunir la evidencia empírica sobre los instrumentos psicométricos utilizados para evaluar el TA, información que estuvo disponible en artículos científicos.

Entre los tipos de revisión bibliográfica, se optó por la revisión sistemática que Román-López et al. (2021) lo señalan como el proceso riguroso que responde a una pregunta de investigación, recopilando datos de estudios primarios para combinarlos y convergen en conclusiones sobre diferentes condiciones o poblaciones estudiadas. Esta metodología permitió integrar y comparar resultados de contextos clínicos y culturales en la aplicación de instrumentos del TA, identificar su calidad psicométrica y proporcionar evidencia confiable sobre las propiedades psicométricas de los instrumentos de evaluación del TA.

#### 3.2. Nivel de Investigación

El alcance del estudio es descriptivo, este consiste en medir o recoger información de un fenómeno de interés, esto con la finalidad de especificar de manera independiente o conjunta los conceptos de las variables que permiten conocer la realidad de manera detallada (Hernández-Sampieri et al., 2014). Es así como las características de las propiedades psicométricas en los estudios incluidos fueron analizadas con términos relacionados como son la validez, la confiabilidad, la consistencia interna y la estandarización.

#### 3.3. Estrategias de búsqueda

La revisión sistemática se realizó de forma independiente y respetó las normas de la última actualización en 2020 de la declaración PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*). Page et al. (2021) lo define como un instrumento diseñado para evaluar la aplicación de la práctica basada en evidencia, mediante fases como la identificación, selección, análisis y síntesis de los artículos científicos.

La búsqueda de información se ejecutó en las bases de datos PubMed, Scopus y Web of Science, utilizando palabras clave tanto en inglés y español relacionadas con las propiedades psicométricas (psychometric, reliability, validity, validation, factorial, confiabilidad, validez, factorial) de la evaluación (inventory, instrument, scale, questionnaire, evaluation, assessment, screening, instrumento, cuestionario, evaluación) del TA (adjustment disorder, adjustment disorders, trastorno de adaptación) y los operadores booleanos “AND” y “OR”, estrategia presentada en la siguiente cadena de búsqueda:

("adjustment disorder" OR "adjustment disorders") AND ("inventory" OR "instrument" OR "scale" OR "questionnaire" OR "evaluation" OR "assessment" OR

"screening") AND ("psychometric" OR "reliability" OR "validity" OR "validation" OR "factorial")

### 3.4. Extracción de datos

En el periodo 2025–2S, la búsqueda inicial identificó 1045 publicaciones, distribuidas en 237 provenientes de PubMed, 475 de Scopus y 333 de Web of Science, Antes de la exportación de estos registros, se aplicaron filtros correspondientes a los últimos 10 años y al tipo de documento (artículo científico), esto resultó en la exclusión de 566 estudios.

Posteriormente, se construyó la matriz de datos donde se depuraron 140 estudios duplicados, lo que terminó con 399 artículos para ser analizados con la lectura de los artículos en la base de datos. Específicamente este proceso permitió excluir 269 artículos mediante la lectura del título y las palabras clave y 47 por la lectura del resumen. Finalizando con un total 22 artículos incluidos para la construcción de los resultados, como puede observarse en la Figura 1.

### 3.5. Selección de los estudios

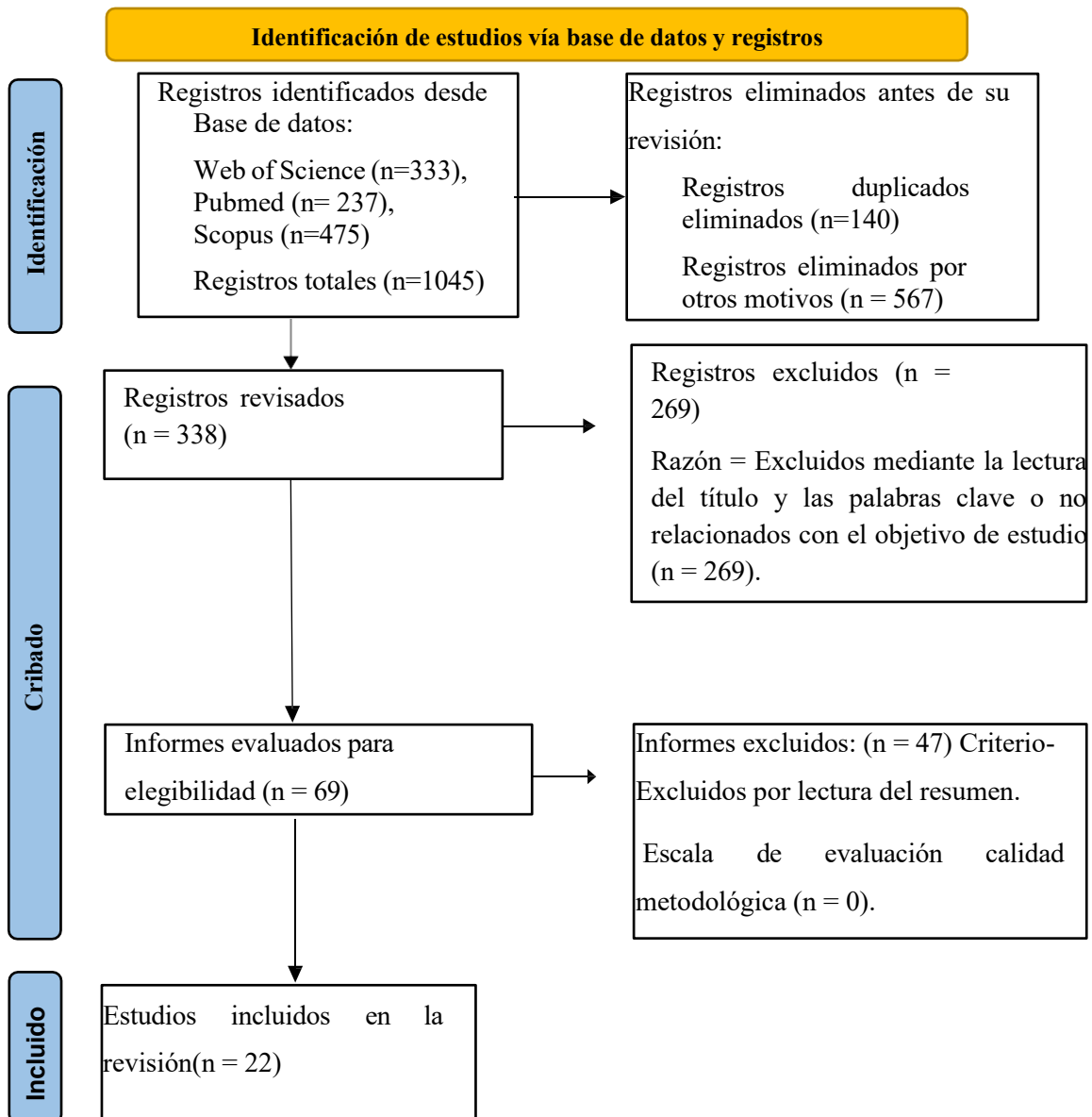
**Tabla 1.** Criterios de selección de los documentos científicos

<b>Criterios de Inclusión</b>
Investigaciones que aborden las propiedades psicométricas de la evaluación del TA.
Estudios científicos publicados entre 2015 y 2025.
Artículos científicos originales.
Publicaciones en idioma inglés, español.

**Tabla 2.** Criterios de selección de los documentos científicos

<b>Criterios de Exclusión</b>
Estudios con poca caracterización contextual o clínica de la muestra o población.
Protocolos de investigación, revisiones narrativas, editoriales o cartas al editor.
Estudios con acceso restringido.
Artículos con diferente temática con la evaluación del TA.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2020



### 3.6. Evaluación de la calidad

La evaluación se empleó con el Critical Review Form–Quantitative Studies (CRF-QS), desarrollado por Law et al. (1998), es un instrumento diseñado para evaluar de manera estructurada la calidad metodológica de investigaciones cuantitativas. En el presente trabajo, se empleó el CRF-QS para valorar la rigurosidad y calidad metodológica de los artículos incluidos en la revisión sistemática, lo que permitió garantizar la evidencia y respaldar la interpretación crítica de los resultados.

A continuación, se expone los criterios e ítems que estructuran la escala de calidad metodológica

**Tabla 3.** Criterios basados en el CRF-QS para determinar la calidad metodológica

<b>Criterios</b>	<b>No ítems</b>	<b>Elementos a valorar</b>
Finalidad del estudio	1	Objetivos precisos, concisos, medibles y alcanzables
Literatura	2	Relevante para el estudio
Diseño	3	Adecuación al tipo de estudio
	4	No presencia de sesgos
Muestra	5	Descripción de la muestra
	6	Justificación del tamaño de la muestra
	7	Consentimiento informado
Medición	8	Validez de las medidas
	9	Fiabilidad de las medidas
Intervención	10	Descripción de la intervención
	11	Evitar contaminación
	12	Evitar co-intervención
Resultados	13	Exposición estadística de los resultados
	14	Método de análisis estadístico
	15	Abandonos
	16	Importancia de los resultados para la clínica
Conclusión e implicación clínica de los resultados	17	Conclusiones coherentes
	18	Informe de la implicación clínica de los resultados obtenidos
	19	Limitaciones del estudio

*Nota:* Los criterios e ítems fueron redactados de acuerdo con lo planteado por Law et al. (López, 2017).

La categorización se establece acorde a la siguiente valoración:

- Pobre calidad metodológica  $\leq 11$  criterios
- Aceptable calidad metodológica entre 12 y 13 criterios
- Buena calidad metodológica entre 14 y 15 criterios
- Muy buena calidad metodológica entre 16 y 17 criterios
- Excelente calidad metodológica  $\geq 18$  criterios

**Tabla 4.** Calificación de la calidad metodológica de los documentos científicos

		Puntuación CRF-QS																					
Nº	Título	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	Total	Categoría	
1	Adjustment disorder as proposed for ICD-11: Dimensionality and symptom differentiation	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	15	Buena
2	Measuring the ICD-11 adjustment disorder concept: Validity and sensitivity to change of the Adjustment Disorder - New Module questionnaire in a clinical intervention study	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente
3	A Brief Measure of the International Classification of Diseases-11 Adjustment Disorder: Investigation of Psychometric Properties in an Adult Help-Seeking Sample	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	15	Buena
4	An empirical assessment of adjustment disorder as proposed for ICD-11 in a general population sample of Israel.	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	15	Buena
5	Screening of adjustment disorder: Scale based on the ICD-11 and the Adjustment Disorder New Module.	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	15	Buena
6	Is adjustment disorder unidimensional or multidimensional? Implications for ICD-11.	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	14	Buena
7	Revalidation of Adjustment Disorder-New Module-4 screening of adjustment disorder in a non-clinical sample: Psychometric reevaluation and correlates with other ICD-11 mental disorders.	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	14	Buena
8	Measuring ICD-11 adjustment disorder: the development and initial validation of the International Adjustment Disorder Questionnaire.	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	15	Buena

9	Psychometric properties of the Chinese version of adjustment disorder new module-20 in breast cancer patients.	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	15	Buena
10	Translation and psychometric evaluation of the Chinese Adjustment Disorder–New Module 20	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	15	Buena
11	Validation of the French ADN-20 in the assessment of emotional difficulties resulting from COVID-19 quarantine and outbreak.	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	14	Buena
12	Psychometric evaluation of the Adjustment Disorder New Module-20 (ADNM-20): A multi-study analysis.	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	14	Buena
13	Validation of the International Adjustment Disorder Questionnaire in Israel and Switzerland.	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	14	Buena
14	Construct and criterion validity of adjustment scale for adults using the correlation and Receiver-Operating Characteristics Analysis	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	14	Buena
15	Validation of the brief Adjustment Disorder New Modules with Australian oncology patients.	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	15	Buena
16	Psychometric and factorial validity of the International Adjustment Disorder Questionnaire (IADQ) in an Italian sample: A validation and prevalence estimate study.	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	15	Buena
17	ICD-11 adjustment disorder: Translation and validation of the Danish international adjustment disorder questionnaire among a working population of social educators.	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	15	Buena

18	Validation of the Spanish version of the Adjustment Disorder New Module-20 (ADNM-20) in a non-clinical sample.	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	14	Buena
19	Diagnosing adjustment disorder in patients with cancer: Evaluation of the adherence, interrater agreement, and content of a guideline-based interview	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	14	Buena
20	Translation and Validation of the Arabic International Adjustment Disorder Questionnaire Among Patients with Physical Illness and Their Families in Iraq.	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	14	Buena
21	Development and cross-cultural validation of the Japanese version of the Adjustment Disorder-New Module-20.	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	15	Buena
22	Investigating the Psychometric Properties of the Persian Version of the International Adjustment Disorder Questionnaire Among University Students in Tehran City, Iran	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	14	Buena

### **3.7. Consideraciones éticas**

En este estudio se respetaron los principios éticos del uso de información científica, reconociendo los derechos de autor y la propiedad intelectual de los artículos incluidos, mediante la adecuada citación y referencia bibliográfica. La información recopilada se utilizó únicamente con fines académicos y de investigación, asegurando que los datos fueran analizados y presentados de manera objetiva y responsable.

## **CAPÍTULO IV.**

### **4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

El presente apartado expone evidencia empírica sobre el TA disponible en los últimos 10 años. En la Tabla 5, se logra identificar las características contextuales y clínicas en la evaluación del TA, mediante el análisis y extracción de información de 22 estudios de las propiedades psicométricas en múltiples contextos culturales a nivel internacional. Particularmente, los resultados en este campo muestran un interés científico progresivo desde 2015 que ha incrementado con el pasar del tiempo, hasta lograr su mayor volumen de publicaciones anuales en el período comprendido entre 2024 a 2025. En relación con las características analizadas para identificar los estudios, se observan publicaciones realizadas en países de Europa, Asia, Medio Oriente, Oceanía y África que evidencian una amplia diversidad en la adaptación cultural para medir el TA. Además, que dificultades contextuales como pandemia por COVID-19 o disturbios sociales incrementan la prevalencia del TA.

**Tabla 5.** Instrumentos psicométricos utilizados para la evaluación del Trastorno de TA

Nº	Título/autores/año	Población o muestra	Instrumentos de evaluación	Proceso estadístico	Resultados principales
1	Adjustment disorder as proposed for ICD-11: Dimensionality and symptom differentiation (Glaesmer et al., 2015).	Elaborado en Alemania con una muestra de 1102 participantes (M = 49,6 años), el 55,8% fueron mujeres y 44,2% hombres.	Trastorno de adaptación – Nuevo módulo 20 (ADNM-20) con 2 factores principales (preocupaciones y falta de adaptación) y 4 asociados (ansiedad, depresión, evitación, impulsividad)	Análisis Factorial Confirmatorio	Evaluaron psicométricamente al alemán la nueva propuesta del CIE-11 utilizada para definir la estructura de los síntomas del TA, y mediante el proceso estadístico obtuvo un resultado de moderado a bueno en la adaptación del instrumento. Esto aporta a la correcta conceptualización teórica y significativa de los ítems analizados, que se agrupan para formar una representación apropiada del TA según el manual diagnóstico previamente mencionado.
2	Measuring the ICD-11 adjustment disorder concept: Validity and sensitivity to change of the Adjustment Disorder-New Module questionnaire in a clinical intervention study (Bachem et al., 2017).	Elaborado en Sudáfrica con 109 participantes (M = 39,57 años), el 72,6% fueron mujeres y 27,4% hombres.	Trastorno de adaptación – Nuevo módulo (ADNM-29),	Spearman	Examinaron la validez del cuestionario ADNM-29 en Sudáfrica, los resultados apoyaron a la validez convergente cuando se correlacionó el puntaje total con sus seis subescalas; y discriminante al compararlo con la ansiedad medida por el HAM-A y el deterioro funcional total medido por el SDS. Lo que significa que los ítems analizados se agrupan entre sí y llegan a diferenciarse entre síntomas propuestos en CIE-11.
3	A Brief Measure of the International Classification of Diseases-11 Adjustment Disorder: Investigation of Psychometric Properties in an Adult Help-Seeking Sample (Kazlauskas et al., 2018).	Elaborado en Suiza con una muestra de 1174 participantes (M = 34,85 años), el 81,6% fueron mujeres y 18,4% hombres.	Trastorno de adaptación – Nuevo módulo (ADNM-8) con 2 subescalas (preocupaciones y falta de adaptación)	Análisis Factorial Confirmatorio  Coeficiente de correlación Alfa de Cronbach	Investigaron las propiedades psicométricas de una versión corta (ADNM-8) de la escala de TA, hallaron que el instrumento respalda las propuestas para la definición de TA del CIE-11, y esta se correlacionó negativamente con el Índice de Bienestar Psicológico (WHO-5). Esto señala que los ítems del instrumento se agrupan adecuadamente para formar una medida (ADNM-8) útil para la detección sintomática breve del TA.

4	An empirical assessment of adjustment disorder as proposed for ICD-11 in a general population sample of Israel (Lorenz et al., 2018).	Elaborado en Israel con una muestra de 1003 participantes (M = 40,6 años), el 51,7% fueron mujeres y 48,3% hombres.	Trastorno de adaptación – Nuevo módulo 20 (ADNM-20), conformado de 19 ítems sobre los síntomas del TA y 1 ítem sobre deterioro funcional	Análisis factorial confirmatorio Modelado bifactorial confirmatorio Alfa de Cronbach	Estudiaron la dimensionalidad ADMN-20 para medir el TA en una muestra israelí, hallaron que los datos respaldan una conceptualización unidimensional más que la multidimensional del síndrome. Esta solución mostró robustez estadística y sugiere ser la más fiable para explicar la estructura latente de los síntomas del TA, además porqué en la confiabilidad presentó una consistencia interna adecuada.
5	Screening of adjustment disorder: Scale based on the ICD-11 and the Adjustment Disorder New Module (Ben-Ezra et al., 2018).	Elaborado en Israel con una muestra de 1003 participantes (M = 40,6 años), el 51,7% fueron mujeres y 48,3% hombres.	Trastorno de adaptación – Nuevo módulo (ADNM-8 y ADNM-4), con dos factores preocupación y falta de adaptación	Análisis factorial confirmatorio Alfa de Cronbach	Examinan en el ADNM-8 breve y el ADNM-4 ultrabreve, mismos que tuvieron un ajuste muy bueno con los datos y mostró validez convergente porque sus puntajes se correlacionaron con las afecciones psiquiátricas relacionadas con el estrés (TEPT, ICG-R, TEPT-C). Lo que indica que las dos versiones breves pueden servir como instrumentos de exploración para la detección temprana de la sintomatología del TA.
6	Is adjustment disorder unidimensional or multidimensional? Implications for ICD-11 (Lorenz et al., 2018).	Elaborado en Suiza con una muestra de 333 participantes (M = 43,8 años), el 51,1% fueron hombres y 48,9% mujeres.	Trastorno de adaptación – Nuevo módulo 20 (ADNM-20)	Análisis factorial confirmatorio Correlaciones parciales. Alfa de Cronbach.	Evaluaron la estructura latente en la sintomatología del ADNM-20 y su validez concurrente y discriminante, mismos que obtuvieron asociaciones positivas con el BSI-18, SFQ, y negativas con el OcSe y SOC-R que miden constructos diferentes. Resultados que aporta a la evaluación de los síntomas y a la definición del TA con características esenciales de su estructura basada en el CIE-11.

7	Revalidation of Adjustment Disorder-New Module-4 screening of adjustment disorder in a non-clinical sample: Psychometric reevaluation and correlates with other ICD-11 mental disorders (Lavenda et al., 2019).	Elaborado en Israel con una muestra de 484 participantes (M = 27,52 años), el 74,4% fueron hombres y 25,6% mujeres.	Trastorno de adaptación – Nuevo Módulo 4 (ADNM-4)	Análisis factorial exploratorio y confirmatorio. Varianza media extraída. Confiabilidad compuesta. Coeficientes de correlación Pearson.	Revalidaron de la escala ADNM-4 ultrabreve utilizando la validez de constructo, discriminante y convergente, determinaron que altos índices de ajuste, y sus puntuaciones se correlacionaron positivamente con los diversos trastornos relacionados al estrés del CIE-11 (trastorno de duelo complicado, ansiedad, depresión, hipocondria) indicaron una buena validez. Hallazgos que respaldan las características psicométricas del ADNM-4 en casos que se requiere una detección temprana del TA.
8	Measuring ICD-11 adjustment disorder: The development and initial validation of the International Adjustment Disorder Questionnaire (Shevlin et al., 2020).	Elaborado en Irlanda con una muestra de 910 participantes (M = 43,10 años), el 51,0% fueron mujeres y 49,0% hombres.	Cuestionario Internacional de Trastornos Adaptativos (IADQ), compuesto por eventos estresores psicosociales, preocupación, inadaptación, deterioro funcional.	Análisis factorial Confirmatorio. Coeficientes de correlación. Alfa de Cronbach.	Validaron inicialmente el IADQ como una medida del TA según la CIE-11, esto con puntuaciones fiables del análisis estadístico, donde modelos de uno y dos factores proporcionaron un ajuste adecuado con correlaciones PHQ-9 = Depresión; GAD-7 = Ansiedad; ITQ. Esto señala que el IADQ captura cada componente de la descripción sintomática del TA según el CIE-11.
9	Psychometric properties of the Chinese version of Adjustment Disorder New Module-20 in breast cancer patients (Tang et al., 2020).	Elaborado en China con una muestra de 400 participantes (M = 47,2 años), el 100% fueron mujeres.	Trastorno de adaptación – Nuevo módulo 20 (ADNM-20)	Análisis factorial exploratorio y confirmatorio. Coeficientes de correlación Pearson. Alfa de Cronbach.	Investigaron la validez y fiabilidad de la versión del ADNM-20 en pacientes con cáncer de mama, se registró que los síntomas centrales y las tres subescalas de síntomas accesorios tuvieron una buena validez factorial y una adecuada puntuación total en la consistencia interna. Lo que asegura que las características de la medición psicológica para detectar el TA en pacientes con cáncer de mama son óptimas.

10	Translation and psychometric evaluation of the Chinese Adjustment Disorder-New Module-20 (Lorenz et al., 2020).	Elaborado en China con una muestra de 433 participantes (M = 20,16 años), el 58,9% fueron mujeres y 41,1% hombres.	Trastorno de adaptación – Nuevo módulo 20 (ADNM-20)	Índice de Validez de Contenido del Ítem. Análisis factorial confirmatorio. Coeficiente de correlaciones únicas y parciales. Fiabilidad compuesta (CR). Coeficiente de Correlación Intraclase (ICC)	Tradujeron y realizaron pruebas psicométricas del ADNM-20, mostraron índices de validez de contenido que fueron excelentes para la mayoría de los ítems, y se respaldó con un análisis factorial para identificar la, misma que se correlacionó positiva y moderadamente con depresión y ansiedad (HADS). Resultados que confirman que el ADNM-20 traducido es válido en China, así como relevante y aceptable para evaluar los síntomas principales del TA.
11	Validation of the French ADNM-20 in the assessment of emotional difficulties resulting from COVID-19 quarantine and outbreak (Vancappel et al., 2021).	Elaborado en Francia con una muestra de 1010 participantes (M = 34,79 años); 840 fueron mujeres y 170 hombres.	Trastorno de adaptación – Nuevo módulo 20 (ADNM-20)	Análisis factorial confirmatorio. Coeficiente de correlación Omega de McDonald's.	Validaron el ADNM-20 idioma frances, encontrando una adecuada validez factorial que se ajustaron a los datos, validez concurrente con fuertes correlaciones entre las puntuaciones HAD y IES-6 que se relacionan al estrés. Además, el instrumento tuvo una buena consistencia interna, resultados que respaldan buenas propiedades psicométricas para evaluar las manifestaciones psicológicas causadas por los eventos que generen contingencia.
12	Psychometric evaluation of the Adjustment Disorder New Module-20 (ADNM-20): A multi-study analysis (Liang et al., 2021).	Elaborado en China con tres muestras: Estudio 1 (n = 60; M = 26,6 años), el 73,3% fueron mujeres y 26,7% hombres; Estudio 2 (n = 330; M = 44 años), el 49,4% fueron mujeres y	Trastorno de adaptación – Nuevo módulo (ADNM-20 y ADNM-4)	Análisis factorial confirmatorio. Chi-cuadrado. Análisis correlacional Alfa de Cronbach	Realizaron tres estudios para examinar la estructura factorial. y propiedades psicométricas del ADNM-20 y ADNM-4, se estableció una buena consistencia interna, además mostró validez convergente, validez discriminante al comparar el criterio frente a otras medidas de autoinforme. Estos hallazgos proporcionaron evidencia adicional sobre la fiabilidad del uso práctico de los instrumentos para medir el TA en medio de protestas masivas.

		50,6% hombres; Estudio 3 (n = 330).			
13	Validation of the International Adjustment Disorder Questionnaire in Israel and Switzerland (Levin et al., 2022).	Elaborado en Suiza e Israel con dos muestras: Suiza (n = 60; M = 43,45 años), el 73,8% fueron mujeres y 26,2% hombres; Israel (n = 1142; M = 39,81 años), el 67,6% fueron mujeres y 32,4% hombres.	Cuestionario Internacional de Trastornos Adaptativos (IADQ)	Análisis factorial confirmatorio.  Coeficientes de correlación. Alfa de Cronbach	Evaluaron la fiabilidad y validez de IADQ en muestras específica que experimentaron factores estresantes en Suiza e Israel, donde la validez factorial y la fiabilidad fue excelentes para la puntuación total de TA y la validez concurrente como la validez discriminante demostró, altas correlaciones con otros tipos de estrés y baja relación con emociones positivas. Esto sugiere que el IADQ tiene propiedades psicométricas satisfactorias en muestras culturalmente diferentes.
14	Construct and criterion validity of adjustment scale for adults using correlation and Receiver-Operating Characteristics analysis (Naz & Anjum, 2022).	Elaborado en Pakistán con una muestra de 93 participantes mayores de 19 años; el sexo de los participantes no fue reportado.	Trastorno de adaptación – Nuevo módulo 6 (ADNM-6)	Coeficientes de correlación. Alfa de Cronbach.	Exploraron el constructor y el criterio de validación del ADNM-6, donde los resultados establecieron la validez de constructo con una validez convergente alto y valor de confiabilidad adecuado, esto demuestra propiedades psicométricas favorables a las puntuaciones de ajuste estadístico utilizados en la escala. Esto confirmó que la escala tiene la capacidad de identificar sintomatologías que definen casos específicos TA.
15	Validation of the brief Adjustment Disorder New Modules with Australian oncology patients (Harris et al., 2023).	Elaborado en Australia con una muestra de 405 participantes (M = 59,73 años), el 74% fueron mujeres y 26% hombres.	Trastorno de adaptación – Nuevo módulo (ADNM-8 y ADNM-4)	Coeficientes de correlación. Alfa de Cronbach.	Investigaron la estructura factorial y la validez del ADNM-8 y ADNM-4, los resultados de la validez factorial se ajustó adecuadamente a la propuesta del CIE-11, además ambas escalas se correlacionaron con el DASS Y WHO-5, indicando una buena validez de constructo. Lo que señala a estos instrumentos como pruebas psicológicas breves y útiles para evaluar los síntomas del TA en pacientes con cáncer.

16	Psychometric and factorial validity of the International Adjustment Disorder Questionnaire (IADQ) in an Italian sample: A validation and prevalence estimate study (Jannini et al., 2023).	Elaborado en Italia con una muestra de 17.514 participantes (M = 39 años), el 80,4% fueron mujeres y 19,6% hombres.	Cuestionario Internacional de Trastornos Adaptativos (IADQ)	Análisis factorial confirmatorio. coeficiente de Pearson. Alfa de Cronbach. Confiabilidad compuesta. Varianza promedio extraída	Realizaron la validez psicométrica y factorial del IADQ, hallaron la presencia de dos factores al obtener puntuaciones excelentes en índices de ajuste, la validez concurrente identificó correlaciones fuertes del instrumento con el GAD-7 y PHQ-9. Resultados que confirman al el IADQ es fácil de usar, breve y psicométricamente sólido.
17	ICD-11 adjustment disorder: Translation and validation of the Danish International Adjustment Disorder Questionnaire among a working population of social educators (Vang et al., 2024).	Elaborado en Dinamarca con una muestra de 609 participantes (M = 53,01 años), el 84,2% fueron mujeres y 15,8% hombres.	Cuestionario Internacional de Trastornos Adaptativos (IADQ)	Análisis factorial confirmatorio. Chi-cuadrado. Estimaciones de fiabilidad compuesta (Omega)	Tradujeron el IADQ y evaluaron las propiedades psicométricas en Dinamarca, los datos se ajustan adecuadamente a la propuesta del CIE-11, y se demostró una buena validez concurrente con correlaciones con medidas de TEPT, agotamiento y malestar general. Los resultados del estudio respaldan el uso del IADQ como herramienta de evaluación para identificar el TA.
18	Validation of the Spanish version of the Adjustment Disorder New Module-20 (ADNM-20) in a non-clinical sample (Quero et al., 2024).	Elaborado en España con dos muestras: muestra no clínica (n = 203; M = 33,84 años), el 83,3% fueron mujeres y 16,7% hombres; muestra de alto riesgo (n = 46; M = 39,0 años), el 80,4% fueron mujeres y 19,6% hombres.	Trastorno de adaptación – Nuevo módulo 20 (ADNM-20)	Análisis factorial confirmatorio. Correlación de Pearson.  Alfa de Cronbach  Omega de McDonald Índice Kappa de Cohen	Validaron la versión en español del ADN-20 con una muestra no clínica, así la validez factorial reveló que un modelo jerárquico se ajustaba mejor a los datos, también se obtuvo alta consistencia interna, puntuaciones buenas de validez convergente al encontrar relación con medidas teóricamente relacionadas (GAD-7, PHQ-9) y validez discriminante con medidas con relación negativa Brief-COPE. EL hallazgo confirma que escala presenta una estructura factorial adecuada y una alta fiabilidad.
19	Investigating adjustment disorder among ICD-11	Elaborado en Taiwán con una muestra de	Cuestionario Internacional de Trastornos Adaptativos (IADQ)	Análisis factorial confirmatorio.	Utilizaron los métodos aplicados en estudios de diferentes idiomas para validar el IADQ, hallaron con la

	college students in Taiwan using the Chinese version of the International Adjustment Disorder Questionnaire (Fung et al., 2025).	766 participantes (M = 19,3 años), el 56,9% fueron mujeres y 43,1% hombres.		Coeficiente de correlación. Alfa de Cronbach.	validez factorial que la estructura de dos factores reportada en estudios previos que también se confirmó en este estudio, y demostró validez concurrente al determinar correlación con los síntomas de depresión (PHQ-9), ansiedad (GAD-2) y TEPT. Los resultados sugieren que el TA puede evaluarse de forma fiable y válida mediante el IADQ
20	Translation and Validation of the Arabic International Adjustment Disorder Questionnaire Among Patients with Physical Illness and Their Families in Iraq (Al-Gburi et al., 2025).	Elaborado en Irak con una muestra de 183 participantes (M = 37 años), el 60,7% fueron hombres y 39,3% mujeres.	Cuestionario Internacional de Trastornos Adaptativos (IADQ)	Análisis factorial confirmatorio. Coeficiente de correlación. Alfa de Cronbach	Evaluaron la validez y confiabilidad de una traducción al hebreo del IADQ en una muestra de pacientes hospitalizados, encontraron que los síntomas pudieron organizarse en 2 factores con una fuerte correlación positiva, además se mostró una buena fiabilidad y validez concurrente de relaciones positivas significativas con el PH-9 y GAD-7. Se concluye que el instrumento tiene propiedades psicométricas adecuadas y puede utilizarse en entornos clínicos y de investigación en medio oriente.
21	Development and cross-cultural validation of the Japanese version of the Adjustment Disorder-New Module-20 (Nakagawa et al., 2025).	Elaborado en Japón con una muestra de 1314 participantes (M = 43,68 años), el 53,9% fueron mujeres y 46,1% hombres.	Trastorno de adaptación – Nuevo módulo 20 (ADNM-20)	Análisis factorial confirmatorio.  Chi-cuadrado Coeficiente de correlación Pearson Alfa de Cronbach	Adaptaron y validaron el ADNM-20 al japonés para contribuir a la comprensión transcultural y global del TA, la validez factorial respaldó el modelo teórico de seis factores, la validez de constructo con fuertes correlaciones entre las subescalas del ADNM-20 y medidas externas (PHQ-9; GAD-7) y una excelente consistencia interna. Estas propiedades psicométricas indican que el instrumento es válido y fiable para evaluar los síntomas del TA.
22	Investigating the psychometric properties of the Persian version of the International Adjustment Disorder Questionnaire	Elaborado en Irán con una muestra de 495 participantes (M = 23,41 años), el 67,5%	Cuestionario Internacional de Trastornos Adaptativos (IADQ)	Análisis factorial confirmatorio. Coeficiente de correlación. Alfa de Cronbach	Evaluaron las propiedades psicométricas del IADQ, en la validez factorial se aseguró que los factores que representan la estructura del IADQ, este fue ajustado estadísticamente al modelo, el análisis de fiabilidad mostró una fuerte consistencia interna, y La validez

among university students in Tehran City, Iran (Nasri et al., 2025).

fueron mujeres y 32,5% hombres.

convergente y divergente se confirmó mediante correlaciones con PG-13-R, IDQ, IAQ, TEPT y TEPT-C. La evaluación psicométrica del instrumento fue adecuada para el estudio dirigido a la evaluación del TA

---

*Nota:* Brief-COPE = Estrategias de afrontamiento; BSI-18 = Malestar Psicológico General; CSI = Índice de Sensibilidad al Contexto; DASS = Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés; FREE = Escala de Regulación Flexible de la Expresión Emocional; GAD-7 = Ansiedad; HAD = Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria; HAM-A = Escala de Calificación de la Ansiedad; IAQ = Cuestionario Internacional sobre la Ansiedad; ICG-R = Inventario de Duelo Complicado – Revisado; IDQ = Cuestionario Internacional de Depresión; IES-6 = Escala de Impacto de Eventos de 6 Ítems; ITQ = Cuestionario de Trauma Internacional; MADRS = Escala de Calificación de Depresión de Montgomery-Asberg; M = Media; OcSe = Escala de Autoeficacia Ocupacional; n=muestra; PCL-C = Lista de Verificación de Síntomas de Estrés Postraumático en Población Civil; PHQ-9 = Depresión; R-13-PG = Duelo Prolongado; SDS = Escala de Discapacidad de Sheehan; SFQ = Cuestionario de Funcionamiento Social; SOC-R = Escala de Sentido de Coherencia—Revisada; SOLI = Inventario de Sostenibilidad de Rutinas de Vida; TEPT = Trastorno de Estrés Postraumático; TEPT-C = Trastorno de Estrés Postraumático Complejo; WHO-5 = Índice de Bienestar.

En la Tabla 5, se desarrolló el primer objetivo específico donde se identificó los instrumentos psicométricos utilizados para medir el Trastorno de Adaptación (TA), estos son ADNM (versiones, ADNM-29, ADNM-20; ADNM-8; ADNM-6, ADNM-4) y IADQ que se construyeron en base a criterios diagnósticos del CIE-11. Principalmente se tradujeron y adaptaron mayormente en países de Europa, autores como Glaesmer et al. (2015), Kazlauskas et al. (2018), Lorenz et al. (2018, 2020), Shevlin et al. (2020), Levin et al. (2022), Jannini et al. (2023), Vang et al. (2024) y Quero et al. (2024) los validaron a idiomas como: inglés, alemán, francés, italiano, danés y español, consolidando su presencia en diferentes contextos culturales que favorece la comparación de resultados entre poblaciones.

En contraste, los estudios menos frecuentes fueron de otras regiones como África, Asia, Oceanía y Medio Oriente desarrollados por Bachem et al. (2017) en Sudáfrica, Tang et al. (2020), Liang et al. (2021) y Fung et al. (2025) en China y Taiwán, Harris et al. (2023) en Australia, Al-Gburi et al. (2025) en Irak y Nasri et al. (2025) en Irán, quienes realizaron procesos de adaptación de lingüística y cultural en idiomas como chino, árabe y persa que también contribuye a la expansión geográfica de la validación de dichos instrumentos. Además, es importante mencionar que no se evidenció estudios psicométricos rigurosos en Sudamérica, lo puede limitar la generalización de la evaluación del TA en este contexto con diferencias culturales, sociales y lingüísticas.

En la mayoría de las investigaciones, se destacó que la participación de mujeres tenía un porcentaje alto (entre 80,4 % y el 100 %), en comparación con los hombres (Kazlauskas et al., 2018; Vancappel et al., 2021; Jannini et al., 2023; Vang et al., 2024; y Tang et al., 2020). En otro orden, la media de edad más baja en los estudios fue de  $M = 19,3$  años reportada por Fung et al. (2025) y la más alta de  $M = 59,73$  años según el estudio de Harris et al. (2023). Este resultado señala que el uso de TA para la validación de instrumentos psicométricos, se lo realiza predominantemente con la población femenina adulta joven y de mediana edad.

En cuanto a los procesos estadísticos empleados, casi todos los autores utilizaron el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) para examinar la validez factorial y la estructura latente de los instrumentos comparando modelos unidimensionales o multidimensionales. En algunos casos, lo combinaron con Análisis Factorial Exploratorio (AFE), como hicieron Lavenda et al. (2019) y Tang et al. (2020). Esto señala que el AFC, se ha consolidado como herramienta estándar para la validación factorial de las escalas del TA.

Dentro de los estudios, la mayoría de autores reportó el uso del coeficiente de correlación (Pearson o Spearman) para medir la validez concurrente, convergente y discriminante. Sin embargo, algunos autores como Kazlauskas et al. (2018), Shevlin et al. (2020), Levin et al. (2022), Fung et al. (2025) o Al-Gburi et al. (2025) no describieron el tipo de correlación que analizaron. El coeficiente de correlación ( $r$ ) identificó que grado de asociación existe entre los instrumentos (ADNM, IADQ) y los constructos relacionados y no relacionados a la sintomatología del TA. Es relevante recordar que valores significativos y cercanos a  $\pm 1$  muestran buenas correlaciones.

En cuanto a la confiabilidad donde valores superiores a 0.80 son buenos, la gran mayoría de los autores emplearon el Alfa de Cronbach como indicador principal de

consistencia interna. A excepción de algunos trabajos que complementaron o prefirieron otros indicadores, como Lavenda et al. (2019) y Jannini et al. (2023) que añadieron la confiabilidad compuesta y la varianza media extraída, Vang et al. (2024) que reportaron la Omega de McDonald, y Lorenz et al. (2020) que añadieron Coeficiente de Correlación Intraclase (ICC) para medir estabilidad temporal del test-retest.

En definitiva, los resultados señalan que el ADNM y IADQ son instrumentos fiables y validos en diferentes contextos culturales. Incluso, algunos autores aseguran que tienen un uso práctico en poblaciones vulnerables, como en pacientes con cáncer (Tang et al., 2020; Harris et al., 2023), personas expuestas a eventos estresantes como el aislamiento por COVID-19 o en medio de protestas masivas (Vancappel et al., 2021; Liang et al., 2021), estudiantes universitarios (Fung et al., 2025; Nasri et al., 2025) y la población trabajadora (Vang et al., 2024). Además, que las versiones breves (ADNM-8 y ADN-4) has demostrado utilidad en la población general como en muestras clínicas y de alto riesgo de experimentar sintomatología del TA (Ben-Ezra et al., 2018; Harris et al., 2023; Lavenda et al., 2019; Kazlauskas et al., 2018).

**Tabla 6.** Pruebas psicológicas más utilizadas para la evaluación TA y sus propiedades psicométricas

	<b>Estandarización</b>	<b>Validez</b>	<b>Confiabilidad</b>	<b>Resultados</b>
<b>ADNM-20</b>	<p>Escala de 20 ítems que se divide en dos partes con 2 factores principales (preocupaciones y falta de adaptación) y 4 asociados (ansiedad, depresión, evitación, impulsividad).</p> <p>Autoadministrado para población adulta, con aplicación online o presencial.</p> <p>Validado en Alemania, Suiza, Israel, China, Francia, España y Japón.</p>	<p>Validez factorial: modelos de un factor general, seis factores, o bifactoriales (CFI=0.85 a 0.988; TLI= 0.80 a 0.974; RMSEA= 0.049 a 0.108)</p> <p>Validez convergente: correlación de con depresión, ansiedad, síntomas de trauma y TEPT, impacto del evento, malestar psicológico general, soledad, afrontamiento de evitación y funcionamiento social (<math>r = 0.384</math> a <math>0.830</math>)</p> <p>Validez discriminante: bienestar subjetivo, autoeficacia ocupacional, sentido de coherencia, regulación emocional flexible, supresión de claves emocionales, afrontamiento de apoyo social, afrontamiento espiritual y emociones positivas (<math>r=-0.204</math> a <math>-0.448</math>)</p>	<p><math>\alpha</math> entre 0.81 y 0.97</p> <p><math>\omega</math> entre 0.918 y 0.971</p> <p>Fiabilidad test-retest (ICC) = 0.74</p>	<p>Esta versión muestra las mejores propiedades psicométricas generales en términos de profundidad y robustez, especialmente, cuando se busca una evaluación comprehensiva de los síntomas centrales y accesorios del TA.</p> <p>Es la versión más validada transculturalmente, permitiendo un análisis estadístico más elaborado según las directrices del CIE-11. Dando como resultado la construcción del modelo de un factor y el modelo de seis factores con un factor general, mismos que obtuvieron los mejores ajustes en sus puntuaciones.</p> <p>Algunos autores argumentan que como desventaja, los síntomas asociados de este instrumento no aportan valor adicional a los síntomas centrales y que un modelo unidimensional es más adecuado. Además, presenta propiedades psicométricas complejas en la evaluación, lo que lo hace menos práctico para una detección breve del TA, se recomiendan versiones más cortas como el ADNM-8 o el ADNM-4.</p>
<b>ADNM-8 y ADNM-4</b>	<p>Escala breve de 8 ítems y ultra breve de 4 ítems, conformados por 2 factores principales (preocupaciones y falta de adaptación).</p> <p>Tipo de aplicación autoadministrado para población general y usado en contextos clínicos como</p>	<p>Validez factorial: modelos de un factor y modelo de dos factores (CFI= 0.936 a 1.000; TLI= 0.909 a 1.006; RMSEA= 0.000 a 0.112)</p> <p>Validez convergente: depresión, ansiedad, duelo complicado/prolongado, TEPT y TEPT complejo, estrés agudo, emociones negativas, malestar general, burnout (<math>r = 0.123</math> a <math>r = 0.82</math>)</p>	<p><math>\alpha</math> entre 0.81 y 0.95</p> <p><math>\omega</math> entre 0.918 y 0.971</p>	<p>Estas versiones destacan por su eficiencia y propiedades psicométricas excelentes para detección rápida, manteniendo una alta correlación entre las diferentes versiones del ADNM analizadas.</p> <p>Instrumentos ideales para cribado inicial, alta practicidad y propiedades psicométricas comparables a la versión ADNM-20, en cuanto a validez factorial se resalta que el modelo de dos factores (preocupación y falta de adaptación). El ADNM-4 logra un ajuste casi perfecto en algunos modelos unidimensionales.</p>

	cribado rápido (Israel, Suiza, Australia, España y China)	Validez discriminante: bienestar subjetivo, emociones positivas y recursos adaptativos en general ( $r = -0.52$ a $-0.29$ )		Sus principales dificultades radican en su menor profundidad porque se centran en evaluar al medir solo síntomas centrales. Por lo que no capturan síntomas asociados y sirven para la detección de padecer un posible riesgo de TA y no como apoyo diagnóstico del trastorno.
<b>IADQ</b>	<p>Escala de 6 ítems que evalúa los síntomas centrales del trastorno de adaptación según la CIE-11, organizados en 2 factores principales: preocupaciones y dificultad para adaptarse.</p> <p>Incluye 13 ítems adicionales para medir la presencia de un estresor identificable y el impacto funcional asociado.</p> <p>Autoadministrado, dirigido a población general y clínica, con aplicación online o presencial.</p> <p>Validado en múltiples contextos (Israel, Suiza, Italia, Dinamarca, Taiwán, Irak e Irán)</p>	<p>Validez factorial: modelo de dos factores (CFI= 0.939 a 0.998; TLI= 0.885 a 0.997; RMSEA= 0.025 a 0.174)</p> <p>Validez convergente: correlación con depresión, ansiedad, TEPT, TEPT complejo, trastornos de la autoorganización, estrés, burnout y malestar general (<math>r = 0.45</math> a <math>0.79</math>)</p> <p>Validez discriminante: menor correlación con insomnio, emociones positivas y bienestar (<math>r = 0.09</math> a <math>0.48</math>; negativas en bienestar).</p>	<p><math>\alpha</math> entre 0.91 y 0.94</p> <p><math>\omega</math> entre 0.90 y 0.92</p>	<p>El IADQ es un instrumento breve, específico y validado transculturalmente para evaluar los síntomas centrales del TA según la CIE-11. Destaca por su excelente ajuste en el modelo de dos factores, alta consistencia interna y validez concurrente con otros constructos de estrés y malestar psicológico.</p> <p>Sin embargo, diferentes autores sugieren que los factores de preocupación y falta de adaptación se encuentran altamente correlacionados, y se recomienda una posible interpretación unidimensional en algunos contextos, diferenciación que resulta relevante para fines de investigación. Mientras que el uso de diagnósticos se recomienda mantenerlo como un instrumento de enfoque bidimensional.</p> <p>Ideal como herramienta de detección inicial, combinable con instrumentos más amplios (ej. ADN-20) cuando se necesite mayor detalle. Su limitación radica en su menor profundidad al no evaluar síntomas asociados como ansiedad o depresión, y en algunos contextos la distinción entre factores no es tan clara porque estos están fuertemente correlacionados.</p>

*Nota:* AIC = Criterio de Información de Akaike; AVE = Varianza media extraída; BIC = Criterio de Información Bayesiano; CFI = Índice de Ajuste Comparativo; CR = Fiabilidad compuesta; ICC = Coeficiente de correlación intraclase (test-retest); NFI = Índice de Ajuste Normado; RMSEA = Error Cuadrático Medio de Aproximación;  $r$  = Coeficiente de correlación de Pearson; SRMR = Raíz Cuadrática Media Residual Estandarizada; TLI = Índice de Tucker-Lewis;  $\alpha$  = Alfa de Cronbach;  $\omega$  = Omega de McDonald

En la Tabla 6, para responder al segundo objetivo específico se resumió los resultados psicométricos de las pruebas psicológicas más utilizados en la evaluación del TA. Específicamente, 13 estudios utilizaron el ADNM-20, 6 estudios emplearon las versiones breves ADNM-8 y ADNM-4, y 7 estudios aplicaron el IADQ. De acuerdo a la estandarización de las pruebas psicológicas, son de tipo escala, de aplicación autoadministrada tanto en formato presencial como online, y están dirigidas principalmente a población adulta general y clínica. El ADNM-20 presenta 20 ítems con factores principales y asociados, mientras que el ADNM-8 y ADNM-4 son versiones abreviadas centradas en los factores nucleares, y el IADQ es una escala breve de 6 ítems para el TA y 13 ítems que miden el evento estresor y el impacto funcional.

En cuanto a la validez factorial, los estudios señalan que ADNM-20, es el instrumento más adecuado según el análisis factorial y los índices de ajuste (CFI, TLI y RMSEA). En esta escala, la mayoría de la evidencia señala que el modelo unidimensional es el más recomendado para la evaluación del TA (Glaesmer et al. 2015; Lorenz et al. 2018 y 2020; Liang et al., 2021). Seguidamente, el modelo bifactorial también presenta un buen ajuste en diversos estudios como lo comentan Lorenz et al. (2018) y Liang et al. (2021), al integrar un factor general junto con factores específicos, forman una solución que separa los factores del TA sin perder coherencia estructural.

En contraste, el ADNM-20 con el modelo de seis dimensiones interrelacionadas corresponden a la conceptualización original del instrumento, pero presenta dificultades debido a las altas correlaciones entre los factores del TA (Glaesmer et al., 2015; Lorenz et al., 2018), aunque algunos estudios (Tang et al., 2020; Nakagawa et al., 2025) aún lo respaldan en contextos culturales específicos. El modelo jerárquico fue el menor referenciado, pero no se descarta porque mostró buenos al representar la conceptualización del TA en una estructura de segundo orden (Quero et al., 2024).

En cambio, para el ADNM-8 y ADNM-4, los análisis factoriales muestran el modelo bifactorial (preocupación y falta de adaptación) presentó soluciones apropiadas del constructo (Kazlauskas et al., 2018; Ben-Ezra et al., 2018; Harris et al., 2023). Aunque autores como Ben-Ezra et al. (2018) y Lavenda et al. (2019), también reconocieron que el ADNM-4 puede representarse con un modelo unifactorial. Es evidente que estas versiones pueden tener una menor cobertura de dimensiones clínicas, omitiendo aspectos relevantes como el deterioro funcional o la comorbilidad con otros trastornos (Kazlauskas et al., 2018; Lavenda et al., 2019). Por lo tanto, estos instrumentos cortos deben tratarse para la detección preliminar del TA, y no como medidas diagnósticas definitivas.

De manera similar, en el IADQ destacó el modelo bifactorial basado en los factores (preocupación y fracaso en la adaptación), mismo que mostró un mejor ajuste estadístico en comparación a los modelos unifactoriales (Jannini et al., 2023; Fung et al., 2025; Al-Gburi et al., 2025). Esta convergencia respalda la validez estructural del instrumento con los criterios del CIE-11. Mientras que las principales limitaciones del IADQ, también radica en la alta correlación entre los factores principales, lo que sugiere posible unidimensionalidad del constructo. Esto porque dificulta la interpretación diferenciada de las subescalas (Shevlin et al., 2020; Levin et al., 2022; Vang et al., 2024). Esta ha definido que todos los autores

revisados, recomienden la estructura unidimensional para casos de investigación, y la estructura bifactorial para fines de apoyo diagnóstico clínico.

En cuanto a la validez convergente y concurrente, de las pruebas psicológicas más utilizadas (Tabla 6), muestran correlaciones positivas con instrumentos que evaluaron depresión, ansiedad, estrés postraumático, malestar psicológico general, duelo complicado y estilos de afrontamiento evitativo (Lorenz et al., 2018; Kazlauskas et al., 2018; Lavenda et al., 2019; Shevlin et al., 2020; Vancappel et al., 2021; Harris et al., 2023; Quero et al., 2024; Nakagawa et al., 2025; Fung et al., 2025). En cambio, para la validez divergente, se correlacionaron negativamente y bajo con escalas de bienestar psicológico, recursos adaptativos, afrontamiento cognitivo, apoyo social y sentido de coherencia (Lorenz et al., 2018; Ben-Ezra et al., 2018; Vancappel et al., 2021; Jannini et al., 2023; Quero et al., 2024; Vang et al., 2024; Nakagawa et al., 2025). Esto evidencia que el instrumento mide de forma precisa los síntomas centrales del TA y se comporta de manera consistente con otros indicadores de uso clínico y de investigación.

Respecto a la confiabilidad del ADNM-20, los autores coinciden que el instrumento cuenta con buena a excelente consistencia interna, reportada en mayor parte de los estudios (Glaesmer et al., 2015; Lorenz et al., 2018; Tang et al., 2020; Vancappel et al., 2021; Liang et al., 2021; Quero et al., 2024; Nakagawa et al., 2025). Resultado que no se relaciona con Lorenz et al. (2020), quienes reportaron una estabilidad temporal moderada ( $ICC = 0.74$ ) en el test-retest del ADNM-20, y señalan que algunos ítems presentaron menor consistencia a lo largo del tiempo. Los estudios coinciden en señalar que ambas versiones breves ADNM-8, ADNM-4 y el IADQ, también presentan una buena fiabilidad interna dentro de los parámetros de adecuados (Kazlauskas et al., 2018; Shevlin et al., 2020; Levin et al., 2022; Harris et al., 2023; Nasri et al., 2025).

## CAPÍTULO V.

### 5. CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones

La presente revisión sistemática permitió analizar los instrumentos de evaluación psicométrica del TA durante los últimos 10 años, se observó un interés creciente por mejorar la precisión diagnóstica de este trastorno. Los instrumentos más utilizados deben ser trabajados de manera complementaria a la entrevista clínica y al juicio profesional. Los hallazgos muestran que el ADNM y el IADQ concentran la mayor cantidad de evidencia científica, debido a que presentaron adecuados niveles de validez factorial, validez de constructo, consistencia interna, y su utilidad en diferentes contextos culturales y clínicos de investigación.

Es relevante para la evaluación psicométrica del TA, haber identificado instrumentos psicométricos que cuentan con una adaptación y validación transcultural en diferentes países e idiomas del mundo, siendo aplicados en diversas muestras de la población general y clínica. Esto con el desarrollo metodológico riguroso de los estudios, así la mayor parte de autores reportaron que los análisis estadísticos se ejecutaron con herramientas estandarizadas, como el Análisis Factorial Confirmatorio, los coeficientes de correlación de Pearson o Spearman, el Alfa de Cronbach y la Omega de McDonald. Esta muestra ser un avance en la medición de este trastorno, y los procedimientos de análisis de datos permiten garantizar la validez, fiabilidad, aplicabilidad y replicabilidad de los resultados, asegurando su pertinencia en diversos contextos socioculturales.

Las propiedades psicométricas de los instrumentos analizados evidencian un desempeño robusto y consistente. El ADNM-20 evidencia un ajuste adecuado con el modelo del único factor general o con el modelo bifactorial para representar los síntomas del TA. En relación con las versiones abreviadas, ADNM-8 y ADNM-4, así como para el IADQ es recomendable utilizar el modelo bifactorial para el apoyo diagnóstico y el modelo unidimensional cuando se las aplica en la investigación. Todos los instrumentos presentaron una sólida validez de constructo, al compararlo con instrumentos que miden otras variables psicológicas. En términos de confiabilidad, todas las escalas muestran valores altos de consistencia interna superiores a 0.80, reflejando una estabilidad interna adecuada y confiable en su aplicación dentro de contextos clínicos e investigativos.

## **5.2. Recomendaciones**

Es importante señalar que el contexto latinoamericano, se evidenció una brecha en la validación y estandarización de instrumentos para la evaluación psicométrica del TA. Por lo tanto, es fundamental promover la adaptación cultural y la validez en población latinoamericana, primordialmente en la población ecuatoriana, considerando las particularidades sociales, y contextuales del país. Futuras investigaciones deberían centrarse en analizar la validez, confiabilidad y otras propiedades psicométricas de herramientas como el ADNM y el IADQ que se están posicionando como instrumentos ideales para medir el TA, esto con el fin de fortalecer la práctica basada en evidencia, fortalecer la precisión diagnóstica y mejorar la comparabilidad con otros trastornos, tanto en la práctica clínica y entre diferentes estudios de investigación.

Es importante que futuras investigaciones aclaren o definan una estructura factorial estándar en la evaluación psicométrica del TA, puesto que hubo discrepancias entre los autores para determinar un modelo apropiado y con buen ajuste estadístico vinculado a representar la sintomatología presentada en el CIE-11. Esto con la finalidad de aportar al marco teórico y distinción clínica apropiada del trastorno que se fundamente con investigaciones controladas que puedan ser replicadas en contextos culturales diferentes, acercándose así a una consolidación general del mismo.

Finalmente, se recomienda fortalecer la formación académica de estudiantes y profesionales en el uso ético y comprensión de los componentes psicométricos de las pruebas psicológicas, debido a que estos tienen un gran potencial de brindar ayuda a la interpretación rigurosa de los resultados y a la aplicación responsable del ejercicio profesional. Es recomendable, una capacitación continua en evaluación psicológica con el fin de optimizar la toma de decisiones clínicas, mejorar la planificación de intervenciones terapéuticas y contribuir al desarrollo de estándares más sólidos para la evaluación del TA.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abad, F., Olea, J., Ponsoda, V., & García, C. (2011). *Medición en ciencias sociales y de la salud*. Editorial Síntesis.
- Abe, K., Daniunaite, I., Truskauskaitė-Kunevičienė, I., Sugimura, K., Zelviene, P., Hihara, S., Kamite, Y., & Kazlauskas, E. (2022). Cross-Cultural Comparison of ICD-11 Adjustment Disorder Prevalence and Its Risk Factors in Japanese and Lithuanian Adolescents. *Brain sciences*, 12(9), 1172. <https://doi.org/10.3390/brainsci12091172>
- Al-Gburi, M., Waleed, M. A., Shevlin, M., & Al-Gburi, G. (2025). Translation and Validation of the Arabic International Adjustment Disorder Questionnaire Among Patients with Physical Illness and Their Families in Iraq. *Chronic stress (Thousand Oaks, Calif.)*, 9. <https://doi.org/10.1177/24705470251332801>
- Alhussain, F. A., Onayq, A. I. Bin, Ismail, D. H., Alduayj, M. A., Alawbathani, T. A., & Aljaffer, M. A. (2023). Adjustment disorder among first year medical students at King Saud University, Riyadh, Saudi Arabia, in 2020. *Journal of Family and Community Medicine*, 30(1), 59–64. [https://doi.org/10.4103/jfcm.jfcm\\_227\\_22](https://doi.org/10.4103/jfcm.jfcm_227_22)
- American Psychiatric Association (APA). (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.; DSM-5-TR)* (APA Publishing).
- Arias, F. G. (2012). *El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica* (6.ª ed.). Episteme.
- Bachem, R., & Casey, P. (2018). Adjustment disorder: A diagnosis whose time has come. *Journal of Affective Disorders*, 227, 243–253. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.10.034>
- Bachem, R., Perkonig, A., Stein, D. J., & Maercker, A. (2017). Measuring the ICD-11 adjustment disorder concept: Validity and sensitivity to change of the Adjustment Disorder - New Module questionnaire in a clinical intervention study. *International journal of methods in psychiatric research*, 26(4), e1545. <https://doi.org/10.1002/mpr.1545>
- Ben-Ezra, M., Mahat-Shamir, M., Lorenz, L., Lavenda, O., & Maercker, A. (2018). Screening of adjustment disorder: Scale based on the ICD-11 and the Adjustment Disorder New Module. *Journal of Psychiatric Research*, 103, 91–96. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.05.011>
- Berndt A. E. (2020). Sampling Methods. *Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association*, 36(2), 224–226. <https://doi.org/10.1177/0890334420906850>
- Bernstein, D. A., Teachman, B. A., Olatunji, B. O., & De Los Reyes, A. (2024). Interviewing and observation in clinical psychology. In Introduction to clinical psycholog. In *Bridging science and practice* (pp. 78–108). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009379281.005>

- Berrío García, N., & Zedán-Salinas, K. P. (2023). Calidad psicométrica de un instrumento: breve revisión. *Poiésis*, (45), 95–110. <https://doi.org/10.21501/16920945.4522>
- Black, L. y Flynn, S. (2021). History and theoretical foundations of crisis and crisis counseling. In *Crisis, trauma, and disaster: a clinician's guide* (pp. 27-72). SAGE Publications, Inc., <https://doi.org/10.4135/9781483397498.n6>
- Borja, L. E. A. (2015). *Evaluación psicológica: Historia, fundamentos teórico-conceptuales y psicometría*. Editorial El Manual Moderno.
- Bunge, M. (2007). *La investigación científica: Su estrategia y su filosofía*. Siglo XXI Editores.
- Campo-Arias, A., & Oviedo, H. C. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Revista de Salud Pública*, 10(5), 831–839. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642008000500015>
- Caplan, G., 1964. *Principles of preventive psychiatry*. Basic books, New York.
- Casey P. (2009). Adjustment disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *CNS drugs*, 23(11), 927–938. <https://doi.org/10.2165/11311000-000000000-00000>
- Casey, P. (Ed.). (2018). *Adjustment disorder: From controversy to clinical practice*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198786214.001.0001>
- Cohen, R. J., Swerdlik, M. E., & Sturman, E. D. (2018). *Psychological testing and assessment: An introduction to tests and measurement (9th ed.)*. McGraw-Hill Education.
- Dascalu, M., & Svrakic, D. (2007). Adjustment Disorders. In *Encyclopedia of Stress* (pp. 24–27). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-012373947-6.00006-4>
- Eberle, D. J., & Maercker, A. (2022). Preoccupation as psychopathological process and symptom in adjustment disorder: A scoping review. *Clinical psychology & psychotherapy*, 29(2), 455–468. <https://doi.org/10.1002/cpp.2657>
- Edwards, A. A., Joyner, K. J., & Schatschneider, C. (2021). A Simulation Study on the Performance of Different Reliability Estimation Methods. *Educational and psychological measurement*, 81(6), 1089–1117. <https://doi.org/10.1177/0013164421994184>
- Einsle, F., Köllner, V., Dannemann, S., & Maercker, A. (2010). Development and validation of a self-report for the assessment of adjustment disorders. *Psychology, Health & Medicine*, 15(5), 584–595. <https://doi.org/10.1080/13548506.2010.487107>
- Errazuriz, A., Avello-Vega, D., Passi-Solar, A., Torres, R., Bacigalupo, F., Crossley, N. A., Undurraga, E. A., & Jones, P. B. (2025). Prevalence of anxiety disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Regional Health - Americas*, 45, 101057. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101057>
- Fegan, J., & Doherty, A. M. (2019). Adjustment Disorder and Suicidal Behaviours Presenting in the General Medical Setting: A Systematic Review. *International*

- Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(16), 2967.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph16162967>
- Fenn, J., Tan, C.-S., & George, S. (2020). Desarrollo, validación y traducción de pruebas psicológicas. *BJPsych Advances*, 26(5), 306–315.  
<https://doi.org/10.1192/bja.2020.33>
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos* (2.ª ed.). Ediciones Pirámide.
- Fung, H. W., Wong, M. Y. C., Ho, G. W. K., Shevlin, M., Chau, A. K. C., Lam, S. K. K., ... Huang, S. yan. (2025). Investigating ICD-11 adjustment disorder among college students in Taiwan using the Chinese version of the International Adjustment Disorder Questionnaire. *European Journal of Psychotraumatology*, 16(1).  
<https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2528306>
- Ganji, K. K., Ananthakrishnan, N., Manivasakan, S., Alruwaili, M. K., Alonazi, M. A., & Algarni, H. A. (2025). Analyzing the relationship between psychometric indices of item analysis with attainment of course learning outcomes: cross-sectional study in integrated outcome-based dental curriculum courses. *BMC medical education*, 25(1), 1366. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-07871-8>
- Glaesmer, H., Rompell, M., Brähler, E., Hinz, A., & Maercker, A. (2015). Adjustment disorder as proposed for ICD-11: Dimensionality and symptom differentiation. *Psychiatry Research*, 229(3), 940–948.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.010>
- Harris, B. E., Rice, K., Murray, C. V., & Thorsteinsson, E. B. (2023). Validation of the brief Adjustment Disorder New Modules with Australian oncology patients. *BioPsychoSocial medicine*, 17(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s13030-022-00259-w>
- Hernández-Sampieri, R. (2016). *Metodología de la investigación*. MCGRAW-HILL.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ta ed.). McGraw-Hill.
- Hietapakka, L., Elovainio, M., Wesolowska, K., Aalto, A. M., Kaihlanen, A. M., Sinervo, T., & Heponiemi, T. (2019). Testing the psychometric properties of the Finnish version of the cross-cultural competence instrument of healthcare professionals (CCCHP). *BMC health services research*, 19(1), 294.  
<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4105-2>
- Hogan, T. P. (2015). *Pruebas psicológicas: una introducción práctica*. El Manual Moderno.
- Horowitz, M.J., 1997. *Stress response syndromes: PTSD, grief, and adjustment disorders, ed 3*. Jason Aronson, Northvale.
- Indu, P. V., Vidhukumar, K., Chacko, D., Menon, V., Grover, S., & Gupta, S. (2025). Criterion validity, construct validity, and factor analysis: An introductory overview.

*Indian journal of psychiatry*, 67(9), 916–921.  
[https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry\\_911\\_25](https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry_911_25)

- Jannini, T. B., Rossi, R., Socci, V., Reda, F., Pacitti, F., & Di Lorenzo, G. (2023). Psychometric and factorial validity of the International Adjustment Disorder Questionnaire (IADQ) in an Italian sample: A validation and prevalence estimate study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(2), 436–445. <https://doi.org/10.1002/cpp.2813>
- Jönsson A (2020) Definitions of Formative Assessment Need to Make a Distinction Between a Psychometric Understanding of Assessment and “Evaluative Judgment”. *Front. Educ.* 5(2). <https://doi.org/10.3389/educ.2020.00002>
- Kazlauskas, E., Elklit, A., & Truskauskaite, I. (2022). A longitudinal course of ICD-11 adjustment disorder symptom profiles: A 12-month follow-up study. *Psychopathology*, 55(6), 373–381. <https://doi.org/10.1159/000525630>
- Kazlauskas, E., Gegieckaite, G., Eimontas, J., Zelviene, P., & Maercker, A. (2018). A Brief Measure of the International Classification of Diseases-11 Adjustment Disorder: Investigation of Psychometric Properties in an Adult Help-Seeking Sample. *Psychopathology*, 51(1), 10–15. <https://doi.org/10.1159/000484415>
- Kurre, A., & Bose, M. (2020). Crisis intervention in social work: A review of models and approaches. *International journal of early childhood special education*, 12 (2), 1015-1022. <https://doi.org/10.48047/intjecse/v12i2.201177>
- Laske, O. (2023). The individual moments of dialectic. *En Advanced Systems-Level Problem Solving*, Volume 3 (pp. 25–48). Springer Nature Switzerland.
- Lavenda, O., Mahat-Shamir, M., Lorenz, L., Hamama-Raz, Y., Greenblatt-Kimron, L., Pitcho-Prelorentzos, S., Ring, L., Bar-Shua, E., & Ben-Ezra, M. (2019). Revalidation of Adjustment Disorder-New Module-4 screening of adjustment disorder in a non-clinical sample: Psychometric reevaluation and correlates with other ICD-11 mental disorders. *PsyCh journal*, 8(3), 378–385. <https://doi.org/10.1002/pchj.286>
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998). *Guidelines for Critical Review Form—Quantitative Studies*. McMaster University.
- Levin, Y., Bachem, R., Goodwin, R., Hamama-Raz, Y., Leshem, E., & Ben-Ezra, M. (2022). Relationship between adjustment disorder symptoms and probable diagnosis before and after second lockdown in Israel: longitudinal symptom network analysis. *BJPsych Open*, 8(6), e186. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.588>
- Levin, Y., Bachem, R., Hyland, P., Karatzias, T., Shevlin, M., Ben-Ezra, M., & Maercker, A. (2022). Validation of the International Adjustment Disorder Questionnaire in Israel and Switzerland. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(4), 1321–1330. <https://doi.org/10.1002/cpp.2710>

- Levin, Y., Bachem, R., Karatzias, T., Shevlin, M., Maercker, A., & Ben-Ezra, M. (2021). The network structure of ICD-11 Adjustment Disorder: A cross-cultural comparison of three African countries. *British Journal of Psychiatry*, 219(4), 557-564. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.46>
- Levin, Y., Karatzias, T., Shevlin, M., Ben-Ezra, M., Maercker, A., & Bachem, R. (2022). The network structure of ICD-11 adjustment disorder: A comparison of clinical and nonclinical samples. *European Psychiatry*, 65(1), e43. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2303>
- Liang, L., Ben-Ezra, M., Chan, E. W. W., Liu, H., Lavenda, O., & Hou, W. K. (2021). Psychometric evaluation of the Adjustment Disorder New Module-20 (ADNM-20): A multi-study analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 81(102406), 102406. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102406>
- Lorenz, L., Ho, G. W. K., Chan, A. C. Y., Bressington, D. T., Chien, W. T., Shevlin, M., ... Karatzias, T. (2020). Translation and psychometric evaluation of the Chinese Adjustment Disorder – New Module 20. *International Journal of Mental Health*, 49(2), 170–185. <https://doi.org/10.1080/00207411.2019.1684687>
- Lorenz, L., Hyland, P., Maercker, A., & Ben-Ezra, M. (2018). An empirical assessment of adjustment disorder as proposed for ICD-11 in a general population sample of Israel. *Journal of Anxiety Disorders*, 54, 65–70. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.01.007>
- Lorenz, L., Hyland, P., Perkonig, A., & Maercker, A. (2018). Is adjustment disorder unidimensional or multidimensional? Implications for ICD-11. *International journal of methods in psychiatric research*, 27(1), e1591. <https://doi.org/10.1002/mpr.1591>
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2023). A simulation-based scaled test statistic for assessing model-data fit in least-squares unrestricted factor-analysis solutions. *Methodology: European journal of research methods for the behavioral & social sciences*, 19(2), 96–115. <https://doi.org/10.5964/meth.9839>
- Maercker, A., & Lorenz, L. (2018). Adjustment disorder diagnosis: Improving clinical utility. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 19(sup1), S3–S13. <https://doi.org/10.1080/15622975.2018.1449967>
- Maercker, A., Bachem, R., & Simmen-Janevska, K. (2015). Adjustment Disorders. En *The Encyclopedia of Clinical Psychology* (pp. 1–6). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp332>
- Malengret, C & Dall'Osto, C. (2023). Crisis. In N. Beel, C. Chinchén, T. Machin & C. du Plessis (Eds.), *Common Client Issues in Counselling: An Australian Perspective*. University of Southern Queensland. <https://usq.pressbooks.pub/counselling/chapter/crisis/>
- Meneses Barrera, N., De la Fuente Gálvez, S., Correa Santibañez, P., Rebolledo Aliaga, G., Espinoza Muñoz, A., & Cartagena Bobadilla, J. (2024). Análisis de tasa de egreso

- hospitalario por trastorno de adaptación en los años 2019 a 2022 en Chile. *Revista Confluencia*, 7. <https://doi.org/10.52611/confluencia.2024.1163>
- Miethe, S., Wigger, J., Wartemann, A., Fuchs, F. O., & Trautmann, S. (2023). Posttraumatic stress symptoms and its association with rumination, thought suppression and experiential avoidance: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 45(2), 480–495. <https://doi.org/10.1007/s10862-023-10022-2>
- Moini, J., LoGalbo, A., & Ahangari, R. (2024). Acute and chronic stress. In *Foundations of the Mind, Brain, and Behavioral Relationships* (pp. 269–281). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-95975-9.00020-2>
- Morgan, M. A., Kelber, M. S., Bellanti, D. M., Beech, E. H., Boyd, C., Galloway, L., Ojha, S., Garvey Wilson, A. L., Otto, J., & Belsher, B. E. (2022). Outcomes and prognosis of adjustment disorder in adults: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 156, 498–510. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.10.052>
- Muñiz, J., & Fonseca-Pedrero, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema*, 31(1), 7–16. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.291>
- Muñiz, J., & Fonseca-Pedrero, E. (2019). *Ten steps for test development*. *Psicothema*, 31(1), 7–16. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.291>
- Muñiz, J., & Fonseca-Pedrero, E. (2019). Ten steps for test development. *Psicothema*, 31(1), 7–16. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.291>
- Nakagawa, A., Mitsuda, D., Umegaki, Y., Bachem, R., Nogami, W., Higuchi, R., Ito, A., & Kocha, H. (2025). Development and cross-cultural validation of the Japanese version of the Adjustment Disorder-New Module-20. *Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports*, 4(2). <https://doi.org/10.1002/pcn5.70104>
- Nasri E, Yousefi S, Ashouri A. Investigating the Psychometric Properties of the Persian Version of the International Adjustment Disorder Questionnaire Among University Students in Tehran City, Iran. *IJPCP* 2025; 31 (1). <https://doi.org/10.32598/ijpcp.31.4996.2>
- Naz, I., Bano, . Z. & Anjum, . R. (2022) Construct and criterion validity of adjustment scale for adults using the correlation and Receiver-Operating Characteristics Analysis. *Rawal Medical Journal*, 47 (1), 89-92.
- O'Donnell, M. L., Agathos, J. A., Metcalf, O., Gibson, K., & Lau, W. (2019). Adjustment Disorder: Current Developments and Future Directions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(14), 2537. <https://doi.org/10.3390/ijerph16142537>
- O'Donnell, M. L., Metcalf, O., Watson, L., Phelps, A., & Varker, T. (2018). A Systematic Review of Psychological and Pharmacological Treatments for Adjustment Disorder in Adults. *Journal of Traumatic Stress*, 31(3), 321–331. <https://doi.org/10.1002/jts.22295>

- Ocaña-Fernández, Y., & Fuster-Guillén, D. (2021). The bibliographical review as a research methodology. *Revista Tempos e Espaços Em Educação*, 14(33), e15614. <https://doi.org/10.20952/revtee.v14i33.15614>
- Osmancevic, S., Schoberer, D., Lohrmann, C., & Großschädl, F. (2021). Psychometric properties of instruments used to measure the cultural competence of nurses: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 113, 103789. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103789>
- Pacheco-Vásquez, D. R., & Guerrero-Alcedo, J. M. (2022). Prevalencia de trastornos mentales en población peruana con COVID-19 atendida en el programa “Te Cuido Perú”. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.5834712>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista española de cardiología*, 74(9), 790–799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Pereyra Quiñones, J. L., Grajeda Montalvo, A. T., Cuya Chamilco, P. V., & Estrada Alomía, E. R. (2021). Glosario de instrumentos psicológicos: Definición de 14 instrumentos más utilizados en psicología. *PsiqueMag*, 11(1), 28-41. <https://doi.org/10.18050/psiquemag.v11i1.2637>
- Prieto, G., & Delgado, A. R. (2010). Fiabilidad y validez. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 67–74. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1794.pdf>
- Prinsen, C. A. C., Mokkink, L. B., Bouter, L. M., Alonso, J., Patrick, D. L., de Vet, H. C. W., & Terwee, C. B. (2018). COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 27(5), 1147–1157. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1798-3>
- Quero, S., Fernández-Buendía, S., Privado, J., Grimaldos, J., & Cuijpers, P. (2024). Validation of the Spanish version of the Adjustment Disorder New Module-20 (ADNM-20) in a non-clinical sample. *BMC Psychology*, 12(1), 771. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02298-0>
- Reyes-Torres, F. G., Cárdenas-López, G., & Quero-Castellano, S. (2025). Propiedades psicométricas de una escala para medir el trastorno adaptativo en población mexicana. *Psicología y Salud*, 35(2), 335–345. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i2.2994>
- Román-López, P., Rodríguez-Arrastia, M. J., & Ropero-Padilla, C. R. (2021). *Metodología de la investigación: de lector a divulgador*. Editorial Universidad Almería.
- Santos, G. M., Strathdee, S. A., El-Bassel, N., Patel, P., Subramanian, D., Horyniak, D., Cook, R. R., McCullagh, C., Marotta, P., Choksi, F., Kang, B., Allen, I., &

- Shoptaw, S. (2020). Psychometric properties of measures of substance use: a systematic review and meta-analysis of reliability, validity and diagnostic test accuracy. *BMC medical research methodology*, 20(1), 106. <https://doi.org/10.1186/s12874-020-00963-7>
- Scarce, J., & Wilson, C. (2022). Art therapy for trauma recovery and response. In *Foundations of Art Therapy* (pp. 413–447). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-824308-4.00002-8>
- Selye, H., 1956. *The stress of life*. McGraw-Hill, New York, NY.
- Shevlin, M., Hyland, P., Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Cloitre, M., Vallières, F., Bachem, R., & Maercker, A. (2020). Measuring ICD-11 adjustment disorder: the development and initial validation of the International Adjustment Disorder Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(3), 265–274. <https://doi.org/10.1111/acps.13126>
- Souza, A. C., Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. B. (2017). Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil*, 26(3), 649–659. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>
- Souza, A. C., Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. B. (2017). Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(3), 649–659. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>
- Streiner, D. L. (2003). Starting at the beginning: An introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 99–103. [https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8001\\_18](https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8001_18)
- Tabari-Khomeiran, R., & Barrett, D. (2025). What is construct validity?. *Evidence-based nursing*, 28(1), 38–40. <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2024-104207>
- Tang, H., Xiong, H., Deng, L., Maercker, A., Zhang, J., & Meng, H. (2020). Psychometric properties of the Chinese version of adjustment disorder new module-20 in breast cancer patients. *BMC Psychology*, 8(1), 128. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00494-2>
- Trizano-Hermosilla, I., & Alvarado, J. M. (2016). Best Alternatives to Cronbach's Alpha Reliability in Realistic Conditions: Congeneric and Asymmetrical Measurements. *Frontiers in psychology*, 7, 769. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00769>
- Valarezo-Bravo, O. F., Elizalde-Socola, J. G., & Jiménez, M. (2023). Principales trastornos de ansiedad en dos ciudades de Ecuador. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 23(2), 66–78. <https://doi.org/10.21134/haaj.v23i2.801>
- Vancappel, A., Eberle, D. J., Chkili, R., Kerbage, H., Shevlin, M., Maercker, A., El-Hage, W., & Bachem, R. (2025). French validation of the International Adjustment Disorder Questionnaire (IADQ) and exploration of its relationship with

- transdiagnostic skills. *Psychological Test Adaptation and Development*, 6, 21–28. <https://doi.org/10.1027/2698-1866/a000094>
- Vancappel, A., Jansen, E., Bachem, R., Bray, A., Egreteau, L., Réveillère, C., Maercker, A., & El-Hage, W. (2021). Validation of the French ADN-M-20 in the assessment of emotional difficulties resulting from COVID-19 quarantine and outbreak. *BMC psychology*, 9(1), 180. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00683-7>
- Vang, M. L., Andersen, L. P. S., Biering, K., Hyland, P., Shevlin, M., Linnet, J., & Pihl-Thingvad, J. (2024). ICD-11 adjustment disorder: Translation and validation of the Danish international adjustment disorder questionnaire among a working population of social educators. *Journal of Psychiatric Research*, 179, 388–395. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.09.035>
- Viladrich, C., Angulo-Brunet, A., & Doval, E. (2017). A journey around alpha and omega to estimate internal consistency reliability. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 33(3), 755–782. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.3.268401>
- World Health Organization (WHO). (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)* (<https://icd.who.int/>, Ed.).
- Zapata-Ospina, J. P., Rodríguez, N., Rodríguez, A. M., García-Valencia, J., Jiménez-Benítez, M., Martínez-Ramos, N., Restrepo Bernal, D., Gallego, A. L., Gómez, C., Tabares, L. F., Cardeño-Castro, C., & Aguirre-Acevedo, D. C. (2025). Development and validation of the “Adjustment Disorder Scale for Medically Ill Patients - ETAM”. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1482888. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1482888>
- Zelviene, P., & Kazlauskas, E. (2018). Adjustment disorder: current perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Volume 14, 375–381. <https://doi.org/10.2147/NDT.S121072>

## ANEXOS

### Anexo 1. Base de datos Scopus

The screenshot shows the Scopus search interface. At the top, there is a search bar with the query: ("adjustment disorder" OR "adjustment disorders") AND ("inventory" OR "ins"). The search results show 194 documents found. The first result is an article titled "Exploring the utility of transdiagnostic internet-delivered cognitive behavioral therapy for symptoms of adjustment disorder: A longitudinal observational study in a routine online care setting in Western Canada" by Sapkota, R.P., Peynenburg, V., Dear, B.F., Titov, N., and Hadjistavropoulos, H.D., published in Ssm Mental Health, 8, 2025, 100561.

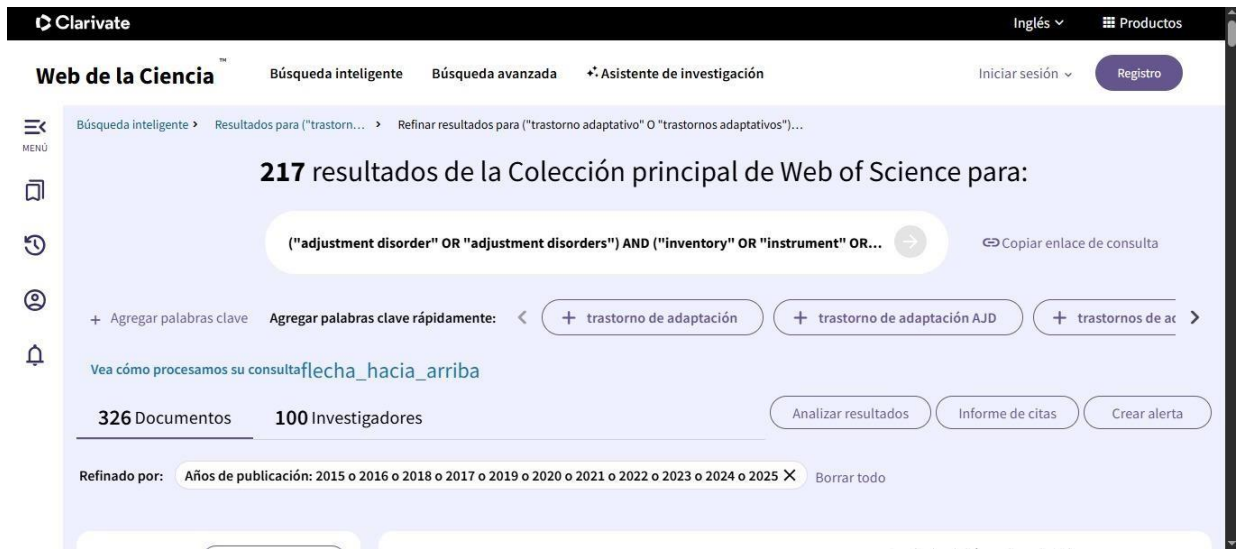
Document title	Authors	Source	Year	Citations
1 Exploring the utility of transdiagnostic internet-delivered cognitive behavioral therapy for symptoms of adjustment disorder: A longitudinal observational study in a routine online care setting in Western Canada	Sapkota, R.P., Peynenburg, V., Dear, B.F., Titov, N., Hadjistavropoulos, H.D.	Ssm Mental Health, 8, 100561	2025	1

### Anexo 2. Base de datos PubMed

The screenshot shows the PubMed search interface. At the top, there is a search bar with the query: ("adjustment disorder" OR "adjustment disorders") AND ("inventory" OR "ins"). The search results show 73 resultados. The first result is an article titled "[Trastornos mentales en el blefaroespasmio]" by Tolmacheva VA, Parfenov VA, Ostroumova TM, Saloukhina NI, Nodel MR, Romanov DV, published in Zh Nevrol Psikhiatr Im SS Korsakova, 2023;123(12):76-82. doi: 10.17116/jnevro202312312176. PMID: 38147386. The article is in Russian. The abstract mentions a study on patients before and after cognitive behavioral therapy (after 3 weeks) using a structured diagnostic interview: the Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, el GAD-7, el PHQ-9, el miedo a la evaluación negativa (versión corta) and la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS). RESULTADOS: Cincuenta y...

Ordenar por:	Mejor partido	Opciones de visualización
1	[Trastornos mentales en el blefaroespasmio]. Tolmacheva VA, Parfenov VA, Ostroumova TM, Saloukhina NI, Nodel MR, Romanov DV. Zh Nevrol Psikhiatr Im SS Korsakova. 2023;123(12):76-82. doi: 10.17116/jnevro202312312176. PMID: 38147386 Ruso.	

### Anexo 3. Base de datos Web of Science



### Anexo 4. Matriz de Datos de Artículos Científicos

#	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	bibtex_k	title	author	year	volume	doi				
2	1	Adjustment disorder as proposed for ICD-11: Dimensionality and symptom d	Glaesman	2015	229	<a href="https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.010">https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.010</a>				
3	2	Measuring the ICD-11 adjustment disorder concept: Validity and sensitivity to	Bachem	2017	26	<a href="https://doi.org/10.1002/mpr.1545">https://doi.org/10.1002/mpr.1545</a>				
4	3	A Brief Measure of the International Classification of Diseases-11 Adjustment	Kazlaus	2018	51	<a href="https://doi.org/10.1159/000484415">https://doi.org/10.1159/000484415</a>				
5	4	An empirical assessment of adjustment disorder as proposed for ICD-11 in	Lorenz	2018	54	<a href="https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.01.007">https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.01.007</a>				
6	5	Screening of adjustment disorder: Scale based on the ICD-11 and the Adjust	Ben-Ezra	2018	103	<a href="https://doi.org/10.1016/j.psychires.2018.05.011">https://doi.org/10.1016/j.psychires.2018.05.011</a>				
7	6	Is adjustment disorder unidimensional or multidimensional? Implications for	Lorenz	2018	27	<a href="https://doi.org/10.1002/mpr.1591">https://doi.org/10.1002/mpr.1591</a>				
8	7	Revalidation of Adjustment Disorder-New Module-4 screening of adjustment	Lavenda	2019	8	<a href="https://doi.org/10.1002/pchj.283">https://doi.org/10.1002/pchj.283</a>				
9	8	Exploring the assessment of Adjustment Disorders: Differences between a g	Quero	2019	51	<a href="https://doi.org/10.7334/psicothema2019.159">https://doi.org/10.7334/psicothema2019.159</a>				
10	9	Cultural Adaptation and Validation of the Ostrom Adjustment Inventory-23 for	Santos	2020	66	<a href="https://doi.org/10.25707/wmp.2020.9.3240">https://doi.org/10.25707/wmp.2020.9.3240</a>				
11	10	Measuring ICD-11 adjustment disorder: the development and initial validator	Shevlin	2020	141	<a href="https://doi.org/10.1111/acps.13126">https://doi.org/10.1111/acps.13126</a>				
12	11	Psychometric properties of the Chinese version of adjustment disorder new r	Tang H	2020	8	<a href="https://doi.org/10.1186/s40359-020-00494-2">https://doi.org/10.1186/s40359-020-00494-2</a>				
13	12	Translation and psychometric evaluation of the Chinese Adjustment Disorder	Lorenz	2020	49	<a href="https://doi.org/10.1080/00207141.2019.1684687">https://doi.org/10.1080/00207141.2019.1684687</a>				
14	13	Reliability and Validity of a German Standardized Diagnostic Interview	Perkonig	2021	34	<a href="https://doi.org/10.1002/its.22597">https://doi.org/10.1002/its.22597</a>				
15	14	Validation of the French ADNM-20 in the assessment of emotional difficulties	Vancapp	2021	9	<a href="https://doi.org/10.1186/s40359-021-00683-7">https://doi.org/10.1186/s40359-021-00683-7</a>				
16	15	Psychometric evaluation of the Adjustment Disorder New Module-20 (ADNM-2)	Liang L	2021	81	<a href="https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102406">https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102406</a>				
17	16	Validation of the International Adjustment Disorder Questionnaire in Israel an	Levin Y	2022	29	<a href="https://doi.org/10.1002/pspp.2710">https://doi.org/10.1002/pspp.2710</a>				
18	17	Construct and criterion validity of adjustment scale for adults using the corre	Naz, I. a	2022	47					
19	18	Validation of the brief Adjustment Disorder New Modules with Australian onco	Harris B	2023	17	<a href="https://doi.org/10.1186/s13030-022-00259-w">https://doi.org/10.1186/s13030-022-00259-w</a>				
20	19	ICD-11 adjustment disorder: Translation and validation of the Danish interna	Vang ML	2024	179	<a href="https://doi.org/10.1016/j.psychires.2024.09.035">https://doi.org/10.1016/j.psychires.2024.09.035</a>				
21	20	Validation of the Spanish version of the Adjustment Disorder New Module-20	Quero S	2024	12	<a href="https://doi.org/10.1186/s40359-024-02298-0">https://doi.org/10.1186/s40359-024-02298-0</a>				
22	21	Diagnosing adjustment disorder in patients with cancer: Evaluation of the ad	Wijnhoven	2024	6	<a href="https://doi.org/10.1097/CRS.000000000000127">https://doi.org/10.1097/CRS.000000000000127</a>				
23	22	Investigating ICD-11 adjustment disorder among college students in Taiwan	Fung H	2025	16	<a href="https://doi.org/10.1080/0008066.2025.2528306">https://doi.org/10.1080/0008066.2025.2528306</a>				
24	23	Translation and Validation of the Arabic International Adjustment Disorder	Qu Al-Gbun	2025	9	<a href="https://doi.org/10.1177/24705470251332801">https://doi.org/10.1177/24705470251332801</a>				
25	24	Development and cross-cultural validation of the Japanese version of the Adj	Nakaga	2025	4	<a href="https://doi.org/10.1002/pspp.27104">https://doi.org/10.1002/pspp.27104</a>				
26	25	Development and validation of the Adjustment Disorder Scale for Medically Ill	Zapata	2025	16	<a href="https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1482988">https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1482988</a>				
27	26	Investigating the Psychometric Properties of the Persian Version of the Intern	Nasri, E	2025	31	<a href="https://doi.org/10.32596/ijppsc.31.4966.2">https://doi.org/10.32596/ijppsc.31.4966.2</a>				
28										
29										
30										

## Anexo 5. Pruebas psicológicas más utilizadas para la evaluación TA y sus propiedades psicométricas

Estandarización	Título/Autores/Año	Validez	Confiability	Resultados	
ADNM-20	<p>Escala de 20 ítems que se divide en dos partes con 2 factores principales (preocupaciones y falta de adaptación) y 4 asociados (ansiedad, depresión, evitación, impulsividad).</p> <p>Autoadministrado para población adulta, con aplicación online o presencial.</p> <p>Validado en Alemania, Suiza, Israel, China, Francia, España y Japón.</p>	<p>Adjustment disorder as proposed for ICD-11: Dimensionality and symptom differentiation (Glaesmer et al., 2015).</p> <p>An empirical assessment of adjustment disorder as proposed for ICD-11 in a general population sample of Israel (Lorenz et al., 2018).</p> <p>Is adjustment disorder unidimensional or multidimensional? Implications for ICD-11 (Lorenz et al., 2018).</p>	<p>-Validez factorial: modelo único con cargas factoriales altas (de 0.76 a 0.95)</p> <p>-Validez factorial: modelo de un solo factor y cargas factoriales altas (0.47 y 0.87)</p> <p>-Validez convergente: <math>r = 0.97</math> correlación entre los dos factores (preocupaciones y falta de adaptación).</p> <p>Validez factorial: modelo de un solo factor con cargas factoriales moderadas a altas (de 0.326 y 0.815).</p> <p>Validez concurrente: correlación con 5 factores preocupación, dificultad para adaptarse, evitación, reacción afectiva e impulsividad (<math>r=-0.703</math> a <math>r=0.642</math>), BSI-18 (<math>r=0.647</math>) y SFQ (<math>r=0.635</math>).</p>	<p><math>\alpha = 0.81</math> a <math>0.91</math> en las subescalas del ADNM-20</p> <p><math>\alpha = 0,94</math> para ADNM-20</p> <p><math>\alpha = 0.93</math> para ADNM-20</p>	<p>El modelo básico de seis factores muestra un ajuste de moderado a bueno (CFI=0.97, TLI=0.96, RMSEA=0.07). Sin embargo, debido a que los factores tienen muy altas correlaciones, los autores recomiendan que el modelo de factor único conformado por las preocupaciones, falta de adaptación, ansiedad, depresión, evitación, impulsividad; midan al TA como un constructo general y no se separe síntomas principales y síntomas asociados.</p> <p>La estructura de los síntomas del TA se explica mejor mediante un modelo unidimensional (CFI=0.945, TLI= 0.938, RMSEA=0.108), debido a que los modelos con múltiples factores presentaron dificultades cuando intentaron separar los síntomas principales y los síntomas asociados. Estos hallazgos sugieren que incluir síntomas asociados no aporta valor y puede complicar innecesariamente la evaluación del TA, y sería preferible medirlo como una estructura simple basada en un solo factor.</p> <p>Obtuvieron como resultado un modelo bifactorial adecuado (CFI=0.981, TLI= 0.974, RMSEA=0.058) al combinar los ítems de los factores ansiedad y depresión para incluirlo en un solo factor denominado reacción afectiva. Este hallazgo sugiere que el ADMN-20 se puede simplificar de seis factores a cinco, mismos que estos se correlacionaron con otros constructos que miden el estrés según la validez concurrente y discriminante.</p>

Validez discriminante: OcSe  
( $r=-0.391$ ) y SOC-R ( $r=-0.204$ )

Psychometric properties of the Chinese version of Adjustment Disorder New Module-20 in breast cancer patients (Tang et al., 2020).	<p>Validez factorial: modelo de seis factores con cargas factoriales altas (de 0.49 y 0.94)</p> <p>Validez convergente: la escala total y las seis subescalas (<math>r=0.57</math> a <math>r=0.89</math>)</p>	$\alpha = 0,93$ para el ADNM-20	La validez factorial confirmó que los factores de los síntomas centrales del ADNM-20 y tres factores de síntomas asociados (ansiedad, evitación e impulsividad) tienen un buen ajuste (CFI = 0.85, TLI = 0.80, RMSEA= 0.093), con la novedad que ítem 5 de la escala de depresión fue eliminado debido a que obtuvo una puntuación menor a 0.45. El resultado ha demostrado que el ADNM-20 fue más consistente y fiable evaluar los síntomas centrales del TA más que los síntomas asociados.
Translation and psychometric evaluation of the Chinese Adjustment Disorder-New Module-20 (Lorenz et al., 2020).	<p>Validez factorial: modelo de un solo factor (unidimensional con cargas factoriales positivas y estadísticamente significativas)</p> <p>Validez convergente: Los factores preocupación y falta de adaptación se correlacionó en <math>r = 0,92</math>.</p> <p>Validez discriminante: correlación moderadamente con depresión (<math>r = 0.54</math>) y ansiedad (<math>r = 0.68</math>)</p>	CR = 0.96 para el modelo de un factor ICC= 0.74 fiabilidad test-retest	La validez factorial respalda que los 19 síntomas del TA pueden representarse en el modelo de un solo factor (CFI = 0.964, TLI = 0.959, RMSEA = 0.077), además que la fiabilidad de esta versión china mediante el test-retest no fue aceptable, especialmente el ítem 2 y 20. Sugiriendo que el ADNM-20 es útil para evaluar el TA, pero algunos ítems requieren revisión o mejor adaptación cultural para mediciones consistentes y precisas en la población china.
Validation of the French ADNM-20 in the assessment of emotional difficulties resulting from COVID-19 quarantine and outbreak (Vancappel et al., 2021).	<p>Validez factorial: modelo de 6 factores y 1 factor general con ajuste en los ítems 9 y 12</p> <p>Validez concurrente: ansiedad-HAD (<math>r=0,744</math>), depresión-HAD (<math>r=0,646</math>) y IES-6 (<math>r=0,723</math>).</p>	$\omega = 0,918$ para toda la escala ADNM-20	Al analizar 7 modelos unidimensionales y multidimensionales, se presentó al modelo de seis factores y un factor general como el mejor ajustado estadísticamente a los datos (CFI=0,966, TLI=0,950, RMSEA=0,049), esto con una buena consistencia interna para toda la estructura del TA. Esto señala que el ADNM-20 refleja tanto la estructura general de los

	Validez discriminante: correlación positivamente con diferentes estragáis de afronta (preocupaciones y falta de adaptación) miento ( $r=-0,448$ a $r=0,444$ )		síntomas del TA y síntomas asociados que se relacionaron con los estilos de afrontamiento en el impacto emocional y conductual de este trastorno.
Psychometric evaluation of the Adjustment Disorder New Module-20 (ADNM-20): A multi-study analysis (Liang et al., 2021).	Validez factorial: modelo bifactorial con cargas factoriales entre 0.597 y 0.845.  Validez concurrente: PCL-C total ( $r = 0,711-0,830$ ) y SOLI total ( $r = 0,384-0,509$ ).  Validez discriminante: CSI presencia de claves ( $r = -0,142$ a $-0,071$ ), CSI ausencia de claves y FREE ( $r = -0,092$ a $-0,042$ ).	$\alpha = 0,97$ para ADNM-20 $\alpha = 0,88$ para ADNM-4	La validez factorial confirmó que el modelo bifactorial con un solo constructo general mostró el mejor ajuste (ADNM-20, CFI=0.957, TLI=0.946, RMSEA=0 .070; y ADNM-4, CFI=0.999, TLI=0.998, RMSEA=0 .028), considerando que los factores depresión y ansiedad se combinaron en un factor. Esto evidenció que al estudiar los instrumentos ADNM-20 y ADNM-4 pueden entenderse como un constructo unidimensional, que logra diferenciar adecuadamente los síntomas del TA manera consiste, además que los puntajes se asociaron a instrumentos relacionados al estrés y no con los que midieron regulación emocional.
Validation of the Spanish version of the Adjustment Disorder New Module-20 (ADNM-20) in a non-clinical sample (Quero et al., 2024).	Validez factorial: modelo jerárquico con cargas altas (0.58 a 1.00)  Validez convergente: se relacionó positivamente con la depresión ( $r=0,71$ ), la ansiedad ( $r=0,65$ ) y el afrontamiento de evitación ( $r=0,48$ ) y negativamente con el afrontamiento cognitivo ( $r = -0,40$ )  Validez discriminante: TA mostró casi ninguna relación con el afrontamiento de apoyo social ( $\beta = -$	$\alpha = 0.942$ y $\omega = 0.971$ del ADNM-20	La validez factorial permitió informar que el modelo de un factor de segundo orden conformado por seis factores (CFI=0.988, NFI=0.985, SRMR=0,054) es la estructura que reportó mejores resultados de ajuste, esto en comparación con el modelo de un factor general o el modelo bifactorial. Lo que señala al ADNM-20 como un instrumento con confiabilidad adecuada para medir los síntomas del TA de manera jerárquica y que se correlaciona con constructos los de los estilos de afrontamiento.

0,20) y el afrontamiento espiritual ( $\beta=0,10$ ).

	Development and cross-cultural validation of the Japanese version of the Adjustment Disorder-New Module-20 (Nakagawa et al., 2025).	Validez factorial: el modelo de seis factores Validez convergente: PHQ-9 ( $r = 0,71$ ) y el GAD-7 ( $r = 0,72$ ) Validez discriminante: WHO-5 ( $r = 0,47$ )	$\alpha = 0,953$ para ADNM-20	La validez factorial, apoyó la estructura de seis factores (CFI=0.923, TLI=0.906, RMSEA=0,0786) del ADNM-20, evalúa adecuadamente los distintos grupos de síntomas del TA según la CIE-11 con factores altamente relacionados entre sí y con una excelente consistencia interna. Los hallazgos son consistentes con la conceptualización original del instrumento, los seis factores pueden distinguirse vinculándose a constructos relacionados al TA y se diferencia de otros fenómenos psicológicos que reflejan recursos adaptativos.	
<b>ADNM-8 y ADNM-4</b>	Escala breve de 8 ítems y ultra breve de 4 ítems, conformados por 2 factores principales (preocupaciones y falta de adaptación).  Tipo de aplicación autoadministrado para población general y usado en contextos clínicos como cribado rápido (Israel, Suiza, Australia, España y China)	A Brief Measure of the International Classification of Diseases-11 Adjustment Disorder: Investigation of Psychometric Properties in an Adult Help-Seeking Sample (Kazlauskas et al., 2018).  Screening of adjustment disorder: Scale based on the ICD-11 and the Adjustment Disorder New Module (Ben-Ezra et al., 2018).	Validez factorial: el modelo de dos factores con cargas adecuadas (entre 0,56 y 0,81)  Validez discriminante: WHO-5 ( $r=0,45$ )  Validez factorial: modelo de dos factores Validez convergente: PTSD ( $r=0,362$ a $r=0,387$ ), CPTSD ( $r = 0,218$ a $r=0,233$ ), duelo prolongado ( $r = 0,123$ a $r=0,127$ ).	$\alpha = 0,85$ para el ADNM-8  $\alpha = 0,91$ para ADNM-8 $\alpha=0,81$ ADNM-4	La validez factorial indicó que el modelo de dos factores se ajustaba mejor (CFI = 0.985 y RMSEA = 0.048), tras revisar los índices de modificación y añadir la correlación entre los errores de dos ítems. Estos resultados respaldan la estructura del ADNM-8 como rápido y práctico para la detección inicial de síntomas relacionados al TA según el CIE-11, y con una validación apropiada que lo diferencian de otros constructos psicológicos.  La validez factorial del ADNM-8 (CFI = 0.936, TLI = 0.909 y RMSEA = 0.112) y del ADNM-4 (CFI = 1.000, TLI = 1.000 y RMSEA = 0.000), mostró propiedades psicométricas similares con la versión completa ADNM-20. Esto evidencia que los instrumentos distinguen claramente los síntomas centrales para identificar posibles casos de TA, distinguiendo bien los síntomas frente a otros

Validez discriminante: WHO-5 ( $r = -0,293$  a  $r = -0,313$ ).

constructos, y demostrando la validez diagnóstica de estas versiones cortas.

<p>Revalidation of Adjustment Disorder-New Module-4 screening of adjustment disorder in a non-clinical sample: Psychometric reevaluation and correlates with other ICD-11 mental disorders (Lavenda et al., 2019).</p>	<p>Validez factorial: modelo de un solo factor con cargas factoriales entre 0.749 y 0.828</p> <p>Validez convergente: duelo complicado (<math>r = 0,163</math>), ansiedad (<math>r = 0,489</math>), depresión (<math>r = 0,515</math>), hipocondría (<math>r = 0,314</math>) y criterios de AjD según la CIE-11 (<math>r = 0,918</math>; <math>p &lt; 0,001</math>)</p>	<p><math>\alpha = 0,95</math> Para el ADNM.4</p>	<p>El ADNM-4 obtuvo un adecuado en sus propiedades psicométricas (CFI = 0.984, TLI = 0.952 y SRMR = 0.0246) que demuestran su eficacia para identificar los síntomas centrales del TA. Estos hallazgos confirman la validez diagnóstica de la versión ultracorta, subrayando que el TA es conceptualmente distinto de otros trastornos y que esta versión breve facilita un cribado rápido y preciso del trastorno.</p>
<p>Validation of the brief Adjustment Disorder New Modules with Australian oncology patients (Harris et al., 2023).</p>	<p>Validez factorial: modelo de dos factores con cargas factoriales entre 0.57 y 0.79</p> <p>Validez convergente: DASS-21 total (<math>r = 0.56</math> a <math>r = 0.57</math>)</p> <p>Validez discriminante: WHO-5 (<math>r = -0.52</math> a <math>r = -0.49</math>)</p>	<p><math>\alpha = 0,90</math> para ADNM-8</p> <p><math>\alpha = 0,81</math> para ADNM-4</p>	<p>Las versiones en inglés del ADNM-8 y ADNM-4 (CFI = 0.971; TLI = 0.955; RMSEA = 0.084; CFI = 1.000; TLI = 1.006; RMSEA = 0.000, respectivamente) reflejan adecuadamente la estructura de síntomas del trastorno de adaptación según la CIE-11 en pacientes oncológicos adultos. En conjunto, estos instrumentos son útiles para identificar el TA, permitiendo intervenciones tempranas que mejoren la calidad de vida y prevengan complicaciones psicológicas más graves por sus resultados en la validez convergente y discriminante.</p>
<p><b>IADQ</b> Escala de 6 ítems que evalúa los síntomas centrales del trastorno de adaptación según la CIE-11, organizados en 2 factores principales:</p>	<p>Measuring ICD-11 adjustment disorder: The development and initial validation of the International Adjustment Disorder Questionnaire (Shevlin et al., 2020).</p>	<p>Validez factorial: modelo de dos factores con cargas factoriales entre 0.82 y 0.91</p> <p>Validez concurrente: PHQ-9 (<math>r = 0,689</math>), ansiedad generalizada GAD-7</p> <p><math>\alpha = 0,94</math> en IADQ</p> <p><math>\alpha = 0,88</math> en preocupación</p> <p><math>\alpha = 0,92</math> en inadaptación</p>	<p>La validez factorial destaca que el modelo de dos factores (CFI = 0.998, TLI = 0.997 y RMSEA = 0.025) reconoce factores distintos pero correlacionados, proponen un ajuste estadísticamente superior al modelo de un factor. Además, con la excelente fiabilidad interna de las puntuaciones, el IADQ respalda que el instrumento es consistente en</p>

preocupaciones y dificultad para adaptarse.		(r = 0,721), TEPT (r = 0,610) y DSO (r = 0,634)		relación con instrumentos asociados permite identificar de manera confiable los síntomas centrales del TA y su gravedad.
Incluye 13 ítems adicionales para medir la presencia de un estresor identificable y el impacto funcional asociado.	Validation of the International Adjustment Disorder Questionnaire in Israel and Switzerland (Levin et al., 2022).	Validez factorial: modelo de dos factores con cargas factoriales entre 0.82 y 0.94 en Israel and Switzerland (Levin et al., 2022). Validez concurrente: correlación entre factores del IADQ (r = 0.96). Israel – ADNM-4 (r = 0,72), depresión PHQ-2 (r = 0,59), ansiedad general GAD-7 (r = 0,70), TEPT (r = 0,48), DSO (r = 0,45). Suiza – ADNM-8: TA (r = 0,82), reacción aguda al estrés ASD (r = 0,79), emociones negativas PANAS (r = 0,73), emociones positivas PANAS (r = -0,35).	α = 0,92 para Israel α = 0,92 para Suiza	Los resultados de este estudio muestran que la estructura de dos factores del IADQ (Suiza, CFI = 0.998, TLI = 0.974 y RMSEA = 0.098; y Israel (CFI = 0.974, TLI = 0.974 y RMSEA = 0.03) que están fuertemente interrelacionados, lo que respalda la percepción del TA como un constructo potencialmente unidimensional en contextos de investigación, pero según el ICD-11 para apoyar diagnósticos esta distinción sigue siendo relevante. La escala presentó una excelente consistencia interna y evalúa de manera fiable los síntomas centrales del TA, afirmación también fundamentada por las correlaciones con otros indicadores de malestar psicológico.
Autoadministrado, dirigido a población general y clínica, con aplicación online o presencial.				
Validado en múltiples contextos (Israel, Suiza, Italia, Dinamarca, Taiwán, Irak e Irán)	Psychometric and factorial validity of the International Adjustment Disorder Questionnaire (IADQ) in an Italian sample: A validation and prevalence estimate study (Jannini et al., 2023).	Validez factorial: modelo de dos factores Validez convergente: correlación entre los factores (r = 0.844). se correlacionó positivamente con depresión (PHQ-9, r = 0.616), ansiedad generalizada (GAD-7, r = 0.665) y síntomas de trauma global (GPS, r = 0.624). Validez divergente: correlación menor	α = 0,91 para IADQ	La validez factorial del IADQ demostró una validez bifactorial, con excelentes índices de ajuste incremental y propiedades psicométricas (CFI = 0.997, TLI = 0.993 y RMSEA = 0.089) que señalan dos factores por separado para fines diagnósticos. En conjunto, el puntaje total del IADQ es confiable, refleja adecuadamente la severidad del TA y demuestra su utilidad para la práctica clínica como para investigaciones.

con la severidad del insomnio (ISI,  $r = 0.478$ )

<p>ICD-11 adjustment disorder: Translation and validation of the Danish International Adjustment Disorder Questionnaire among a working population of social educators (Vang et al., 2024).</p>	<p>Validez factorial: modelo de dos factores validez de constructo: correlación entre los factores (<math>r \geq 0.80</math>). se correlacionó positivamente con TEPT (<math>r = 0.51</math>, <math>p &lt; 0.001</math>), burnout (<math>r = 0.60</math>, <math>p &lt; 0.001</math>) y malestar general (<math>r = 0.66</math>, <math>p &lt; 0.001</math>)</p>	<p><math>\omega = 0,90</math> preocupación y <math>\omega = 0,92</math> falta de adaptación.</p>	<p>Los resultados de la validez factorial respaldaron un modelo de dos factores (CFI = 0.939, TLI = 0.885 y RMSEA = 0.174) frente a un modelo de un factor, pero la estructura no fue completamente clara porque el ítem 3 presentó una carga significativa en ambos factores, y la correlación entre los factores fue alta. Aun así el IADQ puede entender el TA de manera unidimensional, pero conceptualmente separarlo por dos factores es útil para fines diagnósticos además que se relación con otras medidas de trastornos relacionados con el estrés.</p>
<p>Investigating ICD-11 adjustment disorder among college students in Taiwan using the Chinese version of the International Adjustment Disorder Questionnaire (Fung et al., 2025).</p>	<p>Validez factorial: modelo de dos factores con cargas factoriales altas de 0.87 a 0.96 validez de constructo: se correlacionaron altamente con los PH-9, GAD-2, trastornos de la autoorganización DSO y TEPT complejo (<math>r s = .69</math> a <math>.79</math>, <math>p &lt; .001</math>)</p>	<p><math>\alpha = .935</math> a <math>.948</math> para las dos subescalas del IADQ</p>	<p>Estos hallazgos respaldan el uso del IADQ en el contexto chino como una medida psicométricamente sólida (CFI = 0.99, TLI = 0.99, RMSEA = 0.06) para evaluar el TA Además, confirman que la estructura de dos factores del trastorno de adaptación según la CIE-11 posee validez transcultural y recomiendan que estudios futuros podrán emplear la versión china del IADQ para investigar más a fondo su prevalencia y persistencia en este contexto cultural.</p>
<p>Translation and Validation of the Arabic International Adjustment Disorder Questionnaire Among Patients with Physical Illness and Their Families in Iraq (Al-Gburi et al., 2025).</p>	<p>Validez factorial: modelo de dos factores con cargas factoriales altas validez de constructo: los factores correlacionados (<math>r = 0,72</math>) (PHQ-9): <math>r = 0.480</math> y (GAD-7): <math>r = 0.56</math>,</p>	<p><math>\alpha = 0,695</math> y <math>0,814</math> para IADQ</p>	<p>El análisis factorial confirmatorio del IADQ árabe mostró que la solución de 2 factores presentó un ajuste aceptable (CFI = 0,990; TLI = 0,978; RMSEA = 0,053), respaldando la bidimensionalidad de los síntomas de TA, pero consideraron que contextos de investigación, una puntuación total unidimensional podría ser más adecuada. En conjunto, los resultados</p>

indican que la adaptación árabe del IADQ es confiable para su uso clínico y de investigación.

Investigating the psychometric properties of the Persian version of the International Adjustment Disorder Questionnaire among university students in Tehran City, Iran (Nasri et al., 2025).

Validez factorial: modelo de dos factores con cargas factoriales altas  $\alpha$  y/o  $\omega = 0.94$  para IADQ

Validez convergente: correlación entre los factores del IADQ y cuestionarios de ajuste y duelo (PG-13-R,  $r = 0.59$ ; IDC,  $r = 0.49$ ; JAQ,  $r = 0.64$ ).

Validez divergente: correlación menor con síntomas de TEPT y TEPT complejo (PTSD,  $r = 0.14$ ; CPTSD,  $r = 0.09$ ).

La validez factorial mostró que el modelo de dos factores del TA explica de manera más adecuada la estructura de los síntomas (CFI = 0,96; TLI = 0,97; RMSEA = 0.09), lo que refuerza la necesidad de evaluarlo considerando sus componentes diferenciados, esto relacionado con la conceptualización de la CIE-11. Además, la alta consistencia interna y la estabilidad temporal permiten concluir que el IADQ es una herramienta fiable y válida para la evaluación del TA con los síntomas de preocupación y falta de adaptación.

---

*Nota:* CFI = Índice de Ajuste Comparativo; TLI = Índice de Tucker-Lewis; RMSEA = Error Cuadrático Medio de Aproximación; SRMR = Raíz Cuadrática Media Residual Estandarizada; NFI = Índice de Ajuste Normado;  $\alpha$  = Alfa de Cronbach (consistencia interna);  $\omega$  = Omega de McDonald (consistencia interna); CR = Fiabilidad compuesta; ICC = Coeficiente de correlación intraclase; PHQ-9 = Cuestionario de Salud del Paciente-9 (depresión); PHQ-2 = Versión breve del Cuestionario de Salud del Paciente (depresión); GAD-7 = Escala de Ansiedad Generalizada-7; GAD-2 = Versión breve de la Escala de Ansiedad Generalizada; HAD = Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión; IES-6 = Escala de Impacto del Evento (versión abreviada); PCL-C = Lista de Verificación para Trastorno de Estrés Postraumático (versión civil); BSI-18 = Inventario Breve de Síntomas; SFQ = Cuestionario de Funcionamiento Social; WHO-5 = Índice de Bienestar de la Organización Mundial de la Salud; PANAS = Escala de Afecto Positivo y Negativo; ISI = Índice de Severidad del Insomnio; PTSD = Trastorno de Estrés Postraumático; CPTSD = Trastorno de Estrés Postraumático Complejo; DSO = Trastornos de la Autoorganización; ASD = Trastorno por Estrés Agudo; CSI = Índice de Supresión de Claves; FREE = Evaluación de Regulación Emocional Flexible; SOLI = Inventario de Soledad; GPS = Escala Global de Psicotrauma; PG-13-R = Escala Revisada de Duelo Prolongado; IDC = Inventario de Duelo Complicado; JAQ = Cuestionario de Ajuste; OcSe = Autoeficacia Ocupacional; SOC-R = Escala Revisada de Sentido de Coherencia.