

Propiedades psicométricas de una escala para medir el trastorno adaptativo en población mexicana

Psychometric properties of a scale to assess the adjustment disorder in Mexican population

Fabiola Guadalupe Reyes-Torres¹, Georgina Cárdenas-López¹
y Soledad Quero-Castellano^{2,3}

Universidad Nacional Autónoma de México¹
Universitat Jaume I²
Instituto de Salud Carlos III³

Autor para correspondencia: Fabiola Guadalupe Reyes Torres, fabyolart@gmail.com.

RESUMEN

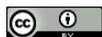
El trastorno adaptativo tiene una alta prevalencia en la práctica clínica, no obstante, en México, hay una ausencia de instrumentos estandarizados que permitan su identificación. El Nuevo Módulo para la Medición del Trastorno Adaptativo (ADNM-20) es un cuestionario de autoinforme de origen alemán, basado en los criterios de la CIE-11 que cuenta con adecuadas propiedades psicométricas. *Objetivo.* Validar la estructura del ADNM-20 en población mexicana. *Método.* El instrumento fue traducido al castellano y sometido a un jueceo de expertos que evaluaron la pertinencia lingüística de los reactivos. Participaron 285 personas de entre 18 y 70 años quienes contestaron vía electrónica una batería compuesta por la versión mexicana del ADNM-20, la lista checable de trastorno por estrés postraumático del DSM 5 (PCL-5) y la escala multidimensional de estilos de afrontamiento abreviada (Brief COPE), posteriormente se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio (AFC) en el que se compararon tres modelos: (1) modelo unifactorial, (2) modelo de seis factores relacionados y (3) modelo de segundo orden. *Resultados.* El AFC reveló que el mejor ajuste se obtuvo con el modelo unidimensional. El índice de consistencia interna fue adecuado ($\alpha=.937$), se obtuvieron medidas de validez discriminante que mostraron correlaciones negativas con estilos de afrontamiento activo y de apoyo social. *Discusión.* En población mexicana, el ADNM-20 es un instrumento válido y confiable que permite la evaluación del trastorno adaptativo a través de una estructura unifactorial. No obstante, son necesarios estudios adicionales controlando el tipo de estresor para una mejor descripción de su dimensionalidad.

Palabras clave: Trastorno adaptativo; Estrés; ADNM-20; Validación psicométrica; Medición.

¹ Facultad de Psicología, Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología, Edificio B, Piso 1, Laboratorio 002, Av. Universidad 3004, Coyoacán, Copilco-Universidad, 04510 Ciudad de México, tel. 56222292, correos electrónicos: fabyolart@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5169-9673> y cardenas.georgina@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-4569-1944>.

² Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología, Avda. Sos Baynat s/n, 12071 Castelló de la Plana, España, tel. (34)964-38-76-41, correo electrónico: squero@psb.uji.es, <https://orcid.org/0000-0002-8973-1250>.

³ CIBER de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN), C/ Monforte de Lemos 3-5, Pabellón 11, Planta 0, 28029 Madrid, España.



ABSTRACT

Adjustment disorder is one of the most prevalent in clinical practice; however, in México, there is a significant lack of standardized instruments for its identification. The New Module for the Measurement of Adjustment Disorder (ADNM-20) is a German self-report questionnaire with adequate psychometric properties based on the diagnostic criteria proposed by the ICD-11 composed of two central symptoms: worry and failure to adapt and four accessory symptoms: anxiety, depression, avoidance, and impulsivity. Objective. To validate ADNM-20 in a Mexican socio-cultural context. Method. ADNM-20 was translated into Spanish and submitted to a judgment of seven experts who provided suggestions about the linguistic relevance of the items. The corrections finally produced a culturally adapted version. Data collection involved 285 participants between 18 and 70 years who answered a digital battery of the Mexican adaptation of ADNM-20, the Check-List of Posttraumatic Stress Disorder for the DSM-5 (PCL-5), and The Abbreviated Multidimensional Scale of Coping Styles (Brief COPE). Subsequently, a confirmatory factor analysis (CFA) compared three models: (1) the uni-factor model, (2) the model of six related factors, and (3) the second-order model. Results. The best fit resulted from the single-factor model. The internal consistency index was adequate ($\alpha=.937$), and discriminant validity measures showed moderate to high negative correlations with active coping and coping through social support styles. Discussion. In the Mexican population, ADNM-20 is a valid and reliable instrument that assesses adjustment disorder through a unifactorial structure. However, additional studies controlling types of stressors are necessary to describe the dimensionality better.

Key words: Adjustment disorder; Stress; Adjustment disorder new module; ADNM-20; Psychometric validation; Assessment.

Recibido: 08/12/2023

Aceptado: 16/11/2024

La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (American Psychiatric Association, 2013) define al trastorno adaptativo (TA) como un conjunto de alteraciones emocionales y conductuales debidos a la experiencia de un evento vital estresante o ante la adversidad. Los criterios para su

identificación son el carácter clínicamente significativo de la sintomatología y la intensidad desproporcionada de la misma respecto a la gravedad del estresor. Asimismo, el deterioro laboral y social son indicadores de la intensidad sintomatológica, siendo el criterio para confirmar el trastorno la presencia de algún grado de incapacidad en el ejercicio de las rutinas diarias y la interferencia del malestar emocional en el funcionamiento social.

Pese a que en los sistemas de clasificación enunciados se han tratado de delinear las características del TA, éstas han sido objeto de críticas debido a problemas que dificultan la definición precisa de sus síntomas. En primer lugar, ha recibido una connotación subclínica, es decir, es ubicado en un estadio intermedio entre el proceso normal de adaptación a los estresores vitales y el desarrollo de trastornos emocionales completos (Baumeister y Kufner, 2009), debido a esto, los síntomas no se encuentran suficientemente especificados en cuanto a su número, duración y combinación. De igual manera, hay dificultades para la distinción entre una respuesta emocional normal ante un estresor y aquellas que son propias de los trastornos adaptativos (Bachem y Casey, 2018).

Contar con adecuadas directrices diagnósticas para el trastorno adaptativo es importante porque su prevalencia en la práctica clínica es elevada (Carta *et al.*, 2009; Zelviene y Kazlauskas, 2018). Lo anterior se confirma con los resultados de la encuesta global sobre las actitudes de los psiquiatras hacia la clasificación de los trastornos mentales llevada a cabo por la Asociación Mundial Psiquiátrica (WPA, por sus siglas en inglés) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en países de África, Europa, las Américas y el Sur de Asia (*cf.* Reed *et al.*, 2012); en esta última región se encontró que aproximadamente 50% de los psiquiatras utilizaban el diagnóstico de TA más de una vez a la semana siguiendo los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10). No obstante lo anterior, hasta el momento las herramientas válidas y confiables que se han desarrollado con fines de evaluación han sido escasas y de alguna manera están permeadas por la pobreza de la definición de los criterios (Rachyla, 2018).

En el terreno de los instrumentos de autoinforme, la evidencia ha mostrado que muy pocos di-

ferencian adecuadamente las reacciones normales a los eventos estresantes de aquellas que son excesivas y que explicarían la presencia de TA (Baumeister y Kufner, 2009; Quero *et al.*, 2019).

Con el propósito de abordar tales limitaciones, en la CIE-11 (World Health Organization [WHO], 2018). El TA aparece como un síndrome completo con criterios diagnósticos delimitados; en ésta edición se reconocen dos síntomas principales: la preocupación por el estresor y sus consecuencias, los que se manifiestan como pensamientos recurrentes estresantes y una constante preocupación o rumiación, y la dificultad de adaptación, que se traduce como una incapacidad significativa en las áreas social, interpersonal, ocupacional, educativa, etc., en el funcionamiento de la persona.

Es importante resaltar que el antecedente de la propuesta de la CIE-11 es el modelo desarrollado por Maercker *et al.* (2007), en el que se conceptualiza al TA como un síndrome de respuesta al estrés (Horowitz *et al.*, 1997). Así, su sintomatología comparte características con el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y con el trastorno de estrés agudo, siendo las intrusiones, la evitación y las dificultades de adaptación los principales elementos en común. En este modelo, los síntomas distintivos son, a saber: 1) síntomas intrusivos o rumiaciones, como recuerdos estresantes involuntarios o preocupación excesiva acerca del estresor y sus consecuencias, y 2) comportamiento de evitación, tanto de sentimientos como de pensamientos, acerca del evento estresante, o síntomas que denotan dificultades de adaptación, como pérdida del interés en actividades como el trabajo, la vida social y el ocio. En este modelo se reconoce la existencia de cuatro subtipos: *a)* con estado de ánimo deprimido, *b)* con ansiedad, *c)* mixto (presencia de ansiedad y depresión) y *d)* con impulsividad (Maercker *et al.*, 2007).

Einsle *et al.* (2010) propusieron un instrumento de autoinforme de 29 reactivos basado en el modelo de respuesta al estrés de Maercker. Se trata del llamado Nuevo Módulo para la Medición de los Trastornos Adaptativos (ADNM-29). Para determinar su validez, se llevó a cabo una investigación con dos muestras: una con arritmias cardíacas y otra con alteraciones psicosomáticas. Los resultados de un análisis factorial explorato-

rio confirmaron una estructura de seis factores: 1) preocupación, 2) fracaso en adaptación, 3) evitación, 4) ansiedad, 5) depresión y 6) impulsividad. La consistencia interna de las subescalas (α) varió entre .74 y .91. Hay también una versión reducida compuesta por 20 reactivos (ADNM-20).

Con el propósito de determinar su dimensionalidad, Glaesmer *et al.* (2015) hicieron un estudio a gran escala en Alemania en una muestra representativa de la población en el que se compararon tres modelos, el primero, de seis factores, dos principales: (1) preocupación, (2) dificultades de adaptación y cuatro accesorios: (3) evitación, (4) depresión, (5) ansiedad y (6) impulsividad; el segundo, correspondió a un modelo unifactorial y el tercero representaba una estructura de segundo orden en el que un factor dominante explicaba las relaciones entre los seis factores. Los resultados favorecieron el primer modelo (seis factores). El ajuste fue de moderado a bueno (CFI = 0.97, RMSEA = 0.077).

En Lituania, en una muestra de 649 personas que habían sufrido un acontecimiento estresante en el transcurso de los dos últimos años, se compararon el modelo de seis factores (Glaesmer *et al.*, 2015), uno de segundo orden en el que se distinguían los síntomas centrales (preocupación y fracaso adaptativo), los accesorios (evitación, ansiedad, depresión e impulsividad) y uno con solamente los dos síntomas nucleares (preocupación y fracaso en la adaptación). El mejor ajuste se obtuvo con este último (CFI = .985, RMSEA = .053) (Zelviene *et al.*, 2017).

Un estudio llevado a cabo en Suiza por Lorenz *et al.* (2018) con personas que involuntariamente habían perdido su trabajo comparó los mismos modelos propuestos por Glaesmer *et al.* (2015), con la diferencia de que se añadió uno más con estructura bifactorial con un factor dominante: el trastorno adaptativo, y cinco grupos de síntomas correlacionados (preocupación, fracaso en adaptación, evitación, reacción afectiva e impulsividad). Los resultados mostraron que la solución bifactorial fue la de mejor ajuste (CFI = .981, RMSEA = .058).

Recientemente, Vancappel *et al.* (2021) efectuaron en Francia una validación cultural del ADNM-20 en un grupo de personas en confinamiento du-

rante la pandemia de covid-19; similar a lo hallado por Lorenz *et al.* (2018), el modelo de mejor ajuste fue uno bifactorial que incluía un factor general y seis complementarios (CFI = .966, RMSEA = .049). A través de dicho trabajo también se demostró que este inventario permitía conceptualizar la sintomatología psicológica asociada con el encierro como una manifestación del trastorno adaptativo.

Es importante señalar que también se han llevado a cabo adaptaciones del ADN-20 en culturas no occidentales; por ejemplo, en China, Tang *et al.* (2020) probaron sus propiedades psicométricas en una muestra de personas con cáncer de pulmón. El análisis factorial exploratorio sugirió un modelo de dos subescalas correspondientes a los síntomas centrales: preocupación y fracaso en adaptación, y tres pertenecientes a los síntomas accesorios de ansiedad, evitación e impulsividad (CFI = 0.85; RMSEA = 0.093).

Pese a que el desarrollo del ADN-20 representa una aportación significativa para la medición del TA, la precisión sobre su estructura ha mostrado algunas limitaciones. Por ejemplo, en el estudio de Glaesmer *et al.* (2015) se encontró una alta correlación tanto entre las subescalas de ansiedad y depresión como entre las de depresión, ansiedad y fracaso en adaptación, lo que sugirió una pobre especificación del modelo y una tendencia hacia una relación unidimensional entre los ítems. A lo anterior se añade lo encontrado por Lorenz *et al.* (2016) en una investigación en la que fueron puestos a prueba siete modelos alternativos, confirmando que la estructura del instrumento tendía hacia la unidimensionalidad.

Tomando en cuenta las limitaciones que la evidencia ha demostrado acerca de la estructura del ADN-20, el hecho de que no se han llevado a cabo validaciones de este instrumento en Latinoamérica, y que si bien en población mexicana se han realizado estudios con el objetivo de identificar el TA en mujeres embarazadas y en población oncológica (Almanza *et al.*, 2010; Alvarado *et al.*, 2015), no se han empleado medidas estandarizadas de autoinforme; lo que los objetivos de este estudio fueron, por un lado, determinar las propiedades psicométricas de la versión en español del ADN-20 en una muestra mexicana, y por el otro someter a prueba su dimensionalidad a fin de

contar con un instrumento que haga posible medir su sintomatología en este contexto sociocultural específico.

MÉTODO

Participantes

En el estudio participaron 285 personas de entre 18 y 70 años, con una media de 34.09 (D.E. = 11.78); de ellos, 219 fueron mujeres, 64 varones y 2 no binarios. En cuanto a su estado civil, 59.6% de los participantes eran solteros, 21.4% casados y 10.5% y 8.4% restantes en unión libre y divorciados, respectivamente. La región de residencia más reportada fue la que abarca la Ciudad de México y el Estado de México (78.2%), seguida por el Centro y Golfo (12.3%), Norte (5.3%), Occidente y Bajío (3.2%) y Sureste (1.1%). En relación con el nivel de estudios, 79.6% tenía estudios de nivel superior, 17.9% con educación media y 2.5% con formación básica. Finalmente, 44.6% informó tener un trabajo remunerado, 29.8% se dedicaba a los estudios, 19.3% no tenía trabajo, 4.6% desempeña una ocupación adicional y 1.8% era jubilado.

Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 18 años, haber experimentado algún evento estresante en el transcurso de los dos últimos años, manifestar su consentimiento para participar en el estudio y tener nacionalidad mexicana.

Instrumentos

Nuevo Módulo para la Medición del Trastorno Adaptativo (ADNM-20) (Glaesmer *et al.*, 2015).

Este instrumento mide, mediante 20 ítems, la sintomatología del TA estipulada en la CIE-11 (WHO, 2018); considera la preocupación y las dificultades de adaptación, los dos síntomas nucleares, y además cuatro asociados: evitación, depresión, ansiedad e impulsividad. Se compone de dos secciones. La primera de las cuales contiene una lista de 18 estresores relacionados con eventos de vida, agudos o crónicos, en los últimos dos años. La segunda parte evalúa la frecuencia y duración de los síntomas en respuesta a los eventos estresantes en una escala tipo Likert que va de 1 (“Nunca”) a 4

(“A menudo”), y “Menos de un mes”, “De uno a seis meses” y “De seis meses a dos años”, respectivamente.

La sintomatología considerada se distribuye en dos escalas, la primera de las cuales integra los síntomas centrales e incluye cuatro preguntas para medir la preocupación, y cuatro más para el fracaso en la adaptación. La segunda corresponde a los síntomas accesorios e incluye cuatro subescalas que se distribuyen de la siguiente manera: cuatro ítems para la evitación, tres para el estado de ánimo depresivo, dos para la ansiedad y tres para las alteraciones de la impulsividad.

La validación llevada a cabo por Lorenz *et al.* (2016) mostró índices de consistencia interna adecuados tanto para la escala total ($\alpha = .94$) como para las diferentes subescalas, ya que los puntajes variaron de $\alpha = .81$ a $\alpha = .91$; también se encontraron medidas satisfactorias de confiabilidad test-retest en un periodo de seis semanas ($r =$ de $.85$ a $.92$).

Versión abreviada de la Escala Multidimensional de Estilos de Afrontamiento (Brief COPE) (Carver, 1997).

Es éste un instrumento que evalúa los estilos de afrontamiento. Consta de 28 preguntas distribuidas en 14 subescalas de dos ítems cada una, las cuales son, a saber: Afrontamiento activo, Planificación, Apoyo emocional, Apoyo social, Religión, Reevaluación positiva, Aceptación, Negación, Humor, Autodistracción, Autoinculpación, Desconexión, Desahogo y Uso de sustancias. Se puntúa en una escala Likert con cuatro opciones, que van de 0 = “Nunca hago esto” a 3 = “Siempre hago esto”. Morán *et al.* (2010), en un estudio de validación en población hispanohablante, encontraron que las catorce dimensiones se distribuían en cuatro factores: Afrontamiento cognitivo, Bloqueo del afrontamiento (evitación), Afrontamiento mediante apoyo social y Afrontamiento espiritual. Las subescalas cuentan con índices aceptables de consistencia interna (α) que van de 0.70 a 0.80.

Lista Checable del Trastorno por Estrés Postraumático para el DSM-5 (PCL-5) (Blevins *et al.*, 2015).

Se compone de veinte reactivos que describen la sintomatología del TEPT conforme a los criterios

diagnósticos del DSM-5, que son: 1) reexperimentación, 2) evitación, 3) activación y 4) alteraciones cognitivas, que se puntúan en una escala Likert que va de 0 (“Nada”) a 4 (“Totalmente”). Cuenta con propiedades psicométricas adecuadas tanto de consistencia interna ($\alpha = 0.94$), confiabilidad test-retest ($r = .82$), como de validez convergente ($rs = .74$ a $.85$) y divergente ($rs = .31$ a $.60$). La PCL-5 fue adaptada a población mexicana por Durón *et al.* (2019). El estudio arrojó índices adecuados de consistencia interna tanto para la puntuación global ($\alpha = .97$) como para las subescalas ($\alpha = .92, .88, .89, .91, .75$ y $.83$).

Procedimiento

El ADN-20 fue traducido al idioma español por dos expertos en los trastornos adaptativos con un amplio dominio del idioma original (alemán); luego fue retrotraducido y comparado con una versión adaptada a fin de establecer una equivalencia con el original. El proceso fue coordinado por miembros del Laboratorio de Psicología y Tecnología de la Universitat Jaume I en Castellón de la Plana (España).

Para su adaptación al contexto sociocultural mexicano, el instrumento fue sometido a un jueceo de siete expertos en TA con posgrado, quienes evaluaron en una escala del 0 al 10 qué tan comprensibles y claros eran los reactivos resultantes para la población mexicana. Después, se llevó a cabo un piloteo con diez personas de la población general que evaluaron tanto la inteligibilidad de los reactivos como las escalas del instrumento. A partir de sus observaciones, se obtuvo una versión digital adaptada cultural y lingüísticamente. Es importante señalar que en su elaboración se tuvieron en cuenta aspectos tales como la pertinencia del tamaño de letra, la adecuación al dispositivo utilizado (teléfono celular, computadora, tablet, etc.) y algunos elementos estéticos, como los colores utilizados.

Se modificaron siete reactivos con base en las puntuaciones y observaciones de los jueces. En la Tabla 1 se muestran las adecuaciones lingüísticas realizadas a los ítems.

Tabla 1. Reactivos del ADNM-20 versión español castellano adecuados lingüísticamente al contexto sociocultural mexicano de acuerdo con las puntuaciones y recomendaciones de los jueces.

| Reactivo original | Reactivo con adecuaciones socioculturales a la población mexicana |
|--|--|
| 15. Agresión / asalto (listado de estresores) | 15. Ser víctima de agresión, asalto o algún tipo de violencia. |
| 8. Estoy nervioso/a e inquieto/a desde la situación estresante (sección de síntomas). | 8. Me siento nervioso/a e inquieto/a desde que sucedió la situación estresante. |
| 9. Desde la situación estresante, pierdo los estribos más rápido de lo que solía, incluso con las pequeñas cosas (sección síntomas). | 9. Desde que sucedió la situación estresante pierdo la paciencia más rápido que antes, incluso con las cosas más pequeñas. |
| 10. Desde la situación estresante, me resulta difícil concentrarme en ciertas cosas (sección síntomas). | 10. Desde que sucedió la situación estresante, me resulta difícil concentrarme en ciertas cosas. |
| 17. Desde la situación estresante, ya no me gusta ir a trabajar o realizar las obligaciones de la vida diaria (sección síntomas). | 17. Desde que sucedió la situación estresante ya no me gusta ir a trabajar o realizar las actividades diarias. |
| 18. Desde la situación estresante me he estado sintiendo desanimado/a y con poca esperanza respecto al futuro (sección síntomas). | 18. Desde la situación estresante me he sentido desanimado/a y con poca esperanza respecto al futuro. |
| 19. Desde la situación estresante ya no puedo dormir adecuadamente (sección síntomas). | 19. Desde que sucedió la situación estresante ya no duermo bien. |

El reclutamiento de los participantes se llevó a cabo mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia; la encuesta se difundió a través de carteles electrónicos que se distribuyeron en las principales redes sociales del Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología (LEVyC) de la Facultad de Psicología de la UNAM, en los que se invitaba a a participar voluntariamente en una investigación orientada a explorar el impacto de los acontecimientos estresantes en la salud mental de los mexicanos. La recolección de los datos se llevó a cabo a lo largo de cinco meses. Cabe señalar que los interesados fueron notificados sobre el aviso de privacidad y confidencialidad de los datos. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Psicología de la propia UNAM.

Análisis estadístico y psicométrico

Se efectuó el análisis descriptivo de los reactivos para determinar si satisfacían los criterios para los análisis de confiabilidad y validez. Se calcularon correlaciones entre los reactivos para detectar multicolinealidad, siendo una puntuación de $>.85$ la indicadora de ésta. También se obtuvo el coeficiente de homogeneidad corregido (IHc) (Kline, 2005) para calcular la correlación de cada reactivo con la puntuación total de la escala, y de esta ma-

nera identificar reactivos indiferenciados, siendo los menores de .30 los eliminados.

La consistencia interna se calculó mediante el coeficiente alfa de Cronbach y el Omega de McDonald (1999). También se determinó el estimado alfa de Cronbach si el elemento era eliminado con el propósito de identificar ítems que afectarían la confiabilidad de la escala. El programa con el que se ejecutaron todos los análisis fue el SPSS, versión 26.

Con el objetivo de comprobar la estructura del ADNM-20, se ejecutó, empleando el programa AMOS, un análisis factorial confirmatorio (AFC) para llevar a cabo un estudio comparativo en el que se replicaban las estructuras factoriales de los tres modelos descritos en los estudios de Glaesmer *et al.* (2015) y Lorenz *et al.* (2016); es decir, seis factores ajustados a la propuesta de la CIE-11 en la que se reconocen dos principales: preocupación y dificultades de adaptación, y cuatro accesorios: evitación, depresión, ansiedad e impulsividad, un modelo de segundo orden en el que un factor dominante explica las relaciones entre los seis factores enunciados y un modelo unifactorial en el que todos los reactivos cargan en un solo factor. El análisis de bondad del ajuste se determinó utilizando los índices chi cuadrada (X^2) y chi cuadrada relativa (X^2/df). Para el primero, se consideró un ajuste apropiado si el valor no era significativo

($p > .05$), mientras que para el segundo, una puntuación de < 3 (Carmines y McIver (1981). Se calcularon el Índice de Ajuste Comparativo (CFI), para el que un valor de entre .95 y .97 fue un indicador de buen ajuste, y el Índice de Ajuste Normado (NFI), con valores en el rango de .90 a .95. Para evaluar el grado de proporción de varianza se emplearon el Índice de Bondad de Ajuste (GFI) y el Índice de Bondad de Ajuste Ajustado (AGFI), siendo considerados aceptables los valores, para el GFI, de .90 a .95, mientras que para el AGFI, de .85 a .90. Finalmente, también se tomó en cuenta el Residual Estandarizado de la Raíz de la Media Cuadrática (SRMSR), con valores indicadores de ajuste adecuado $< .05$, y la Raíz Cuadrada Media del Error de Aproximación (RMSEA), de $< .06$.

RESULTADOS

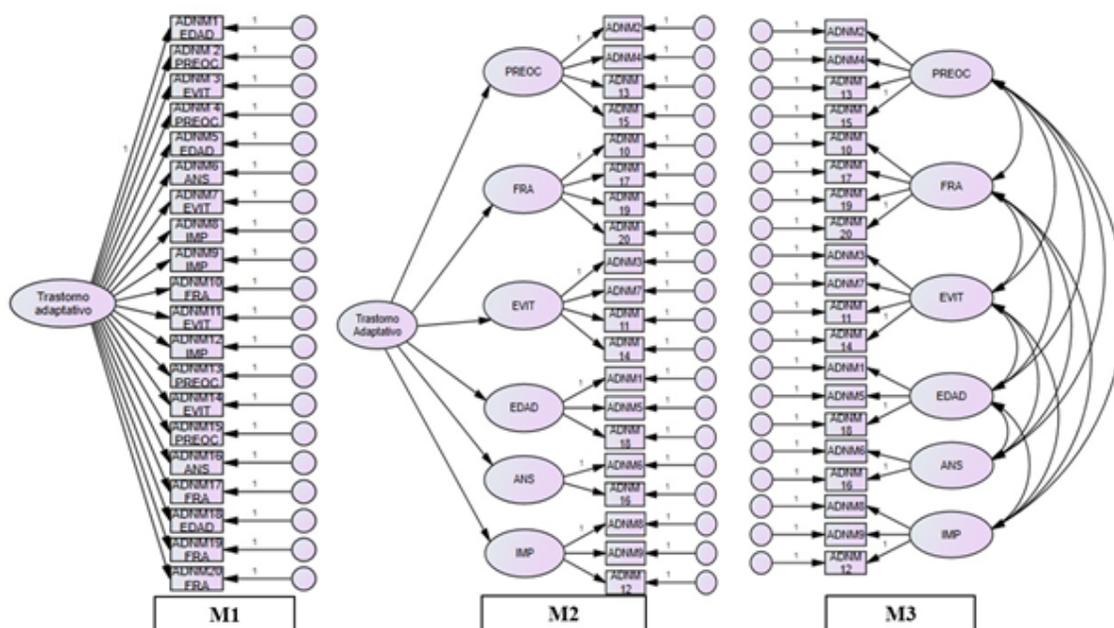
Es importante recordar que esta escala tenía como propósito evaluar las afectaciones emocionales asociadas a diferentes eventos vitales estresantes a fin de controlar el impacto emocional relacionado con el confinamiento y la pandemia por covid-19

(periodo en el que se recabaron los datos), en la primera sección del ADNM-20 se solicita a los participantes seleccionar, de un listado de 19 estresores, cuáles experimentaron en el transcurso de los dos últimos años, y de ellos indicar el que se considera el más estresante. Con esa base, los análisis descriptivos mostraron que los estresores informados con mayor frecuencia fueron la enfermedad de un ser querido (59.9%) y los conflictos familiares (59%), seguidos del exceso de trabajo o la carencia del mismo (57.4%) y los problemas económicos (53.7%).

Estructura factorial

Con el objetivo de determinar empíricamente la estructura factorial de esta escala; se llevó a cabo un AFC mediante el cual se contrastaron tres modelos: 1) un modelo unifactorial (M1); 2) un modelo de segundo orden de seis factores (M2) y 3), un modelo de seis factores relacionados en el que se consideran dos síntomas nucleares (preocupación y dificultades de adaptación) y cuatro asociados (evitación, depresión, ansiedad e impulsividad) (M3). (Figura 1).

Figura 1. Modelos comparados en el AFC.



Nota. M1: Modelo unifactorial, M2: Modelo de segundo orden de seis factores, M3: Modelo de seis factores asociados. PREOC: preocupación, FRA: fracaso en adaptación, EVIT: evitación, EDAD: estado de ánimo deprimido, ANS: ansiedad, IMP: impulsividad.

En la Tabla 2 se muestran los valores correspondientes a los tres modelos explorados. El criterio para evaluar la superioridad fue el principio de parsimonia, el cual establece que el mejor modelo será aquél con el menor número de factores y los mejores índices de ajuste. Con base en lo anterior, la estructura que mostró superioridad respecto al resto fue la correspondiente al M1. Así, atendiendo en primer lugar al valor de χ^2 relativo (χ^2/gl), éste fue de 1.96, el cual se considera óptimo. En cuanto al valor del RMSEA (.05), que igualmente se ubicó dentro de los parámetros óptimos. El va-

lor correspondiente al GFI fue aceptable (.90). En cuanto a los índices de ajuste comparativo o incremental, tanto en el CFI (.95) como en el NFI (.91) se obtuvieron desempeños óptimos. Finalmente, para determinar la parsimonia, se empleó el Criterio de Información de Akaike (AIC), el Índice de Ajuste Normado (PNFI) y el Índice de Bondad de Ajuste Parsimonioso (PGFI). En cuanto al primero, el valor del M1 fue menor comparado con el del M2 y el M3, mientras que tanto el PNFI como el PGFI alcanzaron valores mayores a .05.

Tabla 2. Índices de bondad de ajuste para los distintos modelos factoriales del ADN20.

| Modelos | Índices de ajuste obtenidos | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------|----------------|----------------|---------------------------|----------------|----------------|----------------------|-------------|-------------|
| | Absoluto | | | | Comparativo / incremental | | | Parsimonioso | | |
| | $\chi^2(\text{gl}), p$ | χ^2/gl | RMSEA | SRMR | GFI | CFI | NFI | AIC | PGFI | PNFI |
| Valores críticos: | | | | | | | | | | |
| Óptimos aceptables | $p < .05$ | < 2 < 3 | < .05 < .08 | < .05 < .08 | > .95 > .90 | > .95 > .90 | > .90 > .80 | El de valor más bajo | > .50 | > .50 |
| M1. Unifactorial | 317.03 (161), .000 | 1.96 | .05 | .039 | .90 | .95 | .91 | 415.030 | .691 | .771 |
| M2. Segundo orden | 377.52 (165), .000 | 2.28 | .06 | 0.42 | .88 | .93 | .89 | 467.527 | .694 | .773 |
| M3. Seis factores asociados | 317.52 (152), .000 | 2.087 | .06 | 0.40 | .90 | .95 | .91 | 433.52 | .654 | .728 |

Confiabilidad y validez

La consistencia interna del modelo final unifactorial del ADN20 fue satisfactoria, tanto en el valor del coeficiente alfa de Cronbach (.946) como en el de Omega (.947).

Siguiendo la categorización propuesta por la CIE-11, en la que el trastorno de adaptación se agrupa dentro de los trastornos derivados del trauma y el estrés, es posible asumir que comparte con el TEPT una sintomatología de tipo intrusiva y evitativa, y por tanto forman parte del mismo espectro (Dobricki *et al.*, 2010).

Por esta razón, y con el objetivo de obtener evidencias de validez convergente, se calcularon las correlaciones entre los puntajes de las medias

del ADN20 y los del instrumento PCL-5. En contraste con lo esperado, los resultados mostraron una correlación baja entre ambas escalas ($r = .131$, $p < 0.05$). En cuanto a la validez discriminante, de acuerdo con la red nomológica del constructo de TA, éste mantiene correlaciones bajas con el afrontamiento orientado a la tarea, o proactivo. En este sentido, al correlacionar la puntuación global del ADN20 con la subescala de afrontamiento activo del Brief Cope, se obtuvieron correlaciones negativas altas ($r = -.637$, $p < 0.01$). Por otra parte, también se observaron relaciones negativas moderadas ($r = -.308$, $p < 0.01$) entre la puntuación global y la subescala de afrontamiento mediante el apoyo social.

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue conocer las propiedades psicométricas y la dimensionalidad del ADNM-20 en población mexicana. En cuanto a esta última, es importante mencionar que pese a que ha sido sometido a diferentes estudios de validación (Glaesmer *et al.*, 2015; Liang *et al.*, 2021; Lorenz *et al.*, 2018, 2020), aún no existe evidencia sólida acerca de su estructura factorial. Los resultados de este estudio añaden mayor sustento a la representación del constructo en un solo factor y sugieren que la sintomatología del TA podría estar representada como una entidad única en la población mexicana. Estos hallazgos siguen la línea de lo hallado por Glaesmer *et al.* (2015) y Lorenz *et al.* (2018).

Por otra parte, la validez convergente del instrumento se determinó por medio de un análisis de correlación en el que se asociaron las puntuaciones del ADNM-20 con las del PCL-5 (Weathers *et al.*, 2013), una escala destinada a medir el TEPT. Dado que ambos trastornos forman parte del espectro de respuesta al estrés (Dobricki *et al.*, 2010), se espera que compartan síntomas; no obstante, contrariamente a lo esperado, la correlación entre ambos constructos fue baja ($r = .140$, $p < 0.05$), siendo estos resultados similares a los de Ben-Ezra *et al.* (2018). En el caso de la presente investigación, el instrumento utilizado para medir el TEPT cuenta apenas con un estudio de validación en población mexicana (Durón *et al.*, 2019) y se llevó a cabo en una muestra en la que no se controló el tipo de trauma, por lo que sería recomendable emplear instrumentos con mayor evidencia acumulada de sus propiedades psicométricas en dicha población.

En cuanto a la validez discriminante, los resultados van en la línea de lo esperado, ya que se encontraron asociaciones negativas de moderadas a altas entre la puntuación global del ADNM-20 y los estilos de afrontamiento activo y de afrontamiento mediante apoyo social. Tales hallazgos confirman lo supuesto por la teoría y coinciden con lo encontrado en el estudio de Ponizovsky *et al.* (2011), en el que personas con diagnóstico de TA tendían a utilizar con mayor frecuencia el afrontamiento orientado hacia las emociones, y asimismo se

apoyaban significativamente menos en estrategias de búsqueda de apoyo social que la población no clínica. Estos resultados proporcionan una cierta orientación sobre los componentes terapéuticos que deben integrarse en los protocolos de intervención para la atención de este trastorno. Es en este sentido que las estrategias cognitivo-conductuales, como la solución de problemas (Vancappel *et al.*, 2021) o el entrenamiento en asertividad pueden resultar útiles (*cf.* Roldán *et al.*, 2014).

Pese a que estos resultados son prometedores, no deben pasarse por alto sus limitaciones. En primer lugar, es necesario reconocer la naturaleza de la muestra, que fue reclutada por conveniencia a través de redes sociales, procedimiento que impide el control de ciertas variables que influyen en su representatividad, por lo que la generalización de los resultados al contexto sociocultural mexicano debe tomarse con cautela. Adicionalmente, sería interesante replicar los hallazgos en población clínica con trastorno adaptativo, o bien diferenciar los resultados dependiendo del tipo de estresor asociado a la respuesta desadaptativa. En este orden de ideas, vale la pena tener en cuenta que la Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2021) reveló que los eventos que producen más estrés en los mexicanos fueron la experiencia de violencia en el núcleo familiar, la ruptura del mismo, los problemas de pareja y los problemas económicos. En futuros estudios sería pertinente conocer el comportamiento de la escala específicamente en una población que haya experimentado este tipo de estresores.

En conclusión, los resultados permiten afirmar que, en el contexto mexicano, la sintomatología del TA, evaluada con el ADNM-20, está representada como una sola entidad diagnóstica, lo que se ve reflejado en una versión de la escala con estructura unifactorial, cuya consistencia interna y validez convergente son adecuadas. Por tanto, una aportación importante del presente análisis radica en que es el primer estudio de validación en población mexicana de un instrumento de evaluación del TA que sigue los lineamientos de la conceptualización más reciente de la CIE-11. Por otra parte, estos hallazgos también son relevantes porque el TA es un trastorno altamente asociado con

el riesgo y comportamiento suicida, así como con el deterioro ocupacional (Casey *et al.*, 2015; Morgan *et al.*, 2022). Disponer, por tanto, de instrumentos que hagan posible su detección es fundamental en los diferentes contextos de prevención, más aún si se tiene en cuenta que en años recientes se ha observado en México una tendencia al alza del suicidio consumado (INEGI, 2024). Finalmen-

te, en el país no se han llevado a cabo estudios epidemiológicos que consideren la medición del TA; por tanto, la validación del ADNM-20 puede constituir un primer paso para dirigir los esfuerzos a obtener más información sobre las particularidades de este trastorno en México y las necesidades que en el ámbito de la salud mental se derivan del mismo.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo fue efectuado gracias al financiamiento del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), Beca Nacional CONACYT. CVU: 926236. Número de apoyo: 72954.

Citación: Reyes-Torres, F.G., Cárdenas-López, G. y 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>

REFERENCIAS

- Almanza M., J. de J., Juárez I., R., Silva O., J. y De la Huerta S., R. (2010). Trastornos adaptativos en pacientes con cáncer. *Anales Médicos*, 55(1), 15-23. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2010/bc101c.pdf>
- Alvarado E., C., Sifuentes A., A. y Salas M., C. (2015). Adjustment disorder in pregnant women: prevalence and correlates in a northern Mexican city. *Journal of Clinical Medicine Research*, 7(10), 775-780. Doi: 10.14740/jocmr2275w
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V* (5ª ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- Bachem, R. y Casey, P. (2018). Adjustment disorder: A diagnosis whose time has come. *Journal of Affective Disorders*, 227, 243-253. Doi: 10.1016/j.jad.2017.10.034
- Baumeister, H. y Kufner, K. (2009). It is time to adjust the adjustment disorder category. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(4), 409-412. Doi: 10.1097/YCO.0b013e32832cae5e
- Ben-Ezra, M., Mahat-Shamir, M., Lorenz, L., Lavenda, O. y 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. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.05.011
- Blevins, C.A., Weathers, F.W., Davis, M.T., Witte, T.K. y Domino, J.L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489-498. Doi: 10.1002/jts.22059
- Carmines, E.G. y McIver, J.P. (1981). Analyzing models with unobserved variables. En G. Bohrnstedt y E. Borgatta (Eds.): *Social measurement: Current issues* (pp. 63-167). Sage.
- Carta, M.G., Balestrieri, M., Murru, A. y Hardoy, M.C. (2009). Adjustment disorder: Epidemiology, diagnosis and treatment. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 5(15), 1-15. Doi: 10.1186/1745-0179-5-15
- Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100. Doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Casey, P., Jabbar, F., O'Leary, E. y Doherty, A. (2015). Suicidal behaviors in adjustment disorder and depressive episode. *Journal of Affective Disorders*, 174, 441-446. Doi: 10.1016/j.jad.2014.12.003
- Dobricki, M., Komproe, I.H., de Jong, J.T.V.M. y Maercker, A. (2010). Adjustment disorders after severe life-events in four post-conflict settings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(1), 39-46. Doi: 10.1007/s00127-009-0039-z
- Durón F., R., Cárdenas L., G., Castro C., J. y De la Rosa G., A. (2019). Adaptación de la Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5 en Población Mexicana. *Acta de Investigación Psicológica*, 9(1), 26-36. Doi: 10.22201/ipsi.20074719e.2019.1.03
- Einsle, F., Köllner, V., Dannemann, S. y Maercker, A. (2010). Development and validation of a self-report for the assessment of adjustment disorders. *Psychology, Health and Medicine*, 15(5), 584-595. Doi: 10.1080/13548506.2010.487107

- Glaesmer, H., Romppel, M., Brähler, E., Hinz, A. y Maercker, A. (2015). Adjustment disorder as proposed for ICD-11: Dimensionality and symptom differentiation. *Psychiatry Research*, 229(3), 940-948. Doi: 10.1016/j.psychres.2015.07.010
- Horowitz, M.J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G.A., Milbrath, C. y Stinson, C.H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorders. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 904-910. Doi: 10.1176/ajp.154.7.904
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021). *Encuesta Nacional de Bienestar autorreportado (ENBIARE)*. México: INEGI. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/programas/enbiare/2021/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2024). *Estadísticas a propósito del Día Mundial del Suicidio*. México: INEGI. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2024/EAP_Suicidio24.pdf
- Liang, L., Ben-Ezra, M., Chan, E., Liu, H., Lavenda, O. y Hou, W.K. (2021). Psychometric evaluation of the Adjustment Disorder New Module-20 (ADNM-20): A multi-study analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 81, 1-9. Doi: 10.1016/j.janxdis.2021.102406
- Lorenz, L., Ho, G.W.K., Chan, A.C.Y., Bressington, D.T., Chien, W.T., Shevlin, M., Hyland, P., Maercker, A. y Karatzias, T. (2020). Translation and psychometric evaluation of the Chinese Adjustment Disorder-New Module 20. *International Journal of Mental Health*, 49(2), 170-185. Doi: 10.1080/00207411.2019.1684687
- Lorenz, L., Hyland, P., Perkonig, A. y Maercker, A. (2018). Is adjustment disorder unidimensional or multidimensional? Implications for ICD-11. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 27(1), 1-8. Doi: 10.1002/mpr.1591
- Lorenz, L., Lorenz, L., Bachem, R.C. y Maercker, A. (2016). The Adjustment Disorder-New Module 20 as a screening instrument: Cluster analysis and cut-off values. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 7, 215-220. Doi: 10.15171/ijoem.2016.775
- Maercker, A., Einsle, F. y Köllner, V. (2007). Adjustment disorders as stress response syndromes: A new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathology*, 40(3), 135-146. Doi: 10.1159/000099290
- McDonald, R.P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Morán, C., Landero, R. y González, M. (2010). COPE-28: Un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9, 543-552.
- Morgan, M.A., Spanovic Kelber, M., Bellanti, D.M., Beech, E.H., Boyd, C., Galloway, L., Ojha, S., Garvey W., A.L., Otto, J. y Belsher, B.E. (2022). Outcomes and prognosis of adjustment disorder in adults: a systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 156, 498-510. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2022.10.052
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*. Meditor.
- Ponizovsky, A.M., Levov, K., Schultz, Y. y Radomislensky, I. (2011). Attachment insecurity and psychological resources associated with adjustment disorders. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 81(2), 265-276. Doi: 10.1111/j.1939-0025.2011.01095.x
- Quero, S., Mor, S., Molés, M., Rachyla, I., Baños, R.M. y Botella, C. (2019). Exploring the assessment of adjustment disorders: Differences between a general and a clinical sample. *Psicothema*, 31(1), 17-23. Doi: 10.7334/psicothema2018.159
- Rachyla, I. (2018). *Desarrollo y validación de un programa de tratamiento online para los trastornos adaptativos* (Tesis doctoral). Facultad de Psicología de la Universitat Jaume I, España.
- Reed, G.M., Correia, J.M., Esparza, P., Saxena, S. y Maj, M. (2012). The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification. *Postepy Psychiatrii i Neurologii*, 10(2), 118-131. Doi: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00034.x
- Roldán, G.M., Salazar, I.C. y Garrido, L. (2014). La asertividad y la salud de familiares cuidadores de pacientes con trastornos mental grave. *Psicología Conductual*, 22(3), 501-521.
- Tang, H., Xiong, H., Deng, L., Maercker, A., Zhang, J. y Meng, H. (2020). Psychometric properties of the Chinese version of adjustment disorder new module-20 in breast cancer patients. *BMC Psychology*, 8(1), 120-128. Doi: 10.1186/s40359-020-00494-2
- Vancappel, A., Jansen, E., Bachem, R., Bray, A., Egretau, L., Réveillère, C., Maercker, A. y El-Hage, W. (2021). Validation of the French ADNM-20 in the assessment of emotional difficulties resulting from COVID-19 quarantine and outbreak. *BMC Psychology*, 9(1), 171-180. Doi: 10.1186/s40359-021-00683-7
- Weathers, F., Litz, B., Keane, T., Palmieri, P., Marx, B. y Schnurr, P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). *The National Center for PTSD*. Recuperado de <http://www.ptsd.va.gov>
- World Health Organization (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*. Recuperado de <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>
- Zelviene, P. y Kazlauskas, E. (2018). Adjustment disorder: Current perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 375-381. Doi: 10.2147/NDT.S121072
- Zelviene, P., Kazlauskas, E., Eimontas, J. y Maercker, A. (2017). Adjustment disorder: Empirical study of a new diagnostic concept for ICD-11 in the general population in Lithuania. *European Psychiatry*, 40, 20-25. Doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.06.009