

■ Datos preliminares de la validación del Cuestionario de Detección vía Web para los trastornos emocionales (DETECTA-WEB) en adolescentes españoles

Mariola García-Olcina¹, José Antonio Piqueras¹ y Agustín E. Martínez-González²

¹Universidad Miguel Hernández de Elche

²Universidad de Alicante

Resumen

El objetivo de este estudio fue examinar de forma preliminar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Detección vía Web para los trastornos mentales emocionales (DETECTA-WEB) en adolescentes españoles. Para ello se reclutó una muestra formada por 167 adolescentes, con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años. Los resultados indicaron que la escala presentó una estructura de 9 factores (para los 10 problemas incluidos), buena consistencia interna y correlaciones muy altas con las escalas equivalentes de la versión española del Revised Children for Anxiety and Depression Scale. De igual modo, tomando como punto de corte una puntuación equivalente a centil 80 o superior, el 20% de los sujetos encuestados presentaron sintomatología elevada de ansiedad/depresión. Los datos aportan apoyo inicial a la fiabilidad y validez del DETECTA-WEB para la evaluación de ansiedad y depresión en adolescentes.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, adolescentes, DETECTA-WEB, validación.

Abstract

The purpose of this study was to examine preliminarily the psychometric properties of Web-Screening Questionnaire for emotional mental disorders (DETECTA-WEB) in Spanish adolescents. The sample consisted of 167 adolescents, aged between 14 and 18 years. The results indicated that the scale had a structure of 9 factors (for the 10 symptoms groups included), good internal consistency and very high correlations with equivalent scales from the Spanish version of the Revised Children for Anxiety and Depression Scale. Similarly, following a cut-off point of 80th percentile of above, 20% of the sample displayed elevated symptomatology of anxiety and/or depression. The data provide initial support for the reliability and validity of DETECTA-WEB to assess anxiety and depression in adolescents.

Keywords: Anxiety, depression, adolescents, DETECTA-WEB, validation

Los problemas de salud mental en niños y adolescentes se refieren a un amplio rango de trastornos como son los trastornos mentales, conductuales y emocionales. Los considerados trastornos emocionales son la ansiedad y la depresión. Estas dos emociones suelen pasar desapercibidas en la escuela, puesto que los niños/adolescentes que las sufren suelen destacar por pasar inadvertidos. Son síntomas más difíciles de observar y a menudo pasan desapercibidos para sus maestros y sus padres. Sin embargo, las consecuencias de éstos problemas pueden ser devastadores, no sólo para la integración escolar de los niños sino para su adaptación social futura (Del Barrio y Carrasco, 2009).

Los síntomas y trastornos de ansiedad y depresión son los problemas psicológicos más prevalentes, tanto en adultos como en niños y adolescentes. Los estudios epidemiológicos sugieren que concretamente los miedos y fobias, la ansiedad de separación, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión son muy comunes en los niños y adolescentes, con tasas de prevalencia que superan cada uno el 5% de la población infantojuvenil (Echeburúa y de Corral, 2009; Méndez, Orgilés y Espada, 2009).

Concretamente, la ansiedad es el trastorno infantil más común, con una prevalencia media del 10% (Merikangas, 2005). En España, los datos epidemiológicos incluso señalan una prevalencia ligeramente superior (17-26%) (Aláez, et al., 2000; Ezpeleta, Guillamón, Granero, de la Osa, Domenech y Moya, 2007). Estos problemas están asociados con dificultades en el funcionamiento social y académico y predicen la aparición y desarrollo de trastornos en la edad adulta (Pine, Cohen, Gurley, Brook y Ma, 1998). Así, hasta un 75% de los trastornos de ansiedad en adultos tienen comienzo en la infancia y/o adolescencia, con una edad media de aparición entre los 8 y los 12 años (Kessler et. al., 2005). En conjunto, predominan en el sexo femenino (prevalencia de 6.7% frente al 3.1% en el sexo masculino). También presentan una alta comorbilidad, que explica en parte su alta incidencia, encontrándose asociados a todo tipo de trastornos tanto a trastornos interiorizados como exteriorizados (Eisen, 2008). Así un trastorno altamente asociado a la ansiedad es la depresión, en torno al 40% (Vallance y Garralda, 2008).

Por su parte, la depresión mayor afecta a los niños entre 2 y un 4%, mientras que la distimia se acerca al 10% y hasta el 15% en adolescentes (del Barrio, 2008). Sin embargo, hay autores que han encontrado cifras superiores un 20% en adolescentes (Costello, Egger y Angold, 2005). En España, los datos epidemiológicos incluso señalan una prevalencia ligeramente superior (4-14%) (Aláez et al., 2000; Ezpeleta et al., 2007).

Respecto a las diferencias en función del género, la mayoría de estudios coinciden en señalar que los trastornos internalizados (ansiedad y depresión) son más frecuentes entre el sexo femenino (Ezpeleta et al., 2007).

Por tanto, considerando la elevada prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión, la elevada comorbilidad con otros trastornos mentales, y la persistencia y la relación con otros trastornos de ansiedad y depresión en la etapa adulta, es necesario la detección temprana y prevención como práctica clínica usual y generalizada, con el fin de los niños con estos trastornos internalizantes reciban de forma rutinaria la ayuda que necesitan (Fox, Halpern y Forsyth, 2008), ya que por encima del 75% de los menores con ansiedad y depresión no reciben tratamiento (Essau, 2005).

La mayoría de estudios insisten en la necesidad de invertir en estudios de detección e intervención temprana y de prevención, precisando que el mejor contexto de intervención es el escolar, desarrollando investigación basada en las escuelas de mayor calidad, involucrando seguimientos a más largo plazo, incluyendo condiciones de control activo, evaluando la participación del profesorado y la relación coste-eficacia de los diseños de este tipo de intervenciones (Neil y Christensen, 2009). La mayoría de estos trabajos indican que la identificación temprana de sintomatología presente y factores de riesgo para los trastornos de ansiedad y la depresión a través de chequeos de salud mental, que pueden ayudar a prevenir y reducir la sintomatología.

Para mejorar la calidad y viabilidad de estos estudios de detección temprana y prevención de los trastornos de ansiedad y depresión en el contexto escolar es necesario superar al menos dos dificultades: (1) la falta de pruebas de detección breves validas, fiables y útiles para estos síntomas y (2) los altos costes que conllevan estos programas de detección en el contexto escolar. Ambas cuestiones tienen que ver con la mejora de la relación coste-eficacia de los programas de prevención y detección de los trastornos internalizados, ya que pocos estudios han examinado estas cuestiones.

Respecto a la falta de pruebas de detección breves validas, es necesario disponer de instrumentos de detección específicos que sean breves validados con buenas propiedades psicométricas, dado que los sujetos colaborarán con la detección con mayor facilidad si la misma es corta, rápida y fácil de leer (Cuijpers, Smits, Donker, Ten Have y de Graaf, 2009). Aunque existe un número importante de instrumentos de autoinforme para la evaluación de constructos de vulnerabilidad en ansiedad y depresión en la infancia y adolescencia, algunos autores han señalado que venimos sufriendo una 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 (Sandín, Valiente y Chorot, 2009). Los instrumentos de autoinforme más utilizados para evaluar la ansiedad y la depresión en niños y adolescentes han sido las clásicas Escala Multidimensional de Ansiedad para Niños (MASC; March et al., 1997) y la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños-Revisada (CMAS-R, Reynolds y Richmond, 1978), que miden diferente tipos de ansiedad, y el CDI (Children's Depression Inventory, Kovacs, 1980) para la depresión. Diversas investigaciones han indicado que 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 (Sandín et al., 2009). Los primeros intentos más recientes por disponer instrumentos multidimensionales clínicos y comprensivos que permitieran obtener información de forma rápida sobre los principales síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión de los niños y adolescentes han sido la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS; Spence, 1997; versiones en español de Orgilés, Méndez, Spence, Huedo-Medina y Espada, 2012) y la Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS; Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto y Francis, 2000; versión española de Sandín et al., 2009), que es una revisión de la escala de Spence y que ha mejorado sustancialmente su utilidad clínica y sus propiedades psicométricas (Sandín et al., 2009, Sandín, Chorot, Valiente y Chorpita, 2010).

Respecto al aspecto altos costes, una posible vía de mejora de la relación coste-eficacia de los programas de prevención y detección de los trastornos internalizados y por extensión de la atención a la salud mental en la infancia es la puesta en marcha de estas estrategias de intervención en salud mental a través del empleo de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. Cada vez más autores afirman que Internet puede ser un instrumento muy conveniente para ayudar a los usuarios a identificar la morbilidad psiquiátrica personal. Incluso, algunos estudios indican que las personas con sintomatología depresiva y en concreto con ideación suicida, prefieren entrevistas a través de ordenadores a entrevistas personales (Petrie y Abell, 1994).

Por tanto una posible solución es mejorar la eficiencia de los programas de detección temprana en la atención a la salud mental en la infancia es la puesta en marcha de estas estrategias de intervención en salud mental a través de empleo de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, para difundir, universalizar y mejorar la atención y el bienestar y la salud en la infancia.

Diferentes estudios avalan la viabilidad del desarrollo y aplicación de programas de detección de trastornos mentales a través de Internet en contexto escolar, los más significativos son: 1. estudios de detección de trastornos de ansiedad y depresión, si bien todos ellos centrados en adultos (Andersson, Carlbring, Kaldo y Strom, 2004; Cuijpers, Boluijt y van Straten, 2008; Donker, van Straten, Marks y Cuijpers, 2009;); estudio de detección de adolescentes con depresión (Cuijpers et al., 2008) u otros estudios donde el objetivo fue estudiar cuestiones relacionadas con la salud en población pediátrica (Cawthorpe, 2001; Ha, Yoo, Cho, Chin, Shin y Kim, 2006); 3. estudio que avalan la validez y utilidad de la aplicación de pruebas de evaluación psicológica a través de Internet (Buchanan y Smith, 1999; Cuijpers, Smits, Donker, Ten Have y de Graaf, 2009; Donker, van Straten et al., 2009;); en España también contamos con antecedentes, tales como los trabajos del equipo de Botella, que lleva años trabajando en el desarrollo de herramientas de tratamiento psicológico de diferentes trastornos apoyado en nuevas tecnologías, fundamentalmente con adultos (vgr., Baños, Quero y Botella, 2008; Botella et al., 2009); de Vallejo y cols., que han demostrado la validez de pruebas clínicas de lápiz y papel aplicadas a través de internet (Vallejo, Jordan, Diaz, Comeche y Ortega, 2007; Vallejo, Mananes, Comeche y Diaz, 2008) o del equipo de Ezpeleta, el mejor exponente de estudios epidemiológicos y de factores de riesgo a largo plazo utilizando una aplicación informatizada (vgr., de la Osa, Ezpeleta, Granero y Domenech, 2009; Ezpeleta et al., 2007).

En definitiva, a pesar del gran auge de la investigación científica sobre la aplicación de Internet y las nuevas tecnologías a la psicología clínica, son muy escasos los estudios realizados, esta necesidad puede satisfacerse mediante el uso de cuestionarios breves de detección online, que también puede ser utilizados de forma ágil para detectar los problemas de los potenciales pacientes antes de acudir a su médico de familia o de los niños antes de acudir a la consulta del pediatra o del psicólogo/psiquiatra infantil. Entre los adultos, un estudio reciente ha demostrado que la identificación basada en un cuestionario de detección a través de Internet (Web-Based Screening Questionnaire for Common Mental Disorders,

WSQ) se muestra adecuada para los trastornos mentales más comunes: ansiedad, depresión y abuso de sustancias (Donker et al., 2009). Este estudio evaluó la validez de este cuestionario de evaluación a través de una web para detectar diferentes trastornos en población adulta: trastorno depresivo, abuso / dependencia del alcohol, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático, fobia social, trastorno de pánico, agorafobia, fobia específica y TOC, hallando que el WSQ detectaba adecuadamente los principales trastornos mentales en población adulta, especialmente los de ansiedad y depresión. Otros estudios recientes con adultos también informan de las garantías científicas de las escalas de detección online para diferentes trastornos de ansiedad (vgr., Ballegoijen et al., 2012) y depresión (vrg., Hemelrijk, Ballegooijen, Donker, Straten y Herkhof, 2012; Watters, Gotlib, Harris, Boyce y Williams, 2013).

En consecuencia, y dado el interés de este nuevo cuestionario para la evaluación de los principales trastornos de ansiedad y depresión a través de Internet, así como por su potencial utilidad en los diferentes campos de la psicopatología y psicología clínica infantojuvenil a través de las nuevas tecnologías (estudios epidemiológicos y de detección, diagnóstico y tratamiento, valoración de la evaluación y pronóstico de cuadros clínicos, etc.), este estudio tiene como objetivos: (i) adaptar el cuestionario de Detección basado en la Web de Trastornos Mentales Comunes (Web-Based Screening Questionnaire for Common Mental Disorders, WSQ, Donker et al. 2009) para su uso con población infantil y adolescente española, siguiendo los pasos del estudio original, con el fin de dar lugar a una versión para niños y adolescentes del nuevo cuestionario online de detección de los principales problemas emocionales: trastornos de ansiedad, tales como ansiedad de separación, ansiedad de generalizada, estrés post traumático, fobia social, pánico y agorafobia, fobias específicas, trastorno obsesivo compulsivo y; trastornos del estado del ánimo: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y suicidio y (ii) comprobar la viabilidad de su administración a través de Internet en una muestra de adolescentes, dado que existen numerosos estudios que apoyan la validez y fiabilidad de aplicación de pruebas de evaluación psicológica a través de Internet (vgr., Donker, van Straten et al., 2009; Eiroá, Fernández y Pérez, 2008; Vallejo et al., 2007; Vallejo et al., 2008). Para ello se siguió un diseño instrumental siguiendo las guías de Carretero-Dios y Pérez (2007) y Montero y León (2007), con el fin de aportar datos preliminares sobre la fiabilidad y validez del nuevo cuestionario a través de Internet en el contexto escolar en adolescentes españoles entre 14 y 18 años.

En consecuencia, se espera hallar que: a) la estructura del nuevo cuestionario será multidimensional, correspondiéndose con los diez diferentes tipos de sintomatología que pretende evaluar; b) la puntuación total y las puntuaciones de las subescalas mostrarán una consistencia interna adecuada (alfa de Cronbach por encima de .70, siguiendo las recomendaciones de Nunally y Bernstein, 1995; c) se hallarán diferencias de sexo, en el sentido de mayores puntuaciones en las mujeres frente a los hombres en la puntuación total y en la mayoría de subescalas; d) las puntuaciones del cuestionario y sus subescalas correlacionarán positiva y significativamente con las del *Revised Child Anxiety and Depression Scale* (RCADS; Chorpita, Yim Moffit, Umemoto y Francis 2000) y sus subescalas,

que evalúan la mayoría de los trastornos del nuevo cuestionario, e) se detectarán entre un 10-20% de adolescentes con sintomatología elevada de ansiedad/depresión, en la línea de estudios anteriores (p.ej., Sandín et al., 2009).

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por un total de 167 adolescentes (91 chicos y 76 chicas) de 14 a 18 años que cursaban Educación Secundaria en un centro público y privado de la población de Elda y Orihuela. En cada centro fueron seleccionadas al azar aulas de los niveles educativos de 3º y 4º de E.S.O., 1º y 2º de Bachillerato y 1º de Ciclos Formativos de Grado Medio. La edad media fue 15.38 ($DT = 0.98$; rango = 14-18 años). La distribución por sexo indicó que 91 (54.5%) eran hombres y 76 (45.5%) mujeres. El índice de poder adquisitivo familiar que aporta la Family Affluence Scale (FAS; Currie, Elton, Todd y Platt, 1997) indicó que el 19.8% de la muestra pertenecía a nivel bajo, un 42.5% a nivel medio y 37.7% a nivel alto. El 80.2% (134) de la muestra fueron nacidos en España, mientras que el resto de la muestra perteneció a diferentes nacionalidades: Europa Occidental (Francia y Suiza) = 1.2% (2); Europa Oriental (Ucrania, Rumanía, Polonia, Lituania, Georgia) = 5.4% (9); Norte de África (Argelia y Marruecos) = 2.4% (4); Latinoamérica (Chile, Bolivia, Colombia, Perú y Ecuador) = 10.8% (18).

El grupo muestral fue de conveniencia, si bien las características sociodemográficas indicaron que la distribución fue homogénea y representativa, ya que las pruebas Chi-cuadrado para comprobar la homogeneidad de la distribución de frecuencias indicaron que no hubo interdependencia entre el sexo y la edad, entre el sexo y la nacionalidad ni entre el sexo y el nivel socioeconómico ($\chi^2 = 4.89$; $p = .30$; $\chi^2 = 4.44$; $p = .35$; $\chi^2 = 1.49$; $p = .47$; respectivamente).

Instrumentos

Cuestionario Sociodemográfico. Instrumento elaborado ad-hoc para este estudio. Consta de una serie de preguntas sobre edad, sexo, curso, y país de nacimiento e incluye también la escala de poder adquisitivo familiar (Family Affluence Scale, FAS; Currie et al., 1997). La escala FAS evalúa el poder adquisitivo de las familias. Esta escala consta de 4 preguntas sobre la disponibilidad de habitación propia, la cantidad de coches y ordenadores que posee la familia, y la realización de vacaciones familiares en los últimos 12 meses. La escala permite obtener una clasificación en tres niveles: nivel bajo, medio y alto de riqueza.

Cuestionario de Detección vía Web para los Trastornos Mentales Emocionales (DETECTA-WEB; Piqueras, García-Olcina y Martínez-González, 2011). Se desarrolló este cuestionario para permitir identificar a aquellos niños y adolescentes con problemas de ansiedad y/o depresión a través de una encuesta online. El proceso de validación de la prueba a población española infantil siguió el mismo procedimiento que el seguido por los autores de la escala original en el desarrollo, traducción y adaptación de la prueba. Para su adaptación al español se recurrió a la prueba original, las pruebas originales empleadas para su construcción, a las versiones adaptadas al español, así

como a las versiones de las pruebas para niños y adolescentes, si existían (Center for Epidemiologic Studies-Depression; CES-D, Radloff, 1977; Generalized Anxiety Disorder scale; GAD-7, Spitzer et al., 2006; Panic Disorder Severity Scale-Sef Report; Shear et al., 2001, Houck et al., 2002; Fear Questionnaire; FQ, Marks y Mathews, 1979; Impact of Events Scale; IES; Horowitz, Milner y Alvarez, 1979 y Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; YBOCS, Goodman et al., 1989). Para una descripción más amplia véase Donker et al. (2009). El nuevo cuestionario está formado por 30 ítems, que fueron elaborados siguiendo los diez pasos fundamentales para desarrollar un instrumento de medida objetivo propuestos por Prieto y Muñiz (2000) y Muñiz y Bartram (2007). Tiene 10 subescalas, formadas cada una por 3 ítems y con formato tipo Likert (0 = nunca, 1 = a veces, 2 = a menudo y 3 = siempre): Depresión Mayor, Distimia, Suicidio, Ansiedad de Separación, Fobia Social, Pánico/Agorafobia, Ansiedad Generalizada, Trastorno Obsesivo-compulsivo, Fobias específicas y Estrés Postraumático.

Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS; Chorpita, Yim Moffitt, Umemoto y Francis 2000; versión española de Sandín et al., 2009, 2010). Se trata de una revisión de la escala SCAS de Spence, que ha mejorado sustancialmente su utilidad clínica y sus propiedades psicométricas (Sandín et al., 2009, 2010). La versión original consta de 47 ítems, valorados según una escala de frecuencia de 0 a 3, los cuales pretenden evaluar un amplio espectro de síntomas de ansiedad y depresión en niños y adolescentes. Aparte de la puntuación total, pueden calcularse seis subescalas, que son ansiedad por separación, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, pánico/agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno por depresión mayor. Las propiedades psicométricas de esta prueba en población española son excelentes (Sandín et al., 2009), así como de la versión abreviada de 30 ítems equivalente (Sandín et al., 2010). Es este estudio se empleó la versión abreviada de 30 ítems.

Procedimiento

En primer lugar se desarrolló una web, a partir de la cual se realizó la aplicación de las pruebas. Esta plataforma se denomina Detecta-web y puede ser consultada en <http://www.detecta-web.com/blog/>.

A continuación se seleccionaron los instrumentos basados en la evidencia científica disponibles (instrumentos de lápiz y papel o aplicados mediante Internet), y se llevó a cabo la traducción y adaptación del WSQ mediante el método de traducción-retrotraducción, del cual surgió el DETECTA-WEB, así como se elaboró el cuestionario sociodemográfico.

Después se contactó con diferentes centros de educación secundaria y primaria. Se informó a los directores de los centros a quienes se les describió los objetivos, los instrumentos de evaluación y procedimiento del estudio.

En tercer lugar y una vez obtenido el consentimiento de dos centros de la provincia de Alicante, se llevó a cabo la evaluación de todos los sujetos mediante la aplicación colectiva en el laboratorio de ordenadores de cada centro de los tres instrumentos señalados. La evaluación colectiva se realizó por cursos y utilizando una hora de clase. El orden de la administración de las pruebas fue el mismo para todos los sujetos: cuestionario sociodemográfico, DETECTA-WEB y RCADS.

Análisis de datos

En el estudio métrico de los ítems y la dimensionalidad de la escala se llevaron a cabo análisis descriptivos de los ítems y análisis factoriales exploratorios (AFE). Estos últimos fueron desarrollados con el método de extracción de componentes principales (adecuado para la determinación de los factores latentes que subyacen a la varianza compartida de los ítems) y el método de rotación oblicua (Promax) (adecuado cuando se asume o conoce correlación entre los factores analizados) (Worthington y Whittaker, 2006). La adecuación de la matriz para realizar el AFE fue testada mediante el test Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la Prueba de Esfericidad de Bartlett. Para eliminar ítems se siguieron los siguientes criterios: comunalidades inferiores a .40, aquellos cuyo peso factorial más elevado era inferior a .32, los que tenían pesos superiores a .32 en más de un factor, y aquellos en los que la diferencia entre el peso factorial más elevado y el siguiente era inferior a .15 (Worthington y Whittaker, 2006).

La fiabilidad del total y de cada subescala se obtuvo mediante el alfa de Cronbach para escalas de respuesta de naturaleza continua. Posteriormente, se obtuvieron los coeficientes alfa de Cronbach del total y de las subescalas de los diferentes cuestionarios utilizados para este estudio.

También se realizó la comparación de las puntuaciones en el DETECTA-WEB en función del sexo mediante prueba *t* de Student. Se incluyó el índice *d* (diferencia media tipificada) propuesto por Cohen (1988) para valorar la magnitud o tamaño del efecto de las diferencias halladas en función del sexo y la edad. Su interpretación es: tamaño del efecto pequeño/bajo (.20 - .49), moderado (.51 - .79) y alto/grande (d^3 .80).

Por último, con respecto a las evidencias de validez convergente-discriminante, se calcularon los coeficientes de correlación entre la puntuación del DETECTA-WEB y el resto de medidas. También utilizamos los criterios de (Cohen, 1988) para evaluar los tamaños del efecto (TE) de las correlaciones. En este caso se considera un TE pequeño cuando la correlación se encuentra por debajo de .10, medio cuando está entre .10 y .30 y grande cuando es mayor que .50 (Cohen, 1988; Lipsey y Wilson, 2001).

Resultados

Análisis de ítems y análisis factorial exploratorio

Los resultados muestran que todas las opciones de respuesta son elegidas en todos los ítems, excepto en el ítem 9, donde nunca se eligió la respuesta 2 (a menudo) y el ítem 26, donde nunca se eligió la respuesta 3 (siempre). La media de respuesta de los ítems se sitúa 0.71, 0.79 puntos por debajo de la media teórica del cuestionario (1.5) y las desviaciones típicas oscilan entre 0.30 y 1.00 por lo que podemos suponer una adecuada variabilidad de puntuaciones. Todas las correlaciones ítem-total corregidas superaron el valor .30, excepto los ítems 2, 9 y 17, que aun así estuvieron muy próximos (.28-.29) y el ítem 27, que presenta correlación .19 (Nunally y Bernstein, 1995). No se observa que la eliminación de estos ítems mejore el alfa de Cronbach global de la escala (.87) (véase la Tabla 1).

Tabla 1. Media (*M*), Desviación Típica (*DT*), Correlación ítem-total corregida (r_{it}^c) y alfa de Cronbach si el ítem es eliminado ($\alpha-i$).

Ítems	<i>M</i>	<i>DT</i>	r_{it}^c	$\alpha-i$
1	0.74	0.70	.58	.86
2	1.10	0.82	.29	.87
3	0.41	0.78	.57	.86
4	0.74	0.80	.52	.86
5	0.80	0.70	.33	.86
6	0.47	0.73	.41	.86
7	0.18	0.44	.49	.86
8	0.15	0.42	.46	.86
9	0.05	0.30	.29	.87
10	0.62	0.85	.33	.87
11	2.28	0.97	.37	.86
12	0.33	0.65	.35	.86
13	0.95	0.84	.31	.87
14	0.78	0.78	.46	.86
15	0.81	0.78	.46	.86
16	0.70	0.97	.37	.86
17	0.52	0.90	.28	.87
18	0.43	0.79	.41	.86
19	0.51	0.66	.41	.86
20	0.40	0.69	.53	.86
21	0.38	0.65	.48	.86
22	2.20	0.87	.37	.86
23	1.43	0.99	.42	.86
24	1.81	1.00	.39	.86
25	0.65	0.75	.52	.86
26	0.22	0.45	.34	.86
27	0.46	0.73	.19	.87
28	0.38	0.65	.31	.87
29	0.47	0.71	.40	.86
30	0.40	0.71	.49	.86
Total	51.38	10.30		.87

El índice de adecuación muestral (KMO = .79) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2_{435} = 1771.82$; $p < .000$) indicaron idoneidad de los datos para realizar el análisis factorial. Ningún ítem presentó comunalidades inferiores a .40 (rango = .43-.83). Sin embargo, atendiendo a los pesos factoriales (Worthington y Whittaker, 2006), los ítems 4 y 5 serían candidatos a ser eliminados. Sin embargo, el análisis métrico de los mismos indicó que su consistencia con la escala global era correcta.

La solución factorial obtenida mediante el criterio de retención de factores de Kaiser estuvo formada por nueve factores que explicaban el 64.13% de la varianza (véase la Tabla 2). La mayoría de ítems cargaron en los factores donde resultaba más coherente desde el punto de vista teórico. Así, en la Tabla 2 se observa las excepciones fueron los ítems 4, 5 y 6 de distimia; el 22 de ansiedad generalizada y el 25 de TOC. Así, los ítems 4 y 5 cargaron en la escala de depresión y de forma simultá-

nea en otras escalas (pánico y ansiedad generalizada, respectivamente), mientras que el 6 cargo únicamente en la escala de pánico. Estos resultados implican que la subescala Distimia no emergió en este AFE, por lo que, atendiendo al contenido de los ítems, se agruparon los seis primeros ítems en la escala de Depresión. El ítem 22 cargó en la escala de TAG, como se esperaba, si bien también lo hizo y en mayor medida en otra escala, ansiedad de separación; mientras que el ítem 25, cuyo contenido se relaciona con el TOC cargó de forma significativa en la escala de Pánico. Dado que este estudio fue preliminar, se realizaron los cálculos de fiabilidad y de las puntuaciones de los factores o subescalas siguiendo el planteamiento teórico inicial de 10 escalas.

Tabla 2. Matriz de componentes y consistencia interna de las escalas del Cuestionario DETECTA-WEB.

Ítems DETECTA-WEB	Factores										α
	DM	S	TAS	FS	FE	TP/A	TAG	TOC	TEPT		
DM	1	.56									.62
	2	.87									
	3	.43									
D	4	.40			.39						.55
	5	.35				.39					
	6				.62						
S	7		.70								.84
	8		.83								
	9		.83								
TAS	10		.70								.53
	11		.54								
	12		.55								
FS	13			.77							.73
	14			.85							
	15			.85							
FE	16				.76						.69
	17				.81						
	18				.59						
TP/AG	19					.82					.69
	20					.87					
	21					.65					
TAG	22			.68			.31				.69
	23						.65				
	24						.72				
TOC	25					.47					.35
	26						.87				
	27						.44				
TEPT	28								.66		.73
	29								.72		
	30								.76		
% varianza	22.7	9.3	6.3	5.4	4.9	4.4	4.0	3.5	3.5		

Nota. Se presentan solo las cargas factoriales $\geq .30$.

Consistencia interna

La consistencia interna de la puntuación total y de las subescalas fue estimada mediante el coeficiente de Cronbach. La consistencia interna de la escala total fue adecuada ($\alpha = .87$), mientras que estuvieron en torno o por encima de .70 en 6 de las escalas (Nunally y Bernstein, 1995). Sin embargo, los valores para las escalas de TOC, TAS y Distimia estuvieron por debajo de .70 (entre .35 y .55) (véase la Tabla 2).

Tal como puede observarse en la Tabla 3 las mujeres mostraron puntuaciones más altas en todas las escalas, siendo las diferencias estadísticamente significativas en todas menos en Fobia Social, TOC y TEPT. Los tamaños del efecto fueron entre -0.04 y -0.07.

Tabla 3. Media, desviación típica y rango de las subescalas del DETECTA-WEB en función del sexo y la edad.

Sexo	Hombres (n=91)		Mujeres (n=76)			
	M	DT	M	DT	p	d de Cohen
DETECTA-WEB Total	48.35	10.69	55.00	8.93	.000	-0.6
DM	4.69	1.511	5.90	1.76	.000	-0.7
D	4.71	1.37	5.36	1.80	.011	-0.41
S	3.23	1.05	3.56	0.95	.035	-0.33
TAS	5.69	1.42	6.85	1.98	.000	-0.68
FS	5.40	2.03	5.71	1.81	.031	-0.16
FE	4.31	1.94	5.05	2.20	.025	-0.35
TP/AG	3.94	1.09	4.71	1.93	.002	-0.60
TAG	7.95	2.09	9.02	1.97	.001	-0.52
TOC	4.17	1.22	4.51	1.38	.096	-0.26
TEPT	4.2198	1.569116	4.2895	1.79492	.789	-0.04

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; $p < .001$

Validez concurrente: asociación del DETECTA-WEB con el RCADS

Los resultados indicaron que la correlación entre la puntuación total del DETECTA-WEB y del RCADS-30 fue muy alta (.81), así como con el resto de escalas del RCADS-30 ($r = .47-.71$). Por su parte, las asociaciones entre cada una de las escalas del DETECTA-WEB y sus equivalentes en el RCADS-30 fueron significativas y las de mayor magnitud, en todos los casos con un tamaño del efecto grande. Las únicas escalas que no poseían homólogas en el RCADS-30, Suicidio, Fobias Específicas y Trastorno de Estrés Postraumático también mostraron las asociaciones significativas con escalas del RCADS relacionadas: Suicidio correlacionó con un tamaño del efecto grande y mediano con Pánico y Trastorno Depresivo Mayor, respectivamente; Fobias Específicas se asoció en mayor medida (magnitud mediana) con la puntuación total del RCADS-30 y con ansiedad de separación y; Estrés Postraumático lo hizo con Pánico cercano a la magnitud grande. Estas y el resto de asociaciones puede verse en la Tabla 4.

Tabla 4. Análisis de correlación del DETECTA-WEB con el RCADS-30.

		Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS-30)						
		Depresión Mayor	Ansiedad Separación	Fobia Social	Pánico	Ansiedad Generalizada	Obsesivo-compulsivo	Total
Cuestionario DETECTA-WEB	Depresión Mayor	.69**	.29**	.43**	.46**	.39**	.39**	.61**
	Distimia	.64**	.15	.38**	.44**	.25**	.46**	.53**
	Suicidio	.42**	.08	.25**	.56**	.12	.38**	.40**
	Ansiedad por Separación	.30**	.62**	.28**	.32**	.54**	.30**	.53**
	Fobia Social	.50**	.31**	.69**	.28**	.40**	.40**	.61**
	Fobias Específicas	.21**	.34**	.29**	.15	.32**	.21**	.35**
	Pánico/Agorafobia	.45**	.41**	.37**	.55**	.35**	.45**	.57**
	Ansiedad Generalizada	.38**	.32**	.32**	.26**	.56**	.28**	.51**
	Obsesivo-compulsivo	.40**	.27**	.30**	.48**	.25**	.59**	.50**
	Estrés Post-traumático	.37**	-.05	.17*	.46**	.14	.27**	.31**
Total	.71**	.47**	.58**	.61**	.57**	.59**	.81**	

Nota. ** $p < .01$

Como puede observarse en la Tabla 5, las tasas de adolescentes con síntomas de ansiedad/depresión por encima del centil 80 y 90 se encontraron entre el 10-20% tanto mediante el DETECTA-WEB como mediante el RCADS.

Tabla 5. Tasa de detección de sintomatología de ansiedad/depresión mediante el DETECTA-WEB y el RCADS-30.

	CRITERIOS DE SELECCIÓN		
	> Centil 80	> Centil 90	> 1DT (Estudio Sandín et al., 2009)
RCADS-30	20.4%	10.2%	8.4%
DETECTA-WEB	21%	10.2%	

Discusión

El objetivo general de este estudio fue examinar de forma preliminar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Detección vía Web (DETECTA-WEB) para los trastornos mentales emocionales.

Respecto a la fiabilidad, validez y viabilidad de la aplicación online, se plantearon varias hipótesis relativas a la estructura factorial, consistencia interna, diferencias de género y validez convergente-divergente.

Nuestros resultados confirman la primera hipótesis relativa a la multidimensionalidad de la estructura factorial del DETECTA-WEB. Además son coincidentes con la estructura multidimensional de escalas equivalentes como el *Revised Child Anxiety and Depression Scale* para niños y adolescentes (Chorpita, Yim Moffit, Umemoto y Francis 2000; Sandín et al., 2009; Sandín et al., 2010).

En cuanto a la segunda hipótesis, relativa a las estimaciones de fiabilidad de la escala, nuestros resultados confirman la adecuada consistencia interna de la prueba, .87, por encima del valor recomendado de .70 por (Nunnally y Bernstein, 1995). Este valor coincide con los valores entre .89-.92 del *Revised Child Anxiety and Depression Scale* (Chorpita, Yim Moffit, Umemoto y Francis 2000; Sandín et al., 2009; Sandín et al., 2010). De igual modo, son coherentes con los hallazgos en otros cuestionarios que evalúan ansiedad y depresión en adolescentes, siendo .88 para la *Escala de Ansiedad para Niños de Spence*, (SCAS; Spence 1997).

Respecto a los valores de consistencia interna de las subescalas del DETECTA-WEB, éstas tienen valores entre .55 y .84 (excepto Trastorno Obsesivo-compulsivo, que tiene un valor .35), mientras que los valores de consistencia interna para el RCADS-45 oscilan entre .68 y .81 y entre .68 y .71 para el RCADS-30.

La tercera hipótesis relacionada con la esperadas diferencias entre hombres y mujeres, indicó que efectivamente existieron tales diferencias de magnitud mediana a favor de las mujeres, excepto en suicidio, fobia social TOC y estrés post-traumático. Estos datos coinciden con los datos obtenidos en el RCADS. También son consistentes con la mayoría de estudios que coinciden en señalar que los trastornos internalizados (ansiedad y depresión) son más frecuentes entre el sexo femenino (Ezpeleta et al., 2007).

La cuarta hipótesis relacionada con las evidencias de validez concurrente, el DETECTA-WEB correlacionó de forma positiva y con una magnitud grande con la otra medida del RCADS-30, así como con las escalas del DETECTA-WEB y sus equivalentes. Las escalas que no poseían homólogas en el RCADS-30 (Suicidio, Fobias Específicas, y Trastorno de Estrés Posttraumático, mostraron asociaciones, suicidio correlacionó con Pánico y Trastorno Depresivo Mayor; Fobias Específicas con Ansiedad por Separación y Estrés Posttraumático con Pánico.

Por último, se estimaron las tasas de adolescentes con síntomas de ansiedad/depresión por encima del centil 80 y centil 90. Independientemente de la prueba empleada, DETECTA-WEB o RCADS, las tasas fueron de aproximadamente un 10 y 20%, respectivamente. Nuestros datos son consistentes con los hallazgos de Sandín et al. (2009), que informaron de un 8.4% de niños y adolescentes que presentaban una puntuación

en el RCADS por encima de una desviación típica y con el estudio de Costello et al. (2005), que encontraron una prevalencia del 20% en depresión y ansiedad en adolescentes.

El DETECTA-WEB se muestra como un instrumento válido y útil en población adolescente, con garantías científicas equivalentes a las halladas en estudios con otras pruebas para detectar ansiedad y depresión en adultos (vgr., van Ballegooijen et al., 2012; Hemelrijk, Ballegooijen, Donker, Straten y Herkhof, 2012; Watters, Gotlib, Harris, Boyce y Williams, 2013). Además muestra como punto fuerte su brevedad y su utilidad transcultural para evaluar los trastornos de ansiedad y de depresión, así como el que sea aplicado a través de internet. A pesar de algunas limitaciones metodológicas de este estudio como pequeña muestra, pequeña representatividad, los primeros datos obtenidos parecen indicar que este instrumento presenta propiedades psicométricas adecuadas para su uso en muestras de adolescentes. Estas limitaciones podrían ser subsanadas si en el futuro se trata de aumentar el tamaño de muestra, ampliar las edades, aplicar a población clínica, aplicar a más centros de la provincia, con ello conseguir una mayor representatividad.

Artículo recibido: 29/06/2013

Aceptado: 4/10/2013

Referencias

- Aláez, M., Martínez-Arias, R., y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12, 525-532
- Andersson, G., Carlbring, P., Kald, V. y Strom, L. (2004). Screening of psychiatric disorders via the Internet. A pilot study with tinnitus patients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 287-291.
- Baños, R. M., Quero, S., y Botella, C. (2008). Detection and distraction effects for threatening information in social phobia and change after treatment. *Depression and Anxiety*, 25, 55-63.
- Botella, C., Etchemendy, E., Castilla, D., Banos, R. M., Garcia-Palacios, A., Quero, S., Alcañiz, M. y Lozano, J.A. (2009). An e-health system for the elderly (Butler Project): a pilot study on acceptance and satisfaction. *CyberPsychology & Behavior*, 12, 255-262.
- Buchanan, T. y Smith, J. L. (1999). Using the Internet for psychological research: personality testing on the World Wide Web. *British Journal of Psychology*, 90, 125-144.
- Carretero-Dios, H. y Pérez, C. (2007). Standards for the development and review of instrumental studies: Considerations about test selection in psychological research. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 863-882.
- Cawthorpe, D. (2001). An evaluation of a computer-based psychiatric assessment: evidence for expanded use. *Cyberpsychology & Behavior*, 4, 503-510.
- 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.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Costello, E. J., Egger, H. L. y Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 631-648.
- Cuijpers, P., Smits, N., Donker, T., Ten Have, M. y de Graaf, R. (2009). Screening for mood and anxiety disorders with the five-item, the three-item, and the two-item Mental Health Inventory. *Psychiatry Research*, 168, 250-255.
- Currie, C. E., Elton, R. A., Todd, J. y Platt, S. (1997). Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey. *Health Education Research*, 12, 385-397.
- de la Osa, N., Ezpeleta, L., Granero, R. y Domenech, J. M. (2009). Brief mental health screening questionnaire for children and adolescents in primary care settings. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 21, 91-100.
- del Barrio, V., Carrasco, M. A., Rodríguez, M. A. y Gordillo, R. (2009). Prevención de la agresión en la infancia y adolescencia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9, 101-107.
- Donker, T., van Straten, A., Marks, I. y Cuijpers, P. (2009). A brief Web-based screening questionnaire for common mental disorders: development and validation. *Journal of Medical Internet Research*, 11, e19.
- Donker, T., van Straten, A. V., Riper, H., Marks, I., Andersson, G., y Cuijpers, P. (2009). Implementation of Internet-based preventive interventions for depression and anxiety: role of support? The design of a randomized controlled trial. *Trials*, 10, 59.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (2009). *Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide
- Eiroá, F.J., Fernández, I., y Pérez, P. (2008). Cuestionarios psicológicos e investigación en Internet: Una revisión de la literatura. *Anales de Psicología*, 24, 150-157.
- Eisen, A. R. (2008). *Treating childhood behavioral and emotional problems: a step-by-step evidence-based approach*. New York: Guilford.
- Essau, C. A. (2005). Frequency and patterns of mental health services utilization among adolescents with anxiety and depressive disorders. *Depression and Anxiety*, 22, 130-137.
- Ezpeleta, L., Guillamon, N., Granero, R., de la Osa, N., Domenech, J. M., y Moya, I. (2007). Prevalence of mental disorders in children and adolescents from a Spanish slum. *Social Science & Medicine*, 64, 842-849.
- Fox, J. K., Halpern, L. F., y Forsyth, J. P. (2008). Mental Health Checkups for Children and Adolescents: A Means to Identify, Prevent, and Minimize Suffering Associated With Anxiety and Mood Disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, 182-211.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R. et al. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Ha, J.H., Yoo, H.J., Cho, I.H., Chin, B., Shin, D., y Kim, J.H. (2006). Psychiatric comorbidity assessed in Korean children and adolescents who screen positive for Internet addiction. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 821-826.
- Hemelrijk, E., van Ballegooijen, W., Donker, T., van Straten, A., y Kerkhof, A. (2012). Internet-Based Screening for Suicidal Ideation in Common Mental disorders. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 33, 215-221.
- Horowitz, M., Wilner, N., y Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218

- Houck, P. R., Spiegel, D. A., Shear, M. K., y Rucci, P. (2002). Reliability of the self-report version of the panic disorder severity scale. *Depression and Anxiety*, 15, 183-185.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., y Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kovacs, M. (1980). Rating scales to assess depression in preschool children. *Acta Paedopsychiatry*, 46, 305-315.
- Lipsey, M. y Wilson, D. (2001). *Practical Meta-analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Marks, I. M. y Mathews, A. M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behavior Research and Therapy*, 17, 263-267.
- March, J. S., Parker, J., Sullivan, K., Stallings, R., y Conners, C. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor structure, reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 554-565.
- Méndez, X., Orgilés, M. y Espada, J. P. (2008). *Ansiedad de separación: Psicopatología, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Merikangas, K. R. (2005). Vulnerability Factors for Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 649-679.
- Muñiz, J. y Bartram, D. (2007). Improving international tests and testing. *European Psychologist*, 12, 206-219.
- Neil, A. L. y Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29, 208-215.
- Nunnally, J. C. y Bernstein, I. J. (1995). *Teoría psicométrica*. Madrid: McGraw-Hill.
- Orgilés, M., Méndez, X., Spence, S. H., Huedo-Medina, T. B., y Espada, J. P. (2012). Spanish validation of the Spence Children's Anxiety Scale. *Child Psychiatry and Human Development*, 43, 271-281.
- Petrie, K. y Abell, W. (1994). Responses of parasuicides to a computerized interview. *Computers in Human Behavior*, 10, 415-418.
- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., y Ma, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 56-64.
- Piqueras, J. A., García-Olcina, M., y Martínez-González, A. E. (2011). *Cuestionario de Detección vía Web para los Trastornos Mentales Emocionales (DETECTA-WEB)*. Manuscrito sin publicar, Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández, Elche, España.
- Prieto, G. y Muñiz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 77, 65-71.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- 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.
- Sandin, B., Chorot, P., Valiente, R., y Chorpita, B. (2010). Development of a 30-item version of the revised child anxiety and depression scale. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 165-178.
- Sandín, B., Valiente, R. M. y Chorot, P. (2009). RCADS: Evaluación de los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 193-206.
- Shear, M. K., Rucci, P., Williams, J., Frank, E., Grochocinski, V., Vander Bilt, J., et al. (2001). Reliability and validity of the Panic Disorder Severity Scale: replication and extension. *Journal of Psychiatric Research*, 35, 293-296.
- Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 280-297.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W. y Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092-1097.
- Vallance, A., y Garralda, E. (2008). Anxiety disorders in children and adolescents. *Psychiatry*, 7, 325-330.
- Vallejo, M. A., Jordan, C. M., Diaz, M. I., Comeche, M. I., y Ortega, J. (2007). Psychological assessment via the internet: a reliability and validity study of online (vs paper-and-pencil) versions of the General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) and the Symptoms Check-List-90-Revised (SCL-90-R). *Journal of Medical Internet Research*, 9, e2.
- Vallejo, M. A., Jordan, C. M., Diaz, M. I., Comeche, M. I., Ortega, J., Amor, P. J., y Zubeidat, I. (2008). Perfil sociodemográfico de los usuarios de un servicio de asistencia psicológica online. *Psicothema*, 20, 610-615.
- van Ballegooijen, W., Riper, H., Donker, T., Martin Abello, K., Marks, I., et al. (2012). Single-Item Screening for Agoraphobic Symptoms: Validation of a Web-Based Audiovisual Screening Instrument. *PLoS ONE* 7(7): e38480. doi:10.1371/journal.pone.0038480
- Watters, A. J., Gotlib, I. H., Harris, A. W. F., Boyce, P. M., y Williams, L. M. (2013). Using multiple methods to characterize the phenotype of individuals with a family history of major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 150, 474-480.
- Worthington, R.W. y Whittaker, T.A. (2006). Using exploratory and confirmatory factor analysis in scale development research: A content analysis and recommendations for best practices. *The Counseling Psychologist*, 34, 806-838.