

Escala de Síntomas de los Trastornos de Ansiedad y Depresión (ESTAD): Datos preliminares sobre su estructura factorial y sus propiedades psicométricas

Bonifacio Sandín, Rosa M. Valiente, David Pineda, Julia García-Escalera y Paloma Chorot

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid, España

Abstract: *Anxiety and Depression Disorders Symptoms Scale (ESTAD): Preliminary evidence concerning its factor structure and psychometric properties.* The Anxiety and Depression Disorders Symptoms Scale [Escala de Síntomas de los Trastornos de Ansiedad y Depresión, ESTAD] is a new DSM-5 based self-report questionnaire to assess seven emotional disorder symptoms dimensions. The aim of the present study was to provide preliminary data concerning its factor structure, reliability, validity, and norms (T scores) in a nonclinical sample ($N = 712$; aged 20-60 years). Confirmatory factor analyses demonstrated that a 7-factor solution fits the data well. The factors are consistent with the seven subscales of the ESTAD, i.e., agoraphobia, panic disorder, generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, illness anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, and major depressive disorder. Data also preliminarily support reliability and convergent and discriminant validity of the scale. Results are discussed regarding the clinical usefulness of the ESTAD as a new tool for assessing core symptoms of emotional disorders.

Keywords: Anxiety disorders; depression; obsessive-compulsive disorder; illness anxiety disorder; assessment; self-report.

Resumen: La Escala de Síntomas de los Trastornos de Ansiedad y Depresión (ESTAD) es un nuevo cuestionario de autoinforme basado en el DSM-5 diseñado para evaluar siete dimensiones de síntomas de los trastornos emocionales. El objetivo del estudio consistió en proporcionar evidencia preliminar sobre su estructura factorial, fiabilidad, validez y normas (puntuaciones T) en una muestra no clínica ($N = 712$; edad entre 20-60 años). Los análisis factoriales confirmatorios demostraron que la estructura de 7 factores se ajustaba bien a los datos. Los factores eran consistentes con las siete subescalas de la ESTAD, i.e., agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad a la enfermedad, trastorno obsesivo-compulsivo, y trastorno depresivo mayor. Los datos también apoyan de forma preliminar la fiabilidad y la validez convergente y discriminante de la escala. Se discute la utilidad clínica de la ESTAD como nueva herramienta para la evaluación de los síntomas nucleares de los trastornos emocionales.

Palabras clave: Trastornos de ansiedad; depresión; trastorno obsesivo-compulsivo; trastorno de ansiedad a la enfermedad; evaluación; autoinforme.

Introducción

Actualmente es conocido que los trastornos emocionales (especialmente los trastornos de ansiedad y depre-

sivos) son los más prevalentes entre todos los trastornos mentales (Beesdo-Bao y Knappe, 2014; Kessler, Petukhova, Samson, Zaslavsky, y Wittchen, 2012), así como también que estos trastornos son muy comórbidos (p.ej., si una persona es diagnosticada de algún trastorno de ansiedad es muy probable que también sea diagnosticada, en ese momento, de otro u otros trastornos de ansiedad o depresivos) (Beesdo-Baum y Knappe, 2014; Brown y Barlow, 2002). Existe evidencia, así mismo, de que los síntomas y los trastornos emocionales son persistentes en el tiempo y suelen exhibir un curso crónico

Recibido: 3 de febrero 2018; aceptado: 12 de mayo 2018

Correspondencia: Bonifacio Sandín, Facultad de Psicología, Juan del Rosal 10, 28040 Madrid, España. Correo-e: bsandin@psi.uned.es

Parte de este trabajo fue presentado al X Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP) celebrado en Albacete (España), 26-28 de octubre de 2017.

(Yonkers, Bruce, Dyck, y Keller, 2003), perturban significativamente la calidad de vida (Mendlowicz y Stein, 2000), son una causa principal de discapacidad (McLean, Asnaani, Litz, y Hofmann, 2011), y constituyen un factor de riesgo importante para el desarrollo de otros trastornos mentales (Cole, Peeke, Martin, Truglio, y Seroczynski, 1998).

La elevada comorbilidad que se da entre los trastornos mentales, y especialmente entre los trastornos emocionales, ha llevado al desarrollo reciente del enfoque transdiagnóstico en psicología clínica, el cual se refiere tanto a la psicopatología como a la terapia cognitivo-conductual de dichos trastornos (para un análisis general sobre el transdiagnóstico, véase Craske, 2012; Sandín, Chorot, y Valiente, 2012). Así mismo, han surgido recientemente diversos protocolos de terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica (TCC-T) que han demostrado ser eficaces para el tratamiento conjunto de los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresivos (para una revisión, véase García-Escalera et al., 2016). Aunque la TCC-T de los trastornos emocionales ha experimentado un especial desarrollo durante los últimos años, no ha ocurrido lo mismo con el desarrollo de nuevos instrumentos de evaluación que puedan aplicarse para un conjunto amplio de trastornos emocionales que se observan como altamente comórbidos en la práctica clínica (p.ej., instrumentos para evaluar conjuntamente las diferentes categorías diagnósticas relacionadas con los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresivos).

Actualmente existen múltiples y diversos instrumentos de autoinforme para la evaluación de la ansiedad y la depresión en adultos que poseen adecuadas propiedades psicométricas (véase Antony, Orsillo, y Roemer, 2000, 2001; Knappe y Hoyer, 2014). Entre los instrumentos más populares para la evaluación de la ansiedad y la depresión se encuentran el Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, Epstein, Brown, y Steer, 1988) y el Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Steer, y Brown, 1996). Estos dos cuestionarios, no obstante, no están exentos de importantes problemas. El BAI, por ejemplo, tiene el inconveniente de que se reduce a un aspecto muy específico de la ansiedad, ya que básicamente evalúa los síntomas somáticos relacionados con el ataque de pánico. En lo que concierne al BDI, la versión actual (BDI-II; Beck et al., 1996) sigue teniendo el problema de ser un cuestionario excesivamente largo, pues incluye 90 descripciones sobre los síntomas depresivos, lo cual hace que sea difícil su aplicación tanto en los diferentes contextos clínicos como en el ámbito de la investigación.

Aparte de otros problemas inherentes a la mayoría de los instrumentos actuales para la evaluación de la ansiedad y la depresión (p.ej., muchos evalúan afectividad

negativa más que síntomas relevantes de los trastornos emocionales), los cuestionarios clínicos al uso suelen referirse a trastornos emocionales específicos, tales como el trastorno de pánico (Cox, Norton, y Swinson, 1992; Sánchez-Arribas, Chorot, Valiente, y Sandín, 2015), la fobia social (Gallego, Botella, Quero, Baños, y García-Palacios, 2007), los miedos y fobias (Sandín, Chorot, Valiente, y Santed, 1998; Valiente, Sandín y Chorot, 2003), o el trastorno de ansiedad generalizada (Sandín, 1997). No existen cuestionarios dirigidos a evaluar conjuntamente los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresivos teniendo en cuenta las diferentes categorías sintomatológicas descritas en el DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013). Aunque algunos cuestionarios recientes evalúan síntomas de ansiedad y depresión, no fueron diseñados para evaluar de forma separada las características sintomáticas de estos trastornos (p.ej., Henry y Crawford, 2005; Watson et al., 2012).

Considerando la elevada comorbilidad que se da entre los síntomas y trastornos de ansiedad y depresión, y teniendo en cuenta las características del nuevo enfoque transdiagnóstico que se fundamenta en dicha comorbilidad, sería de gran utilidad tanto para la práctica clínica como para la investigación un nuevo instrumento de autoinforme que evaluase conjuntamente este tipo de sintomatología. Recientemente, Sandín, Valiente y Chorot (2013) desarrollaron la Escala de Síntomas de los Trastornos de Ansiedad y Depresión (ESTAD). Se trata de una escala breve (consta de 35 ítems) basada en el DSM-5 a través de la cual se evalúan, mediante 7 subescalas, las siguientes dimensiones de síntomas de trastornos emocionales: agorafobia (AG), trastorno de pánico (TP), trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de ansiedad social (TAS), trastorno de ansiedad a la enfermedad (TAE), trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), y trastorno depresivo mayor (TDM). Aunque el trastorno de ansiedad a la enfermedad difiere de otros trastornos de ansiedad y no se clasifica actualmente entre estos trastornos, se trata de un trastorno de ansiedad y, de acuerdo con la propia APA, puede clasificarse indistintamente en el grupo de trastornos de síntomas somáticos o en el grupo de trastornos de ansiedad (Sandín, 2013). La escala evalúa, por tanto, la sintomatología de los principales trastornos de ansiedad y depresión, además de los síntomas del TOC, que se dan en los adultos.

La escala fue construida por Sandín et al. (2013), a partir de un conjunto inicial de 48 ítems, con la finalidad de disponer de un instrumento multidimensional breve para la evaluación de la sintomatología de los trastornos de ansiedad y de otros trastornos emocionales con los que suelen ser altamente comórbidos, incluyendo el trastorno depresivo mayor y del trastorno obsesivo-compul-

sivo. Los ítems de las siete subescalas fueron elaborados por los autores a partir de los síntomas nucleares descritos en el DSM-5 para el diagnóstico de los correspondientes trastornos, siendo retenidos los ítems que resultaron ser más consistentes en relación con cada dimensión clínica (Sandín et al., 2012). Existe evidencia en la literatura reciente de que los síntomas de los trastornos emocionales pueden agruparse en categorías que son consistentes con la clasificación descrita en el DSM-5 (Kotov et al., 2017).

El presente estudio tiene como finalidad, como paso preliminar en la validación de la escala, examinar su estructura factorial mediante análisis factoriales exploratorios y confirmatorios. De acuerdo con nuestra primera hipótesis, los análisis exploratorios deberían indicar la existencia de siete factores que se correspondan con los siete grupos de síntomas de trastornos emocionales indicados arriba. Mediante una segunda hipótesis esperamos que dicha estructura de siete factores de la ESTAD sea también apoyada empíricamente mediante análisis factorial confirmatorio. Finalmente, el estudio pretende también proporcionar evidencia preliminar sobre la fiabilidad (consistencia interna), validez (convergente y discriminante), y datos normativos de la escala.

Método

Participantes

La muestra consistió en 712 participantes con edades comprendidas entre los 20 y los 60 años ($M = 32.34$, $DT = 9.54$), y estuvo compuesta por 567 mujeres (79.6%; edad: $M = 31.81$, $DT = 9.62$) y 145 varones (20.4%; edad: $M = 34.39$, $DT = 8.97$). Los participantes eran estudiantes de los dos primeros cursos de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). La UNED es una universidad a distancia con estudiantes en todo el territorio español y con diferentes edades y niveles socioeconómicos (la mayoría trabajan), por lo cual son más representativos de la población general que los estudiantes universitarios tradicionales. Los participantes completaron vía internet el consentimiento informado y el protocolo de evaluación.

Instrumentos

Escala de Síntomas de Trastornos de Ansiedad y Depresión (ESTAD) (Sandín et al., 2013). La ESTAD es una escala de autoinforme la cual fue diseñada para evaluar los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión de acuerdo con la sintomatología descrita en el DSM-5 (APA, 2013). La escala consiste en 35 ítems y 7

subescalas (cada subescala tiene 5 ítems). Seis subescalas evalúan la sintomatología correspondiente a los principales trastornos de ansiedad y depresión: agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad a la enfermedad, y trastorno depresivo mayor. La escala incluye también una subescala destinada a evaluar los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo. La prueba se contesta de acuerdo con una escala de frecuencia que varía entre 0 («nunca») y 4 («muchas veces»). Una descripción completa de la escala se encuentra en el Anexo III.

Escalas de Afecto Positivo y Negativo [Positive and Negative Affect Schedule, PANAS] (Watson, Clark y Tellegen, 1988). Se aplicó la versión española validada por Sandín et al. (1999). Consta de 20 ítems, 10 referidos al afecto positivo y 10 al afecto negativo. Cada ítem evalúa la intensidad con que generalmente el participante siente la emoción específica según una escala Likert de 1 («nada o casi nada») a 5 («muchísimo»). Los coeficientes alfa de consistencia interna obtenidos en el presente estudio fueron de .92 (afecto positivo) y .91 (afecto negativo).

Índice de Sensibilidad a la Ansiedad—3 [Anxiety Sensitivity Index—3, ASI-3] (Taylor et al., 2007). Se aplicó la versión adaptada al español por Sandín, Valiente, Chorot y Santed (2007). Evalúa la sensibilidad a la ansiedad (miedo a los síntomas de ansiedad). Los ítems hacen referencia a reacciones de miedo/ansiedad ante la experiencia de (a) síntomas de ansiedad de tipo físico, (b) síntomas de ansiedad de tipo cognitivo, y (d) síntomas de ansiedad observables socialmente. La ASI-3 incluye tres subescalas de sensibilidad a la ansiedad (física, cognitiva y social), cada una de las cuales está constituida por 6 ítems. En el presente estudio se han obtenido buenos niveles de consistencia interna para las tres subescalas (alfa de Cronbach): .86 (física), .83 (cognitiva), y .83 (social).

Escala de Evitación Interoceptiva (EEI; Sandín, Chorot, Valiente, Sánchez-Arribas y Santed, 2004). La EEI es una escala del Cuestionario de Pánico y Agorafobia (Sandín et al., 2004) y evalúa la evitación interoceptiva. Esta es una forma de evitación más sutil que la evitación agorafóbica y suele estar producida por estímulos que provocan de forma natural la evitación (véase Sandín, 2005). La EEI está constituida por 17 ítems que se contestan según una escala de 5 puntos, variando entre 0 («no lo evito nunca») y 4 («lo evito siempre»). En el presente estudio se ha obtenido para la EEI un coeficiente alfa de .89.

Distress Tolerance Scale (DTS; Simons y Gaher, 2005). La DTS es un instrumento de autoinforme consistente en 17 ítems que evalúan el grado en que un indi-

viduo experimenta y soporta los estados psicológicos de malestar emocional. Se contesta según una escala de 5 puntos, entre 1 («muy de acuerdo») y 5 («muy en desacuerdo»). Se aplicó la adaptación española de Sandín, Simons, Valiente, Simons y Chorot, (2017). Constatamos en el presente estudio un coeficiente alfa (consistencia interna) de .92.

Cuestionario de preocupación PSWQ [Penn State Worry Questionnaire] (Meyer, Miller, Metzger, y Borkovec, 1990). Es un instrumento de 16 ítems diseñado para evaluar la tendencia general a experimentar preocupación patológica, siendo asociada por los autores al trastorno de ansiedad generalizada. Se aplicó la versión reducida de 11 ítems validada al español por Sandín, Chorot, Valiente y Lostao (2009). La escala es contestada por los participantes de acuerdo con una escala de 5 puntos, variando entre 1 («no es en absoluto típico en mí») y 5 («es muy típico en mí»). El nivel de consistencia interna (alfa de Cronbach) en el presente estudio fue de .96.

Análisis estadístico de los datos

El análisis de los datos se llevó a cabo utilizando los programas estadísticos EQS 6.3 y SPSS 25. Inicialmente aplicamos análisis factoriales exploratorios (AFE) basados en las correlaciones policóricas entre las variables. Se utilizó el método de extracción de mínimos cuadrados (LS) y rotación oblicua (GEomin). El número de factores a extraer se determinó a través del método paralelo (basándonos en la media y el porcentaje [95%] de los autovalores).

También llevamos a cabo análisis factoriales confirmatorios (AFC), los cuales se efectuaron mediante el método robusto de estimación de máxima verosimilitud (MLR) y basándose en las correlaciones policóricas. Los modelos a examinar se definieron teniendo en cuenta los resultados de los AFE, así como también la estructura de 7 factores propuesta originalmente para la ESTAD. Para evaluar la adecuación de cada modelo aplicamos los siguientes índices de ajuste: chi-cuadrado escalado de Satorra-Bentler ($S-B\chi^2$) (índice de ajuste absoluto; valores ≤ 5 del cociente $S-B\chi^2/df$ indican un ajuste adecuado; los valores más bajos indican mejor ajuste), comparative fit index (CFI; índice comparativo), standardized root mean square residual (SRMR; índice absoluto), root mean square error of approximation (RMSEA; índice corregido de parsimonia), and Akaike's information criterion (AIC). Los siguientes criterios de puntos de corte suelen aceptarse habitualmente como apropiados: $CFI \geq .95$, $SRMR \leq .08$, and $RMSEA \leq .06$. El AIC es adecuado para comparar entre modelos competitivos. El

modelo con un AIC más bajo se considera potencialmente como mejor modelo (Bentler, 2006).

La fiabilidad (consistencia interna) de la ESTAD se calculó a través de los coeficientes alfa de Cronbach y rho de Bentler (2006). El coeficiente rho se calcula sobre la base de ecuaciones estructurales y es recomendado cuando la escala posee varias dimensiones. Aplicado unidimensionalmente (i.e., de forma separada a cada factor o subescala), el coeficiente rho equivale al clásico coeficiente omega de McDonald. La validez de la ESTAD (validez convergente y discriminante) se evaluó calculando las correlaciones producto-momento entre la escala y varios constructos transdiagnósticos relevantes

Resultados

En la Tabla 3 se indican algunos datos descriptivos de la escala, incluyendo las puntuaciones medias y *DTs*, y los coeficientes de fiabilidad (consistencia interna) de la ESTAD. Así mismo, en los Anexos I y II se proporcionan las puntuaciones de la escala transformadas en puntuaciones T (media = 50, *DT* = 10).

Análisis factorial exploratorio de la ESTAD

El análisis factorial exploratorio se basó en las correlaciones policóricas. El método paralelo sugería una estructura factorial de 6 factores, por lo cual fue extraído este número de factores mediante la aplicación del método de mínimos cuadrados. La proporción de varianza explicada por estos seis factores fue del 89%. Tras rotación oblicua (GEomin), los 6 factores representaban exactamente las dimensiones de la ESTAD, excepto que las dimensiones de agorafobia y trastorno de pánico se fundían en un único factor (véase la Tabla 2). Como puede apreciarse en dicha tabla, las saturaciones factoriales son bastante elevadas en general. Salvo para el factor de trastorno de pánico y agorafobia, en ninguno de los otros factores se dieron cargas transversales, indicando una configuración factorial adecuada para las diferentes dimensiones de la escala.

Análisis factorial confirmatorio de la ESTAD

Aplicamos varios análisis factoriales confirmatorios con objeto de examinar cuál podría ser la mejor estructura de la escala. En primer lugar se tuvo en cuenta la estructura de 6 factores obtenida mediante el AFE, en la cual el pánico y la agorafobia conformaban un único factor, en lugar de dos factores separados. Por ello, se probó un modelo estructural de la ESTAD consistente en 6 factores, siendo los indicadores de uno de los factores los 10

ítems de la ESTAD adscritos a la agorafobia y el trastorno de pánico; el resto de factores se definió de acuerdo con la versión original de la escala (5 ítems asociados a cada factor). En segundo lugar sometimos a examen un modelo de 7 factores que se correspondía con la estructura original de la escala de 7 factores o dimensiones sintomáticas. En ambos modelos, se asumió la correlación entre los factores. Finalmente, y considerando la elevada comorbilidad que suele darse entre los síntomas de ansiedad y depresión, tanto en población adulta (Brown y Barlow, 2002) como en niños y adolescentes (Chorot, Valiente, Magaz, Santed, y Sandín, 2017), probamos la viabilidad de un modelo basado en un único factor en el que saturasen los 35 ítems de la ESTAD. En ninguno de los modelos factoriales sometidos a evaluación se permitió la covariación entre los residuos.

Los resultados de estos análisis factoriales confirmatorios se indican en la Tabla 1. Como puede apreciarse en la tabla, el modelo de siete factores correlacionados es el que posee el mejor nivel de ajuste. Teniendo en cuenta los valores de los índices de ajuste, podría afirmarse que dicho modelo posee un excelente ajuste y que representa adecuadamente la estructura factorial de la ESTAD. El modelo de seis factores, en el que los síntomas de agorafobia y trastorno de pánico definen un solo factor, también posee un buen ajuste general aunque claramente inferior al encontrado para el modelo de 7 factores. El modelo de un factor presenta un pobre ajuste. Las elevadas cargas factoriales y los valores de R^2 correspondientes al modelo de 7 factores sugieren que se trata de una estructura factorial muy sólida (en su mayor parte las cargas factoriales son $\geq .80$; véase la Tabla 2). Las correlaciones entre los factores, basadas en el modelo de 7 factores, fueron entre moderadas y altas, variando entre .47 (entre TAE y TAS, y entre TAE y TDM) y .81 (entre AG y TP). Las correlaciones entre las subescalas de la ESTAD (variables observadas) variaron entre .30 (entre TAE y AG, y entre AG y TOC) y .63 (entre AG y TP) (véase la Tabla 3).

Fiabilidad

La fiabilidad (estructura interna) de la ESTAD fue examinada a través del coeficiente α de Cronbach (un coeficiente muy utilizado en la teoría clásica de los tests) y mediante el coeficiente rho (un coeficiente basado en ecuaciones estructurales; aplicado a cada subescala de la ESTAD, el valor de este coeficiente coincide con el popular coeficiente ω de McDonald). Los datos sugieren elevados niveles de consistencia interna, con valores de rho para las diferentes subescalas entre .86 y .93 (véase la Tabla 3).

Validez convergente y discriminante

La validez convergente y discriminante fue examinada calculando las correlaciones producto-momento entre las subescalas de la ESTAD y varios constructos transdiagnósticos asociados frecuentemente a los síntomas y trastornos emocionales (i.e., afectividad, sensibilidad a la ansiedad, evitación interoceptiva, tolerancia al estrés, y preocupación ansiosa) (Barlow, Allen y Choate, 2004; Pineda, 2018; Sandín y Chorot, 1999; Sandín et al., 2012). Los resultados de estas correlaciones se indican en la Tabla 4. Como puede observarse, las correlaciones variaron entre -.54 (entre TAG y tolerancia al estrés) y .77 (entre TAG y preocupación ansiosa). Las mayores correlaciones del afecto negativo se producen con TAG, TDM y TAS, y las de afecto positivo con TDM y TAS (ambas de signo negativo). En cuanto al resto de variables, se constató una especial relación entre sensibilidad a la ansiedad física y TP y TAE, entre sensibilidad a la ansiedad cognitiva y TP y TDM, entre sensibilidad a la ansiedad social y TAS, entre evitación interoceptiva y TP, entre tolerancia al estrés y TAG y TDM (ambas de signo negativo), y entre preocupación ansiosa y TAG (véase la Tabla 4).

Tabla 1. Índices de ajuste (análisis factorial confirmatorio) para los tres modelos factoriales de la ESTAD examinados ($N = 712$)

Modelo	$S-B\chi^2(df)$	χ^2/df	CFI	SRMR	RMSEA [90% IC]	AIC
Un único factor	6809.1 (902)	7.55	.92	.11	.09 [.09-.10]	5005.1
Seis factores correlacionados	2406.4 (880)	2.73	.98	.08	.05 [.04-.05]	646.4
Siete factores correlacionados	1819.6 (881)	2.06	.99	.07	.03 [.03-.04]	57.6

Nota. Excepto para SRMR, todos los índices de ajuste se calcularon mediante el método robusto. $S-B\chi^2$ = scaled Satorra-Bentler χ^2 ; CFI = comparative fit index; SRMR = standardized root mean square residual; RMSEA = root mean square error of approximation; IC = intervalo de confianza de RMSEA; AIC = Akaike's information criterion. El modelo con mejor ajuste se indica en negrita.

Tabla 2. Cargas factoriales (AFE), y cargas factoriales estandarizadas (estimaciones paramétricas) y R^2 (AFC), correspondientes a las estructuras de 6 y 7 factores ($N = 712$)

Item de la ESTAD ^b	6 factores ^a			7 factores	
	AFE Carga factorial	AFC Carga factorial	R^2	AFC Carga factorial	R^2
<i>Agoraphobia (AG)</i>					
1. Transportes públicos	.51 ^{TAS}	.65	.42	.72	.52
8. Espacios abiertos	.76	.86	.74	.92	.85
15. Estar entre mucha gente o hacer cola	.67 ^{TAS}	.79	.63	.85	.72
22. Espacios cerrados	.77	.82	.67	.88	.78
29. Estar solo/a fuera de casa	.55	.79	.62	.81	.65
<i>Trastorno de pánico (TP)</i>					
2. Preocupación sensaciones de miedo	.63	.85	.72	.87	.75
9. Dificultades respirar	.56	.75	.55	.78	.61
16. Sensaciones actividad cardíaca	.64 ^{TAG}	.82	.68	.87	.76
23. Accesos súbitos de miedo	.63	.85	.73	.88	.78
30. Sensaciones de temblor/sacudidas	.70	.83	.69	.89	.79
<i>Trastorno de Ansiedad generalizada (TAG)</i>					
3. Preocupación/ansiedad excesiva	.70	.81	.65	.81	.66
10. Preocupación/ansiedad e inquietud	.87	.89	.81	.90	.80
17. Preocupación y nerviosismo	.81	.85	.72	.85	.72
24. Preocupación por muchas cosas	.55	.75	.57	.75	.57
31. Preocupación y ansiedad somática	.80	.87	.76	.87	.76
<i>Trastorno de ansiedad social (TAS)</i>					
4. Nervioso/a hablar con otras personas	.58	.63	.40	.63	.40
11. Ansiedad ser observado/a	.54	.80	.64	.80	.63
18. Miedo reuniones/fiestas	.57	.80	.64	.81	.66
25. Miedo a ser evaluado/a	.48	.73	.54	.73	.53
32. Ansiedad a extraños/autoridad	.68	.76	.58	.76	.58
<i>Trastorno de ansiedad a la enfermedad (TAE)</i>					
5. Preocupación tener enfermedad grave	.92	.91	.83	.91	.83
12. Reiteración chequeo corporal	.62	.99	.62	.79	.62
19. Ansiedad sobre la salud	.76	.87	.77	.88	.77
26. Alarma fácil sobre estado salud	.74	.82	.68	.82	.68
33. Preocupación adquirir enfermedad	.88	.79	.80	.90	.80
<i>Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)</i>					
6. Evitación de cosas "contaminadas"	.58	.74	.55	.74	.55
13. Pensamientos e impulsos intrusivos	.64	.79	.62	.79	.63
20. Lavar manos repetidamente	.65	.65	.42	.65	.42
27. Actos mentales repetitivos y rituales	.67	.71	.50	.71	.50
34. Chequeo reiterativo	.84	.83	.69	.83	.69
<i>Trastorno depresivo mayor (TDM)</i>					
7. Sentirse triste/deprimido/a	.54	.85	.74	.86	.75
14. Pérdida de interés	.68	.76	.58	.76	.58
21. Sentimientos de inutilidad/culpa	.49	.80	.64	.80	.64
28. Fatiga/baja energía	.46	.75	.56	.75	.56
35. Ideas de suicidio	.64	.67	.45	.67	.45

Nota. ^a En la estructura de 6 factores los ítems de agorafobia y trastorno de pánico saturan en un único factor de trastorno de pánico y agorafobia (TP/AG). ^b Los ítems se describen de forma abreviada (véase el Anexo III para una descripción completa). Los superíndices que aparecen en los valores de las cargas en el AFE (Ítems 1, 15 y 16) indican que el ítem saturó $|\geq .40|$ también en el factor especificado con el superíndice. AFE = análisis factorial exploratorio; AFC = análisis factorial confirmatorio.

Tabla 3. Correlaciones entre las subescalas, medias, DTs, y coeficientes de fiabilidad de la ESTAD ($N = 712$)

Subescala de la ESTAD	AG	TP	TAG	TAS	TAE	TOC	TDM	ESTAD ^a
Agorafobia	—							
Trastorno de pánico	.63	—						
Trastorno de ansiedad generalizada	.43	.58	—					
Trastorno de ansiedad social	.53	.46	.52	—				
Trastorno de ansiedad a la enfermedad	.30	.38	.50	.38	—			
Trastorno obsesivo-compulsivo	.30	.36	.48	.44	.48	—		
Trastorno depresivo mayor	.41	.51	.66	.54	.37	.39	—	
Media	1.28	1.56	7.37	3.87	3.44	3.14	3.81	24.47
Desviación típica	2.51	2.73	4.81	3.62	3.64	3.46	3.38	17.90
Coefficiente α	.92	.93	.91	.86	.89	.86	.87	.96
Coefficiente rho	.92	.93	.92	.86	.91	.86	.88	.97

Nota. ^a Puntuación total en la escala. Para todas las correlaciones, $p < .001$. AG = agorafobia, TP = trastorno de pánico, TAG = trastorno de ansiedad generalizada, TAS = trastorno de ansiedad social, TAE = trastorno de ansiedad a la enfermedad, TOC = trastorno obsesivo-compulsivos, TDM = trastorno depresivo mayor.

Tabla 4. Correlaciones entre las subescalas de la ESTAD y constructos transdiagnósticos relevantes ($N = 712$)

Constructo transdiagnóstico	Subescala de la ESTAD						
	AG	TP	TAG	TAS	TAE	TOC	TDM
Afecto negativo (PANAS)	.37	.52	.68	.48	.43	.42	.64
Afecto positivo (PANAS)	-.23	-.20	-.33	-.38	-.20	-.19	-.52
Sensibilidad a la Ansiedad—Física (ASI-3)	.35	.43	.43	.31	.55	.34	.32
Sensibilidad a la Ansiedad—Cognitiva (ASI-3)	.35	.45	.43	.36	.33	.30	.45
Sensibilidad a la Ansiedad—Social (ASI-3)	.33	.34	.42	.54	.28	.28	.37
Evitación interoceptiva (EEI)	.32	.34	.32	.31	.24	.27	.28
Tolerancia al estrés (DTS)	-.30	-.42	-.54	-.36	-.34	-.35	-.46
Preocupación ansiosa (PSWQ)	.33	.48	.77	.45	.42	.45	.59

Nota. AG = agorafobia, ASI = Anxiety Sensitivity Index, DTS = Distress Tolerance Scale, EEI = Escala de Evitación Interoceptiva, PSWQ = Penn State Worry Questionnaire, TP = trastorno de pánico, TAG = trastorno de ansiedad generalizada, TAS = trastorno de ansiedad social, TAE = trastorno de ansiedad a la enfermedad, TOC = trastorno obsesivo-compulsivos, TDM = trastorno depresivo mayor. En negrita se indican las correlaciones más elevadas entre cada constructo transdiagnóstico con cada subescala $|\geq .45|$. Para todas las correlaciones, $p < .001$.

Discusión

El objetivo del presente estudio consistió en proporcionar evidencia preliminar sobre la estructura factorial y las propiedades psicométricas de la ESTAD. Esta es una nueva escala diseñada para evaluar los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresivos de acuerdo con el sistema actual de clasificación psiquiátrica descrito en el DSM-5 (APA, 2013). Como objetivos más específicos deseábamos: (1) examinar la estructura de 7 factores

propuesta originalmente y consistente en 7 dimensiones relevantes para los trastornos emocionales que incluyen la agorafobia, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social, el trastorno de ansiedad a la enfermedad, el trastorno obsesivo-compulsivo, y el trastorno depresivo mayor; (2) probar de forma preliminar su fiabilidad y validez; y (3) proporcionar datos normativos preliminares incluyendo baremos de puntuaciones transformadas (puntuaciones T) para puntos de corte clínicamente relevantes.

En relación con el primer objetivo esperábamos confirmar la estructura de 7 factores propuesta originalmente (Sandín et al., 2013), los cuales se refieren a las siete dimensiones de síntomas de los trastornos emocionales indicados. Los datos obtenidos basados en el análisis factorial exploratorio sugieren una estructura de 6 factores, en la cual se funden los síntomas de AG y TP en un único factor de trastorno de pánico y agorafobia. Los restantes factores son consistentes con la estructura propuesta en la construcción de la escala. Estos resultados apoyan la idea que ha prevalecido hasta la reciente publicación del DSM-5 (APA, 2013) de que el trastorno de pánico y la agorafobia constituyen un único trastorno, y es consistente con algunas críticas referidas a la separación entre ambos trastornos (Asmundson, Taylor y Smits, 2014; Sandín, 2013; Sandín, Chorot y Valiente, 2016).

No obstante, los resultados basados en los análisis factoriales confirmatorios indican que el modelo que mejor se ajusta a los datos es el modelo de 7 factores, el cual se corresponde con la estructura propuesta originalmente por los autores de la escala (Sandín et al., 2013), manteniéndose separados los factores de agorafobia y trastorno de pánico. Sin duda, estos resultados apoyan la propuesta reciente de clasificación de los trastornos de ansiedad establecida por el DSM-5 al separar ambos tipos de trastornos y sugerir diagnósticos separados.

Las correlaciones entre moderadas y altas, tanto entre los factores como entre las puntuaciones en las subescalas (valores observados), son consistentes con la elevada comorbilidad que suele darse entre los síntomas y los trastornos emocionales (Brown y Barlow, 2002; Besdo-Baum y Knappe, 2014; Chorot et al., 2017). Los resultados indican que las mayores correlaciones se dan entre los factores de agorafobia y trastorno de pánico, lo cual apoya la estrecha relación que se da entre estos dos constructos y la conceptualización histórica del trastorno de pánico con agorafobia como un fenómeno unitario (Asmundson et al., 2014). También hemos encontrado correlaciones particularmente elevadas entre los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada y los síntomas de depresión, lo cual es coherente con las últimas propuestas sobre el modelo tripartito de la afectividad, la ansiedad y la depresión (Watson, O'Hara, y Stuart, 2008). De acuerdo con estos autores, la ansiedad generalizada tiene una relación más estrecha con la depresión que con el resto de trastornos de ansiedad. Sin embargo, los datos obtenidos también reflejan la validez de la diferenciación entre las siete dimensiones emocionales evaluadas por la ESTAD. Este aspecto es particularmente relevante de cara a la evaluación diferencial de las diversas dimensiones de síntomas asociadas a los trastornos emocionales y depresivos, y resulta igualmente

consistente con la categorización propuesta en el DSM-5 (APA, 2013) y en las nuevas propuestas de clasificación de los trastornos mentales sugeridas desde la propia psicopatología (Kotov et al., 2017).

Estos resultados están en línea con los referidos en la literatura sobre escalas de autoinforme de nueva generación para la evaluación de dimensiones de síntomas clínicos de ansiedad y depresión aplicadas a niños y adolescentes (p.ej., García-Olcina, Piqueras, y Martínez-González, 2014; Muris et al., 2016; Piqueras, Pineda, Martín-Vivar, y Sandín, 2017; Sandín, Chorot, Valiente, y Chorpita, 2010). Estas escalas de evaluación presuponen que, aunque los síntomas de ansiedad y depresión son muy comórbidos y comparten un porcentaje elevado de varianza, también poseen una proporción de varianza específica relevante y pueden agruparse en dimensiones separadas relacionadas con las principales categorías de trastornos de ansiedad descritos en el DSM-5.

A través del segundo objetivo pretendíamos proporcionar evidencia preliminar sobre la fiabilidad y validez (convergente y discriminante) de la escala; en este sentido, esperábamos que la ESTAD demostrase adecuados niveles de fiabilidad y validez. Los diferentes indicadores de la fiabilidad sugieren que tanto la escala global como las diferentes subescalas poseen niveles apropiados de consistencia interna. Basándonos tanto en los valores de los coeficientes rho de Bentler como de los coeficientes α de Cronbach, cabría afirmar que la ESTAD posee valores excelentes de fiabilidad (consistencia interna); los valores rho para cada factor variaron entre .86 y .93.

En lo que concierne a los resultados obtenidos a partir de las correlaciones de la ESTAD con diversos constructos transdiagnósticos, se constata una clara evidencia de validez convergente y discriminante. Aunque los constructos transdiagnósticos examinados pueden ser válidos para una gran parte de los trastornos emocionales, ya que las correlaciones que hemos obtenido son entre moderadas y altas, como cabría esperar no son igual de relevantes para todos los tipos de síntomas que evalúa la ESTAD. Así por ejemplo, el afecto negativo se asocia más específicamente a los síntomas del TAG y del TDM que a los restantes grupos de síntomas. De forma similar, la preocupación ansiosa es más específica de los síntomas del TAG que de otros tipos de síntomas emocionales, o la dimensión cognitiva de sensibilidad a la ansiedad se relaciona de forma especial al TP y al TDM. Estos resultados confirman la evidencia de la literatura (p.ej., Sandín y Chorot, 1999; Sandín, Sánchez-Arribas, Chorot y Valiente, 2015; Simons y Gaher, 2005; Sandín et al., 2017; Taylor, 1999) y los nuevos enfoques psicopatológicos (Watson et al., 2008) sobre el papel general

y diferencial de los constructos transdiagnósticos relevantes para la conceptualización y diagnóstico de los síntomas y trastornos emocionales.

Finalmente, aparte de las puntuaciones medias y desviaciones típicas, y con objeto de proporcionar información normativa de la escala y de las correspondientes subescalas que pudiera ser de utilidad a la hora de interpretar los datos obtenidos con la aplicación de la ESTAD (p.ej., en el ámbito clínico), se presentan los datos de la escala en puntuaciones transformadas (puntuaciones T) (véanse los Anexos I y II).

En suma, el presente estudio proporciona evidencia preliminar sobre la estructura factorial, la fiabilidad y la validez de la ESTAD, nuevo instrumento de autoinforme diseñado para la evaluación de los síntomas de los trastornos emocionales, incluidos los trastornos de ansiedad, la depresión y el trastorno obsesivo-compulsivo. La escala incluye una subescala para la evaluación del trastorno de ansiedad a la enfermedad, un trastorno de ansiedad que, sin embargo, se clasifica en el espectro de trastornos de síntomas somáticos; aunque este trastorno podría clasificarse por igual en el grupo de los trastornos de ansiedad (Sandín, 2013). Por otra parte, aunque el TOC tampoco se clasifica actualmente como trastorno de ansiedad, posee una larga tradición como trastorno de ansiedad y una estrecha relación con la ansiedad (Pascual-Vera y Belloch, 2018) y el miedo a la enfermedad (Arnáez, García-Soriano, y Belloch, 2015), lo cual justifica su inclusión y relevancia en la ESTAD. La escala se ajusta al sistema contemporáneo dominante de clasificación de los trastornos mentales (i.e., el DSM-5) y es consistente con los nuevos enfoques psicológicos de clasificación de estos trastornos (p.ej., el HiTOP; Kotov et al., 2017). La ESTAD es una medida que posibilita cuantificar en poco tiempo la sintomatología de los principales trastornos emocionales. Puede ser de gran utilidad tanto para investigadores como para clínicos que trabajen en el ámbito de los trastornos emocionales (p.ej., como ayuda al screening y al diagnóstico clínico, para cuantificar el nivel de trastorno, para evaluar la eficacia del tratamiento, etc.). Actualmente suelen utilizarse múltiples escalas para evaluar las diferentes dimensiones que pueden evaluarse a través de la ESTAD (p.ej., Grill, Castañeiras, y Fasciglione, 2017), por lo que el uso de esta escala posibilita evitar tener que acudir a un conjunto amplio de cuestionarios para evaluar las dimensiones de síntomas relevantes a los trastornos emocionales. Considerando, por otra parte, que estos síntomas suelen darse de forma comórbida, la utilidad clínica de este nuevo instrumento en el ámbito de la investigación y la TCC-T de los trastornos emocionales podría ser particularmente relevante.

A pesar de estos puntos fuertes, el estudio posee diversas limitaciones. Una primera limitación concierne al número de participantes. La validación de la ESTAD requiere el uso de muestras más amplias de la población, razón por la cual los datos aquí obtenidos deben ser considerados únicamente como datos preliminares. Una segunda limitación se refiere a la necesidad de examinar la invarianza de la estructura factorial de la escala, tanto a nivel transversal (p.ej., entre muestras independientes) como a nivel longitudinal (invarianza temporal en una misma muestra). Una tercera limitación consiste en no haber utilizado muestras clínicas. Futuros estudios deberían examinar las propiedades psicométricas de la escala utilizando muestras clínicas, estudiando, por ejemplo, la validez predictiva (validez de criterio) a nivel de subescala, examinando la asociación entre las puntuaciones en las dimensiones de la escala con los correspondientes trastornos emocionales. Finalmente, la validación de la escala requiere que otras investigaciones examinen longitudinalmente sus características psicométricas. Aunque los resultados aquí obtenidos son altamente relevantes, aún no sabemos si las puntuaciones en las subescalas cambian como respuesta al tratamiento (p.ej., sensibilidad al cambio asociado al efecto de la terapia). Futuros estudios deberán determinar estas y otras características psicométricas de esta nueva escala partiendo por tanto de otros tipos de población.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Referencias

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Antony, M. M., Orsillo, S. M., & Roemer, R. (Eds.) (2000). *Practitioner's guide to empirically based measures of depression*. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Antony, M. M., Orsillo, S. M., & Roemer, R. (Eds.) (2001). *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Arnáez, S., García-Soriano, G., y Belloch, A. (2015). Contenidos obsesivos, miedo a la enfermedad y asco. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20, 33-40. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14406>.
- Asmundson, G. J., Taylor, S., & Smits, J. (2014). Panic disorder and agoraphobia: An overview and commentary on DSM-5 changes. *Depression and Anxiety*, 31, 480-486. <https://doi.org/10.1002/da.22277>.

- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80036-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80036-4).
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Beesdo-Baum, K., & Knappe, S. (2014). Epidemiology and natural course. In P. Emmelkamp and T. Ehring (Eds.), *Wiley handbook of anxiety disorders. Volume I: Theory & Research* (pp. 26-46). Chichester: Wiley.
- Bentler, P. M. (2006). *EQS 6 Structural equations program manual*. Encino, CA: Multivariate Software, Inc.
- Brown T., & Barlow, D. H. (2002). Classification of anxiety and mood disorders. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (pp. 292-327). New York: Guilford Press.
- Chorot, P., Valiente, R. M., Magaz, A., Santed, M. A., & Sandín, B. (2017). Perceived parental child rearing and attachment as predictors of anxiety and depressive disorder symptoms in children: The mediational role of attachment. *Psychiatry Research*, 253, 287-295. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.04.015>.
- Cole, D. A., Peeke, L. G., Martin, J. M., Truglio, R., & Seroczynski, A. D. (1998). A longitudinal look at the relation between depression and anxiety in children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 451-460.
- Cox, B. J., Endler, N. S., Swinson, R. P., & Norton, G. R. (1992). Situations and specific coping strategies associated with clinical and nonclinical panic attacks. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 67-69. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(92\)90099-3](https://doi.org/10.1016/0005-7967(92)90099-3).
- Craske, M. G. (2012). Transdiagnostic treatment for anxiety and depression. *Depression and Anxiety*, 29, 749-753. <https://doi.org/10.1002/da.21992>.
- Gallego, M. J., Botella, C., Queo, 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. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.12.num.3.2007.4042>.
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M., & Sandín, B. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depressions in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21, 147-175. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.3.2016.17811>.
- García-Olcina, M., Piqueras, J. A., y Martínez-González, A. E. (2014). Datos preliminares de la validación del Cuestionario de Detección vía Web para los trastornos emocionales (DETECTA-WEB) en adolescentes españoles. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1, 69-77.
- Grill, S. S., Castañeiras, C., y Fasciglione, M. P. (2017). Aplicación grupal del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en población argentina. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22, 171-181. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.18122>.
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 227-239. <https://doi.org/10.1348/014466505X29657>.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Samson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatry Research*, 21(3), 169-184. <https://doi.org/10.1002/mpr.1359>.
- Knappe, S., & Hoyer, J. (2014). Clinical assessment of anxiety disorders. In P. Emmelkamp and T. Ehring (Eds.), *Wiley handbook of anxiety disorders. Volume II: Clinical assessment and treatment* (pp. 646-691). Chichester: Wiley.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., ... & Eaton, N. R. (2017). The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126, 454-477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>.
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatry Research*, 45, 1027-35. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006>.
- Mendlowicz, M.V., & Stein, M.B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 669-682.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour research and therapy*, 28, 487-495.
- Muris, P., Simon, E., Lijphart, H., Bos, A., Hale, W., & Schmeitz, K. (2017). The Youth Anxiety Measure for DSM-5 (YAM-5): Development and first psychometric evidence of a new scale for assessing anxiety disorders symptoms of children and adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 48, 1-17. <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0648-1>.
- Pascual-Vera, B., y Belloch, A. (2018). El transdiagnóstico de las intrusiones mentales: Una revisión y una propuesta basada en datos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23, 135-147. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.2.2018.20738>.
- Pineda, D. (2018). *Procesos transdiagnósticos asociados a los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresivos*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid.
- Piqueras, J. A., Pineda, D., Martín-Vivar, M., & Sandín, B. (2017). Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the Revised Child Anxiety and Depression Scale-30 (RCADS-30) in clinical and non-clinical samples. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22, 183-196. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.19332>.
- Sánchez-Arribas, C., Chorot, P., Valiente, R. M., & Sandín, B. (2015). Evaluación de factores cognitivos positivos y negativos relacionadas con el trastorno de pánico: Validación del CATP. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20, 85-100. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.20.num.2.2015.15164>.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.

- Sandín, B. (2005). Evitación interoceptiva: Nuevo constructo en el campo de los trastornos de ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10, 103-114. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.10.num.2.2005.3993>.
- Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18, 255-286. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.18.num.3.2013.12925>.
- Sandín, B., y Chorot, P. (1999). Etiología de las fobias. En B. Sandín (Ed.), *Las fobias específicas* (pp. 69-87). Madrid: Klinik.
- Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 185-203. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839>.
- Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R. M. (2013). *Escala de Síntomas de Trastornos de Ansiedad y Depresión (ESTAD)*. Madrid: UNED (no publicado).
- Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R.M. (2016). *TCC de los trastornos de ansiedad: Innovaciones en niños y adolescentes*. Madrid: Klinik.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M.A., y Valiente, R.M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11, 37-51.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., & Chorpita, B. F. (2010). Development of a 30-ítem version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 165-178. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.3.2010.4095>.
- 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. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.3.num.1.1998.3853>.
- 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 Lostao, L. (2009). Validación española del cuestionario de preocupación PSWQ: Estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 107-122. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.14.num.2.2009.4070>.
- Sandín, B., Sánchez-Arribas, C., Chorot, P., & Valiente, R. M. (2015). Anxiety sensitivity, catastrophic misinterpretations and panic self-efficacy in the prediction of panic disorder severity: Towards a tripartite cognitive model of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 67, 30-40. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2015.01.005>.
- Sandín, B., Simons, J., Valiente, R. M., Simons, R. M., & Chorot, P. (2017). The Distress Tolerance Scale: Psychometric properties of the Spanish version and its relationship with personality and psychopathological symptoms. *Psicothema*, 29, 421-428. doi:10.7334/psicothema2016.239.
- 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. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.12.num.2.2007.4036>.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29, 83-102.
- Taylor, S. (1999) (Ed.). *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment on the fear of anxiety*. Mahwah, NJ: LEA.
- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., ... & Coles, M. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological Assessment*, 19, 176-188. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.19.2.176>.
- Valiente, R. M., Sandín, B., y Chorot, P. (2003). *Miedos en la infancia y la adolescencia*. Madrid: UNED.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Watson, D., O'Hara, M. W., & Stuart, S. (2008). Hierarchical structures of affect and psychopathology and their implications for the classification of emotional disorders. *Depression and Anxiety*, 25, 282-288. <https://doi.org/10.1002/da.20496>.
- Watson, D., O'Hara, M. W., Naragon-Gainey, K., Koffel, E., Chmielewski, M., Kotov, R., ... & Ruggero, C. J. (2012). Development and validation of new anxiety and bipolar symptom scales for an expanded version of the IDAS (the IDAS-II). *Assessment*, 19, 399-420. <https://doi.org/10.1177/1073191112449857>.
- Yonkers, K.A., Bruce, S.E., Dyck, I.R., & Keller, M.B., 2003. Chronicity, relapse, and illness--course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depression and Anxiety*, 17, 173-179. <https://doi.org/10.1002/da.10106>.

Anexo I. Baremación de las puntuaciones de la ESTAD en puntuaciones T para las puntuaciones en cada una de las subescalas
($N = 712$)

Puntuación directa	Puntuación T						
	AG	TP	TAG	TAS	TAE	TOC	TDM
0	45	44	35	39	41	41	39
1	49	48	37	42	43	44	42
2	53	52	39	45	46	47	45
3	57	55	41	48	49	50	48
4	61	59	43	50	52	52	51
5	65	63	45	53	54	55	54
6	69	66	47	56	57	58	56
7	73	70	49	59	60	61	59
8	77	74	51	61	63	64	62
9	81	77	53	64	65	67	65
10	85	81	55	67	68	70	68
11	89	84	58	70	71	73	71
12	93	88	60	72	73	76	74
13	97	92	62	75	76	78	77
14	101	92	64	78	79	81	80
15	105	99	66	81	82	84	83
16	109	103	68	83	84	87	86
17		107	70	86	87	90	89
18		111	72	89	89	93	92
19		114	74	92	93	96	
20			76	94		99	

Nota. AG = agorafobia, TP = trastorno de pánico, TAG = trastorno de ansiedad generalizada, TAS = trastorno de ansiedad social, TAE = trastorno de ansiedad a la enfermedad, TOC = trastorno obsesivo-compulsivo, TDM = trastorno depresivo mayor. Puntuaciones T entre 65 y 69 se consideran limítrofes con los niveles clínicos; puntuaciones $T \geq 70$ se consideran indicativas de síntomas clínicos.

Anexo II. Baremación de las puntuaciones de la ESTAD en puntuaciones T para las puntuaciones en la escala total ($N = 712$)

Puntuación directa	Puntuación T	Puntuación directa	Puntuación T	Puntuación directa	Puntuación T
<19	<47	42	60	65	72
19	47	43	60	66	73
20	48	44	61	67	73
21	48	45	61	68	74
22	49	46	62	69	75
23	49	47	63	70	75
24	50	48	63	71	76
25	50	49	64	72	77
26	51	50	64	73	77
27	51	51	65	74	78
28	52	52	66	75	78
29	53	53	66	76	79
30	53	54	66	77	79
31	54	55	67	78	80
32	54	56	68	79	80
33	55	57	68	80	81
34	55	58	69	81	82
35	56	59	69	84	83
36	56	60	70	87	85
37	57	61	70	88	85
38	58	62	71	90	87
39	58	63	71	92	88
40	59	64	72	110	98
41	59			>110	>98

Anexo III. Escala de Síntomas de los Trastornos de Ansiedad y Depresión (ESTAD)

ESTAD

Escala de Síntomas de los Trastornos de Ansiedad y Depresión

Instrucciones: En las frases siguientes se describen pensamientos y emociones que suele tener la gente en diversos momentos. Por favor conteste a cada frase seleccionando la respuesta que mejor refleje *lo que usted ha sentido últimamente* (últimas semanas). Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas; sólo debe indicar la frecuencia con que le ocurre lo que se dice en cada frase.

Por favor, lea cada frase con atención y conteste con la máxima sinceridad.

0	1	2	3	4
Nunca o casi nunca	Pocas veces	Bastantes veces	Muchas veces	Casi siempre

1. Me produce mucho miedo o ansiedad viajar solo/a en transporte público (autobús, tren, coche, avión, barco, etc.)	0	1	2	3	4
2. Temo o me preocupa sentirme de repente asustado/a sin razón aparente	0	1	2	3	4
3. Siento mucha preocupación y ansiedad por muchas cosas y no puedo controlarlo	0	1	2	3	4
4. Me siento muy nervioso/a cuando tengo que hablar a un grupo de personas (p.ej., en una reunión, en una clase, etc.)	0	1	2	3	4
5. Me preocupa mucho que pueda tener una enfermedad grave	0	1	2	3	4
6. Evito tocar cosas como monedas, pomos de los baños públicos, etc., por temor a contaminarme	0	1	2	3	4
7. Suelo sentirme muy triste o deprimido/a	0	1	2	3	4
8. Siento mucho miedo o ansiedad cuando estoy en espacios abiertos como mercadillos, puentes, zonas de aparcamiento, parques de atracciones, etc.	0	1	2	3	4
9. De repente tengo la sensación de no poder respirar y siento miedo o malestar	0	1	2	3	4
10. Cuando me preocupo en exceso por las cosas suelo sentir ansiedad y otras sensaciones como impaciencia o inquietud	0	1	2	3	4
11. Me produce mucha ansiedad o nerviosismo cuando me observan otras personas	0	1	2	3	4
12. Chequeo repetidamente mi cuerpo para ver si detecto algún signo de enfermedad	0	1	2	3	4
13. Me obsesiona en exceso que algo malo pueda ocurrir por haber olvidado cosas importantes, como cerrar con llave la puerta o apagar los aparatos eléctricos	0	1	2	3	4
14. He perdido el interés por las cosas	0	1	2	3	4
15. Siento bastante miedo o ansiedad cuando estoy entre mucha gente o tengo que hacer cola (p.ej., en un supermercado)	0	1	2	3	4
16. De repente mi corazón late rápidamente y siento mucho miedo o malestar	0	1	2	3	4
17. Cuando me preocupo en exceso por las cosas me siento muy nervioso/a	0	1	2	3	4
18. Me produce mucha ansiedad o nerviosismo ir a fiestas o reuniones y relacionarme con la gente	0	1	2	3	4
19. Pensar en mi salud me produce mucha ansiedad	0	1	2	3	4
20. Lavo obsesivamente las manos con mucha frecuencia por miedo a contaminarme	0	1	2	3	4
21. Me siento una persona inútil o tremendamente culpable	0	1	2	3	4
22. Los recintos cerrados con gente me producen mucho miedo o ansiedad (p.ej., cines, teatros, centros comerciales, etc.)	0	1	2	3	4
23. De repente me siento muy asustado/a o con miedo sin saber porqué	0	1	2	3	4
24. Suelo preocuparme en exceso por muchas cosas, como la salud, la familia, la economía, el trabajo, los amigos, etc., y no puedo controlarlo	0	1	2	3	4
25. Me dan mucho miedo las citas o hablar con personas del otro sexo	0	1	2	3	4
26. Cuando noto alguna alteración nueva en mi cuerpo (una molestia, un dolor, etc.) me alarma poder tener alguna enfermedad grave	0	1	2	3	4

27. Repito de forma obsesiva ciertas cosas para así sentirme mejor (p.ej., repito números o palabras en silencio, ordeno cosas, hago ciertos rituales, etc.)	0 1 2 3 4
28. Me siento muy fatigado/a y sin energía	0 1 2 3 4
29. Siento mucho miedo o ansiedad cuando estoy solo/a fuera de casa	0 1 2 3 4
30. De repente siento temblor o agitación y me asusto sin saber porqué	0 1 2 3 4
31. Cuando me preocupo en exceso por las cosas suelo sentir ansiedad y otras sensaciones como irritabilidad o tensión muscular	0 1 2 3 4
32. Me asusta hablar con desconocidos o con personas de autoridad (profesor, jefe, etc.)	0 1 2 3 4
33. Me preocupa mucho que pueda adquirir una enfermedad grave	0 1 2 3 4
34. Chequeo obsesivamente las cosas una y otra vez (p.ej., comprobar que la puerta esté cerrada con llave, que estén apagados los aparatos eléctricos, etc.)	0 1 2 3 4
35. Últimamente he tenido ideas de quitarme la vida	0 1 2 3 4

Copyright © 2013 B. Sandín, P. Chorot y R.M. Valiente (Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid). Prohibida la reproducción total o parcial de la escala, por cualquier medio, sin autorización expresa de alguno de los poseedores del copyright. Cualquier adaptación o modificación de la escala debe estar autorizada por escrito por B. Sandín, P. Chorot, o R.M. Valiente.

Clave de corrección (se suman las puntuaciones asignadas a los ítems correspondientes):

1. Agorafobia (AG):	1, 8, 15, 22, 29.
2. Trastorno de pánico (TP):	2, 9, 16, 23, 30.
3. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG):	3, 10, 17, 24, 31.
4. Fobia social (FS):	4, 11, 18, 25, 32.
5. Trastorno de ansiedad a la enfermedad (TAE):	5, 12, 19, 26, 33.
6. Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC):	6, 13, 20, 27, 34.
7. Trastorno depresivo mayor (TDM):	7, 14, 21, 28, 35.

Rango puntuaciones:

Puntuación total cuestionario: 0 – 140

Puntuación subescala: 0 – 20