Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2012;**5(2)**:115–120

Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental

ORIGINAL

Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria

Mireia Orgilés[a,*], Xavier Méndez[b], José Pedro Espada[a], Jose Luis Carballo[a] y José Antonio Piqueras[a]

[a] *Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández, Elche, Alicante, España*
[b] *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Murcia, Murcia, España*

Recibido el 4 de octubre de 2011; aceptado el 24 de enero de 2012
Disponible en Internet el 20 de marzo de 2012

PALABRAS CLAVE
Trastornos de ansiedad;
Sintomatología ansiosa;
Infancia;
Adolescencia;
Autoinforme

Resumen

Introducción: Los síntomas de ansiedad en la infancia y adolescencia constituyen un importante factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de ansiedad en etapas evolutivas posteriores. Este estudio examina la frecuencia y características de los síntomas de los principales trastornos de ansiedad en niños y adolescentes empleando una medida de autoinforme basada en las categorías diagnósticas del manual de la APA.

Material y métodos: Se trata de un estudio transversal no intervencionista. Participaron 2.522 niños y adolescentes de 8 a 17 años (49% varones), reclutados de diversos colegios de la provincia de Alicante, que completaron la Escala de Ansiedad Infantil de Spence.

Resultados: La puntuación media obtenida en la escala (rango: 0-114) fue 25,15 (*DT* = 13,54). El 26,41% de los niños y adolescentes mostraron puntuaciones elevadas en cualquier trastorno de ansiedad. Los síntomas de ansiedad por separación son los más frecuentes en la muestra (5,5%), seguidos por los miedos físicos (5,1%). Las niñas puntúan significativamente más alto en todos los trastornos ($p < ,001$), excepto en el trastorno obsesivo-compulsivo. Se hallaron diferencias en función de la edad en todos los trastornos, excepto en los miedos físicos, pero los tamaños del efecto fueron medios únicamente en la ansiedad por separación, que desciende con la edad, y en la ansiedad generalizada, mayor en los adolescentes que en los niños.

Conclusiones: Se destaca la importancia de que, desde el ámbito de salud mental, se lleve a cabo una detección temprana de los síntomas de ansiedad en los niños a partir de 8 años para facilitar la intervención y evitar el desarrollo posterior de los trastornos de ansiedad.
© 2011 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: morgiles@umh.es (M. Orgilés).

1888-9891/$ – see front matter © 2011 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.rpsm.2012.01.005

KEYWORDS
Anxiety disorders;
Anxiety symptoms;
Childhood;
Adolescence;
Self-report

Anxiety disorder symptoms in children and adolescents: Differences by age and gender in a community sample

Abstract
Introduction: Anxiety symptoms in childhood and adolescence are an important risk factor for developing anxiety disorders in subsequent development stages. This study examines the frequency and characteristics of the symptoms of the principal anxiety disorders in children and adoloscents using a self-report questionnaire based on the diagnostic categories of the American Psychiatric Association (APA) manual.
Material and methods: A cross-sectional, non-interventional study was conducted on 2522 children and adolescents form 8 to 17 years (49% males), enrolled from different schools in the Province of Alicante who completed the Spence Children's Anxiety Scale.
Results: The mean score obtained on the scale (range: 0-114) was 25.15 (standard deviation (SD) = 13.54). More than one in four (26.41%) of the children and adolescents showed high scores in any anxiety disorder. The anxiety symptoms due to separation were the most frequent in the sample (5.5%), followed by physical fears (5.1%). Girls scored significantly higher in all disorders ($P < .001$), except in obsessive-compulsive disorder. Differences were found as regards age in all disorders, except physical fears, but the effect sizes were only in anxiety due to separation, which decreased with age, and generalised anxiety, which was higher in adolescents than in children.
Conclusions: From the mental health perspective, it is important to be able to detect anxiety symptoms in children from 8 years onwards, in order to intervene early and prevent the development of anxiety disorders in later life.
© 2011 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Estudios epidemiológicos indican que los trastornos de ansiedad son los problemas psicológicos más diagnosticados en niños y adolescentes españoles y los de mayor demanda asistencial en las Unidades de Salud Mental[1]. Su prevalencia puede variar de forma considerable en función de la edad, de los instrumentos de evaluación utilizados en los estudios o de la fuente de información, entre otras variables[2]. En general, se estima que entre un 15 y un 20% de niños y adolescentes tienen un trastorno de ansiedad[2], aunque algunos estudios han hallado una prevalencia menor [3–5]. Debido a su elevada prevalencia, diversos trabajos han explorado con población española su sintomatología y características. Sin embargo, la mayoría de los estudios que se han llevado a cabo examinan un trastorno de ansiedad en concreto, por lo que existen abundantes datos sobre algunos trastornos, como la ansiedad por separación[6], la ansiedad social[7], o los miedos específicos[8,9], mientras que otros como la ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo-compulsivo o el trastorno de pánico han sido objeto de un menor número de estudios.

Para la evaluación de la ansiedad en niños y adolescentes existen numerosos instrumentos con buenas propiedades psicométricas. Entre ellos, destaca por sus ventajas frente a otras medidas de evaluación la Escala de Ansiedad Infantil de Spence[10]. La SCAS fue creada originariamente para ser aplicada con población comunitaria australiana, pero ha sido traducida y validada para su aplicación a niños y adolescentes en 17 países, considerándose una de las medidas de autoinforme más utilizadas a nivel internacional. A diferencia de otras escalas, la SCAS no es una adaptación de una prueba diseñada para población adulta, por lo que tiene en consideración los síntomas diferenciales de los trastornos de ansiedad en niños y adultos. Para su creación, la autora se basó en los síntomas de los trastornos de ansiedad más comunes en la infancia y adolescencia de acuerdo a las categorías diagnósticas del DSM-IV[11], por lo que la prueba permite evaluar a través de 6 subescalas los síntomas de los trastornos de ansiedad que con más frecuencia se manifiestan en la población infanto-juvenil. La SCAS se ha empleado en numerosos estudios internacionales con fines clínicos y de investigación. Aunque no se trata de una prueba diagnóstica, clínicamente la SCAS se ha utilizado como medida de screening para identificar niños y adolescentes con síntomas elevados de ansiedad susceptibles de requerir intervención. A nivel de investigación se ha aplicado la prueba con el objetivo de estudiar las diferencias culturales de los síntomas de ansiedad en la infancia[12,13].

A pesar de la prevalencia de los trastornos de ansiedad en los niños y adolescentes españoles y de su demanda asistencial en nuestro país, se carece de estudios recientes que examinen las características de los trastornos más frecuentes empleando instrumentos de medida basados en las categorías diagnósticas del manual de la APA. Nuestro trabajo actualiza la literatura sobre la prevalencia y características de algunos trastornos de ansiedad estudiados hace más de una década y aporta información sobre trastornos de los que se dispone menos datos con población española. Los objetivos del presente estudio son, por tanto, examinar en una muestra comunitaria de niños y adolescentes españoles de 8 a 17 años: (a) la frecuencia de los síntomas de los principales trastornos de ansiedad empleando la SCAS, una medida de autoinforme reconocida internacionalmente basada en las categorías diagnósticas del manual de la APA, y (b) las diferencias en los síntomas de ansiedad atendiendo a la edad y al sexo.

Material y métodos

Participantes

Se trata de un estudio transversal no intervencionista, en el que participaron 2.522 niños y adolescentes de edades comprendidas entre 8 y 17 años, el 49% de sexo masculino. La distribución por edades fue la siguiente: 5,9% (n = 149) de 8 años, 9,1% (n = 229) de 9 años, 9,4% (n = 237) de 10 años, 13% (329) de 11 años, 17,6% (n = 444) de 12 años, 10,5% (n = 265) de 13 años, 10% (n = 251) de 14 años, 11,3% (n = 284) de 15 años, 8,2% (208) de 16 años, y 5% (n = 126) de 17 años. El 85,3% de los participantes eran españoles y el resto eran nacidos en otros países. El nivel socioeconómico, determinado por la situación laboral de los padres y la ubicación del colegio en el que estaban escolarizados, era medio. Respecto a su situación familiar, el 74% tenían padres casados, el 18% padres separados o divorciados, el 5% vivía con sus padres sin estar estos casados, el 1% tenían madre soltera, y el 2% eran huérfanos de un padre o de los 2. La mayoría de los niños y adolescentes tenían un solo hermano (59%), el 19% tenían 2 hermanos, el 13% eran hijos únicos, el 6% tenían 3 hermanos, y el resto más de 4 hermanos.

Procedimiento

El reclutamiento de los participantes se llevó a cabo en 15 colegios públicos y concertados de la provincia de Alicante, seleccionados al azar de zonas urbanas y rurales, de la costa y del interior. Se solicitó autorización a los directores de los centros y se obtuvo el consentimiento informado de los padres. El 95% de los padres dieron la conformidad para que sus hijos participaran en el estudio. Los participantes completaron los cuestionarios de forma anónima en las aulas. Se distribuyeron los cuestionarios y se leyeron en voz alta las instrucciones. Se pidió a los participantes que contestaran con sinceridad y que levantaran la mano si les surgía alguna duda. Ningún participante dejó más del 20% de los ítems sin responder, de modo que no se excluyó ningún cuestionario del análisis de datos. El Comité de Ética de la institución de la que forman parte los autores aprobó previamente el estudio.

Instrumentos de evaluación

Los participantes completaron un breve cuestionario sociodemográfico proporcionando información sobre su edad, sexo, trabajo de su madre y padre, situación familiar, número de hermanos, y país de nacimiento.

Los síntomas de ansiedad fueron evaluados mediante la Escala de Ansiedad Infantil de Spence, versión española[14]. La SCAS es una escala de 44 ítems que fue diseñada para medir síntomas de ansiedad en muestras comunitarias de niños y adolescentes. La puntuación máxima posible en la escala es 114. Está formada por 6 subescalas que se corresponden con los trastornos de ansiedad del DSM-IV más frecuentes en población infanto-juvenil: trastorno de ansiedad generalizada (rango: 0-18), trastorno obsesivo-compulsivo (rango: 0-18), pánico y agorafobia (rango: 0 -27), fobia social (rango: 0-18), trastorno de ansiedad por separación (rango: 0-18), y miedos físicos (rango: 0-15). Los niños deben indicar en cada ítem de la escala la frecuencia con la que ocurre cada síntoma en una escala tipo Likert de 4 puntos: nunca, a veces, a menudo, o siempre. Las propiedades psicométricas de la escala con población española son buenas, con una alta consistencia interna (alpha de Cronbach = 0,89) y una validez convergente adecuada con otra medida de ansiedad (r = 0,41). La estructura factorial de la versión española mantiene los 6 factores hallados en la versión original de la prueba[14].

Análisis estadístico

Se establecieron 3 grupos de edad en función del nivel de desarrollo evolutivo y de acuerdo a la clasificación de otros autores[15]: preadolescencia (de 8 a 11 años), adolescencia media (de 12 a 13 años) y adolescencia (de 14 a 17 años). Se hallaron las puntuaciones medias, desviaciones típicas y el porcentaje de sujetos de la muestra que manifestaban síntomas de cada trastorno, tomando el criterio de la media más 2 desviaciones típicas de acuerdo a la recomendación de la autora de la prueba. Para conocer las diferencias en función de la edad y el sexo, se llevó a cabo un Análisis Multivariado de la Varianza (MANOVA), incluyendo el sexo y la edad como factores fijos, y las subescalas de la SCAS como variables dependientes. Se halló el tamaño del efecto de Cohen de las comparaciones que resultaron significativas, considerándose 0,20 como un tamaño pequeño, 0,50 medio y 0,80 grande[16]. Todos los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el programa PASW.

Resultados

La puntuación media obtenida por los participantes en la escala fue 25,15 (DT = 13,54). En la tabla 1 se presentan las puntuaciones medias en las subescalas de la prueba, así como el porcentaje de niños y adolescentes que mostraron síntomas elevados en cada trastorno. El punto de corte para considerar síntomas elevados de ansiedad fue de 12,8 para la subescala de ansiedad por separación, 11,2 para fobia social, 11,3 para el trastorno obsesivo compulsivo, 7,4 para miedos físicos, 9,4 para pánico y agorafobia, y 52,2 para la puntuación total. Del total de la muestra, el 26,41% (n = 666) mostraron puntuaciones elevadas en cualquier trastorno de ansiedad. No se hallaron porcentajes elevados de comorbilidad entre los síntomas de los trastornos.

Tabla 1 Medias (desviaciones típicas) y porcentaje de la muestra con síntomas elevados de ansiedad

	Medias (DT)	Porcentaje de sujetos con puntuaciones elevadas
Ansiedad por separación	4,27 (2,64)	5,5
Fobia social	4,94 (3,15)	4,6
Obsesivo compulsivo	4,60 (3,35)	4,9
Ansiedad generalizada	6,13 (3,31)	4,9
Miedos físicos	2,57 (2,40)	5,1
Pánico/Agorafobia	2,69 (3,33)	4,6

Tabla 2 Diferencias en función del sexo: medias (desviaciones típicas), significación estadística y tamaño del efecto

	Hombres (n = 1.234)	Mujeres (n = 1.288)	t	d
Ansiedad por separación	3,91 (2,48)	4,62 (2,75)	40,42*	−0,25
Fobia social	4,39 (2,94)	5,47 (3,24)	57,28*	−0,35
Obsesivo compulsivo	4,50 (3,29)	4,9 (3,42)	n.s.	-
Ansiedad generalizada	5,47 (3,12)	6,76 (3,37)	82,47*	−0,40
Miedos físicos	1,94 (2,05)	3,18 (2,56)	168,12*	−0,53
Pánico/Agorafobia	2,18 (3,02)	3,17 (3,53)	56,90*	−0,30

* $p < 0{,}001$; *d* = tamaño del efecto de Cohen; n.s. = diferencias no significativas.

La comorbilidad más frecuente se halló entre la ansiedad por separación y los miedos físicos (1,6%), la ansiedad por separación y el trastorno de pánico (1,6%), la ansiedad generalizada y el trastorno de pánico (1,5%), y entre el trastorno de pánico y el trastorno obsesivo-compulsivo (1,4%).

Se hallaron diferencias significativas en todas las variables dependientes en función del sexo de los participantes (F = 37.435; p < ,001), de la edad (F = 4416; p < ,001), y de la interacción entre ambos factores (F = 3.657; p < ,001). Atendiendo al sexo, las diferencias fueron significativas en todas las subescalas, con puntuaciones mayores en las chicas que en los chicos ($p < ,001$), excepto en los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo en el que no se hallaron diferencias significativas. En la tabla 2 se presentan las medias y desviaciones típicas en varones y mujeres, así como el resultado de las comparaciones en cada subescala y en la puntuación total, y el tamaño del efecto. En función de la edad las diferencias fueron significativas en todas las variables excepto en los miedos físicos. En las subescalas de ansiedad por separación, trastorno obsesivo-compulsivo y pánico/agorafobia los preadolescentes presentan puntuaciones más elevadas en comparación con los participantes que se encuentran en la adolescencia media ($p < ,001$) o en la adolescencia ($p < ,001$). En fobia social, los adolescentes presentan puntuaciones más altas que los participantes de la adolescencia media ($p < ,01$). En ansiedad generalizada, las diferencias son significativas entre todas las etapas evolutivas, con puntuaciones mayores a mayor edad ($p < ,001$). Las medias y desviaciones típicas en cada grupo de edad, así como las comparaciones post hoc y el tamaño del efecto se presentan en la tabla 3. La interacción entre los factores edad y sexo fue significativa únicamente en la subescala trastorno de ansiedad por separación (F = 4.672; $p < ,01$).

Discusión

El objetivo del presente estudio era examinar las características de los síntomas de los principales trastornos de ansiedad en una muestra amplia de niños y adolescentes con edades comprendidas entre 8 y 17 años. Los resultados del estudio muestran que los síntomas del trastorno de ansiedad por separación son los más frecuentes, seguidos por los síntomas de miedos físicos. Dichos hallazgos coinciden con los resultados de estudios previos que ponen de manifiesto que la ansiedad por separación, junto a las fobias específicas, es el trastorno de ansiedad más frecuente en población infanto-juvenil[2]. Nuestro estudio informa además de la frecuencia de los síntomas de otros trastornos de ansiedad menos estudiados en niños y adolescentes españoles, como la ansiedad generalizada o el trastorno de pánico, este último el de menor prevalencia junto con la fobia social. El

Tabla 3 Diferencias en función de la edad: medias (desviaciones típicas), significación estadística y tamaño del efecto

Síntomas	Edad			*t*	*d*
	Preadolescencia (n = 944)	Adolescencia media (n = 702)	Adolescencia (n = 861)		
TAS	5,17 [a,b] (3,12)	3,79 [a] (2,16)	3,68 [b] (2,12)	[a] 1,43**	0,51
				[b] 1,47**	0,56
FS	4,73 [a] (3,28)	4,91 (3,08)	5,20 [a] (3,03)	−0,47*	−0,15
TOC	5,24 [a,b] (3,67)	4,26 [a] (3,12)	4,16 [b] (3,06)	[a] 1,08**	0,29
				[b] 1,17**	0,32
TAG	5,32 [a,b] (3,47)	6,10 [a,c] (3,17)	7,04 [b,c] (2,99)	[a] −0,68**	−0,23
				[b] −1,78**	−0,53
				[c] −1,10**	−0,31
MF	2,66 (2,54)	2,36 (2,22)	2,66 (2,38)	n.s.	-
PA	3,13 [a,b] (3,67)	2,30 [a] (2,94)	2,43 [b] (3,10)	[a] 0,82**	0,25
				[b] 0,77**	0,21

FS: fobia social; MF: miedos físicos; PA: pánico/agorafobia; TAS: trastorno de ansiedad por separación; TAG: trastorno de ansiedad generalizada; TOC: trastorno obsesivo-compulsivo.
* $p < 0{,}05$, ** $p < 0{,}001$; *d* = tamaño del efecto de Cohen; n.s. = diferencias no significativas.
Las medias que comparten un mismo superíndice son estadísticamente significativas.

porcentaje de niños y adolescentes con puntuaciones altas en cualquier trastorno de ansiedad es mayor en nuestro estudio en comparación con trabajos previos[2–5]. La mayor prevalencia encontrada podría deberse a que el presente estudio examina síntomas de trastornos de ansiedad y no trastornos diagnosticados.

Respecto a las diferencias en función del sexo, las niñas manifiestan más ansiedad que los niños en todos los trastornos, excepto en el trastorno obsesivo-compulsivo. Numerosos trabajos a nivel internacional[17,18] afirman que los trastornos de ansiedad son más frecuentes en el sexo femenino, lo cual coincide con los hallazgos de nuestro estudio. La ausencia de diferencias significativas en los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo en función del sexo coincide con los resultados de estudios previos en los que niños y niñas no difieren en el porcentaje que manifiesta los síntomas de dicho trastorno[19].

Los resultados indican que a más edad menos síntomas de ansiedad por separación, de trastorno obsesivo-compulsivo y de pánico, pero más manifestaciones de fobia social y de ansiedad generalizada. Los tamaños del efecto sugieren además que es en los síntomas de ansiedad por separación y de ansiedad generalizada donde las diferencias en función de la edad son mayores, en comparación con los otros trastornos examinados. Que los síntomas de ansiedad por separación disminuyen con la edad es un hallazgo común en estudios previos[6], y se explica debido a que se considera un miedo evolutivo que tiende a desaparecer conforme el niño madura, pero que puede constituir un trastorno de ansiedad propio de la infancia con inicio antes de los 18 años. A pesar de que estudios previos indican que el riesgo de padecer un trastorno obsesivo-compulsivo y un trastorno de pánico se incrementa con la edad[20,21], en nuestro trabajo la prevalencia es menor conforme aumenta la edad del niño, aunque el tamaño del efecto indica diferencias muy pequeñas. La discrepancia de los resultados con los hallazgos previos podría deberse a que en nuestro estudio se empleó una medida de autoinforme que evalúa síntomas elevados de ansiedad en muestra comunitaria pero no trastornos clínicos. Respecto a los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo, estudios anteriores indican que los rituales y manías son frecuentes en los niños pequeños[22], por lo que estos podrían haber considerado dichos rituales como manifestaciones excesivas, obteniendo de ese modo puntuaciones mayores que los adolescentes. La mayor puntuación alcanzada en fobia social y ansiedad generalizada a mayor edad coincide con la literatura científica existente que indica que tanto los miedos sociales como las preocupaciones excesivas propias del trastorno de ansiedad generalizada suelen aparecer a partir de la preadolescencia[23,24]. Por último, los miedos físicos en los participantes de nuestro estudio se mantienen con la edad, en consistencia con los datos de la literatura que indican que los miedos y fobias que ocurren en la edad adulta podrían derivar de miedos intensos que aparecen en la infancia o adolescencia[25].

El presente estudio presenta ciertas limitaciones y fortalezas. La principal limitación es que la información se recogió mediante el informe de los niños y adolescentes y no se obtuvieron medidas de la ansiedad a través de los padres. A pesar de la conveniencia de haber incluido en la evaluación a más de un informador, dado el componente subjetivo de malestar de los trastornos de ansiedad, la evaluación llevada a cabo por los propios sujetos se consideró una opción adecuada. Como fortaleza del estudio destacamos que se actualiza la información sobre la frecuencia y características de los síntomas de los trastornos de ansiedad en una muestra comunitaria infanto-juvenil, en base a la clasificación del manual de la APA, lo que permite conocer con mayor detalle determinados trastornos de ansiedad poco estudiados con niños y adolescentes españoles. El mayor conocimiento de dichos síntomas facilita su detección e intervención temprana por parte de los profesionales de salud mental, previniendo que dichas manifestaciones subclínicas constituyan en etapas evolutivas posteriores trastornos de ansiedad clínicos.FinanciaciónEsta investigación fue financiada por un proyecto Bancaja-UMH y un proyecto del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (EDU2008-05060).

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.
Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.
Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Echeburúa E, Corral P. Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. Madrid: Pirámide; 2009.
2. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. Psychiatr Clin North Am. 2009;32:483–524.
3. Meltzer H, Gatward R, Goodman R, Ford T. The mental health of children and adolescents in Great Britain. London: The Stationary Office; 2000.
4. Bittner A, Egger HL, Erkanli A, Costello EJ, Foley DL, Angold A. What do childhood anxiety disorders predict? Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2007;48:1174–83.
5. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. Arch Gen Psychiatry. 2003;60:837–44.
6. Orgilés M, Espada JP, García-Fernández JM, Méndez X, Hidalgo MD. Most feared situations related to anxiety separation and characteristics by age and gender in late childhood. Anales de Psicología. 2011;27:80–5.
7. Inglés CJ, Piqueras JA, García-Fernández JM, García-López LJ, Delgado B, Ruiz C. Diferencias de género y edad en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras de ansiedad social en la adolescencia. Psicothema. 2010;22:376–81.
8. Valiente RM, Sandín B, Chorot P, Tabar A. 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. 2002;7:103–13.
9. Valiente RM, Sandín B, Chorot P, Tabar A. 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. 2003;15:414–9.
10. Spence SH. Structure of abnormal anxiety symptoms among children: a confirmatory factor-analytic study. J Abnorm Psychol. 1997;106:280–97.
11. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. AACAP official action: Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997;36:69S–84S.
12. Essau CA, Sakano Y, Ishikawa S, Sasagawa S. Anxiety symptoms in Japanese and in German children. Behav Res Ther. 2004;42:601–12.
13. Essau CA, Muris P, Ederer EM. Reliability and validity of the Spence Children's Anxiety Scale and the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders in German children. J Behav Ther Exp Psychiatr. 2002;33:1–18.
14. Orgilés M, Méndez X, Spence SH, Huedo-Medina TB, Espada JP. Spanish validation of the Spence Children's Anxiety Scale. Child Psychiatry Hum Dev. 2011, doi:10.1007/s10578-011-0265-y.
15. Rodríguez MA, Del Barrio MV, Carrasco MA. ¿Cómo perciben los hijos la crianza materna y paterna? Diferencias por edad y sexo. Escritos de Psicología. 2009;2:10–8.
16. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioural science. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
17. Muris P, Schmidt H, Merckelbach H. Correlations among two self-report questionnaires for measuring DSM-defined anxiety disorder symptoms in children: The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders and the Spence Children's Anxiety Scale. Pers Indiv Differ. 2000;28:333–46.
18. Spence SH. A measure of anxiety symptoms among children. Behav Res Ther. 1998;36:545–66.
19. March JS, Leonard HL, Swedo SE. Obsessive-compulsive disorder. En: March JS, editor. Anxiety disorders in children and adolescents. Nueva York: Guilford Press; 1995. p. 251–75.
20. Mancebo M, Garcia A, Pinto A, Freeman J, Przeworski A, Stout R, et al. Juvenile-onset OCD: clinical features in children, adolescents and adults. Acta Psychiatr Scand. 2008;118: 149–59.
21. Rodríguez M, Martínez MC. Trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico en niños y adolescentes. En: Caballo VE, Simón MA, editores. Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente. Madrid: Pirámide; 2001. p. 93–120.
22. Sevillá J, Pastor C. Tratamiento de un trastorno obsesivo-compulsivo en un adolescente. En: Mendez FX, Espada JP, Orgilés M, editores. Terapia psicológica con niños y adolescentes. Madrid: Pirámide; 2006. p. 131–52.
23. García-López LJ, Olivares J, Hidalgo MD, Beidel DC, Turner SM. Psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory, the Social Anxiety Scale for Adolescents, the Fear of Negative Evaluation Scale and the Social Avoidance Distress Scale in an adolescents Spanish speaking population. Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment. 2001;23: 51–9.
24. Kendall PC, Pimentel S. On the physiological symptom constellation in Routh with generalized anxiety disorder. Journal of Anxiety Disorders. 2003;17:211–21.
25. Valiente RM, Sandín B, Chorot P. Miedos en la infancia y la adolescencia. Madrid: UNED; 2002.