

PROCESO DE ELABORACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE AUTOINFORME SOBRE PROBLEMAS CLÍNICOS COOCURRENTES AL AUTISMO SIN DISCAPACIDAD INTELECTUAL ASOCIADA

Process of Developing a Self-Report Questionnaire on Clinical Problems Co-Occurring with Autism without Intellectual Disability

Marta DANÉS HENRÍQUEZ¹

Universidad Autónoma de Madrid. España

marta.danes@estudiante.uam.es

<https://orcid.org/0000-0002-8987-370X>

Mercedes BELINCHÓN CARMONA

Universidad Autónoma de Madrid. España

mercedes.belinchon@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-5367-279X>

María SOTILLO MÉNDEZ

Universidad Autónoma de Madrid. España

maria.sotillo@uam.es

<https://orcid.org/0000-0002-9602-9216>

Recepción: 19 de mayo de 2023

Aceptación: 29 de mayo de 2024

RESUMEN: La alta prevalencia de problemas clínicos de salud mental que presentan las personas diagnosticadas de Trastorno del Espectro del Autismo sin Discapacidad Intelectual asociada (TEA-noDI) evidencia la necesidad de dotar, a estas personas y a los profesionales que trabajan en este ámbito, de instrumentos de detección fáciles

1 Autora de correspondencia.

de administrar. La elaboración de instrumentos así exige cautelas específicas dadas las características cognitivas y lingüísticas de estas personas. En este artículo se detallan las primeras fases de elaboración de un cuestionario de autoinforme para detectar posibles problemas clínicos asociados para ejemplificar un posible método a seguir en estos casos. Se espera así facilitar que otros investigadores y profesionales puedan desarrollar instrumentos de este tipo que, con bajo coste, faciliten la atención profesional a unos problemas que, como expresa el propio colectivo de personas diagnosticadas de TEA-noDI, pueden limitar su calidad de vida más que el TEA en sí.

PALABRAS CLAVE: Trastorno del espectro del autismo sin discapacidad intelectual; problemas clínicos asociados; autoinforme.

ABSTRACT: High prevalence of clinical comorbid problems in mental health in people with Autism Spectrum Disorder without Intellectual Disability associated (ASD-noID) evidences the need to provide them and the professionals who work in the field an easy-to-administer detection tool. The development of such a tool requires specific precautions due to the cognitive and linguistic characteristics of them. This paper shows the first phases of developing a self-report tool to detect possible clinical comorbidity problems to exemplify a possible method to follow in these cases. The objective is to facilitate researchers and professionals to develop this type of tools, which, at low cost, improve professional attention to problems that, as expressed by people with ASD-noID themselves, can limit their quality of life more than ASD itself.

KEY WORDS: Autism spectrum disorder without intellectual disability; clinical comorbidity problems; self-report.

1. Introducción

El Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo cuyas características principales son dificultades en la comunicación y en la interacción social en múltiples contextos, y patrones atípicos de actividad que incluyen fuerte dependencia de rutinas, alta sensibilidad a los cambios, intereses centrados en unos pocos temas, dificultad para pasar de una actividad a otra, gran atención a los detalles, reacciones poco habituales a las sensaciones y otros. Por lo general, estas conductas comienzan a observarse en la primera infancia, pero a menudo el TEA no se diagnostica hasta más tarde (APA, 2013; OMS, 2023).

Las personas diagnosticadas de TEA muestran una probabilidad de presentar problemas clínicos asociados mayor que la población general (Sindermann *et al.*, 2019). Por problemas clínicos asociados nos referimos aquí a los trastornos o problemas de salud mental que dificultan o interfieren el funcionamiento de estas personas en su vida cotidiana. Aproximadamente el 70 % de las personas diagnosticadas de TEA ha recibido al menos un diagnóstico comórbido y el 40 % dos o más (APA, 2013). En el subgrupo de personas diagnosticadas de TEA sin discapacidad intelectual asociada o sin déficit intelectual (CI < 70) ni trastorno del lenguaje (en adelante, TEA-noDI) los problemas clínicos más prevalentes son la ansiedad (en especial, las fobias específicas, la ansiedad social y la agorafobia), la depresión y el trastorno por

déficit de atención con hiperactividad (TDAH). También se han documentado en este colectivo trastorno obsesivo compulsivo (TOC); alteraciones del sueño; problemas de conducta; tics; trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; problemas de adicciones; pensamientos autolíticos; sintomatología hipochondriaca, y trastornos de la alimentación, el peso y la imagen (Caamaño *et al.*, 2013; Gillberg *et al.*, 2016; Lugnegård *et al.*, 2011; Margari *et al.*, 2019).

La coocurrencia de estos problemas con el TEA-noDI varía en función de la edad y del sexo, si bien los estudios disponibles a este respecto son todavía escasos y, con frecuencia, presentan sesgos (p. e., más participantes varones que mujeres, lo que obvia el cada vez más reconocido infradiagnóstico de TEA en mujeres y sus posibles causas) (Young *et al.*, 2018). Las mayores diferencias evolutivas se observan entre los 16-20 años y los 21-35 años, sobre todo en los llamados “problemas internalizantes” (ansiedad, depresión y somatizaciones), que aumentan con la edad (Ghaziuddin, 2005; Margari *et al.*, 2019; Vidriales *et al.*, 2023). Por otro lado, los varones suelen presentar más conductas hiperactivas y oposicionistas desafiantes, TOC, tics, trastornos del espectro de la esquizofrenia y sintomatología paranoide. Las mujeres tienden a presentar más sintomatología depresiva y ansiosa, problemas de sueño y trastornos alimentarios (en especial, anorexia) (Gillberg *et al.*, 2016; Margari *et al.*, 2019; Rynkiewicz *et al.*, 2019). Analizando los factores edad y sexo de forma conjunta, se reducen las diferencias por sexo según aumenta la edad (por ejemplo, en frecuencia de TDAH) (De Giambattista *et al.*, 2021; Rong *et al.*, 2021). Las diferencias alcanzan su punto máximo a la edad de diez años, pero disminuyen con el paso del tiempo (Rynkiewicz *et al.*, 2019).

En los últimos años, se ha registrado un incremento en el número de personas adultas diagnosticadas de TEA-noDI, en muchos casos porque reciben diagnósticos tardíos (Bargiela *et al.*, 2016; Lugo-Marín *et al.*, 2019). La correlación positiva entre diagnóstico tardío del TEA y problemas comórbidos de salud mental ha sido confirmada en diversos trabajos (p. e. Hosozawa *et al.*, 2021), reforzando la importancia de detectar y atender cuanto antes tales problemas.

Algunas de las conductas psicopatológicas asociadas pueden confundirse fácilmente con síntomas criterios para el diagnóstico del TEA, lo que entorpece tanto su identificación como su manejo profesional (Maisel *et al.*, 2016; Nieto, 2022; South y Rodgers, 2017). Por ejemplo, algunas preocupaciones o rituales, como dar vueltas a una mesa o tener que subir por una determinada escalera en el centro de trabajo, pueden confundirse con las obsesiones o compulsiones características del TOC. Otro ejemplo son las estereotipias, como frotarse las manos, que pueden confundirse con tics motores (Kerns *et al.*, 2021; Rodgers *et al.*, 2016; Scahill y Challa, 2016).

Consecuentemente, surge la necesidad de contar con instrumentos fiables que permitan detectar la posible presencia de estos y otros problemas clínicos, dado su potencial impacto negativo sobre la vida cotidiana de las personas diagnosticadas de TEA-noDI (Lugo-Marín *et al.*, 2019).

De cara a diseñar esos instrumentos, resulta importante conocer las peculiaridades cognitivas y lingüísticas que limitan la percepción que estas personas tienen de su propio malestar, y que, por ende, dificultan también que otras personas

detecten las posibles comorbilidades (Nieto, 2022; Nylander y Gillberg, 2001). Entre esas peculiaridades cabe destacar dificultades para reconocer, categorizar y expresar las experiencias psicológicas subjetivas; dificultades para reconocer, categorizar y expresar sentimientos y emociones (alexitimia); sesgo del procesamiento hacia los detalles; dificultades para integrar información de diversas fuentes; y limitaciones para comprender conceptos abstractos y expresiones no literales (Frith, 1989; Martín-Borreguero, 2004; Mazefsky *et al.*, 2011). Por todo ello, los instrumentos de evaluación clínica validados con personas con desarrollo neurotípico pueden no ser útiles para las personas diagnosticadas de TEA, incluidas las personas diagnosticadas de TEA-noDI (Lugo-Marín *et al.*, 2019; Rodgers *et al.*, 2020).

En otro orden de cosas, cabe destacar que los padres o profesores son quienes suelen informar de los comportamientos problemáticos de sus familiares adolescentes o adultos diagnosticados de TEA (Ben-Sasson *et al.*, 2019). Sin embargo, algunos estudios han comprobado un sesgo en los padres que amplifica la gravedad de algunos de los problemas clínicos de sus hijos y que subestima otros (Bitsika y Sharpley, 2014; Blakeley-Smith *et al.*, 2012; Escandell *et al.*, 2016; Micai *et al.*, 2021). Por esta y otras razones, cada vez más estudios emplean instrumentos de autoinforme, demostrando, además, que son herramientas adecuadas y válidas también para personas diagnosticadas de TEA-sDI (Jennes-Coussens *et al.*, 2006; Ozsvadjian *et al.*, 2014; Posserud *et al.*, 2013).

Las herramientas de autoinforme presentan ventajas respecto a otros formatos de evaluación clínica: una es su versatilidad para evaluar el comportamiento, los pensamientos y las emociones de forma fácil, rápida, fiable y rentable. Otras son su practicidad y el ahorro de tiempo para acceder a la información y a muestras amplias (Baldwin, 1999; Echeburúa, 1996; Echeburúa *et al.*, 2003). Además, un metaanálisis reciente confirmó que las personas diagnosticadas de TEA-noDI reportan autoinformes que coincidan con las valoraciones de sus padres, lo que permite descartar que, como grupo, sean menos capaces de autoevaluarse que las personas con desarrollo normotípico (Danés *et al.*, 2023). Tanto este estudio como otros han encontrado un alto grado de acuerdo entre la valoración de la sintomatología psicológica autoinformada por las personas diagnosticadas de TEA-noDI y la informada por sus progenitores en categorías tales como ansiedad general y ansiedad social (Kaat y Lecavalier, 2015; Ozsvadjian *et al.*, 2014; Swain *et al.*, 2015). Sin embargo, el estudio de Danés *et al.* (2023) reveló también que el grado de acuerdo entre auto- y heteroinformantes varía según la categoría clínica evaluada, lo que, a nivel estadístico, no sólo obliga a tener en cuenta las correlaciones entre auto- y heteroinformantes, sino también las diferencias de medias.

Por otra parte, diversos estudios previos señalan que las personas diagnosticadas de TEA-noDI generalmente evitan ir a los servicios de salud mental por iniciativa propia para comunicar sus problemas (Belinchón *et al.*, 2008; Micai *et al.*, 2021; Vidriales *et al.*, 2023). Paralelamente, se da una escasez de recursos especializados en la atención a la salud mental de estas personas, junto a una demanda de mayor conocimiento y atención por parte de los profesionales sanitarios (Lugo-Marín *et al.*, 2019; Micai *et al.*, 2021).

Aunque la detección de estas necesidades no es nueva (Belinchón *et al.*, 2008), no hay apenas herramientas de autoinforme que permitan identificar problemas clínicos asociados al TEA, especialmente en español. En inglés, hemos identificado 40 pruebas que se han utilizado con personas diagnosticadas de TEA-noDI para evaluar su calidad de vida y problemas como ansiedad, depresión, TDAH, TOC, trastornos alimentarios y otros, evaluando a veces varios problemas al mismo tiempo. De estas 40 pruebas, 24 están adaptadas al castellano (véase Tabla 1 del material suplementario), pero sólo 4 se diseñaron originalmente para población diagnosticada de TEA (Helverschou *et al.*, 2009; Karlsson *et al.*, 2013; Park *et al.*, 2020; Rodgers *et al.*, 2016, 2020). Además, ninguna de estas cuatro pruebas se dirige a adultos. Hasta donde llega nuestro conocimiento, únicamente hay una herramienta traducida al castellano y validada en su versión original en población diagnosticada de TEA infanto-juvenil (11-15 años): es la *Revised Children's Anxiety and Depression Scale* (RCADS) de Chorpita *et al.* (2005) (versión en castellano de Sandín *et al.*, 2009; versión original validada con población diagnosticada de TEA por Sterling *et al.*, 2015). También, se ha validado con población diagnosticada de TEA la versión española de la “Escala de ansiedad para niños con TEA”, aunque sólo en su versión para padres (Beneytez-Barroso *et al.*, 2020) [versión original *Anxiety Scale for Children with Autism Spectrum Disorder* (ASC-ASD) Rodgers *et al.*, 2016].

Visto lo anterior, resulta obvia la necesidad de contar con más instrumentos en español, especialmente de autoinforme, que faciliten identificar los posibles problemas clínicos asociados de personas adultas diagnosticadas de TEA-noDI. Sin embargo, la elaboración de un instrumento así implica un proceso complejo. A continuación, detallaremos los pasos que hemos seguido para elaborar un instrumento de este tipo con el fin de estimular el desarrollo de otras iniciativas en esta línea.

2. Objetivo

El objetivo del presente artículo es presentar el proceso seguido para diseñar una prueba de autoinforme específicamente dirigida a la detección de problemas clínicos de salud mental asociados en adolescentes y adultos jóvenes diagnosticados de TEA-noDI: el cuestionario *Autoinforme sobre Problemas Clínicos asociados al TEA-noDI* (en adelante, *APC-TEA-noDI*). La descripción de dicho proceso permitirá comentar las cautelas metodológicas que deben tenerse en cuenta para que pruebas así resulten, además de válidas, comprensibles y fáciles de cumplimentar por los destinatarios.

3. Método de elaboración del APC-TEA-no DI

La elaboración del *APC-TEA-no DI* siguió las cuatro etapas propuestas por Pérez y Carretero-Dios (2005): (1) identificación de subescalas; (2) elaboración de ítems; (3) análisis de la versión preliminar del instrumento-exploración inicial; y (4) análisis de la estructura interna y confiabilidad de la versión final del instrumento-exploración final.

En este artículo se comentarán únicamente las tres primeras etapas. En ellas, como se verá, participaron dos grupos de informantes privilegiados: expertos especializados en la atención, investigación y docencia universitaria sobre el TEA-noDI (etapas 1 y 2) y personas que habían recibido previamente este diagnóstico (etapa 3) (Pellicano *et al.*, 2022). La metodología seguida contó con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid (CEI-103-1985).

3.1. *Etapas 1: Identificación de subescalas*

Para identificar las clases de problemas e indicadores a incluir en la nueva prueba se tomaron como punto de partida las propuestas derivadas por Belinchón *et al.* (2015) de dos tipos de fuentes: (1) la revisión exhaustiva de la literatura previa sobre la prevalencia de problemas clínicos de salud mental asociados en adolescentes y adultos diagnosticados de TEA-noDI, y (2) los juicios de un grupo de profesionales expertos en la atención clínica a este colectivo.

A continuación, las 19 categorías-problema propuestas por Belinchón *et al.* (2015) y sus correspondientes indicadores evaluables se contrastaron con los datos de prevalencia publicados con posterioridad a ese estudio (2016-2020), lo que obligó a introducir algunas modificaciones (véase Tabla 2 del material suplementario).

3.2. *Etapas 2: Elaboración de ítems preliminares*

3.2.1. Búsqueda de herramientas de autoinforme validadas en castellano que evalúan las categorías e indicadores seleccionados

Se buscaron a continuación herramientas de evaluación ya validadas en castellano, con buenas propiedades psicométricas tanto por prueba como por ítems, para que sirvieran como referencia en la redacción final de los ítems de nuestro autoinforme (véanse, en la Tabla 3 del material suplementario, por categorías, las herramientas identificadas, junto con el dato de su consistencia interna, coeficiente alfa de Cronbach). Además, se contrastó la formulación de estos ítems con la que propone el manual diagnóstico DSM-5 (APA, 2013) para los indicadores de las categorías-problema que habíamos seleccionado. De este modo, se redactó un primer conjunto de 51 ítems referidos a 17 categorías-problema.

3.2.2. Cautelas psicométricas adoptadas

Siguiendo las recomendaciones de Abad *et al.* (2011) respecto a la redacción de los ítems, se intentó mantener una complejidad lingüística apropiada para el grupo de personas al que se dirige, cuestión que más adelante comentaremos cómo se

logró. Además, se intentó reducir al máximo el tiempo de lectura de cada ítem, evitando un elevado número de palabras (Moreno *et al.*, 2004). Por otro lado, se atendió también la recomendación de que, en la medida de lo posible, los ítems se formulen en términos positivos y con verbos en tiempo presente. El contenido debe relacionarse con el dominio evaluado, evitando generalidades. Finalmente, también se intentaron minimizar la aquiescencia y otros sesgos psicométricos (Abad *et al.*, 2011).

Respecto al formato del cuestionario, se decidió elaborar un *test de rendimiento típico informatizado fijo*. En el trabajo de Abad *et al.* (2011), y en otros estudios se recomienda una media de 40/50 ítems por herramienta, además de opciones de respuesta de tipo elección múltiple gradual, sin límite de tiempo de realización del test y distribución *online* de la herramienta. Las ventajas del formato electrónico son su accesibilidad, inmediatez, ahorro de costes y de tiempo, que es sostenible con el medio ambiente y que utiliza un medio atractivo para las personas destinatarias (Baldwin, 1999; Echeburúa, 1996; Echeburúa *et al.*, 2003).

3.2.3. Juicios de expertos sobre los ítems preliminares

La relevancia de los 51 ítems preliminares para las categorías-problema seleccionadas (validez de contenido) y la facilidad de comprensión de los ítems para personas diagnosticadas de TEA-noDI fueron valoradas cuantitativa y cualitativamente por un panel de expertos en evaluación clínica e intervención con este colectivo.

3.2.3.1. Participantes

Para conformar el panel de expertos, se contactó con 16 profesionales titulados en Psicología o Psiquiatría (68.8 % mujeres), con entre 15 y 40 años de experiencia previa en la atención profesional, la investigación y/o la docencia universitaria sobre el TEA-noDI en los contextos en los que actualmente se diagnostican y tratan estos problemas (servicios vinculados a asociaciones de personas diagnosticadas de TEA y sus familiares, hospitales, gabinetes clínicos privados y equipos de orientación educativa).

La primera ronda (junio-julio 2018) aportó los juicios de 12 de esos expertos (63.6 % mujeres), de los cuales 11 desarrollan su actividad en España (6 en Comunidad de Madrid, 2 en País Vasco, 2 en Castilla y León y 1 en Andalucía) y 1 en Atlanta (EE. UU.). Para la segunda ronda (diciembre 2019-febrero 2020) el experto de Andalucía causó baja, sustituyéndolo un segundo profesional de Atlanta (EE. UU.). La participación de los/as profesionales fue voluntaria, consentida y desinteresada.

3.2.3.2. Procedimiento

Las/los expertas/os recibieron vía correo electrónico un documento con los 51 ítems preliminares en formato Word editable (Downing y Halaydana, 1997). En

primer lugar, se les solicitó que expresaran su *grado de acuerdo sobre la asignación* hecha de cada ítem a su respectiva categoría-problema siguiendo una escala Likert de 4 puntos (1 = “Nada de acuerdo”; 2 = Bastante en desacuerdo”; 3 = “Bastante de acuerdo”; 4 = “Muy de acuerdo”) que intentaba evitar el sesgo de la tendencia central-extrema. Si algún ítem obtenía una puntuación ≤ 2 , se les pedía que indicasen, a su juicio, con qué otra categoría (señalando cuál) se relacionaría mejor el ítem presentado. En segundo lugar, se les solicitó que juzgaran el *grado de facilidad de comprensión* que, en su opinión, tendrían los ítems para las personas diagnosticadas de TEA-noDI, siguiendo igualmente una escala de cuatro puntos (1 = “Nada fácil”; 2 = Algo fácil”; 3 = “Bastante fácil”; 4 = “Muy fácil”). A partir de las respuestas obtenidas, se realizaron algunas modificaciones, tanto en las categorías-problema como en la formulación de los ítems, solicitándose entonces al panel de expertos una segunda revisión. En esta segunda ronda, el listado, que se envió también por correo electrónico, incluía 14 categorías y 40 ítems.

3.2.3.3. Análisis estadísticos

Para el análisis descriptivo de las respuestas aportadas por los expertos en las dos rondas descritas se utilizaron el programa estadístico SPSS (versión 29) y la herramienta ofimática Microsoft Excel. Se calcularon frecuencia, porcentaje, media y desviación típica de las respuestas aportadas, así como un índice cuantitativo de validez de contenido (relevancia del ítem para la categoría). En concreto, se calcularon los valores V de Aiken (V_1 y $V_2 - \text{Aiken}$, 1980), las medias (M_1 y M_2) y las desviaciones típicas (DT_1 y DT_2) por ítem; las medias (M_1 y M_2) y las desviaciones típicas (DT_1 y DT_2) por categoría para cada ronda, y también los umbrales de exigencia de cada experto. Para las variables categóricas (“categoría clínica alternativa”) se calcularon la frecuencia y el porcentaje de cada propuesta.

3.2.3.4. Resultados

Se resumen en la Tabla 1 los juicios aportados por los expertos respecto a: (a) el grado de acuerdo sobre la categoría asignada a cada ítem; y (b) el grado de facilidad atribuida de comprensión (véase los resultados por ítem en Tabla 4 del material suplementario). Se comprobó que, en la primera ronda, una/uno de los expertos tendía a hacer juicios muy críticos ($M_1 = 2.20$) en comparación con el resto de los profesionales ($M_1 = 3.12$; $DT_1 = 0.44$) (efecto suelo). Esta persona no proporcionó la puntuación de 4 a ningún ítem y 26 de sus 51 juicios fueron inferiores a 3. Por ello, decidimos eliminar sus respuestas, quedándonos finalmente con los datos de los once expertos restantes del panel. En la segunda ronda, como ya se ha dicho, uno de estos expertos no pudo participar por motivos personales y fue sustituido por otro experto, por lo que el panel siguió constando de once personas. En esta segunda ronda no se detectaron efecto techo ni efecto suelo en las respuestas de ninguno de los participantes.

TABLA I. Comparativa entre la primera y la segunda versión del panel de expertos

Categoría	N.º ítems₁	Media acuerdo categoría₁	Media comprensión atribuida₁	N.º ítems₂	Media acuerdo categoría₂	Media comprensión atribuida₂
1. Ansiedad	7	3.7	3.4	7	3.7	3.5
2. Depresión	6	3.5	3.1	6	3.5	3.3
3. Impulsos	4	2.9	2.3	4	3.6	2.9
4. Abuso escolar	4	3.7	3.4	-	-	-
5. Alteración sensorial	3	3.7	3.5	3	3.8	3.6
6. Sueño	2	3.6	3.5	2	3.8	3.7
7. TOC	4	3.3	2.7	4	3.6	3.1
8. Atención	2	3.4	2.8	1	3.9	3.9
9. Agitación	3	3	3.4	2	3.4	2.8
10. Personalidad paranoide	2	3.3	2.8	1	3.1	3.1
11. Hipocondría	2	3.3	2.2	2	3.7	3.4
12. Adaptación	1	2.3	3.4	-	-	-
13. Autolíticos	2	3.7	3.4	2	3.7	3.4
14. Actividad general	2	3.1	2.8	-	-	-

TABLA I. Comparativa entre la primera y la segunda versión del panel de expertos (continuación)

Categoría	N.º ítems₁	Media acuerdo categoría₁	Media comprensión atribuida₁	N.º ítems₂	Media acuerdo categoría₂	Media comprensión atribuida₂
15. Alimentación	3	2.9	3.1	3	3.6	3.4
16. Adicciones	2	3.2	2.9	2	3.5	3.6
17. Trastorno psicótico	2	3.5	2.8	1	3.9	3.2
Total	51	3.3	3	40	3.6	3.4

Nota 1. Subíndice 1: Puntuación obtenida en la primera revisión del panel de expertos; Subíndice 2: Puntuación obtenida en la segunda revisión del panel de expertos.

Nota 2. Véase apartado 3.1.2 para nombre completo de las categorías.

Nota 3. Véase Tabla 4 del Material Suplementario para índices de validez de contenido y relevancia por ítem. Promedio de 3 se asocia con una V = 0,67 y de 3,5 con una V = 0,83.

(a) Juicios sobre la categoría asignada al ítem: resultados

Como recoge la Tabla 1, durante la *primera ronda de juicios de los expertos*, las puntuaciones medias mínima ($Mín_1$) y máxima ($Máx_1$) respecto al grado de acuerdo de los ítems con la categoría fueron 2.9 y 3.7 respectivamente. Específicamente, 44 de los 51 ítems obtuvieron una puntuación por encima de 3 (promedio de grado de acuerdo de los ítems = 3.3; $V = 0.77$), lo que muestra el alto nivel de acuerdo de los expertos respecto a la relevancia del ítem para la categoría propuesta ($M = 3$ se asocia con una $V \geq 0.67$). Un 85 % de las respuestas dadas a los ítems obtuvo valores iguales o superiores a 3. En esta primera ronda, algunos expertos sugirieron tener especial cuidado en la interpretación inadecuadamente literal que podían hacer las personas diagnosticadas de TEA de algunos ítems. Atendiendo esta sugerencia, se reformuló uno de los ítems de la categoría depresión. Además de los valores medios inferiores a 2.5, cuando dos o más expertos puntuaban con un 1 el grado de acuerdo/entendimiento de los ítems éstos se eliminaban. Esta segunda casuística se dio en las categorías de abuso escolar o laboral y en actividad general. Únicamente se obtuvieron valores por debajo de 2.5 en adaptación (2.3 en grado de acuerdo). Además, en esta categoría seis expertos consideraron que dicho ítem debía pertenecer a la categoría *ansiedad*.

Durante la *segunda ronda*, las puntuaciones medias mínima ($Mín_2$) y máxima ($Máx_2$) sobre el grado de acuerdo con la categoría subieron a 3.1 y 3.9 respectivamente. En esta segunda ronda, 39 de los 40 ítems obtuvieron una puntuación superior a 3 y 31 ítems alcanzaron una media superior a 3.5 ($V = 0.83$). Además, un 92 % de las respuestas obtuvo valores iguales o superiores a 3 ($V = 0.67$), con un incremento porcentual de 7 puntos respecto a la primera ronda. En esta ocasión se mantuvieron los mismos criterios de exclusión de ítems.

(b) Juicios sobre la facilidad de comprensión atribuida a los ítems: resultados

En la *primera ronda de juicios*, 18 ítems obtuvieron en esta medida una puntuación media igual o superior a 3.5 [promedio de grado de entendimiento de los ítems es 3.03 ($V = 0.67$)]; el 74 % de las respuestas obtuvo valores promedio iguales o superiores a 3.

En la *segunda ronda*, 21 ítems obtuvieron una puntuación media igual o superior a 3.5 ($V = 0.83$), lo que igualmente supuso una mejora de las puntuaciones respecto a las otorgadas a la primera versión de los ítems (ver de nuevo Tabla 1). En esta revisión se dio un incremento porcentual de 11 puntos y se obtuvo un 92 % de las respuestas con valores iguales o superiores a 3.

3.2.3.5. Cambios en los ítems derivados de los juicios del panel de expertos

Las contribuciones de los expertos en las dos rondas descritas más arriba supusieron reformulación, escasa modificación, eliminación y/o mantenimiento de ítems. Se pueden ver ejemplos de la evolución de ítems de diversas categorías en la Tabla 2.

TABLA 2. Ejemplos de evolución de ítems preliminares en las dos rondas de juicios del panel de expertos

Categoría	Escala de referencia	Ítem para primera ronda	Ítem para segunda ronda
Ansiedad	A partir del factor social de la escala <i>Anxiety Sensivity Index</i> (ASI-3; Taylor <i>et al.</i> , 2007; versión española por Sandín <i>et al.</i> , 2007), se propone una variación del n.º 11: “Tengo miedo a sonrojarme delante de la gente”.	“Tengo miedo a las situaciones sociales”.	“Tengo miedo o rechazo a situaciones sociales con grupos conocidos o con grupos desconocidos”.
Depresión	Se propone una variación del ítem n.º 11 del <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI-II Beck y Steer, 1987) traducido al castellano (Sanz <i>et al.</i> , 2003): “He perdido el interés por las cosas”.	“He perdido el interés por las cosas”.	“He dejado de disfrutar con cosas que antes disfrutaba”.

Nota 1. Se recogen las referencias de las escalas utilizadas en la Tabla 3 del Material Suplementario.

Tras la *primera ronda de juicios del panel de expertos* (sobre 51 ítems y 17 categorías) se reformularon completamente 18 ítems. Además, se realizó una escasa adición, sustitución o eliminación de términos en 16 de los 51 ítems. Por otro lado, se eliminaron 11 ítems por los bajos resultados obtenidos y la posibilidad de que hubiese diferentes interpretaciones del enunciado. En definitiva, sólo se mantuvieron sin cambios 13 de los 51 ítems preliminares.

Tras la *segunda ronda* (sobre 40 ítems y 14 categorías) se reformularon 7 ítems, se eliminaron 6 y se mantuvieron 27. Así, tras esta segunda ronda, quedaron seleccionados finalmente 34 ítems agrupados en 11 categorías (se presentan éstas en la Tabla 4 y 5 del material suplementario ordenadas según la prevalencia encontrada en la literatura previa sobre TEA-noDI).

3.3. *Etapas 3: Versión preliminar del cuestionario-exploración inicial con personas diagnosticadas de TEA-noDI*

La tercera etapa del proceso de elaboración del APC-TEA-no DI consistió en aplicar a un grupo de personas adultas con diagnóstico previo de TEA-noDI una versión informatizada del cuestionario compuesto por los ítems y categorías elaborados en las etapas anteriores. A esta versión del autoinforme (34 ítems y 11 categorías-problema) se le añadieron 3 ítems de *control atencional* para asegurar que los

participantes no se distraían mientras realizaban la tarea (algo bastante frecuente en la población estudiada) (Abad *et al.*, 2011; Lugo-Marín *et al.*, 2019).

Así, el cuestionario quedó conformado por un total de 37 ítems y 12 categorías (siendo la duodécima la categoría “Control atencional”). La tarea de autoinforme consistió en valorar la frecuencia con la que las personas habían experimentado durante los seis últimos meses los síntomas recogidos en los 34 ítems, mediante una escala de cuatro puntos (1 = “Nunca”; 2 = “Algunas veces”; 3 = “Muchas veces”; 4 = “Siempre”). Además, se incluyeron otras dos opciones de respuesta: 5 = “No sé (NS)” y 6 = “No quiero contestar (NC)”. Por su parte, los ítems de la escala de control atencional tenían como enunciado “Si estás leyendo esta pregunta marca la opción de respuesta ‘Muchas veces’ (ítem 1), ‘Nunca’ (ítem 2) y ‘Siempre’ (ítem 3)”.

Por otro lado, a esta versión preliminar de la prueba se le añadieron preguntas sobre datos sociodemográficos y de salud (edad cronológica, edad del diagnóstico, nivel de estudios, sexo biológico y género autoinformado, tratamientos farmacológicos e intervenciones clínicas recibidos).

El propósito de esta tercera etapa fue realizar un pilotaje para comprobar si: (a) los ítems y opciones de respuesta se comprendían; (b) algún ítem resultaba incómodo o no se quería contestar; (c) las preguntas y posibles respuestas sobre las variables sociodemográficas se comprendían; y (d) qué opinión general merecía la prueba (extensión, dificultad...).

3.3.1. Participantes

Se contó con la participación voluntaria y desinteresada de ocho personas diagnosticadas de TEA-noDI de entre 19 y 33 años de edad (50 % mujeres; $M_{\text{edad}} = 26$ años y 2 meses; $DT_{\text{edad}} = 4$ años y 11 meses; 75 % cisgénero autorreportado). La edad promedio del diagnóstico era de 15 años y 4 meses ($DT = 6$ años y 6 meses). En todos los casos, se recabó por escrito el consentimiento informado, tras serles explicados el propósito y las características de este pilotaje.

Se contactó con estas personas entre septiembre y diciembre de 2022 a través de las entidades Asociación Asperger Madrid ($n = 7$) y Ubica-TEA de Madrid ($n = 1$). Todas las personas participantes declararon estar recibiendo tratamiento psicológico y farmacológico, pero no se les pidió información sobre los motivos de esos tratamientos. Todas estaban estudiando o habían estudiado cursos superiores a la ESO (Formación Profesional: 3/8; Grado Universitario: 4/8; y Máster: 1/8). Es reseñable que la edad del diagnóstico resultó superior en las mujeres, mientras que la edad cronológica fue algo superior en los hombres (véase Tabla 3).

3.3.2. Procedimiento

Las personas participantes en esta fase del pilotaje completaron el cuestionario antes descrito a través de la plataforma Qualtrics Software, siempre en presencia de una de las investigadoras (M. D.).

TABLA 3. Análisis descriptivo de las variables edad cronológica y edad del diagnóstico TEA

		Edad cronológica	Edad del diagnóstico
Hombre	Media Rango	28 años y 3 meses (DT = 4 años y 7 meses) De 22 a 33 años	13 años y 6 meses (DT = 6 años y 5 meses) De 4 a 18 años
Mujeres	Media Rango	23 años y 4 meses (DT = 4 años y 6 meses) De 19 a 28 años	17 años y 8 meses (DT = 7 años y 1 mes) De 10 a 24 años

Al terminar la tarea, la investigadora presente preguntaba brevemente a cada participante sobre la extensión, la dificultad y la comodidad del autoinforme cumplimentado. Las tres preguntas tenían una escala de respuesta cerrada de cinco puntos (*Extensión*: 1 = “Nada largo”; 2 = “Un poco largo”; 3 = “Ni largo ni corto”; 4 = “Bastante largo”; 5 = “Muy largo”; *Dificultad*: 1 = “Nada fácil”; 2 = “Un poco fácil”; 3 = “Ni fácil ni difícil”; 4 = “Bastante fácil”; 5 = “Muy fácil”; *Comodidad*: 1 = “Nada incómodo”; 2 = “Un poco incómodo”; 3 = “Ni cómodo ni incómodo”; 4 = “Bastante incómodo”; 5 = “Muy incómodo”).

3.3.3. Análisis estadísticos

Sobre los datos aportados por este grupo se realizaron los mismos análisis estadísticos que en la fase del panel de expertos. Se calcularon las medias (M) y las desviaciones típicas (DT) de las variables cuantitativas (extensión, dificultad y comodidad). Para las variables categóricas (opciones de respuesta “No sé” o “No quiero responder”) se utilizó la frecuencia. Además, se revisaron los comentarios abiertos de las personas participantes durante la tarea.

3.3.4. Resultados

Las personas participantes consideraron que la extensión del autoinforme fue “media”, otorgándole una puntuación promedio de 2.43 sobre 5 (DT = 0.79). La puntuación más alta fue 3 y la más baja 1, aunque la prueba se completó en un tiempo inferior al previsto: la duración media de la tarea fue de 13.33 minutos (DT = 3.44). Por otro lado, la tarea se consideró “fácil”, recibiendo una puntuación media de 4.14 sobre 5 (DT = 0.69). La puntuación más alta fue 5 y la más baja, en sólo un caso, fue 3. Finalmente, ningún participante declaró haberse sentido

incómodo o molesto durante la prueba (la puntuación media fue de 1, el mínimo de la escala de respuesta).

Con respecto al *análisis cualitativo* de los resultados, no se obtuvo ninguna respuesta de “No sé” o “No quiero contestar”. Todas las personas participantes preguntaron durante la realización de la tarea en directo o señalaron en la pregunta abierta la confusión que les generaban los ítems de control atencional, pero no hubo respuestas erróneas en estos tres ítems. Algunas de las personas participantes propusieron eliminarlos o aclarar mejor el enunciado. Por nuestra parte, interpretamos que estos ítems cumplieron su función de confirmar que la persona está concentrada en la tarea.

Con respecto a las sugerencias de mejora, un participante dijo haber echado en falta la opción de respuesta “Casi nunca” y otro propuso cambiar la opción “Siempre” por “Continuamente”. Al ser comentarios puntuales de una única persona y tras valorar las alternativas, se decidió no cambiar este elemento de la prueba. En relación con las categorías-problema, alguna persona intentó identificar qué dominios clínicos se estaban evaluando. Las personas participantes que tenían alguna formación en esos temas y/o que recibían o habían recibido terapia, identificaron mejor algunas categorías. A ese respecto, dos participantes propusieron incluir alguna pregunta más sobre “ansiedad” y “dificultades en la atención en clase”. Sin embargo, la categoría “alteraciones en la atención” se descartó directamente por referirse a un trastorno del neurodesarrollo (el cuestionario no contempla otros trastornos del neurodesarrollo, pese a que el DSM-5 admite la coocurrencia de todos los trastornos del desarrollo neurológico entre sí) (APA, 2013). Con respecto a la categoría “ansiedad”, no propusieron nuevos problemas o indicadores concretos; como esta categoría ya estaba incluida con el mayor número de ítems dada su alta frecuencia de coocurrencia con el TEA, se decidió no añadir más ítems. Por otro lado, dos personas propusieron modificar la formulación del ítem de la categoría ansiedad: “Me preocupa demasiado que algo malo pueda pasarles a *mis padres* cuando me separo de ellos” y sustituirlo por “Me preocupa demasiado que algo malo pueda pasarles a *mis seres queridos (padres, pareja, etc.)* cuando me separo de ellos”.

Por último, puesto que dos de los ocho participantes declararon sentirse identificados con el género no binario (25 %), se procedió a añadir la opción de respuesta “persona no binaria” en el bloque de variables sociodemográficas del cuestionario, en concreto en la pregunta de identidad de género.

En definitiva, tras la revisión de la prueba por parte del grupo de participantes diagnosticados de TEA-noDI se decidió no eliminar ningún ítem ni categoría, mantener los tres ítems de control atencional y modificar el ítem de la categoría ansiedad mencionado anteriormente. Así, la versión final del cuestionario de autoinforme a validar (Etapa 4 del proceso, según Pérez y Carretero-Dios, 2005) cuenta finalmente con 34 ítems, de 11 categorías, referidos a problemas clínicos de salud mental asociados al TEA-noDI, así como tres ítems adicionales en la nueva categoría de control atencional. En total 37 ítems agrupados en 12 categorías-problema.

4. Discusión

En lo que conocemos, la salud mental de las personas diagnosticadas de TEA-noDI se ve comprometida por una falta de recursos que cubran las necesidades de identificar los problemas clínicos asociados al autismo. Avances en esta dirección serían evaluar varios de estos problemas con una misma prueba; reducir el riesgo de tener peor calidad de vida y dificultades en su funcionamiento psicosocial por esta coocurrencia; facilitar que las propias personas diagnosticadas de TEA-noDI informen y tomen decisiones sobre sus posibles problemas clínicos; adaptar los instrumentos de evaluación a las características de estas personas, dado que los instrumentos válidos para la población general pueden no servir para estas personas; facilitar que los profesionales puedan detectar y atender mejor estos problemas, y mejorar la asistencia en salud mental de estas personas (Lugo-Marín *et al.*, 2019; Micai *et al.*, 2021; Nieto, 2022; Vidriales *et al.*, 2023).

Para ilustrar la complejidad y las cautelas recomendadas a la hora de elaborar un cuestionario de autoinforme sobre los problemas clínicos de salud mental de adolescentes y adultos diagnosticados de TEA-noDI, se han detallado las primeras fases de elaboración del cuestionario APC-TEA-no DI, lo que incluyó tareas de juicios en las que participaron: (a) un grupo de expertos en los problemas recogidos en el cuestionario; y (b) un grupo de adultos jóvenes con ese diagnóstico.

Las dos rondas de juicios del panel de expertos permitieron elaborar una versión preliminar del cuestionario APC-TEA-no DI formado por 34 ítems y 11 categorías-problema. Esta versión, a la que se añadieron 3 ítems de control atencional y preguntas sobre variables sociodemográficas y de salud, se administró a través de la plataforma Qualtrics y fue cumplimentada por un grupo de personas diagnosticadas de TEA-noDI. La variabilidad en las respuestas aportadas por este grupo permite mantener la hipótesis de que estas personas son autoinformantes fiables, una hipótesis que también confirmó el reciente metaanálisis de Danés *et al.* (2023).

El procedimiento seguido en la elaboración de la prueba, que implicó someter al juicio de profesionales y de personas con diagnóstico previo de TEA-noDI todas las decisiones adoptadas sobre el contenido y la forma de los ítems en una secuencia con varias fases, nos ha permitido ilustrar la importancia de elaborar pruebas de valoración de los problemas clínicos asociados al TEA-noDI sustentadas en las opiniones de los colectivos más directamente implicados, y que tengan en cuenta desde el principio las características y posibles sesgos o limitaciones de las personas con esta condición a la hora de informar sobre problemas clínicos cuya detección no es fácil, pero sí muy necesaria. Haber incorporado a personas de este diagnóstico en el proceso que hemos seguido supone, además, alinearse con las estrategias de investigación colaborativa que se reclaman actualmente desde distintos enfoques para poder ofrecer los apoyos que permitan cubrir las necesidades y las demandas de este colectivo (Pellicano *et al.*, 2022). En el ámbito de la salud mental, esas necesidades son cruciales, razón por la que creemos que instrumentos de autoinforme en español, que faciliten la identificación de aquellos problemas clínicos asociados que reducen la calidad de vida de estas personas, constituyen avances en la buena dirección.

5. Limitaciones y futuras direcciones

El proceso descrito en este trabajo presenta ciertas limitaciones. En primer lugar, hay problemas clínicos de salud mental asociados al TEA-noDI que no se han recogido en este cuestionario, bien por falta de suficientes estudios previos (por ejemplo, “froteurismo”) o bien por la dificultad para elaborar ítems que puedan ser autoinformados fiablemente (p. e., sobre el “trastorno de personalidad paranoide” o el “trastorno psicótico”). En nuestro país, contamos además con la limitación de que es aún muy exiguo el número de expertos en la atención profesional y/o la investigación sobre la salud mental de adolescentes y adultos diagnosticados de TEA-noDI, razón por la cual no es fácil conseguir la colaboración de un grupo muy numeroso de expertos en los procesos de elaboración de herramientas de evaluación. En el proceso descrito en este artículo, se perdieron para el cómputo final algunas respuestas de los expertos, probablemente por el formato de respuesta manual al cuestionario que usamos (Word vía correo electrónico). En relación con esto último se recomienda, para esa fase de consulta, un formato *online* como el utilizado para la aplicación piloto, incluyendo incluso la opción de forzar respuesta para evitar la omisión de datos. Con una perspectiva a medio plazo, se aboga por actividades que estimulen tanto la adaptación y la validación como la elaboración original de pruebas en español que faciliten la evaluación clínica de personas adolescentes y adultas diagnosticadas de TEA-noDI, ya que tanto la prevalencia de problemas clínicos asociados a esta condición en esas franjas de edad (y especialmente en mujeres) como los datos epidemiológicos más recientes (Askham, 2023) muestran un aumento exponencial de estos problemas. Por último, destacar que el cuestionario, de cuya elaboración hemos dado cuenta, no incluyó deliberadamente ítems sobre otras categorías de trastornos del neurodesarrollo, algo que los profesionales deberán tener en cuenta de cara a un eventual diagnóstico diferencial.

6. Referencias bibliográficas

- ABAD, F., OLEA, J., PONSODA, V. y GARCÍA, C. (2011). *Medición en ciencias sociales y de la salud*. Editorial Síntesis.
- AIKEN, L. R. (1980). Content validity and reliability of single items or questionnaires. *Educational and Psychological Measurement*, 40(4), 955-959. <https://doi.org/10.1177/001316448004000419>
- ASKHAM, A.V. (2023). U.S. study charts changing prevalence of profound and non-profound autism. *Spectrum*, 19. <https://doi.org/10.53053/TCER1579>
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Association.
- ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA/APA. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. Ed. Médica-Panamericana (or. ingl., Arlington, VA, 2013).

- BALDWIN, W. (1999). Information no one else knows: The value of self-report. En A. STONE, Ch. BACHRACH, J. JOBE, H. KURTZMAN y V. CAIN (Eds.), *The science of self-report* (pp. 15-20). Psychology Press.
- BARGIELA, S., STEWARD, R. y MANDY, W. (2016). The experiences of late-diagnosed women with autism spectrum conditions: An investigation of the female autism phenotype. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(10), 3281-3294. <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-016-2872-8>
- BELINCHÓN, M., BLAS, N. y MUÑOZ, J. (2015). Problemas clínicos que limitan la calidad de vida de los adolescentes y adultos con TEA y alto funcionamiento (Síndrome de Asperger): Hacia una prueba de autoinforme. *Maremagnum*, 19, 133-145. Recuperado de <https://www.researchgate.net/profile/Mercedes-Carmona/publication/311391428>
- BELINCHÓN, M., HERNÁNDEZ, M. y SOTILLO, M. (2008). *Personas con Síndrome de Asperger. Funcionamiento, detección y necesidades*. Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid (CPA-UAM). Recuperado de <https://www.uam.es/uam/media/doc/1606858119908/personasconsindromedeasperger2008.pdf>
- BEN-SASSON, A., GAL, E., FLUSS, R., KATZ-ZETLER, N. y CERMAK, S. (2019). Update of a meta-analysis of sensory symptoms in ASD: A new decade of research. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49, 4974-4996. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04180-0>
- BENEYTES-BARROSO, C., DEL POZO-ARMENTI, A., GARCÍA-VILLAMISAR, D. y RODGERS, J. (2020). Adaptación al español de la Anxiety Scale for Children with ASD (ASC ASD-P) [Spanish Adaptation of the Anxiety Scale for Children with ASD (ASC ASD-P)]. *Acción Psicológica*, 17(2), 71-82. <https://doi.org/10.5944/ap.17.2.28066>
- BITSIKA, V. y SHARPLEY, C. F. (2014). Variation in the profile of anxiety disorders in boys with an ASD according to method and source of assessment. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(6), 1825- 1835. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2343-z>
- BLAKELEY-SMITH, A., REAVEN, J., RIDGE, K. y HEPBURN, S. (2012). Parent- child agreement of anxiety symptoms in youth with Autism Spectrum Disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(2), 707-716. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2011.07.020>
- CAAMAÑO, M., BOADA, L., MERCHÁN-NARANJO, J., MORENO, C., LLORENTE, C., MORENO, D. ... y PARELLADA, M. (2013). Psychopathology in children and adolescents with ASD without mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(10), 2442-2449. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1792-0>
- CHORPITA, B. F., MOFFITT, C. E. y GRAY, J. (2005). Psychometric properties of the Revised Child Anxiety and Depression Scale in a clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 43(3), 309-322. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.02.004>
- DANÉS, M., BOTELLA, J. y BELINCHÓN, M. (2023). Validity of self-reports provided by people with Autism Spectrum Disorder without intellectual disability: A meta-analysis. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 39(1), 88-99. <https://doi.org/10.6018/analesps.509191>
- DE GIAMBATTISTA, C., VENTURA, P., TREROTOLI, P., MARGARI, F. y MARGARI, L. (2021). Sex differences in Autism Spectrum Disorder: Focus on high functioning children and adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 539835. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.539835>
- DOWNING, S. M. y HALADYNA, T. M. (1997). Test item development: Validity evidence from quality assurance procedures. *Applied Measurement in Education*, 10(1), 61-82. https://doi.org/10.1207/s15324818ame1001_4
- ECHEBURÚA, E. (1996). Evaluación psicológica de los trastornos de ansiedad. En G. BUELA-CASAL, V. E. CABALLO y J. C. SIERRA (Eds.), *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud* (pp.131-160). Ed. Siglo XXI de España.

- ECHEBURÚA, E., AMOR, P. J. y CORRAL, P. D. (2003). Autoinformes y entrevistas en el ámbito de la psicología clínica forense: Limitaciones y nuevas perspectivas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29(126), 503-522.
- ESCANDELL, M. O., CASTRO, J. J. y FORTEA, M. S. (2016). Parents-perceived and self-perceived anxiety in children with autism spectrum disorder. *Educational Research and Reviews*, 10(18), 2531-2538. <https://doi.org/10.5897/ERR2015.2429>
- FRITH, U. (1989). Autism and “theory of mind”. En C. GILLBERG (Ed.), *Diagnosis and Treatment of Autism* (pp. 33-52). Springer.
- GHAZIYUDDIN, M. (2005). *Mental health aspects of autism and Asperger syndrome*. Jessica Kingsley Publishers.
- GILLBERG, I. C., HELLES, A., BILLSTEDT, E. y GILLBERG, C. (2016). Boys with Asperger syndrome grow up: Psychiatric and neurodevelopmental disorders 20 years after initial diagnosis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46, 74-82. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2544-0>
- HELVERSCHOU, S. B., BAKKEN, T. L. y MARTINSEN, H. (2009). The psychopathology in autism checklist (PAC): A pilot study. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(1), 179-195. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2008.05.004>
- HOSUZAWA, M., SACKER, A. y CABLE, N. (2021). Timing of diagnosis, depression and self-harm in adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Autism*, 25(1), 70-78. <https://doi.org/10.1177/1362361320945540>
- JENNES-COUSSENS, M., MAGILL-EVANS, J. y KONING, C. (2006). The quality of life of young men with Asperger syndrome: A brief report. *Autism*, 10(4), 403-414. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1362361306064432>
- KAAT, A. J. y LECAVALIER, L. (2015). Reliability and validity of parent-and child-rated anxiety measures in Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(10), 3219-3231. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2481-y>
- KARLSSON, L., RÅSTAM, M. y WENTZ, E. (2013). The Swedish Eating Assessment for Autism Spectrum Disorders (SWEAA) – validation of a self-report questionnaire targeting eating disturbances within the autism spectrum. *Research in Developmental Disabilities*, 34(7), 2224-2233. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.03.035>
- KERNS, C. M., WINDER-PATEL, B., IOSIF, A. M., NORDAHL, C. W., HEATH, B., SOLOMON, M. y AMARAL, D. G. (2021). Clinically significant anxiety in children with Autism Spectrum Disorder and varied intellectual functioning. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 50(6), 780-795. <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1703712>
- LUGNEGÅRD, T., HALLERBÄCK, M. U. y GILLBERG, C. (2011). Psychiatric comorbidity in young adults with a clinical diagnosis of Asperger syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 32(5), 1910-1917. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.03.025>
- LUGO-MARÍN, J., MAGAN-MAGANTO, M., RIVERO-SANTANA, A., CUELLAR-POMPA, L., ALVIANI, M., JENARORIO, C. ... y CANAL-BEDIA, R. (2019). Prevalence of psychiatric disorders in adults with Autism Spectrum Disorder: A systematic review and meta-analysis. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 59, 22-33. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2018.12.004>
- MAISEL, M. E., STEPHENSON, K. G., SOUTH, M., RODGERS, J., FREESTON, M. H. y GAIGG, S. B. (2016). Modeling the cognitive mechanisms linking autism symptoms and anxiety in adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(5), 692. <https://doi.org/10.1037/abn0000168>
- MARGARI, L., PALUMBI, R., PESCHECHERA, A., CRAIG, F., DE GIAMBATTISTA, C., VENTURA, P. y MARGARI, F. (2019). Sex-gender comparisons in comorbidities of children and adolescents with high-functioning Autism Spectrum Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 159. <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2019.00159/full>

- MARTÍN-BORREGUERO, P. (2004). *El síndrome de Asperger. ¿Excentricidad o discapacidad social?* Alianza Editorial.
- MAZEFSKY, C. A., KAO, J. y OSWALD, D. (2011). Preliminary evidence suggesting caution in the use of psychiatric self-report measures with adolescents with high-functioning Autism Spectrum Disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 164-174. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2010.03.006>
- MICAI, M., CIARAMELLA, A., SALVITTI, T., FULCERI, F., FATTA, L. M., POUSTKA, L. ... y SCHENDEL, D. (2021). Autistic adult health and professional perceptions of it: Evidence from the ASDEU project. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 614102. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.614102>
- MORENO, R., MARTÍNEZ, R. J. y MUÑOZ, J. (2004). Directrices para la construcción de ítems de elección múltiple. *Psicobhema*, 16(3), 490-497. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/727/72716324.pdf>
- NIETO, C. (2022). Trastornos del espectro del autismo y condiciones psiquiátricas coocurrentes. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 39(1), 31-33. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v39n1a5>
- NYLANDER, L. y GILLBERG, C. (2001). Screening for Autism Spectrum Disorders in adult psychiatric out-patients: A preliminary report. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(6), 428-434. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00175.x>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL de la SALUD. (29 de marzo de 2023). *Autismo*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- OZSIVADJIAN, A., HIBBERD, C. y HOLLOCKS, M. J. (2014). Brief report: The use of self-report measures in young people with Autism Spectrum Disorder to access symptoms of anxiety, depression and negative thoughts. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(4), 969-974. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1937-1>
- PARK, S. H., SONG, Y. J. C., DEMETRIOU, E. A., PEPPER, K. L., THOMAS, E. E., HICKIE, I. B. y GUASTELLA, A. J. (2020). Validation of the 21-item depression, anxiety, and stress scales (DASS-21) in individuals with autism spectrum disorder. *Psychiatry Research*, 291, 113300. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113300>
- PELLICANO, E., FATIMA, U., HALL, G., HEYWORTH, M., LAWSON, W., LILLEY, R., MAHONY, J. y STEARS, M. (2022). A capabilities approach to understanding and supporting autistic adulthood. *Nature Reviews Psychology*, 1(11), 624-639. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00099-z>
- PÉREZ, C. y CARRETERO-DIOS, H. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-551. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/337/33705307.pdf>
- POSSERUD, M. B., BREVIK, K., GILLBERG, C. y LUNDERVOLD, A. J. (2013). ASSERT—The Autism Symptom Self-Report for adolescents and adults: Bifactor analysis and validation in a large adolescent population. *Research in Developmental Disabilities*, 34(12), 4495-4503. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.09.032>
- RODGERS, J., FARQUHAR, K., MASON, D., BRICE, S., WIGHAM, S., INGHAM, B. ... y PARR, J. R. (2020). Development and initial evaluation of the anxiety scale for autism-adults. *Autism in Adulthood*, 2(1), 24-33. <https://doi.org/10.1002/aur.1603>
- RODGERS, J., WIGHAM, S., MCCONACHIE, H., FREESTON, M., HONEY, E. y PARR, J. R. (2016). Development of the anxiety scale for children with Autism Spectrum Disorder (ASC-ASD). *Autism Research*, 9(11), 1205-1215. <https://doi.org/10.1089/aut.2019.0044>
- RONG, Y., YANG, C. J., JIN, Y. y WANG, Y. (2021). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in individuals with autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 83, 101759. <https://doi.org/10.1016/J.RASD.2021.101759>

- RYNKIEWICZ, A., JANAS-KOZIK, M. y SLOPIEŃ, A. (2019). Girls and women with autism. *Psychiatria Polska*, 31(53), 737-52. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/95098>
- SANDÍN, B., VALIENTE, R. M. y CHOROT, P. (2009). RCADS: Evaluación de los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(3), 193-206. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.14.num.3.2009.4078>
- SCAHILL, L. y CHALLA, S. A. (2016). Repetitive behavior in children with Autism Spectrum Disorder: Similarities and differences with obsessive-compulsive disorder. En L. MAZZONE y B. VITIELLO (Eds.), *Psychiatric symptoms and comorbidities in Autism Spectrum Disorder* (pp-39-50). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-29695-1_3
- SINDERMANN, C., COOPER, A. y MONTAG, C. (2019). Empathy, autistic tendencies, and systemizing tendencies—Relationships between standard self-report measures. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 307. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00307>
- SOUTH, M. y RODGERS, J. (2017). Sensory, emotional and cognitive contributions to anxiety in Autism Spectrum Disorders. *Frontiers in Human Neuroscience*, 11, 20. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2017.00020>
- STERLING, L., RENNO, P., STORCH, E. A., EHRENREICH-MAY, J., LEWIN, A. B., ARNOLD, E. ... y WOOD, J. (2015). Validity of the Revised Children's Anxiety and Depression Scale for youth with Autism Spectrum Disorders. *Autism*, 19(1), 113-117. <https://doi.org/10.1177/1362361313510066>
- SWAIN, D., SCARPA, A., WHITE, S. y LAUGESON, E. (2015). Emotion dysregulation and anxiety in adults with ASD: Does social motivation play a role? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(12), 3971-3977. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2567-6>
- VIDRIALES, R., PLAZA, M., HERNÁNDEZ, C., VERDE, M., BENITO, G. y CARVAJAL, F. (2023). Characterizing the physical and mental health profile of children, adolescents and adults with Autism Spectrum Disorder in Spain. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 314. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1088727>
- YOUNG, H., OREVE, M. J. y SPERANZA, M. (2018). Clinical characteristics and problems diagnosing autism spectrum disorder in girls. *Archives de Pédiatrie*, 25(6), 399-403. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2018.06.008>

7. Material suplementario al artículo

TABLA I. Herramientas de evaluación clínica utilizadas con personas diagnosticadas de TEA y que han sido adaptadas al castellano			
Variable	ESCALA (n.º ítems)	Autores (año)	Adaptación en castellano (autores y año)
Ansiedad	DERS (36)	Gratz y Roemer (2004)	Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (Hervás y Jódar, 2008)
Ansiedad	RCADS (47)	Chorpita <i>et al.</i> (2005)	Evaluación de los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión en niños y adolescentes (Sandín <i>et al.</i> , 2009)
Ansiedad	SAS (18)	La Greca (1998)	Escala de Ansiedad Social (Olivares <i>et al.</i> , 2005)
Ansiedad	SCARED (41)	Birmaher <i>et al.</i> (1997)	SCARED (Doval <i>et al.</i> , 2011)
Ansiedad	SCAS/SASCR (45)	Spence (1997) / La Greca y Stone (1993)	Escala de Ansiedad para Niños de Spence (Hernández-Guzmán <i>et al.</i> , 2010)
Ansiedad	SMFQ (13)	Angold <i>et al.</i> (1995)	Cuestionario breve de estado de ánimo y sentimientos (Fernández-Martínez <i>et al.</i> , 2020)
Ansiedad	SPAI-C (26)	Beidel <i>et al.</i> (1995)	Inventario de ansiedad y fobia social para niños (Olivares, 2010)
Ansiedad	SSRS/SRS-2S (39)	Gresham y Elliot (1990)	Sistema de calificación de habilidades sociales (Losada, 2015)
Ansiedad	ASC-ASD (24)	Rodgers <i>et al.</i> (2016)	Escala de ansiedad para niños con TEA (Beneytez-Barroso <i>et al.</i> , 2020) - versión padres
Ansiedad	BAI (21)	Beck <i>et al.</i> (1988)	Inventario de Ansiedad de Beck (Beck y Steer, 2011)

TABLA I. Herramientas de evaluación clínica utilizadas con personas diagnosticadas de TEA y que han sido adaptadas al castellano			
Variable	ESCALA (n.º ítems)	Autores (año)	Adaptación en castellano (autores y año)
Ansiedad	LSAS (24)	Liebowitz (1987)	Escala ansiedad social de Liebowitz (Bobes <i>et al.</i> , 1999)
Depresión	CDI (27)	Kovacs (1992)	Inventario de depresión infantil (Del Barrio y Carrasco, 2004)
Depresión	BDI (21)	Beck <i>et al.</i> (1961)	Inventario de Depresión de Beck (Sanz <i>et al.</i> , 2003)
Depresión	PHQ (9)	Kroenke <i>et al.</i> (2001)	Cuestionario sobre la salud del paciente (Diez-Quevedo <i>et al.</i> , 2001)
TOC	SLOI-CV (11)	Berg <i>et al.</i> (1986)	Inventario Obsesivo de Leyton para niños - versión corta (Iniesta-Sepúlveda <i>et al.</i> , 2017)
TOC	OCIR (18)	Foa <i>et al.</i> (2002)	Inventario de Obsesiones y Compulsiones-Revisado (Fullana <i>et al.</i> , 2005)
TOC	Y-BOCS (10)	Goodman <i>et al.</i> (1989)	Y-BOCS (Yacila <i>et al.</i> , 2016)
Varios problemas clínicos	ASEBA-YSR (112)	Achenbach y Rescorla (2007)	ASEBA-YSR (Gallego e Ibáñez, 2017)
Varios problemas clínicos	BASC-2-SRP (139)	Reynolds y Kamphaus (2004)	Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes (González <i>et al.</i> , 2004)
Varios problemas clínicos	CAQ (144)	Krug <i>et al.</i> (1980)	Cuestionario de Análisis Clínico (Krug, 1994)
Varios problemas clínicos	MCMI-IV (195)	Millon y Grossman (2015)	Inventario Clínico Multiaxial de Millon (Millon <i>et al.</i> , 2018)

TABLA I. Herramientas de evaluación clínica utilizadas con personas diagnosticadas de TEA y que han sido adaptadas al castellano

Variable	ESCALA (n.º ítems)	Autores (año)	Adaptación en castellano (autores y año)
Varios problemas clínicos	SA-45 (45)	Davison <i>et al.</i> (1997)	SA-45 (Sandín <i>et al.</i> , 2008)
Varios problemas clínicos	SCL-90-R (90)	Derogatis (1975, 1992, 1994)	Inventario de síntomas SCL-90-R (Casullo y Pérez, 2008)
Varios problemas clínicos	BSI (53) /BSI-18 (18)	Derogatis y Spencer (1982) / Derogatis (2001)	Inventario Breve de Síntomas (Aragón <i>et al.</i> , 2000)

Nota 1. ASC-ASD: Anxiety Scale for Children with autism spectrum disorder; ASEBA-YRS: Achenbach System of Empirically Based Assessment Youth Self-Report; BAI: Beck Anxiety Inventory; BDI: Beck Depression Inventory; BASC-2: Behavior Assessment System for Children; BFNE: Brief Fear of Negative Evaluation Questionnaire; BSI: Brief Symptom Inventory; CAQ: Clinical Analysis Questionnaire; CATS: Children's Automatic Thoughts Scale; CDI: Children's Depression Inventory; DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale; EATQ-R: Early Adolescent Temperament Questionnaire Revised; LSAS: Liebowitz Social Anxiety Scale; MCMI-IV: Millon Clinical Multiaxial Inventory-IV; MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory; OCI-R: Obsessive Compulsive Inventory-Revised; PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9; RCADS: Revised Children's Anxiety and Depression Scale; SA-45: Symptom Assessment-45; SAS: Social Anxiety Scale; SCARED: Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders in Children; SCAS: Spence Children's Anxiety Scale; SCL-90: Symptom Checklist; SCL-90-R: Symptom Check List-Revised; SLOI-CV: Short Leyton Obsessional Inventory-Child Version; SMFQ: Short Mood and Feelings Questionnaire; SPAI-C: Social Phobia and Anxiety Inventory for Children; SSRS: Social Skills Rating System; Y-BOCS: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale.

TABLA 2. Categorías e indicadores propuestos por Belinchón et al. (2015) y justificación bibliográfica de sus cambios en la primera fase del proceso		
CATEGORÍAS Belinchón et al. (2015)	INDICADOR/ES Belinchón et al. (2015)	Justificación de exclusión o modificación de la categoría o el indicador a partir de la bibliografía disponible
ANSIEDAD	Temor acusado y evitación persistente de un gran número de situaciones sociales y actuaciones públicas. Los temores son irracionales y excesivos.	
	Fobias específicas a objetos o situaciones (p. e., animales, lugares...)	Se modificó su definición según el DSM-5 (APA, 2013).
	Resistencia/rechazo persistente a salir lejos de casa, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación (no por resistencia a los cambios, inflexibilidad), por preocupación excesiva a que un acontecimiento adverso cause la separación de la figura de apego.	
	No hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar, a pesar de hacerlo en otras situaciones.	
DEPRESIÓN	Disminución importante del interés o placer por las aficiones/intereses específicos/habituales, la mayor parte del día o casi todos los días.	
	Sentimientos de angustia, tristeza y soledad.	
	Sentimientos negativos sobre pasado, presente y futuro.	

TABLA 2. Categorías e indicadores propuestos por Belinchón et al. (2015) y justificación bibliográfica de sus cambios en la primera fase del proceso (continuación)		
CATEGORÍAS Belinchón <i>et al.</i> (2015)	INDICADOR/ES Belinchón <i>et al.</i> (2015)	Justificación de exclusión o modificación de la categoría o el indicador a partir de la bibliografía disponible
TRASTORNOS DISRUPTIVOS DEL CONTROL DE IMPULSOS	Respuestas desmedidas y excesivas, producto de la impulsividad, caracterizadas por la pérdida de control ante factores estresantes (p. e., situaciones y/o personas que provocan ansiedad en el sujeto).	Se modificó su definición según el DSM-5 (APA, 2013).
	Acoso, burlas e intimidación por parte de otros	
	Ser objeto de maltrato verbal y humillaciones.	
ALTERACIONES SENSORIALES	Ser excluido adrede de las actividades de los compañeros u otras personas del entorno social propio.	
	Aumento de la percepción selectiva ante determinados estímulos auditivos, visuales, táctiles, de olor o sabor.	
TRASTORNOS SUEÑO-VIGILIA	Dificultad para iniciar y/o mantener el sueño.	

CATEGORÍAS Belinchón <i>et al.</i> (2015)	INDICADOR/ES Belinchón <i>et al.</i> (2015)	Justificación de exclusión o modificación de la categoría o el indicador a partir de la bibliografía disponible
TRASTORNO OBSESIVO-COM- PULSIVO	<p>Compulsiones: comprobación, limpieza, contabilizar...</p> <p>Conductas o actos mentales repetitivos como res- puesta a una obsesión o reglas de aplicación rígidas, cuyo objetivo es prevenir o reducir ansiedad/males- tar, evitar sucesos temidos; estas conductas son clara- mente excesivas y no son placenteras ni funcionales. Se viven como algo impuesto desde fuera.</p> <p>Obsesiones: de contaminación, agresión, sexuales, somáticas, religiosas, supersticiones...</p> <p>Pensamientos, impulsos, imágenes recurrentes y persistentes, no deseadas ni placenteras, que generan malestar/ansiedad. El sujeto intenta ignorar/suprimir /neutralizar con otro pensamiento o conducta (compulsión).</p> <p>Acumulación de objetos (Diógenes).</p>	<p></p> <p></p> <p></p> <p>El almacenamiento compulsivo de cosas o basuras suele evaluarse pidiendo información a los padres o familiares que conviven con esta per- sona (Tolin, Frots y Steketee, 2010). Finalmente, se decide no incluir este indicador en la prueba.</p>

TABLA 2. Categorías e indicadores propuestos por Belinchón et al. (2015) y justificación bibliográfica de sus cambios en la primera fase del proceso (continuación)		
CATEGORÍAS Belinchón et al. (2015)	INDICADOR/ES Belinchón et al. (2015)	Justificación de exclusión o modificación de la categoría o el indicador a partir de la bibliografía disponible
ALTERACIONES EN LA ATENCIÓN	Dificultades intensificadas para centrar la atención (selectiva, sostenida).	
	Agitación psicomotora (actividad sin objetivo).	
	Aumento de las conductas autoestimulatorias.	
TRASTORNO DE PERSONALIDAD PARANOIDE	Aumento de los movimientos estereotipados.	
	Desconfianza y suspicacia general.	
HIPOCONDRIA	Somatización.	
	Quejas por dolores de articulaciones sin patología orgánica aparente.	
FROTEURISMO	Necesidad de frotarse con una persona específica en contra de su voluntad.	Se elimina esta categoría porque no hay suficiente literatura sobre prevalencia ni sobre escalas de autoinforme con buenas propiedades psicométricas que poder tomar como referencia.

CATEGORÍAS <i>Belinchón et al. (2015)</i>	INDICADOR/ES <i>Belinchón et al. (2015)</i>	Justificación de exclusión o modificación de la categoría o el indicador a partir de la bibliografía disponible
TRASTORNO DE ADAPTACIÓN	Sentimiento irracional de abandono ante la ausencia de la figura de referencia, malestar excesivo a cambios de domicilio.	Se modifica el nombre de la categoría. En DSM-5 (APA, 2013), se encuentra dentro de la categoría “estrés”.
PENSAMIENTOS AUTOLÍTICOS	Ideaación suicida. Pensamientos de muerte recurrentes.	
ACTIVIDAD GENERAL	Aumento de las actividades con objetivo (propositivas).	
DUELO	Negación de la pérdida.	No es más prevalente en personas con TEA que en otros colectivos. Finalmente, se excluye de la prueba esta categoría.

TABLA 2. Categorías e indicadores propuestos por Belinchón et al. (2015) y justificación bibliográfica de sus cambios en la primera fase del proceso (continuación)		
CATEGORÍAS Belinchón et al. (2015)	INDICADOR/ES Belinchón et al. (2015)	
TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA ALIMENTACIÓN, EL PESO Y LA IMAGEN CORPORAL	Pérdida o aumento involuntario de peso de más del 5 % que no se debe al propósito de modificar la imagen corporal (puede ser debido a trastorno del estado de ánimo).	Justificación de exclusión o modificación de la categoría o el indicador a partir de la bibliografía disponible
	Alteración del apetito.	
	Dieta vegetariana radical como conducta propositiva para disminuir peso, como consecuencia de alteraciones en la imagen corporal.	Se elimina esta categoría porque no hay suficiente literatura sobre prevalencia ni sobre escalas de autoinforme con buenas propiedades psicométricas que poder tomar como referencia.
	Necesidad obsesiva de realizar ejercicio físico para mejorar el aspecto corporal y modificación de la alimentación hacia una dieta hiperproteica.	Se elimina esta categoría porque no hay suficiente literatura sobre prevalencia ni sobre escalas de autoinforme con buenas propiedades psicométricas que poder tomar como referencia.

CATEGORÍAS Belinchón <i>et al.</i> (2015)	INDICADOR/ES Belinchón <i>et al.</i> (2015)	Justificación de exclusión o modificación de la categoría o el indicador a partir de la bibliografía disponible
ADICCIONES	<p>Invertir la mayoría del tiempo en la realización de una actividad concreta (juegos, ordenador, consola u otros).</p> <p>Esfuerzos repetidos sin éxito de reducir/abandonar el juego/actividad.</p>	
TRASTORNO PSICÓTICO	<p>Comportamiento desorganizado o catatónico. Comportamientos bizarros.</p> <p>Delirios [de persecución, usurpación de la identidad, grandiosidad, religión, inserción de pensamiento, control externo del pensamiento, nihilista (o delirio de negación de la existencia de los demás, de uno mismo o de partes de uno mismo), de referencia (creencia de que todos los acontecimientos que suceden se refieren a uno mismo) ...].</p>	<p>Analizando las escalas de evaluación del trastorno psicótico se concluye que este indicador es difícil de medir con un solo ítem, se decide eliminarlo.</p>

TABLA 3. Herramientas que sirvieron como referencia para elaborar los ítems que conforman la prueba, por categoría

<p>1) Ansiedad: <i>Anxiety Sensivity Index</i> (ASI-3; Taylor <i>et al.</i>, 2007; versión española por Sandín <i>et al.</i>, 2007) (alfa de Cronbach (α) de 0.89); <i>Cuestionario de ansiedad estado-rasgo</i> (<i>State-Trait Anxiety Inventory</i> - STAI; Spielberger <i>et al.</i>, 1970; versión en español Buela Casal <i>et al.</i>, 2023) ($\alpha_{\text{ansiedad rasgo (STAI-R)}}$ = 0.90 y $\alpha_{\text{ansiedad estado (STAI-E)}}$ = 0.94); y <i>Symptom Assessment-45 Questionnaire</i> (SA-45; Maruish, 2004; versión en español por Sandín <i>et al.</i>, 2008) ($\alpha_{\text{ansiedad fóbica}}$ = 0.71).</p>
<p>2) Depresión: <i>Inventario para la depresión de Beck</i> (<i>Beck Depression Inventory</i> - BDI; Beck <i>et al.</i>, 1961; versión española por Sanz <i>et al.</i>, 2003) (α = 0.87); <i>Symptom Assessment-45 Questionnaire</i> (SA-45; Maruish, 2004; versión en español por Sandín <i>et al.</i>, 2008) ($\alpha_{\text{depresión}}$ = 0,85); y <i>Children's Depression Inventory: Short version</i> (CDI-S; Kovacs, 1992; versión en español por Del Barrio <i>et al.</i>, 1999) (α = 0.79).</p>
<p>3) Trastorno disruptivo del control de impulsos: <i>Barratt Impulsiveness Scale</i> (BIS-11; Patton <i>et al.</i>, 1995; versión en español por Oquendo <i>et al.</i>, 2001) (α = 0.77); <i>Escala de Control de los Impulsos Ramón y Cajal</i> (ECIRyC; Ramos <i>et al.</i>, 2002) (α = 0,85); y <i>Cuestionario de personalidad de Zuckerman-Kuhlman</i> (ZKPQ-III; Zuckerman <i>et al.</i>, 1991; versión en español por Herrero <i>et al.</i>, 2001) (α = 0.79).</p>
<p>4) Abuso escolar o laboral: <i>Cuestionario Acoso Psicológico en el Trabajo</i> (CAPT; Moreno-Jiménez <i>et al.</i>, 2008) (α = 0.94).</p>
<p>5) Alteraciones sensoriales: <i>Cuestionario Sensorial para Adultos</i> (adaptación de <i>Adult Sensory Questionnaire</i> - ASQ; Kinnealey y Oliver, 2002; versión en español por Catalán y Rojas, 2017) (α = 0.94).</p>
<p>6) Trastornos sueño-vigilia: <i>Sympton Check List - 90 Revised</i> (SCL-90R; Dero-gatis y Unger, 2010) (α = 0.96) e <i>Inventario para la depresión de Beck</i> (<i>Beck Depression Inventory</i> - BDI-II; Beck <i>et al.</i>, 1987; versión española por Sanz <i>et al.</i>, 2003) (α = 0.87).</p>
<p>7) Trastorno obsesivo compulsivo (TOC): <i>Symptom Assessment-45 Questionnaire</i> (SA-45; Maruish, 2004; versión en español por Sandín <i>et al.</i>, 2008) ($\alpha_{\text{obsesión-compulsión}}$ = 0.72); <i>Short Leyton Obsessional Inventory-Child Version</i> (SLOI-CV; Berg <i>et al.</i>, 1986; versión española por Rueda-Jaimes <i>et al.</i>, 2007) (α = 0.80); y <i>Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale</i> (Y-BOCS; Goodman <i>et al.</i>, 1989; versión en español por Yacila <i>et al.</i>, 2016) (α = 0.89).</p>

TABLA 3. Herramientas que sirvieron como referencia para elaborar los ítems que conforman la prueba, por categoría (continuación)

8) Alteraciones en la atención: <i>Adult Self-report</i> (ASR; Achenbach <i>et al.</i> , 2003; versión argentina por Samaniego y Vázquez, 2019) ($\alpha_{\text{problemas internalizantes}} = 0.83$ y $\alpha_{\text{problemas externalizantes}} = 0.79$) y <i>Barratt Impulsiveness Scale</i> (BIS-11; Patton <i>et al.</i> , 1995; versión en español por Oquendo <i>et al.</i> , 2001) ($\alpha = 0.77$).
9) Agitación: <i>Barratt Impulsiveness Scale</i> (BIS-11; Patton <i>et al.</i> , 1995; versión en español por Oquendo <i>et al.</i> , 2001) ($\alpha = 0.77$).
10) Trastorno de personalidad paranoide: <i>Symptom Assessment-45 Questionnaire</i> (SA-45; Maruish, 2004; versión en español por Sandín <i>et al.</i> , 2008) ($\alpha_{\text{ideación paranoide}} = 0.71$).
11) Hipocondría, pensamientos autolíticos y actividad general: <i>Inventario para la depresión de Beck</i> (<i>Beck Depression Inventory</i> - BDI-II; Beck <i>et al.</i> , 1987; versión española por Sanz <i>et al.</i> , 2003) ($\alpha = 0.87$).
12) Trastorno de adaptación: <i>Cuestionario de ansiedad estado-rasgo</i> (<i>State-Trait Anxiety Inventory</i> - STAI; Spielberger <i>et al.</i> , 1970; versión en español Buela Casal <i>et al.</i> , 2023) ($\alpha_{\text{ansiedad rasgo}} = 0.90$ y $\alpha_{\text{ansiedad estado}} = 0.94$).
13) Trastornos relacionados con la alimentación, el peso y la imagen corporal: <i>Inventario de Trastornos Alimentarios</i> (<i>Eating Disorder Inventory</i> - EDI-3; Garner, 2004; versión mexicana por Rutzstein, 2021) ($\alpha = 0.93$).
14) Adicciones: <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i> (AUDIT – Babor <i>et al.</i> , 2001; versión en español por Álvarez <i>et al.</i> , 2001) ($0.75 < \alpha < 0.94$).
15) Trastorno psicótico: <i>Symptom Assessment-45 Questionnaire</i> (SA-45; Maruish, 2004; versión en español por Sandín <i>et al.</i> , 2008) ($\alpha_{\text{psicoticismo}} = 0.63$).

TABLA 4. Puntuaciones medias, desviaciones típicas e índice de validez por ítem y ronda de revisión del panel de expertos								
Ítems	Contenido ítems	M ₁	DT ₁	V ₁	M ₂	DT ₂	V ₂	APC-TEA-noDI
1	desagrado situaciones sociales	3.80	0.42	0.93	3.33	0.71	0.78	
2	disfrute	3.70	0.48	0.90	3.78	0.44	0.93	
3	hacer cosas sin pensar	3.10	0.88	0.70	3.44	0.73	0.81	
4	burlas	3.90	0.32	0.97	-	-	-	-
5	molestia sensorial	3.80	0.42	0.93	3.78	0.44	0.93	
6	conciliar sueño	3.60	0.52	0.87	3.67	0.71	0.89	
7	comprobación	3.90	0.32	0.97	3.56	1.01	0.85	
8	capacidad terminar tarea	3.10	0.57	0.70	-	-	-	-
9	capacidad quedarse quieto	3.20	0.92	0.73	3.44	0.73	0.81	
10	delirios	3.60	0.52	0.87	-	-	-	-
11	credibilidad del médico	3.30	0.95	0.77	3.67	0.50	0.89	
12	hacer cosas	3.30	0.82	0.77	3.33	1.00	0.78	
13	dieta	2.60	1.07	0.53	3.22	1.09	0.74	
14	miedo situaciones sociales	3.70	0.50	0.89	3.78	0.44	0.93	
15	nuevos retos	3.20	0.79	0.73	-	-	-	-
16	culpabilidad comida	2.70	1.00	0.56	3.78	0.44	0.93	
17	alucinaciones	3.40	0.97	0.80	-	-	-	-
18	decisiones repentinas	2.60	1.26	0.53	3.78	0.44	0.93	-
19	comentarios malintencionados	3.50	0.85	0.83	-	-	-	-
20	desagrado texturas	3.90	0.32	0.97	3.75	0.46	0.92	
21	insomnio	3.50	0.71	0.83	3.89	0.33	0.96	
22	formas de hacer fijas	3.90	0.33	0.96	3.89	0.33	0.96	

TABLA 4. Puntuaciones medias, desviaciones típicas e índice de validez por ítem y ronda de revisión del panel de expertos (<i>continuación</i>)								
Ítems	Contenido ítems	M ₁	DT ₁	V ₁	M ₂	DT ₂	V ₂	APC-TEA-noDI
23	miedo espacios abiertos	3.80	0.42	0.93	3.89	0.33	0.96	
24	soledad angustia	3.40	0.73	0.81	2.78	1.20	0.59	-
25	dificultad concentración	3.60	0.70	0.87	3.89	0.33	0.96	-
26	movimientos repetitivos	2.50	1.08	0.50	-	-	-	-
27	culpabilidad	3.00	0.82	0.67	3.11	0.93	0.70	-
28	preocupación salud física	3.20	0.79	0.73	3.67	0.50	0.89	
29	miedo separación	2.30	0.82	0.43	-	-	-	-
30	pensamientos autolíticos	3.60	0.70	0.87	3.67	0.71	0.89	
31	preocupación ganar peso	3.50	0.71	0.83	3.78	0.44	0.93	
32	exceso tiempo videojuegos	3.30	0.89	0.75	3.33	1.00	0.78	
33	evitación ciertos lugares	3.70	0.48	0.90	3.89	0.33	0.96	
34	tristeza	3.80	0.42	0.93	3.78	0.67	0.93	
35	controlan externamente pensamientos	3.60	0.70	0.87	3.89	0.33	0.96	-
36	insultos/ofensas	3.60	0.70	0.87	-	-	-	-
37	dificultad control pensamientos	2.60	0.97	0.53	3.56	1.01	0.85	
38	nerviosismo	3.10	0.99	0.70	3.50	0.76	0.83	
39	miedo salir solo/a	3.70	0.48	0.90	3.56	0.73	0.85	
40	sentirse desgraciado/a	3.30	0.67	0.77	3.67	0.71	0.89	
41	rechazo social	3.60	0.70	0.87	-	-	-	-
42	preocupación temas concretos	3.00	1.05	0.67	3.56	1.01	0.85	

TABLA 4. Puntuaciones medias, desviaciones típicas e índice de validez por ítem y ronda de revisión del panel de expertos (<i>continuación</i>)								
Ítems	Contenido ítems	M ₁	DT ₁	V ₁	M ₂	DT ₂	V ₂	APC-TEA-noDI
43	excesiva planificación detalles	2.70	1.16	0.57	3.63	0.74	0.88	-
44	preocupación por familiares	3.80	0.42	0.93	3.78	0.44	0.93	
45	molestias ropa	3.40	0.84	0.80	3.75	0.46	0.92	
46	estar quieto mucho tiempo	3.40	0.70	0.80	3.83	0.41	0.94	
47	todo sale mal	3.30	0.82	0.77	3.44	1.01	0.81	
48	preocupación hablar público	3.60	0.70	0.87	3.78	0.44	0.93	
49	intención hacerse daño	3.80	0.42	0.93	3.67	0.71	0.89	
50	hacer más planes	3.00	0.94	0.67	-	-	-	-
51	uso aparatos electrónicos	3.20	0.79	0.73	3.67	0.71	0.89	

M= media; 1= primera ronda de juicios; 2= ronda segunda; DT= desviación estándar; V= V de Aiken; APC-TEA-noDI= *Autoinforme sobre Problemas Clínicos asociados al TEA-noDI*; “en blanco” = Se mantiene; “-” = Se elimina.

N₁= 11 expertos; N₂=10 expertos; K (rango)= 3; z= 1,65.

Se eliminan las categorías de abuso escolar o laboral (4, 19, 36 y 41), agitación (26); alteraciones en la atención (8 y 25), trastorno de personalidad paranoide (10 y 27), actividad general (15 y 50), trastorno psicótico (17 y 35) y trastorno de adaptación (29) por los valores obtenidos.

Los ítems 18, 24 y 43 se eliminan por similitud a otros ítems mejor valorados.

Ansiedad: 1, 14, 23, 33, 39, 44 y 48; Depresión: 2, 12, 24, 34, 40 y 47; Trastornos disruptivos del control de impulsos: 3, 18, 38 y 43; Abuso escolar o laboral: 4, 19, 36 y 41; Alteraciones sensoriales: 5, 20 y 45; Trastornos sueño-vigilia: 6 y 21; Trastorno obsesivo-compulsivo: 7, 22, 37 y 42; Alteraciones en la atención: 8 y 25; Agitación: 9, 26 y 46; Trastorno de personalidad paranoide: 10 y 27; Hipocondría: 11 y 28; Trastorno adaptativo: 29; Pensamiento autolítico: 30 y 49; Actividad general: 15 y 50; Trastornos relacionados con la alimentación, el peso y la imagen corporal: 13,16 y 31; Adicciones: 32 y 51; y Trastorno psicótico: 17 y 35.

TABLA 5. Categorías de problemas mantenidas y eliminadas tras las dos rondas de revisión del panel de expertos

Categorías	N.º ítems panel de expertos 1.ª ronda	N.º ítems panel de expertos 2.ª ronda	N.º ítems versión post-expertos
1. Ansiedad	7	7	7
2. Depresión	6	6	5
3. Trastornos disruptivos del control de impulsos	4	4	2
4. Abuso escolar o laboral	4	-	-
5. Alteraciones sensoriales	3	3	3
6. Trastornos sueño-vigilia	2	2	2
1. Trastorno obsesivo-compulsivo	4	4	4
8. Alteraciones en la atención	2	1	-
9. Agitación	3	2	2
10. Trastorno de personalidad paranoide	2	1	-
11. Hipocondría	2	2	2
12. Trastorno adaptativo	1	-	-
13. Pensamiento autolítico	2	2	2
14. Actividad general	2	-	-
15. Trastornos relacionados con la alimentación, el peso y la imagen corporal	3	3	3
16. Adicciones	2	2	2
17. Trastorno psicótico	2	1	-

- = No se incluye finalmente en el cuestionario.

Referencias citadas en las tablas del material suplementario (no incluidas en el aptdo. “Referencias” del texto)

a) Referencias de las herramientas de autoinforme empleadas en la evaluación de problemas clínicos asociados al TEA (Tabla 1 del material suplementario)

- ACHENBACH, T. M. y RESCORLA, L. A. (2007). *Achenbach system of empirically based assessment*. Mental Measurements Yearbook. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1698-3_219
- ANGOLD, A., COSTELLO, E. J., MESSER, S. C., PICKLES, A., WINDER, F. y SILVER, D. (1995). Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5, 237-249. <https://doi.org/1049-8931/951040251-12>
- ARAGÓN RAMÍREZ, N., BRAGADO ÁLVAREZ, M. C. y CARRASCO GALÁN, I. (2000). Fiabilidad y estructura factorial del “Inventario Breve de Síntomas” (Brief Symptom Inventory, BSI) en adultos. *Psicología Conductual*, 73-83. Recuperado de https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/05.Aragon_8-10a-1.pdf
- BECK, A. T., EPSTEIN, N., BROWN, G. y STEER, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893>
- BECK, A. T. y STEER, R. A. (2011). *BAI: Inventario de Ansiedad de Beck*. Pearson.
- BECK, A. T., STEER, R. A. y BROWN, G. K. (1987). *Beck Depression Inventory*. Harcourt Brace Jovanovich.
- BECK, A. T., WARD, C. H., MENDELSON, M., MOCK, J. y ERBAUGH, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- BEIDEL, D. C., TURNER, S. M. y MORRIS, T. L. (1995). A new inventory to assess childhood social anxiety and phobia: The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychological Assessment*, 7(1), 73. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.1.73>
- BENEYTES-BARROSO, C., DEL POZO-ARMENTI, A., GARCÍA-VILLAMISAR, D. y RODGERS, J. (2020). Adaptación al español de la Anxiety Scale for Children with ASD (ASC ASD-P) [Spanish Adaptation of the Anxiety Scale for Children with ASD (ASC ASD-P)]. *Acción Psicológica*. <https://doi.org/10.5944/ap.17.2.28066>
- BERG, C. J., RAPOPORT, J. L. y FLAMENT, M. (1986). The Leyton obsessional inventory-child version. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25(1), 84-91. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)60602-6](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)60602-6)
- BIRMAHER, B., KHETARPAL, S., BRENT, D., CULLY, M., BALACH, L., KAUFMAN, J. y NEER, S. M. (1997). The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(4), 545-553. <https://doi.org/10.1097/00004583-199704000-00018>
- BOBESA, J., BADÍA, X., LUQUE, A. y GARCÍA, M. (1999). La evaluación de la fobia social. *Medicina Clínica*, 112, 530-538. Recuperado de https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=validacion_esp_LSAS.pdf
- CASULLO, M. y PÉREZ M. (2008). *El Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis*. Universidad de Buenos Aires. Recuperado de https://www.psi.uba.ar/academica/carreras_degrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_sintomas.pdf

- CHORPITA, B. F., YIM, L., MOFFITT, C., UMEMOTO, L. A. y FRANCIS, S. E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A revised child anxiety and depression scale. *Behaviour Research and Therapy*, 38(8), 835-855. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00130-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00130-8)
- DAVISON, M. L., BERSHADSKY, B., BIBER, J., SILVERSMITH, D., MARUSH, M. E. y KANE, R. L. (1997). Development of a brief, multidimensional, self-report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment*, 4(3), 259-276. <https://dx.doi.org/10.1177/107319119700400306>
- DEL BARRIO, M. y CARRASCO, M. (2004). *Inventario de Depresión Infantil. Adaptación española*. TEA Ediciones.
- DEROGATIS, L. R. (1975). *The SCL-90-R*. Clinical Psychometric Research.
- DEROGATIS, L. R. (1992). *The Symptom Checklist-90-revised*. National Computer System Assessments.
- DEROGATIS, L. R. (1994). *SCL-90-R Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual*. National Computer System.
- DEROGATIS, L. R. (2001). *Brief Symptom Inventory 18*. Mental Measurements Yearbook.
- DEROGATIS, L. R. y SPENCER, P. M. (1982). *The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, scoring, and procedures manual-I*. Clinical Psychometrics Research.
- DIEZ-QUEVEDO, C., RANGIL, T., SANCHEZ-PLANELL, L., KROENKE, K., y SPITZER, R. L. (2001). Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 679-686. <https://doi.org/10.1097/00006842-200107000-00021>
- DOVAL, E., MARTÍNEZ, M. y DOMÉNECH-LLABERIA, E. (2011). Evidencias de calidad psicométrica de la versión en castellano del Screen for Child Anxiety related Emotional Disorders (SCARED) de 41 ítems. *Ansiedad y Estrés*, 17. Recuperado de <https://www.ansiedadystres.es/sites/default/files/rev/ucm/2011/anyes2011a15.pdf>
- FERNÁNDEZ-MARTÍNEZ, I., MORALES, A., MÉNDEZ, F. X., ESPADA, J. P. y ORGILÉS, M. (2020). Spanish adaptation and psychometric properties of the parent version of the Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ-P) in a non-clinical sample of young school-aged children. *The Spanish Journal of Psychology*, 23. <https://doi.org/10.1017/SJP.2020.47>
- FOA, E. B., HUPPERT, J. D., LEIBERG, S., LANGNER, R., KICHIC, R., HAJCAK, G. y SALKOVSKIS, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14(4), 485. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.4.485>
- FULLANA, M. A., TORTELLA-FELIU, M., CASARES, X., ANDINO, O., TORRUBIA, R. y MATAIX-COLS, D. (2005). Psychometric properties of Spanish version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised in non-clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 893-903. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.10.004>
- GALLEGO MOYA, S. e IBÁÑEZ, M. I. (2017). Adaptación española de la escala DSM-oriented del Youth Self-Report (YSR) en población general. *Ágora de Salud*, IV(15), 145-151. <https://doi.org/10.6035/AgoraSalud.2017>
- GONZÁLEZ, J., FERNÁNDEZ, S., PÉREZ, E. y SANTAMARÍA, P. (2004). Adaptación española del Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes: BASC. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescencia*, 3(2), 23-34. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4771/477152554003.pdf>
- GOODMAN, W. K., PRICE, L. H., RASMUSSEN, S. A., MAZURE, C., FLEISCHMANN, R. L., HILL, C. L. ... y CHARNEY, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006-1011. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>

- GRATZ, K. L. y ROEMER, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4>
- GRESHAM, F. M. y ELLIOTT, S. N. (1990). Social skills rating system: Manual. *American Guidance Service*. <https://doi.org/10.1177/073428299201000215>
- HERNÁNDEZ-GUZMÁN, L., BERMÚDEZ-ORNELAS, G., SPENCE, S. H., GONZÁLEZ MONTESINOS, M. J., MARTÍNEZ-GUERRERO, J. I., AGUILAR VILLALOBOS, J. y GALLEGOS GUAJARDO, J. (2010). Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 13-24. Recuperado de https://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342010000100002
- HERVÁS, G. y JÓDAR, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000200001
- INIESTA-SEPÚLVEDA, M., ROSA-ALCÁZAR, A. I., RUIZ GARCÍA, B. y LÓPEZ-PINA, J. A. (2017). Propiedades psicométricas del Inventario Obsesivo de Leyton para Niños-Versión Corta en una muestra comunitaria de niños y adolescentes. *Anales de Psicología*, 33(1), 26-31. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.1.23220>
- KOVACS, M. (1992). Children's depression inventory. *Acta Paedopsychiatrica: International Journal of Child and Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1037/t00788-000>
- KROENKE, K., SPITZER, R. L. y WILLIAMS, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- KRUG, S. E. (1994). *Manual del Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ)*. TEA Ediciones.
- KRUG, S. E., CATTELL, R. B. y DELHEES, K. H. (1980). Clinical analysis questionnaire manual. *Institute for Personality and Ability Testing*. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_18-1
- LA GRECA, A. M. y LOPEZ, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83-94. <https://doi.org/10.1023/a:1022684520514>
- LA GRECA, A. M. y STONE, W. L. (1993). Social Anxiety Scale for Children - Revised: Factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(1), 17-27. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2201_2
- LIEBOWITZ, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173 <https://doi.org/10.1159/000414022>
- LOSADA VICENTE, L. (2015). *Adaptación del "social skills improvement system-rating scales" al contexto español en las etapas de educación infantil y educación primaria* [Tesis de doctorado, Universidad Nacional de Educación a Distancia]. Recuperado de https://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Educacion-Mllosada/LOSADA_VICENTE_M_Lidia_Tesis.pdf
- MILLON, T. y GROSSMAN, S. (2015). *MCMI-IV: Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual*. National Computer System Pearson.
- MILLON, T., GROSSMAN, S., MILLON, C., HERNÁNDEZ, V. C. y LÓPEZ, M. P. S. (2018). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-IV (MCMI-IV)*. Pearson.
- OLIVARES, J., RUIZ, J., HIDALGO, M. D., GARCÍA-LÓPEZ, L. J., ROSA, A. I. y PIQUERAS, J. A. (2005). Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A): Psychometric properties in a Spanish-speaking population. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 85-97. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/337/33701005.pdf>

- OLIVARES, J., SÁNCHEZ-GARCÍA, R., LÓPEZ-PINA, J. A. y ROSA-ALCÁZAR, A. I. (2010). Psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory for children in a Spanish sample. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 961-969. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/172/17217376040.pdf>
- REYNOLDS, C. R. y KAMPHAUS, R. W. (2004). Behavior assessment system for children. *Hoboken*. <https://doi.org/10.1177/15345084070320020301>
- RODGERS, J., WIGHAM, S., McCONACHIE, H., FREESTON, M., HONEY, E. y PARR, J. R. (2016). Development of the anxiety scale for children with Autism Spectrum Disorder (ASC-ASD). *Autism Research*, 9(11), 1205-1215. <https://doi.org/10.1002/aur.1603>
- SANDÍN, B., VALIENTE, R. M. y CHOROT, P. (2009). RCADS: Evaluación de los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(3), 193-206. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.14.num.3.2009.4078>
- SANDÍN, B., VALIENTE, R. M., CHOROT, P., SANTED, M. A. y LOSTAO, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/727/72720219.pdf>
- SANZ, J., PERDIGÓN, A. L. y VÁZQUEZ, C. (2003). The Spanish adaptation of Beck's Depression Inventory-II (BDI-II): 2. Psychometric properties in the general population. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>
- SPENCE, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(2), 280-297. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.106.2.280>
- YACILA, G. A., COOK-DEL AGUILA, L., SANCHEZ-CASTRO, A. E., REYES-BOSSIO, M. y A TEJADA, R. (2016). Traducción y adaptación cultural del Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) para trastornos obsesivos compulsivos. *Acta Médica Peruana*, 33(3), 253-255. Recuperado de https://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000300018

b) Referencias para la exclusión o modificación de las categorías e indicadores de Belinchón *et al.* (2015) (Tabla 2 del material suplementario)

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Publ. (ed. cast., Ed. Médica-Panamericana, 2014). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- TOLIN, D. F., FROST, R. O. y STEKETEE, G. (2010). A brief interview for assessing compulsive hoarding: The Hoarding Rating Scale-Interview. *Psychiatry Research*, 178(1), 147-152. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.05.001>

c) Referencias de las herramientas para la elaboración de los ítems que conforman la escala por categoría (Tabla 3 del material suplementario)

- ACHENBACH, T. M., DUMENCI, L. y RESCORLA, L. A. (2003). Ratings of relations between DSM-IV diagnostic categories and items of the Adult Self-Report (ASR) and Adult Behavior Checklist (ABCL). *Research Center for Children, Youth and Families*. Recuperado de <https://aseba.org/wp-content/uploads/2019/02/dsm-adultratings.pdf>

- ÁLVAREZ, M. S., GALLEGO, C. P., LATORRE De La CRUZ, C. y BERMEJO, F. F. (2001). Papel del test del AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) para la detección de consumo excesivo de alcohol en atención primaria. *Medifam*, 11(9), 553-557. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000900006
- BABOR, T. F., HIGGINS-BIDDLE, J. C., SAUNDERS, J. B. y MONTEIRO, M. G. (2001). The alcohol use disorders identification test. *World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence*, 1-37. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf;jsessionid=5866D419BAC2520047B3551DAD6D0036?sequence=1
- BECK, A. T., WARD, C., MENDELSON, M., MOCK, J. y ERBAUGH, J. J. A. G. P. (1961). Beck Depression Inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- BERG, C. J., RAPOPORT, J. L. y FLAMENT, M. (1986). The Leyton obsessional inventory-child version. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25(1), 84-91. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)60602-6](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)60602-6)
- BUELA-CASAL, G., GUILLÉN-RIQUELME, A. Y SEISDEDOS CUBERO, N. (2023). STAI, Manual para el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (10.a edición). Hogrefe TEA Ediciones. Disponible en <https://web.teaediciones.com/Ejemplos/STAI-Manual-Extracto.pdf>
- CATALÁN, M. L. y ROJAS, F. G. (2017). Adaptación transcultural al español del Adult Sensory Questionnaire (ASQ). *Revista Electrónica de Terapia Ocupacional Galicia, TOG*, 25(14). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5915149>
- DEL BARRIO, M. V., MORENO-ROSSET, C. y LÓPEZ-MARTÍNEZ, R. (1999). El Children's Depression Inventory (CDI: Kovacs, 1992). Su aplicación en población española. *Clínica y Salud*, 10(3), 393-416. Recuperado de <https://www.proquest.com/docview/2478079937>
- DEROGATIS, L. R. y UNGER, R. (2010). *Symptom checklist-90-revised*. John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0970>
- GARNER, D. M. (2004). Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3). Professional manual. *Psychological Assessment Resources*, 1. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/278225878_Eating_disorder_inventory-3_EDI-3_Professional_Manual_Lutz_FL_Psychological_Assessment_Resources
- GOODMAN, W. K., PRICE, L. H., RASMUSSEN, S. A., MAZURE, C., FLEISCHMANN, R. L., HILL, C. L. ... y CHARNEY, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006-1011. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>
- HERRERO, M., VIÑA, C., GONZÁLEZ, M., IBÁÑEZ, I. y PEÑATE, W. (2001). El cuestionario de Personalidad Zuckerman-Kuhlman-III (ZKPQ-III): versión española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33(3), 269-287. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80533303.pdf>
- KINNEALEY, M. y OLIVER, B. (2002). *Adult Sensory Questionnaire. Unpublished raw data*. Temple University, College of allied Health Professionals, Department of Occupational Therapy, 3307.
- KOVACS, M. (1992). Children's Depression Inventory. *Acta Paedopsychiatrica: International Journal of Child and Adolescent Psychiatry*.
- MARUISH, M. E. (2004). Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45). En M. E. MARUISH (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Instruments for adults* (pp. 43-78).
- MORENO-JIMÉNEZ, B., RODRÍGUEZ-MUÑOZ, A., MORANTE, M. E., GARROSA, E., RODRÍGUEZ-CARVAJAL, R. y DÍAZ-GRACIA, L. (2008). Evaluación del acoso psicológico en el trabajo: Desarrollo y estudio exploratorio de una escala de medida. *Universitas Psychologica*, 7(2), 335-345. Recuperado de <https://www.scielo.org.co/pdf/rups/v7n2/v7n2a03.pdf>

- OQUENDO, M. A., BACA-GARCÍA, E., GRAVER, R., MORALES, M., MONTALVAN, V. y MANN, J. J. (2001). Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). *The European Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.07.002>
- PATTON, J. H., STANFORD, M. S. y BARRATT, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768-774. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768::aid-jclp2270510607>3.0.co;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::aid-jclp2270510607>3.0.co;2-1)
- RAMOS BRIEVA, J. A., SAÍZ RUIZ, J. y GUTIÉRREZ ZOTES, A. (2002). Escala de Control de los Impulsos 'Ramón y Cajal' (ECIRyC). Desarrollo, validación y baremación. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 160-174. Recuperado de https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=biblio_ECIRyC.pdf
- RUEDA-JAIMES, G. E., DÍAZ-MARTÍNEZ, L. A., ESCOBAR-SÁNCHEZ, M., FRANCO-LÓPEZ, J. A., NAVARRO-MANCILLA, A. A. y CADENA-AFANADOR, L. P. (2007). Validation of the short version of the Leyton Obsessional Inventory for children and adolescents in Bucaramanga, Colombia. *Atención Primaria*, 39(2), 75-80. <https://doi.org/10.1157/13098674>
- RUTSZTEIN, G. (2021). Inventario de Trastornos Alimentarios (Eating Disorder Inventory). *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*, 11(1), 52-75. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2020.1.613>
- SAMANIEGO, V. C. y VÁZQUEZ, N. (2019). Estandarización del Adult Self Report (ASR) y del Adult Behavior Checklist (ABCL) para población urbana de Argentina de 18 a 59 años. *Psicodiagnosticar*, 29, 31-45. Recuperado de <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/15889/1/estandarizacion-adult-self.pdf>
- SANDÍN, B., VALIENTE, R. M., CHOROT, P. y SANTED, M. A. (2007). ASI-3: Nueva escala para la evaluación de la sensibilidad a la ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicológica Clínica*, 12(2). <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.12.num.2.2007.4036>
- SANDÍN, B., VALIENTE, R. M., CHOROT, P., SANTED, M. A. y LOSTAO, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296. Recuperado de <https://www.psicothema.com/pdf/3463.pdf>
- SANZ, J., PERDIGÓN, A. L. y VÁZQUEZ, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>
- SPIELBERGER, C. D. (1970). *Manual for the state-trait anxiety inventory (Self-evaluation questionnaire)*. Consulting Psychologists Press.
- TAYLOR, S., ZVOLENSKY, M. J., COX, B. J., DEACON, B., HEIMBERG, R. G., LEDLEY, D. R., ABRAMOWITH, J. S., HOLAWAY, R. M., SANDÍN, B., STEWART, S. H., COLES, M., ENG, W., DALY, E. S., ARRINDELL, W. A., BOUVARD, M. y JURADO CARDENAS, S. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3). *Psychological Assessment*, 19, 176-188. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.2.176>
- YACILA, G. A., COOK-DEL AGUILA, L., SANCHEZ-CASTRO, A. E., REYES-BOSSIO, M. y A TEJADA, R. (2016). Traducción y adaptación cultural del Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) para trastornos obsesivos compulsivos. *Acta Médica Peruana*, 33(3), 253-255. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172016000300018&script=sci_arttext&lng=pt
- ZUCKERMAN, M., KUHLMAN, D. M., THORNQUIST, M. y KIERS, H. (1991). Five (or three) robust questionnaire scale factors of personality without culture. *Personality and Individual Differences*, 12(9), 929-941. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(91\)90182-B](https://doi.org/10.1016/0191-8869(91)90182-B)