



RCADS: EVALUACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

BONIFACIO SANDÍN, ROSA M. VALIENTE Y PALOMA CHOROT

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia

Resumen: En el presente estudio investigamos la validez factorial, la fiabilidad y los datos normativos de la versión española de la Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS) (Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto & Francis, 2000) en una muestra de niños y adolescentes de edad escolar. La aplicación de análisis factoriales exploratorios y confirmatorios proporcionaron apoyo a la estructura de seis factores correlacionados, los cuales se corresponden con los siguientes tipos de trastorno DSM-IV de ansiedad y depresión: trastorno de pánico, fobia social, trastorno de ansiedad de separación, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, y trastorno depresivo mayor. Esta estructura factorial también fue apoyada por nuestros análisis de fiabilidad (consistencia interna). Así mismo, en el estudio proporcionamos datos normativos sobre las subescalas de la RCADS. Se sugiere que la escala es un instrumento de autoinforme de gran interés que puede ser utilizado en aplicaciones clínicas y de investigación en contextos de evaluación de niños y adolescentes.

Palabras clave: RCADS, evaluación, trastornos de ansiedad, depresión, niños, adolescentes.

RCADS: Assessment of anxiety and depressive disorder symptoms in children and adolescents

Abstract. The current study examines the factorial validity, reliability and normative data of the Spanish version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS) (Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto & Francis, 2000) in a sample of school-age children and adolescents. Exploratory and confirmatory factor analyses provide support for a structure of six correlated factors which correspond to the following DSM-IV anxiety and depressive disorders: panic disorder, social phobia, separation anxiety disorder, generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, and major depressive disorder. This factor structure was also supported by the reliability analysis (internal consistency). Normative data of the RCADS subscales are provided. The scale is proposed as a very useful self-report instrument for clinical and research applications in children and adolescent assessment settings.

Keywords: RCADS, assessment, anxiety disorders, depression, children, adolescents.

INTRODUCCIÓN

Los síntomas y trastornos de ansiedad y depresión son con mucho los problemas psicológicos más prevalentes, tanto en adultos como

en niños y adolescentes. Partiendo del sistema de clasificación y diagnóstico actual más utilizado en España y en todos los países occidentales, i.e., el DSM-IV (APA, 1994, 2000), al menos se reconocen los siguientes 7 tipos de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: trastorno de ansiedad de separación, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, fobia específica, fobia social, trastorno de estrés postraumático y trastorno obsesivo-compulsivo. La mayor parte de los estudios epidemiológicos sugieren que los miedos y las fobias, la ansiedad de separación, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión son fenómenos muy comunes en los niños y ado-

Recibido: 9-enero-2009; aceptado: 20-marzo-2009.

Correspondencia: Bonifacio Sandín, Facultad de Psicología, UNED, c/ Juan del Rosal 10, 28040 Madrid. Correo: bsandin@psi.uned.es

Agradecimientos: Queremos expresar nuestro agradecimiento a Manuel Díaz Berguices y a Sara Díaz Ferrer por su inestimable contribución en esta investigación al participar en las diferentes actividades relacionadas con la aplicación de los cuestionarios.

lescentes, con tasas de prevalencia que superan cada uno el 5% de la población infantojuvenil (Echeburúa y de Corral, 2009; Méndez, Orgilés y Espada, 2009, Sandín, 1997, 2008). Los síntomas subclínicos de estos trastornos, que se dan en niños o adolescentes que nunca han sido clínicamente diagnosticados, se encuentran en más del 30% de la población de niños y adolescentes. Otros síntomas o síndromes, como los relacionados con el trastorno obsesivo-compulsivo o el trastorno de estrés postraumático, son menos frecuentes en la población infantojuvenil. Otro aspecto importante a resaltar es la elevada comorbilidad que se da entre los trastornos de ansiedad y el trastorno depresivo mayor, con tasas comunes situadas en torno al 40% de comorbilidad (Vallance y Garralda, 2008).

Los instrumentos de autoinforme constituyen una herramienta fundamental para la evaluación y diagnóstico en psicología clínica (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2006), tanto para aspectos generales como específicos de psicopatología (Díaz y Peraíta, 2008; Sierra, Gutiérrez y Delgado, 2008), incluidos los síntomas psicopatológicos (Sandín, Valiente, Chorot, Santed y Lostao, 2008) y los fenómenos de vulnerabilidad (Martínez-Correa y Reyes del Paso, 2007). Se han propuesto instrumentos que han resultado eficaces para evaluar constructos de vulnerabilidad en ansiedad y depresión, tales como los relacionados con el trastorno de pánico (Sandín, Valiente, Chorot y Santed, 2007), la fobia social (Gallego, Botella, Quero, Baños y García-Palacios, 2007), el trastorno obsesivo-compulsivo (Belloch, Morillo, y García-Soriano, 2006) y la depresión (Hervás, 2008). Aunque el uso de entrevistas estructuradas suele ser necesario para el diagnóstico clínico de los trastornos de ansiedad y depresión (Sandín, 2003), las pruebas de autoinforme suelen ser imprescindibles para evaluar estos problemas psicopatológicos en diferentes contextos, tanto clínicos como no clínicos. Un problema que hemos venido sufriendo es la carencia de instrumentos de autoinforme validados que nos permitan evaluar los diferentes síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión de acuerdo con los criterios DSM-IV.

Hasta no hace mucho, los principales instrumentos se han dirigido a la evaluación de los

miedos y fobias específicos y sociales, y/o variables más o menos específicas de ansiedad y depresión (Sandín, Chorot, Valiente y Santed, 1998; Sandín, Chorot, Valiente, Santed y Sánchez-Arribas, 1999; Valiente, Sandín, Chorot y Tabar, 2002, 2003b). En este sentido, se ha echado de menos un instrumento multidimensional más clínico y comprensivo que nos permita obtener información de forma rápida sobre los principales síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión de los niños y adolescentes. Por ejemplo, los dos instrumentos de autoinforme más utilizados para evaluar la ansiedad y la depresión en niños y adolescentes han sido las clásicas escalas RCMAS (Revised Children's Manifest Anxiety Scale; Reynolds y Richmond, 1978) y CDI (Children's Depression Inventory; Kovacs, 1980), respectivamente. Sin embargo, varias investigaciones han sugerido que estos instrumentos evalúan más el constructo amplio de afectividad negativa que la ansiedad y depresión como constructos clínicos separados (Chorpita, Moffitt y Gray, 2005), lo cual resta interés y utilidad clínica a estas dos conocidas escalas.

Aunque se han desarrollado algunos instrumentos de autoinforme para evaluar y diagnosticar trastornos específicos de ansiedad según criterios DSM-IV, tales como el Cuestionario de Pánico y Agorafobia (Sandín, Chorot, Valiente, Sánchez-Arribas y Santed, 2004), se echan de menos instrumentos multidimensionales sobre síntomas de ansiedad y depresión. Un primer paso importante en este sentido fue la construcción de la Spence Children's Anxiety Scale (SCAS; Spence, 1997). La SCAS es una escala de 45 ítems, 38 de los cuales evalúan síntomas de los 6 trastornos de ansiedad (DSM) siguientes (el resto de los ítems evalúan deseabilidad social): pánico/agorafobia, ansiedad social, ansiedad de separación, ansiedad generalizada, obsesiones/compulsiones y miedo al daño físico. Este instrumento, sin embargo, ha evidenciado algunas deficiencias como por ejemplo no evaluar la ansiedad generalizada según los criterios del DSM-IV (se basa más bien en los criterios del DSM-III-R), y ser poco consistente con la subescala de fobia específica (i.e., el miedo al daño físico; el autor reconoce que es difícil evaluar en una escala de este tipo

los síntomas de las múltiples fobias específicas). Por otra parte, dada la elevada comorbilidad que se da entre los trastornos de ansiedad y la depresión, así como la alta prevalencia de esta última, sería de gran utilidad la inclusión en el cuestionario de una subescala dedicada a la evaluación de la depresión.

Con objeto de solucionar estos problemas, Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto y Francis (2000) llevaron a cabo una revisión de la escala de Spence, denominada Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS). Así, los principales cambios que incluye la RCADS se refieren a la inclusión de una escala sobre depresión y la reformulación de una nueva escala de ansiedad generalizada que represente mejor los criterios del DSM-IV para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada. Otras modificaciones importantes fueron la supresión de la escala de fobia específica (miedo al daño físico) (los items de esta escala solían saturar en múltiples escalas del cuestionario) y la depuración de la escala de trastorno de pánico (se eliminaron algunos items de agorafobia que saturaban en el factor de ansiedad de separación) (Chorpita et al., 2000).

La RCADS (Chorpita et al., 2000) está constituida por 47 items que permite evaluar los síntomas DSM-IV relativos a los siguientes tipos de trastornos: trastorno de ansiedad de separación (TAS), fobia social (FS), trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de pánico (TP), trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), y trastorno depresivo mayor (TDM). Los autores proporcionaron información sobre la validez factorial de las 6 dimensiones, así como también sobre su consistencia interna. Más recientemente, Chorpita et al. (2005) aportaron datos a favor de la validez convergente y discriminante a partir de una muestra de niños hawaianos que acudían a una clínica universitaria en busca de tratamiento psicológico. Comparando este cuestionario con otras pruebas tradicionales de evaluación de la ansiedad (p.ej., RCMAS) y la depresión (p.ej., CDI), la RCADS generalmente presentaba mayor correspondencia con los síndromes de diagnóstico específicos de ansiedad o depresión (determinados mediante entrevista clínica estructurada). Así mismo, los autores proporcionaron puntos de corte clí-

nicos para los diferentes trastornos basados en curvas ROC (receiver operator characteristic), quedando dichos puntos de corte establecidos del siguiente modo: TAS = 5, FS = 10, TAG = 7, TP = 12, TOC = 5, y TDM = 11.

Dado el interés que tiene este nuevo cuestionario para la evaluación de los síntomas de los diferentes trastornos de ansiedad y de la depresión en la población de niños y adolescentes, así como por su potencial utilidad en los diferentes campos de la psicopatología y psicología clínica (estudios epidemiológicos y de screening, diagnóstico y tratamiento, valoración de la evolución y pronóstico de cuadros clínicos, etc.), nuestro grupo de investigación de la UNED ha proporcionado datos preliminares sobre las propiedades psicométricas de la versión española del mismo (Sandín, Valiente, Santed, Chorot y Olmedo, 2004; Sandín, Valiente, Sánchez-Arribas, Olmedo y Chorot, 2005). Mediante el presente estudio pretendemos examinar la validez factorial de la RCADS y su fiabilidad (consistencia interna), y presentar datos normativos (medias y desviaciones típicas) del cuestionario. Nuestra hipótesis general es que el análisis factorial debería reflejar una estructura de 6 factores representativos específicamente de los seis tipos de trastornos DSM-IV que pretende evaluar el cuestionario. Esperamos también que tanto la fiabilidad como las normas de la RCADS sean similares o equivalentes a las descritas originalmente por Chorpita et al. (2000).

MÉTODO

Participantes y procedimiento

Participaron en el estudio 511 niños y adolescentes pertenecientes a diversos colegios públicos de enseñanza primaria de la provincia de Jaén. La muestra estaba compuesta por 266 chicos y 245 chicas. El rango de edad era de 11-17 años ($M = 12,2$; $DT = 1,72$), y no existían diferencias significativas entre ambos grupos en función de la edad. Los participantes completaron la RCADS de forma colectiva en grupos pequeños (aproximadamente entre 20 y 25 alumnos), en las aulas de los propios centros

escolares, tras consentimiento de los padres y los participantes, y autorización de la dirección del centro. Justo después de la distribución del cuestionario, uno de los investigadores leía en voz alta las normas de cumplimentación del mismo. Se preguntó a los niños si tenían alguna duda, y se les informó que sus respuestas serían absolutamente confidenciales. Durante la sesión siempre permaneció en el aula un investigador para atender cualquier duda, así como también para asegurarse de que cada niño cumplimentaba individualmente su protocolo.

Instrumento de evaluación

Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS; Chorpita et al., 2000). Cuestionario de 47 ítems diseñado para evaluar mediante autoinforme los síntomas DSM-IV de los trastornos de ansiedad y la depresión. El niño/adolescente debe contestar a los ítems según una escala de frecuencia de 0-3 puntos (0 = "nunca", 1 = "a veces", 2 = "a menudo", 3 = "siempre"), indicando hasta qué punto reflejan lo que le ocurre al niño/adolescente (véase el Anexo I). Se aplicó la versión española llevada a cabo por los autores firmantes de este trabajo. Sobre dicha traducción un profesor nativo en lengua inglesa efectuó la retrotraducción (*back translation*), la cual fue supervisada por Bruce F. Chorpita. De acuerdo con la versión original, la RCADS incluye las siguientes subescalas: (1) trastorno de ansiedad de separación (TAS; 7 ítems: 5, 9, 17, 18, 33, 45, 46), (2) fobia social (FS; 9 ítems: 4, 7, 8, 12, 20, 30, 32, 38, 43), (3) trastorno de ansiedad generalizada (TAG; 6 ítems: 1, 13, 22, 27, 35, 37), (4) trastorno de pánico (TP; 9 ítems: 3, 14, 24, 26, 28, 34, 36, 39, 41), (5) trastorno obsesivo-compulsivo (TOC; 6 ítems: 10, 16, 23, 31, 42, 44), y (6) trastorno depresivo mayor (TDM; 10 ítems: 2, 6, 11, 15, 19, 21, 25, 29, 40, 47). En su más reciente trabajo sobre validación de la RCADS, Chorpita et al. (2000) obtuvieron niveles de consistencia interna (coeficientes alfa) en general elevados para estas subescalas (TAS = 0,78, FS = 0,81, TAG = 0,80, TP = 0,85, TOC = 0,71 y TDM = 0,76).

RESULTADOS

Análisis factorial exploratorio de la RCADS

Con objeto de poner a prueba la validez factorial de la versión española de la RCADS, efectuamos en primer lugar análisis factoriales exploratorios basados en los datos de los ítems del cuestionario. Para ello aplicamos el método de extracción de componentes principales. Aunque algunos autores han sugerido el método de ejes principales como alternativa más adecuada para el análisis factorial exploratorio, existen razones para recomendar cualquiera de estos dos métodos como igualmente válidos (p.ej., Gorsuch, 1983). Para la extracción del número de factores utilizamos criterios teóricos y empíricos. Los criterios teóricos se basan en la estructura de 6 factores propuesta por Chorpita et al. (2000, 2005). Los criterios empíricos fueron los siguientes: criterio de Kaiser (valor propio superior a la unidad), criterio de interpretabilidad de las estructuras factoriales (Gorsuch, 1983), el test de scree (Cattell, 1966), y el análisis en paralelo (O'Connor, 2000). Aplicamos el método de rotación oblicua (promax) ya que asumimos una correlación moderada entre los factores.

Obtuvimos 11 factores con autovalores por encima de la unidad, cuyos valores fueron como sigue: 10,91, 3,29, 2,07, 1,72, 1,45, 1,30, 1,23, 1,14, 1,11, 1,08 y 1,07. La aplicación de los criterios indicados sugería como más apropiada una estructura de 6 factores. Aunque estos 6 factores se correspondían conceptualmente con los 6 factores descritos por Chorpita et al. (2000), el ítem 37 ("Pienso en la muerte") saturaba en el factor del TDM, en lugar del factor del TAG (como se asume en el modelo teórico original del cuestionario). Por tanto, este ítem fue eliminado en éstos y en los diferentes análisis del presente estudio. En realidad, y en el supuesto de que se hubiese mantenido este ítem, a nuestro juicio resultaría más apropiada su consideración como síntoma de la depresión que de la ansiedad generalizada (Sandín y Chorot, 2009a).

Tras haber eliminado este ítem se efectuó un nuevo análisis factorial con extracción también de los 6 primeros factores, que ex-

plicaban el 45,3% de la varianza total. Este porcentaje de varianza es similar al obtenido por Chorpita et al. (2000). Los valores propios correspondientes a estos 6 factores fueron 10,31, 3,19, 2,06, 1,72, 1,38 y 1,29. En la Tabla 1 indicamos la información relativa a la estructura factorial tras la aplicación de la rotación oblicua (pesos factoriales) y communalidades. Tal y como puede observarse en la tabla, la estructura de la RCADS es consistente con los seis factores propuestos originalmente por Chorpita et al. (2000, 2005). Existe una clara correspondencia conceptual y empírica entre esta estructura y la referida por Chorpita et al. (2000), y los datos apoyan la estructura de la RCADS que sugiere la existencia de 6 factores bien diferenciados correspondientes a los 5 tipos de trastornos de ansiedad y al trastorno depresivo mayor (véase la Tabla 1). La media de las correlaciones entre los factores fue de 0,32, variando entre 0,50 (correlación entre el factor TP y el factor TDM) y 0,25 (entre los factores TAG y TDM).

Con la excepción del último factor (factor TOC), en el que los valores de los pesos factoriales tienden a ser más moderados o bajos, para el resto de los factores las saturaciones son entre moderadas y elevadas en general, variando entre 0,32 y 0,72 (TDM), 0,31 y 0,84 (TP), 0,31 y 0,79 (FS), 0,30 y 0,85 (TAS), 0,32 y 0,68 (TAG), y 0,28 y 0,46 (TOC). Así mismo, encontramos que algunas variables saturaban en más de un factor, en particular en el factor TAG, lo cual no nos ha extrañado considerando el carácter general que tiene el trastorno de ansiedad generalizada y la elevada comorbilidad que tiene este trastorno con el resto de los trastornos de ansiedad (i.e., como trastorno comórbido o secundario con el diagnóstico principal) (véase Sandín y Chorot, 2009a). Los valores de la comunalidad también son consistentes con la estructura factorial obtenida, ya que sólo en algunos casos estos valores son moderados-bajos (i.e., para algunos ítems del factor TOC). Se constata, por tanto, una estructura factorial convergente con la estructura presentada originalmente por Chorpita et al. (2000), sobre la base también en análisis factoriales exploratorios.

Análisis factorial confirmatorio de la RCADS

Como segundo paso para examinar la validez factorial de la RCADS llevamos a cabo análisis factoriales confirmatorios basándonos en el programa de ecuaciones estructurales EQS. Para ello pusimos a prueba de validez empírica varios modelos EQS de análisis factorial confirmatorio, incluidos el modelo de 6 factores correlacionados que corresponde a la hipotética estructura de la RCADS, así como también otros modelos alternativos. Específicamente examinamos los siguientes modelos: (1) modelo 1, de 6 factores correlacionados; (2) modelo 2, de 6 factores ortogonales, (3) modelo 3, de un único factor, y (4) modelo 4, de dos factores correlacionados. El primer modelo corresponde a la estructura que subyace a la RCADS original. El modelo 2 permite contrastar la validez de una estructura de 6 factores no correlacionados. El modelo 3 asume que la ansiedad y la depresión, más que entidades separadas, consisten en realidad en un único factor general de afectividad negativa. Finalmente, el modelo 4 asume dos factores separados, uno relativo a todos los trastornos de ansiedad (asume por tanto que en realidad no existen diferencias importantes entre los diferentes trastornos de ansiedad) y otro relativo a la depresión (i.e., diferencia únicamente entre la ansiedad y la depresión, pero no entre formas diferenciables de la ansiedad). Todos estos modelos son importantes ya que corresponden a hipótesis que con mayor o menor grado se han venido manteniendo vigentes en el campo de la psicopatología de los trastornos emocionales (Sandín y Chorot, 2009a,b). Los indicadores de los cuatro modelos fueron los ítems de la RCADS. Para la definición de los modelos de 6 factores nos basamos en los datos del análisis factorial exploratorio que indicamos en la Tabla 1. Para la definición del modelo de un factor, todos los ítems de la RCADS (excepto el ítem 37) sirvieron como indicadores de una única variable latente. Finalmente, la definición del modelo de dos factores se efectuó asignando los ítems del TDM a un factor y el resto a un factor de trastornos de ansiedad. La definición de los modelos 3 y 4 se llevó a cabo sobre la base de los 47 ítems de la RCADS (excepto el ítem 37).

Tabla 1. Análisis factoriales exploratorio (AFE) y confirmatorio (AFC), y fiabilidad (coeficientes alfa y r_{is}) de la RCADS

Ítem RCADS	AF exploratorio		AF confirmatorio	r_{is}
	Peso factorial	h^2	Estimación paramétrica	
<i>Factor 1. Trastorno depresivo mayor (TDM) ($\alpha = 0,79$)</i>				
2. Me siento triste o decaído/a	0,54	0,55	0,67	0,54
6. Me cuesta divertirme o pasarlo bien	0,72	0,47	0,49	0,42
11. Duermo mal	0,32	0,39	0,52	0,41
15. Mi apetito para comer es malo	0,37	0,35	0,48	0,38
19. Me siento con muy poca energía para hacer las cosas	0,65	0,53	0,58	0,54
21. Estoy muy cansado/a	0,63	0,45	0,52	0,47
25. Me resulta muy difícil pensar con claridad	0,58	0,39	0,49	0,44
29. Siento que no valgo para nada	0,34	0,43	0,62	0,49
40. Me siento como si no tuviera ganas de hacer nada	0,49	0,37	0,56	0,51
47. Me siento inquieto (intranquilo) ^{TP,TAG}	0,37	0,31	0,51	0,36
<i>Factor 2. Trastorno de pánico/agorafobia (TP) ($\alpha = 0,80$)</i>				
3. Cuando tengo algún problema, noto sensaciones raras en mi estómago ^{TDM, TAG}	0,31	0,33	0,46	0,41
14. De repente siento como si no pudiera respirar sin saber porqué	0,47	0,47	0,45	0,40
24. Cuando tengo un problema, mi corazón late bastante rápido	0,39	0,36	0,50	0,46
26. De repente empiezo a temblar o a agitarme sin saber porqué	0,55	0,49	0,63	0,59
28. Cuando tengo un problema siento que tiemblo ^{TAG}	0,37	0,38	0,56	0,49
34. De repente me siento muy asustado/a sin saber porqué	0,72	0,58	0,62	0,54
36. De repente, me siento mareado/a o me desmayo sin razón ^{TDM}	0,32	0,37	0,53	0,46
39. De repente mi corazón empieza a latir rápido sin saber porqué	0,84	0,63	0,56	0,51
41. Me preocupa que de repente me sienta asustado/a, aunque no haya nada por lo que deba tener miedo	0,57	0,52	0,65	0,53
<i>Factor 3. Fobia social (FS) ($\alpha = 0,81$)</i>				
4. Me preocupa cuando creo que he hecho mal en algo	0,37	0,43	0,55	0,47
7. Siento miedo cuando tengo que hacer un examen	0,43	0,32	0,46	0,38
8. Me siento mal cuando creo que alguna persona está enfadada conmigo	0,54	0,39	0,52	0,49
12. Me da miedo que vaya a hacer mal mis tareas del colegio	0,30	0,39	0,48	0,43
20. Me preocupa parecer tonto/a ante la gente	0,54	0,38	0,58	0,48
30. Me da miedo hacer las cosas mal ^{TAG}	0,37	0,53	0,67	0,56
32. Me preocupa lo que otras personas piensen de mí	0,79	0,63	0,70	0,62
38. Me da miedo si tengo que hablar delante de la clase	0,68	0,52	0,48	0,41
43. Me asusta ponerme en ridículo delante de la gente	0,73	0,56	0,65	0,56
<i>Factor 4. Trastorno de ansiedad de separación (TAS) ($\alpha = 0,71$)</i>				
5. Sentiría miedo si estuviera solo/a en casa	0,77	0,62	0,67	0,55
9. Cuando estoy lejos de mis padres siento miedo	0,29	0,49	0,46	0,30
17. Si tengo que dormir solo/a siento miedo	0,85	0,65	0,62	0,52
18. Por las mañanas al ir al colegio me da miedo separarme de mis padres ^{TDM}	0,30	0,42	0,42	0,30
33. Me asusta estar en sitios donde hay mucha gente ^{TP}	0,44	0,32	0,45	0,38
45. Me preocupa tener que ir a la cama por la noche	0,49	0,49	0,48	0,37
46. Sentiría miedo si tuviera que estar fuera de casa por la noche	0,53	0,46	0,57	0,44
<i>Factor 5. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) ($\alpha = 0,79$)</i>				
1. Me preocupo mucho por las cosas ^{TOC}	0,32	0,49	0,35	0,33
13. Me preocupa que le ocurra algo terrible a alguno de mis familiares	0,68	0,50	0,52	0,50
22. Me preocupa que me ocurran cosas malas	0,66	0,60	0,83	0,72
27. Me preocupa que me ocurra algo malo	0,63	0,55	0,78	0,70
35. Me preocupa lo que vaya a ocurrir	0,53	0,52	0,68	0,58

Factor 6. Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) ($\alpha = 0,68$)

10. Me siento mal por tener pensamientos malos o tontos, o imágenes en mi cabeza	0,30	0,52	0,60	0,38
16. Tengo que seguir comprobando que he hecho las cosas bien (como que el interruptor está apagado o la puerta cerrada) ^{TAG}	0,46	0,32	0,32	0,34
23. Tengo pensamientos malos o tontos que no puedo quitar de mi cabeza	0,30	0,39	0,56	0,39
31. Tengo que concentrarme en pensamientos especiales (como números o palabras) para que no ocurran cosas malas	0,29	0,28	0,36	0,31
42. Tengo que repetir algunas cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar o colocar cosas en un orden determinado) ^{TAG}	0,42	0,29	0,40	0,35
44. Tengo que hacer algunas cosas en la manera correcta para que no ocurran cosas malas	0,28	0,22	0,43	0,36

Nota. Los superíndices en los ítems indican que, en el análisis factorial exploratorio, el ítem saturaba ($\geq 0,30$) también en el factor indicado mediante la abreviatura. h^2 = comunalidad; r_{is} = correlación corregida ítem-subescala.

Los análisis se efectuaron con el programa de ecuaciones estructurales EQS (Bentler, 2005). En la construcción de los modelos, cada ítem del cuestionario se vinculó a una única variable latente (factor) (i.e., no se asoció simultáneamente a más de un factor) de acuerdo con las especificaciones indicadas arriba. En los modelos 1 y 4 se permitió la correlación entre los factores. Las varianzas de los términos de error fueron especificadas como parámetros libres. No se permitió la covariación entre los residuos. La varianza de las variables latentes se fijó en 1,00 con objeto de identificar el modelo de medida. Puesto que los datos basados en cuestionarios tipo Likert pueden presentar problemas de distribución normal, se utilizó el método de estimación ML-robusto, el cual proporciona estadísticos robustos a partir de la prueba escalada de χ^2 de Satorra-Bentler ($S-B\chi^2$) y errores estándar robustos, corrigiendo los errores debidos a una posible violación del principio de normalidad. La aplicación de este método significa que los valores calculados son válidos incluso aunque se violase la asunción de normalidad en el método de estimación.

Empleamos los siguientes índices de bondad de ajuste: (1) $S-B\chi^2$ (χ^2 de Satorra-Bentler), (2) $S-B\chi^2$ dividido por los grados de libertad (cocientes $\leq 5,0$ indican buen ajuste; a menor índice mejor ajuste), (3) CFI (robust comparative fit index), (4) GFI (LISREL goodness-of-fit index), (5) SRMR (standardized root mean-square residual), (6) RMSEA (root mean square error of approximation), y (7) AIC (Akaike's information criterion). Se considera un ajuste aceptable si los valores de CFI y GFI $\geq 0,90$,

SRMR $\leq 0,08$, y RMSEA $\leq 0,06$. El AIC es un indicador relativo; en ausencia de otros criterios definitorios, el mejor modelo es el que posea un AIC más bajo. En la Tabla 2 indicamos los resultados de los análisis factoriales confirmatorios, con indicación de los valores de dichos índices para los diferentes modelos que hemos sometido a prueba empírica.

En la Tabla 2 podemos apreciar que existe una clara diferencia entre el modelo 1 y los restantes modelos, siendo éste superior a todos los modelos examinados en todos los índices de bondad de ajuste. Para este modelo, aunque los valores de los índices CFI y GFI están cerca de los límites aceptables, el resto de los índices son excelentes y confirman de forma robusta la estructura de la escala basada en los 6 factores diferenciados. Por tanto, considerando en conjunto todos los indicadores, podemos afirmar que la estructura de la RCADS basada en los 6 factores o dimensiones correlacionadas resulta apoyada por los datos y es consistente con la propuesta de la versión original (Chorpita et al., 2000) y con los datos basados en análisis factorial confirmatorio de la versión inglesa (Chorpita et al., 2005). Los restantes modelos son notablemente inferiores y en general resultan inaceptables debido, sobre todo, a los bajos niveles de los índices CFI y GFI. Comparando entre estos tres modelos, el modelo de dos factores correlacionados (separando entre ansiedad y depresión de forma general) parece ajustarse mejor que los modelos de un solo factor o de 6 factores no correlacionados (véase la Tabla 2).

Presentamos en la Tabla 1 las estimaciones paramétricas de las ecuaciones de medida (coe-

Tabla 2. Índices de bondad de ajuste para los diferentes modelos sobre la estructura de la RCADS, basados en los análisis factoriales confirmatorios EQS

Modelos de análisis factorial confirmatorio	$S-B\chi^2(gl)$	χ^2/gl	CFI	GFI	SRMR	RMSEA (90% IC)	AIC
Modelo 1: Seis factores correlacionados	1618,1 (974)	1,66	0,86	0,87	0,065	0,042 (0,039-0,046)	-149,8
Modelo 2: Seis factores no correlacionados	2450,6 (989)	2,48	0,63	0,73	0,188	0,061 (0,058-0,064)	652,6
Modelo 3: Un factor	2391,7 (989)	2,42	0,64	0,72	0,078	0,060 (0,057-0,063)	593,7
Modelo 4: Dos factores correlacionados	2205,4 (988)	2,23	0,69	0,75	0,073	0,056 (0,053-0,059)	417,4

Nota. Índices corregidos (método robusto). $S-B\chi^2 = \chi^2$ escalado de Satorra-Bentler. CFI = comparative fit index; GFI = LISREL goodness of fit index; SRMR = standardized root mean square residual; RMSEA = root mean square error of approximation; IC = intervalo de confianza; AIC = Akaike's information criterion. En negrita se indica el modelo con mejor ajuste.

ficientes completamente estandarizados) correspondientes al modelo de 6 factores correlacionados (modelo 1). Todos los coeficientes resultaron ser estadísticamente significativos. Los valores oscilaron entre 0,48 y 0,67 (TDM), 0,45 y 0,63 (TP), 0,48 y 0,70 (FS), 0,42 y 0,67 (TAS), 0,35 y 0,83 (TAG), y 32 y 0,60 (TOC). Estos datos son coherentes con los indicadores de bondad de ajuste del modelo y confirman que la RCADS posee una estructura en la que se diferencian de forma consistente 5 dimensiones de síntomas de trastornos de ansiedad y una dimensión de síntomas del trastorno depresivo mayor.

Fiabilidad

Calculamos la consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach) y la fiabilidad de análisis de ítems (correlación corregida ítem-subescala). El coeficiente alfa para la escala total fue de 0,93. Los coeficientes alfa para las diferentes subescalas de la RCADS están indicados en la Tabla 1 (la subescala TAG tiene un ítem menos que en la versión original —i.e., el ítem 37). En términos generales todos los coeficientes son entre aceptables y buenos, excepto para la subescala TOC que está en los límites del nivel aceptable estadísticamente (no alcanza el valor de 0,70).

Finalmente, calculamos las correlaciones corregidas ítem-subescala para todas las subescalas de la RCADS (véase la Tabla 1). En general las correlaciones oscilan entre aceptables y excelentes. En ningún caso son inferiores a 0,30, y la mayor parte de las correlaciones se sitúan por encima de 0,40. Este patrón se ob-

serva en las correlaciones corregidas ítem-subescala obtenidas para las diferentes subescalas del cuestionario.

Correlaciones entre las subescalas

En la Tabla 3 indicamos las correlaciones entre las subescalas RCADS. Las correlaciones en general tienden a ser moderadas, lo cual es consistente con la hipótesis general que subyace en la fundamentación teórica de la RCADS, pues se trata de subescalas correlacionadas pero diferenciables, ya que se asocian a constructos diferentes. Como cabría esperar, salvo la correlación entre TDM y TP que es moderada-alta, las correlaciones con la subescala del trastorno depresivo tienden a ser más bajas que las correlaciones entre las subescalas de trastornos de ansiedad. La correlación más elevada se da entre las subescalas TAG y TOC, algo que cabría esperar de acuerdo con estrecha relación

Tabla 3. Correlaciones entre las subescalas de la RCADS

Subescala	TDM	TP	FS	TAS	TAG	TOC
TDM	—					
TP	0,54	—				
FS	0,51	0,51	—			
TAS	0,38	0,55	0,46	—		
TAG	0,33	0,49	0,56	0,49	—	
TOC	0,47	0,47	0,47	0,47	0,57	—

Nota. TDM = trastorno depresivo mayor, TP = trastorno de pánico, FS = fobia social, TAS = trastorno de ansiedad de separación, TAG = trastorno de ansiedad generalizada, TOC = trastorno obsesivo compulsivo.

que suele darse entre estos dos constructos. Sin embargo, nos ha sorprendido la baja correlación entre TAG y TDM, correlación no consistente con la evidencia que sugiere importantes niveles de varianza común entre ambos trastornos (Sandín y Chorot, 2009a).

Datos normativos

Las medias y desviaciones típicas obtenidas para la escala total y para las 6 subescalas se indican en la Tabla 4. Aplicamos inicialmente un MANOVA para comprobar si las puntuaciones diferían entre los grupos de chicos y chicas, incluyendo como variable independiente el sexo y como variables dependientes las 6 subescalas y la puntuación total en la RCADS. El análisis resultó ser estadísticamente significativo $F(7,503) = 5,8, p < 0,001$. Posteriormente se calcularon pruebas de F univariadas para cada una de las 7 variables dependientes (6 subescalas y puntuación total en la RCADS). En dicha tabla referimos los resultados de estos análisis con indicación de los valores de F y la significación de las diferencias entre los chicos y las chicas. Se constatan diferencias significativas entre chicos y chicas para las subescalas TDM, FS, TAS, y TAG, así como también para la puntuación total en la escala. Para investigar el impacto de la variable sexo sobre las diferentes escalas calculamos el tamaño del efecto (η_p^2), lo que indicó sólo una modesta asociación entre el sexo y las puntuaciones en estas variables de la RCADS (véase la Tabla 4).

DISCUSIÓN

El principal objetivo de esta investigación consistió en proporcionar evidencia empírica para la validación de la versión española de la RCADS (Chorpita et al., 2000). En concreto, nuestra finalidad se centraba en probar empíricamente la validez factorial de la escala con una muestra amplia de chicos y chicas. Adicionalmente pretendíamos probar la fiabilidad (estructura interna) y examinar los datos normativos de la escala en función del sexo.

Para probar la validez factorial de la escala aplicamos análisis factoriales exploratorios y confirmatorios. Los análisis factoriales exploratorios apoyan en general la estructura de seis factores separados y correlacionados que se corresponden con las seis subescalas de la RCADS. Por tanto, podemos afirmar que nuestros datos proporcionan validez factorial a la versión española del cuestionario y apoyo empírico y validez convergente con la estructura de la versión original inglesa de la RCADS sugerida originalmente por Chorpita et al. (2000) para muestras de niños y adolescentes hawaianos.

La estructura factorial obtenida es muy similar a la referida por Chorpita et al. (2000), si bien en nuestro caso aparecen mínimas diferencias que merece la pena ser comentada concierne al ítem 37 (“Pienso en la muerte”). En la versión original, este ítem forma parte de la subescala TAG, y sin embargo en nuestro análisis factorial exploratorio satura en la subescala de TDM.

Tabla 4. Medias (DT s) y diferencias en función del sexo (chicos vs. chicas)

Variables RCADS	Total ($N = 511$)	Chicos ($N = 266$)	Chicas ($N = 245$)	Chicos vs. chicas $F(1,509)$	Tamaño del efecto η_p^2
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)		
Trastorno depresivo mayor (TDM)	6,7 (4,3)	6,4 (4,4)	7,2 (4,2)	3,1	0,01
Trastorno de pánico (TP)	5,2 (4,1)	5,0 (4,1)	5,4 (4,1)	1,4	0,00
Fobia social (FS)	11,6 (5,5)	10,6 (5,3)	12,7 (5,5)	19,8***	0,04
Trastorno de ansiedad de separación (TAS)	3,4 (3,0)	3,1 (2,9)	3,7 (3,1)	5,5*	0,01
Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)	8,1 (3,6)	7,7 (3,7)	8,6 (3,4)	8,5**	0,02
Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)	5,2 (3,1)	5,2 (3,2)	5,2 (3,1)	< 1	0,00
RCADS-Total	40,4 (18,4)	37,9 (18,5)	43,0 (18,0)	11,1**	0,02

Nota. (η_p^2) = eta parcial al cuadrado. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

En realidad, desde el punto de vista de la validez de contenido, parece más lógico asignar esta variable a la subescala de depresión que a la de ansiedad generalizada pues, de hecho, el miedo a la muerte es uno de los síntomas DSM-IV para el diagnóstico del episodio depresivo mayor, y sin embargo no forma parte de los síntomas para el diagnóstico del TAG.

Otros aspectos que caben ser resaltados conciernen a algunos ítems que saturan en más un factor (i.e., con pesos factoriales $\geq 0,30$). Por ejemplo, el ítem 33 (“Me asusta estar en sitios donde hay mucha gente”), de acuerdo con la versión original es un ítem del TAS. No obstante, en nuestro análisis hemos visto que, además de saturar en esta subescala, también lo hace en la subescala de TP, con un peso factorial similar. Este ítem posee, sin duda, una clara conexión con el TP y la agorafobia, ya que el temor a los lugares concurridos es un miedo típicamente agorafóbico también en la población infantojuvenil (Valiente, Sandín y Chorot, 2003a). Futuros estudios deberán clarificar a cuál de estas dos subescalas debería asignarse el ítem en cuestión.

Por lo demás, cabe reseñar que algunos ítems de diversas subescalas tienden a saturar también en el factor de TAG (véase la Tabla 1). Estas saturaciones pueden indicar, o bien baja validez discriminante de los ítems implicados, o bien que la naturaleza general del propio TAG implica que ocurra tal fenómeno. Por ejemplo, el ítem 47 (“Me siento inquieto o intranquilo”) es un síntoma innegable del TDM, pero también lo es del TAG. Algo similar podría decirse del ítem 28 (“Cuando tengo un problema siento que tiemblo”); aunque este síntoma suele darse en el TP, no es menos cierto que el mismo fenómeno es muy característico de los pacientes que sufren TAG; de hecho, el temblor y otros síntomas somáticos de tensión muscular son importantes para el diagnóstico de este trastorno. Por tanto, es posible que estos síntomas reflejen solapamientos comunes entre algunos trastornos de ansiedad y depresión por tratarse de síntomas relativamente genéricos a varios de estos trastornos.

Nuestros análisis factoriales confirmatorios demuestran, no obstante, la viabilidad de la versión española de la RCADS como instru-

mento apropiado para evaluar los cinco tipos de síntomas de los trastornos de ansiedad y del trastorno depresivo mayor en niños y adolescentes. Estos datos son coherentes con la diferenciación de los trastornos de ansiedad en los síndromes que se establecen en el DSM-IV, así como también con la separación entre estos síndromes y el trastorno depresivo mayor. Aunque no pocas veces se ha indicado en la literatura que resulta inadecuada la separación entre la ansiedad y la depresión, o la separación entre los diferentes tipos de trastornos de ansiedad, por considerar que se trata de un mismo constructo, o por asumir que es más lo común que existe entre ellos que lo diferencial, lo cierto es que nuestros análisis factoriales sugieren todo lo contrario. Al contrastar el ajuste de los diversos modelos alternativos, hemos visto que ni el modelo general de neuroticismo, ni el modelo que separa la ansiedad de la depresión, son comparables al modelo en el que se diferencian los 6 tipos de síndromes. Eso sí, también parece reafirmarse la hipótesis de que estos 6 síndromes no son independientes, tal y como se desprende de la superioridad del modelo de 6 factores correlacionados al confrontarlo con el de 6 factores no correlacionales.

En lo que concierne a las propiedades psicométricas sobre la fiabilidad (consistencia interna) de la versión española, podemos afirmar que la escala completa posee un nivel elevado de fiabilidad. También es factible decir que la fiabilidad de las diferentes subescalas es en general buena, ya que los valores de los coeficientes alfa se sitúan en torno a 0,80. Una excepción que deberá ser valorada en futuros estudios concierne a la subescala TOC, cuyo coeficiente alfa se sitúa cerca del mínimo aceptable. En términos generales, los niveles de fiabilidad obtenidos en el presente estudio son ligeramente inferiores a los referidos por Chorpita et al. (2000, 2005) para la versión inglesa del cuestionario.

Finalmente, en la presente investigación se aporta información preliminar sobre las medias y desviaciones típicas de la RCADS, las cuales son bastante similares y consistentes con las publicadas por Chorpita et al. (2000, 2005); las puntuaciones más elevadas suelen darse en FS, TAG y TDM. Observamos diferencias signifi-

cativas entre chicas y chicos para las siguientes variables: FS, TAG, TDM y RCADS-total. En contra de lo esperado, no encontramos diferencias significativas en la variable TP, lo cual contrasta también con los datos de Chorpita et al. (2005). No obstante, aunque se dan estas diferencias significativas, el impacto del sexo sobre estas puntuaciones es bajo, al menos tal y como se desprende de los valores en el tamaño del efecto (η_p^2).

En suma, en este estudio presentamos la versión española de la RCADS. Proporcionamos información relevante sobre la validez factorial basada en análisis factoriales exploratorios y confirmatorios. Estos análisis indican que la RCADS está bien estructurada según seis factores separados pero correlacionados, cinco de los cuales corresponden a 5 tipos principales de trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad de separación, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y trastorno obsesivo-compulsivo) y uno al principal tipo de trastorno del estado del ánimo (trastorno depresivo mayor). Así mismo, en el estudio se proporciona información preliminar sobre la fiabilidad y datos normativos. Todos los datos aportados en el estudio son consistentes con los datos previamente publicados sobre la base de la versión original del cuestionario, proporcionando, por tanto, evidencia de validez transcultural de la RCADS. El presente estudio garantiza el uso de esta versión en la población española, o en población de habla española, de niños y adolescentes. La escala puede ser de gran utilidad en diversos ámbitos de la psicopatología y la psicología clínica, desde su aplicación en estudios de screening (selección de sujetos experimentales o clínicos, etc.) e investigación, hasta aplicaciones de apoyo al diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad y depresión.

REFERENCIAS

- American Psychological Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV* (4th ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychological Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV-TR* (4th ed.). Washington, DC: APA.
- Belloch, A., Morillo, C., y García-Soriano, G. (2006). Obsession subtypes: Relationships with obsessive-compulsive symptoms, dysfunctional beliefs and thought strategies. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 65-78.
- Bentler, P.M. (2005). *EQS Structural equations program manual*. Encino, CA: Multivariate Software, Inc.
- Cattell, R.B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 3, 245-276.
- 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, 309-322.
- Chorpita, B.F., Yim, L., Moffitt, C.E., 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, 835-855.
- Díaz, C., y Peraita, H. (2008). Neuropsychological evaluation and cognitive evolution of a bilingual Alzheimer patient. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 219-228.
- Echeburúa, E., y de Corral, P. (2009). *Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Montalvo, J., y Echeburúa, E. (2006). Uso y abuso de los autoinformes en la evaluación de los trastornos de personalidad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 13-20.
- Gallego, M.J., Botella, C., Quero, S., Baños, R.M., y García-Palacios, A. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa versión breve (BFNE) en muestra clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, 163-176.
- Gorsuch, R. (1983). *Factor analysis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hervás, G. (2008). Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo: La Escala de Respuestas Rumiativas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 111-121.
- Kovacs, M. (1980). Rating scales to assess depression in preschool children. *Acta Paedopsychiatry*, 46, 305-315.
- Martínez-Correa, A., y Reyes del Paso, G.A. (2007). Fiabilidad, validez factorial y datos normativos de la versión española del inventario abreviado de reacciones interpersonales (SIRI) de Grossarth-Maticek y Eysenck. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, 131-142.
- Méndez, X., Orgilés, M., y Espada, J.P. (2008). *Ansiedad de separación: Psicopatología, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- O'Connor, B.P. (2000). SPSS and SAS programs for determining the number of components using parallel analysis and Velicer's MAP test. *Behavior Research Methods, Instruments & Computers*, 32, 396-402.

- Reynolds, C.R., y Richmond, B.O. (1978). What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 271-280.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.
- Sandín, B. (2003). *Diagnóstico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Klinik.
- Sandín, B. (Ed.) (2008). *Las fobias específicas* (ed. rev.). Madrid: Klinik.
- Sandín, B., y Chorot, P. (2009a). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología, Vol. 2* (ed. rev., 43-63). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B., y Chorot, P. (2009b). Síndromes clínicos de la ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología, Vol. 2* (ed. rev., 65-90). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M., Sánchez-Arribas, C., y Santed, M.A. (2004). Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA): Características de los ataques de pánico no clínicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9, 139-161.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M., y Santed, M.A. (1998). Frecuencia e intensidad de los miedos en los niños: Datos normativos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3, 15-25.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M., Santed, M.A., y Sánchez-Arribas, C. (1999). Estructura factorial de la Escala de Ansiedad Social para Niños-Revisada (SASC-R). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4, 103-113.
- 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 Psicología Clínica*, 12, 91-104.
- Sandín, B., Valiente, R.M., Chorot, P., Santed, M.A. y Lostao, L. (2008). SA-45: Forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20, 284-290.
- Sandín, B., Valiente, R.M., Chorot, P., Santed, M.A., y Olmedo, M. (2004). *La RCADS: Nueva escala para la evaluación de los síntomas de ansiedad y depresión en niños y adolescentes*. Ponencia invitada de Symposium. IV Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Sevilla, 25-27 de marzo.
- Sandín, B., Valiente, R.M., Sánchez-Arribas, C., Olmedo, M., y Chorot, P. (2005). *Spanish adaptation of the Revised Child anxiety and Depression Scale (RCADS)*. Ponencia invitada de Symposium. 9th European Congress of Psychology. Granada, 3-8 de julio.
- Sierra, J.C., Gutiérrez-Quintanilla, J.R., y Delgado-Domínguez, C.J. (2008). Primer estudio psicométrico de la versión española del Aggressive Sexual Behavior Inventory (ASBI). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 21-31.
- Spence, S.H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 280-297.
- Valiente, R.M., Sandín, B., y Chorot, P. (2003a). *Miedos en la infancia y la adolescencia*. Madrid: UNED.
- Valiente, R.M., Sandín, B., Chorot, P., y Tabar, A. (2002). Diferencias sexuales en la prevalencia e intensidad de los miedos durante la infancia y la adolescencia: datos basados en el FSSC-R. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 103-113.
- Valiente, R.M., Sandín, B., Chorot, P., y Tabar, A. (2003b). Diferencias según la edad en la prevalencia e intensidad de los miedos durante la infancia y la adolescencia: datos basados en el FSSC-R. *Psicothema*, 15, 414-419.
- Vallance, A., y Garralda, E. (2008). Anxiety disorders in children and adolescents. *Psychiatry*, 7, 325-330.

Anexo I. Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS)

Nombre				
Edad				
Sexo: (chica) (chico)				
Instrucciones: Por favor, rodea con un círculo en la columna de la derecha la palabra que mejor refleje la frecuencia con que te ocurren cada una de las siguientes cosas. No hay respuestas buenas ni malas.				
	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
1. Me preocupo mucho por las cosas				
2. Me siento triste o decaído/a				
3. Cuando tengo algún problema, noto sensaciones raras en mi estómago				
4. Me preocupa cuando creo que he hecho mal en algo				
5. Sentiría miedo si estuviera solo/a en casa				
6. Me cuesta divertirme o pasarlo bien				
7. Siento miedo cuando tengo que hacer un examen				
8. Me siento mal cuando creo que alguna persona está enfadada conmigo				
9. Cuando estoy lejos de mis padres siento miedo				
10. Me siento mal por tener pensamientos malos o tontos, o imágenes en mi cabeza				
11. Duermo mal				
12. Me da miedo que vaya a hacer mal mis tareas del colegio				
13. Me preocupa que le ocurra algo terrible a alguno de mis familiares				
14. De repente siento como si no pudiera respirar sin saber porqué				
15. Mi apetito para comer es malo				
16. Tengo que seguir comprobando que he hecho las cosas bien (como que el interruptor está apagado o la puerta cerrada)				
17. Si tengo que dormir solo/a siento miedo				
18. Por las mañanas al ir al colegio me da miedo separarme de mis padres				
19. Me siento con muy poca energía para hacer las cosas				
20. Me preocupa parecer tonto/a ante la gente				
21. Estoy muy cansado/a				
22. Me preocupa que me ocurran cosas malas				
23. Tengo pensamientos malos o tontos que no puedo quitar de mi cabeza				
24. Cuando tengo un problema, mi corazón late bastante rápido				
25. Me resulta muy difícil pensar con claridad				
26. De repente empiezo a temblar o a agitarme sin saber porqué				
27. Me preocupa que me ocurra algo malo				
28. Cuando tengo un problema siento que tiemblo				
29. Siento que no valgo para nada				
30. Me da miedo hacer las cosas mal				
31. Tengo que concentrarme en pensamientos especiales (como números o palabras) para que no ocurran cosas malas				
32. Me preocupa lo que otras personas piensen de mí				
33. Me asusta estar en sitios donde hay mucha gente (como centros comerciales, cines, autobuses, el patio del colegio)				
34. De repente me siento muy asustado/a sin saber porqué				
35. Me preocupa lo que vaya a ocurrir				
36. De repente, me siento mareado/a o me desmayo sin que exista ninguna razón para ello				

	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
37. Pienso en la muerte				
38. Me da miedo si tengo que hablar delante de la clase				
39. De repente mi corazón empieza a latir rápido sin saber porqué				
40. Me siento como si no tuviera ganas de hacer nada				
41. Me preocupa que de repente me sienta asustado/a, aunque no haya nada por lo que deba tener miedo				
42. Tengo que repetir algunas cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar o colocar cosas en un orden determinado)				
43. Me asusta ponerme en ridículo delante de la gente				
44. Tengo que hacer algunas cosas en la manera correcta para que no ocurran cosas malas				
45. Me preocupa tener que ir a la cama por la noche				
46. Sentiría miedo si tuviera que pasar la noche fuera de casa				
47. Me siento inquieto/a (intranquilo/a)				

Nota. Clave de corrección: Pueden obtenerse puntuaciones en cada subescala o en la escala total sumando las estimaciones en los ítems correspondientes (Nunca = 0, A veces = 1, A menudo = 2, Siempre = 3). Adaptación española de la versión original de Bruce F. Chorpita (comunicación personal).