

**UNIVERSIDAD DE GRANADA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO**  
**PSICOLÓGICO**

**ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN CASTELLANA DEL CUESTIONARIO DE**  
**DEPRESIÓN ESTADO/RASGO (ST/DEP)**

**TESIS DOCTORAL REALIZADA POR: DIANA MARÍA AGUDELO VÉLEZ**

**Vº.Bº. Dr. Gualberto Buena Casal**  
**Director de la tesis**

**Vº.Bº. Dr. Charles D. Spielberger**  
**Director de la tesis**

**En Granada a 30 de mayo de 2005**



*A los tristes por decisión o por circunstancias, que he encontrado en este camino, por abrirme el espacio a tantas preguntas.*



*Que un día a la salida de esta visión feroz, eleve yo  
mi canto de júbilo y gloria hasta los ángeles, que asentirán.*

*Que de los claros martillazos del corazón, ninguno  
golpee mal en cuerdas flojas, dudosas o que se rompan.*

*Que mi rostro fluido me haga más resplandeciente:*

*Que el llanto imperceptible florezca. ¡Oh, entonces  
cómo me serán queridas ustedes, noches de aflicción!*

*Cómo no me arrodillé más ante ustedes, hermanas  
inconsolables, para recibirlas; cómo no me abandoné  
a mí mismo, más suelto todavía, en su suelto cabello.*

*Nosotros derrochadores de dolores. Cómo por anticipado  
los divisamos en la triste duración: por si tal vez tienen final.*

*Pero ellas son, desde luego, nuestro follaje de invierno,*

*nuestro oscuro verde perenne,*

*-uno de los tiempos del año secreto, no sólo tiempo-;*

*son lugar, asentamiento, lecho, suelo, domicilio.*

*(Tomado de Rilke, Elegías del Duino).*



## **AGRADECIMIENTOS**

A Gualberto Buela-Casal por haberme enseñado tantas cosas, en especial por haberme  
mostrado su manera de ver el mundo.

A Charles D. Spielberger por acompañarme en un proyecto donde el idioma no fue un  
impedimento para guiar día a día, la reflexión de este trabajo.

A Hugo Carretero-Dios, por su disposición a recorrer conmigo este camino enseñándome  
a querer y a entender la psicometría a pesar de mi torpeza.

A José María Salinas por haberse dispuesto a resolver mis dudas.

A Juani Bretón López por dedicar sus horas de sueño a la lectura y corrección de este texto.

A Olga Gutiérrez por su invaluable ayuda, pero sobre todo por su oportuna compañía.

A todos los psicólogos y psiquiatras que abrieron las puertas de sus consultas y  
dedicaron el tiempo para ayudarme a obtener los datos de sus pacientes, muy  
especialmente a:

Francisco Santolaya, Almudena Llantada, Alfonso Blanco Picabia, Carmen Pitti, Monserrat

Prieto Fernández, César Negro, Centro Ellis, Centro CEPEM,

Olga Taddey y Lilisbeth Perestelo

Y a todos los participantes en esta investigación: tanto a aquellos que sin sufrir una  
depresión se dispusieron a responder los cuestionarios, como a aquellos otros, que desde  
las consultas, intentan encontrar la manera de sufrir menos por causa de esta enigmática  
enfermedad.





## RECONOCIMIENTOS

A la Universidad Pontificia Bolivariana por haber apostado por este sueño.  
A mis papás y a mis hermanos, que al otro lado del mar, han sabido esperar y han visto sucederse días y noches de ausencia y no han dejado de mostrarme su amor.

A Juani por ser mi hermana, por haberme permitido formar parte de su familia y por haberme enseñado a ser mejor persona.

A mi familia de Añora, por haberme dado un hogar.  
A Antonio, Isabel y Manuel por ser siempre mi familia, por los ratos de risa, por su bondad y su transparencia y porque serán siempre mis “añorables”.

A Inma por la compañía y la confianza aprendidas.

A Berta por haber ocupado su tiempo en los datos de una desconocida.  
A Alvaro por haber entendido mis frecuentes ausencias y haber continuado ahí a pesar de todo.

A Hugo y a Macarena por compartir conmigo la pasión por la Universidad, pero sobre todo, la pasión por la vida.

A Carlos Carmona: amigo existencial.

A todos los amigos que cruzaron su camino con el mío y me ayudaron a sentir este espacio como mi hogar.

Y a todos aquellos seres de luz, que se fueron sin que pudiera despedirme como pago a tantas deudas de amor: mis abuelos, mi tía Malita y mis maestros Mauricio y Mariaté.

Gracias a todos por enseñarme a creer que merecía la pena.



## INDICE

1. INTRODUCCIÓN	Pág. 19
-----------------	------------

<b>MARCO CONCEPTUAL</b>
-------------------------

2. EL PROBLEMA DE LA DEPRESIÓN	31
2.1. La globalización y los trastornos mentales	33
2.2. La depresión y la salud pública	38
2.3. Epidemiología de los trastornos del estado de ánimo	40
2.3.1. Diferencias de género y depresión	45
2.3.1.1. Diferencias atribuidas a la búsqueda de ayuda y al sesgo diagnóstico	46
2.3.1.2. Diferenciación clínica	48
2.3.1.3. Diferencias atribuidas a experiencias tempranas negativas	49
2.3.1.4. Historia previa de trastornos mentales personales o familiares	49
2.3.1.5. El papel de los roles sociales	50
2.3.1.6. Vulnerabilidad cognitiva	50
2.3.1.7. Diferencias atribuidas al funcionamiento hormonal	51
2.4. Costes sociales y económicos asociados a la depresión	52
3. CONCEPTUACIÓN DE LA DEPRESIÓN	57
3.1. El problema de la definición	59
3.1.1. La depresión como síntoma	60
3.1.2. La depresión como enfermedad	60
3.1.2.1. Los síntomas de la depresión	61
3.1.3. La depresión como tipo de carácter	64
3.2. Otras perspectivas en el empleo del concepto de depresión	65
3.3. Melancolía y depresión: origen etimológico	69
3.4. El concepto de depresión a través de la historia	70
3.5. La depresión en las clasificaciones diagnósticas	76

3.5.1.	Reseña contemporánea de las clasificaciones diagnósticas	76
3.5.2.	La depresión a través del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM).	78
3.5.3.	La depresión a través de la clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)	83
3.5.4.	Confluencias y discrepancias en el diagnóstico de la depresión y la distimia según las clasificaciones diagnósticas del DSM-IV-TR y la CIE-10	85
4.	LA DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON OTROS CONSTRUCTOS	87
4.1.	El problema de la cronicidad: depresión, distimia y doble depresión	89
4.2.	La personalidad y la depresión: el problema del trastorno depresivo de la personalidad	93
4.3.	La depresión y la distimia: ¿entidades categoriales o un constructo dimensional?	101
4.4.	La ira y su relación con la depresión	104
4.5.	Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas	110
4.6.	Relaciones esperadas entre ansiedad, ira y depresión	116
5.	MODELOS EXPLICATIVOS DE LA DEPRESIÓN	119
5.1.	Modelos explicativos en la distinción entre la ansiedad y la depresión	121
5.1.1.	Modelos referidos al Afecto Positivo y al Afecto Negativo (PANAS)	121
5.1.2.	Modelo tripartito	124
5.2.	Modelos explicativos de la depresión	130
5.2.1.	Modelo Cognitivo	130
5.2.2.	Modelo conductual	132
5.2.3.	La covariación de síntomas en la depresión	135
6.	LA EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN	137
6.1.	Los síntomas de la depresión de acuerdo con los instrumentos de evaluación.	139
6.2.	Presentación de una escala para evaluar el componente afectivo de la depresión.	151

6.2.1. Justificación para un nuevo instrumento de evaluación	151
6.2.2. El Cuestionario de Depresión Estado/Rasgo (ST/DEP) como alternativa a algunos de los problemas de evaluación de la depresión: construcción del instrumento	152
6.2.3. Primeros estudios de validación del ST/DEP con muestras españolas	155

<b>APORTES EMPÍRICOS</b>
--------------------------

7. APORTES EMPÍRICOS	163
7.1. Introducción	163
7.2. Objetivos	164
7.3. ESTUDIO 1: PROPUESTA DE ESCALA A PARTIR DE LOS DATOS OBTENIDOS CON UNA MUESTRA DE POBLACIÓN GENERAL	165
7.3.1. Introducción	165
7.3.2. Método	172
7.3.2.1. Tipo de estudio	172
7.3.2.2. Participantes	173
7.3.2.3. Instrumentos	173
7.3.2.4. Procedimiento	178
7.3.2.5. Resultados	179
A. Análisis de ítems	179
B. Análisis de la estructura interna y fiabilidad del ST/DEP	190
C. Análisis de validez convergente y discriminante del ST/DEP	195
7.3.2.6. Discusión	198
A. Análisis de ítems	198
B. Análisis de la estructura interna y fiabilidad del ST/DEP	202
C. Análisis de validez convergente y discriminante del ST/DEP	203
7.4. ESTUDIOS 2 Y 3: VALIDACIÓN CRUZADA DEL ST/DEP: PROPIEDADES PSICÓMETRICAS CON UNA MUESTRA DE UNIVERSITARIOS Y UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES	207
7.4.1. Introducción	207

7.4.2. Estudio 2: Validación cruzada del ST/DEP con una muestra de estudiantes universitarios	208
7.4.2.1. Método	208
7.4.2.1.1. Tipo de estudio	208
7.4.2.1.2. Participantes	208
7.4.2.1.3. Instrumentos	209
7.4.2.1.4. Procedimiento	210
7.4.2.1.5. Resultados	210
7.4.3. Estudio 3: validación cruzada del ST/DEP con una muestra de adolescentes	217
7.4.3.1. Método	217
7.4.3.1.1. Tipo de estudio	217
7.4.3.1.2. Participantes	217
7.4.3.1.3. Instrumentos	217
7.4.3.1.4. Procedimiento	218
7.4.3.1.5. Resultados	218
7.4.4. Discusión	223
7.5. ESTUDIO 4: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL ST/DEP CON UNA MUESTRA CLÍNICA Y COMPARACIÓN CON UNA MUESTRA DE POBLACIÓN GENERAL	226
7.5.1. Introducción	226
7.5.2. Método	228
7.5.2.1. Tipo de estudio	228
7.5.2.2. Participantes	228
7.5.2.3. Instrumentos	229
7.5.2.4. Procedimiento	229
7.5.2.5. Resultados	230
7.5.2.5.1. Propiedades psicométricas del ST/DEP con una muestra clínica	231
7.5.2.5.2. Comparación entre la muestra clínica y la muestra de población general	238
7.5.2.6. Discusión	244

<b>CONSIDERACIONES FINALES</b>
--------------------------------

8.1 DISCUSIÓN GENERAL	255
8.2. CONCLUSIONES GENERALES	267
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	271
10. ANEXOS	301





# INTRODUCCIÓN



## **1. INTRODUCCIÓN**

La investigación actual en relación con la salud indica que pese a que en muchos países la esperanza de vida ha aumentado considerablemente en el siglo XX, sigue asimismo, evidenciándose una disminución de la misma debido a diversas enfermedades (Michaud, Murray y Bloom, 2001). No obstante, junto con la preocupación por las enfermedades médicas también las enfermedades mentales ocupan un renglón importante dentro de los estudios de morbilidad y mortalidad. En este sentido, es de indicar que pese a los esfuerzos por disminuir el efecto de enfermedades que se pueden prevenir y curar como para las no curables, siguen existiendo amenazas potenciales no sólo para la vida, sino para la calidad de la misma cuyos efectos suponen costes de diversa índole, tal es el caso de los trastornos del estado de ánimo, especialmente la depresión.

De acuerdo con lo anterior, se hace necesario ubicar el contexto en que la depresión alcanza su mayor auge dentro de las preocupaciones acerca de la salud pública, identificando cómo los cambios sociales, culturales, tecnológicos e ideológicos contemporáneos, han contribuido a modificar las formas de relación entre los seres humanos incluida la manera en que se percibe la salud y la enfermedad. De esta manera, se han producido cambios en el desarrollo del conocimiento científico acerca de las enfermedades, su epidemiología y su tratamiento, que gracias a una mayor y más eficaz divulgación, permiten que el nivel de conocimiento sea más amplio y tenga mayor cobertura, aún cuando siga persistiendo como un grave problema de salud (Bhugra y Mastrogianni, 2004).

Los datos indican que los trastornos del estado de ánimo ocupan un renglón relevante dentro de la salud pública alcanzando cifras de prevalencia bastante elevadas. Así, se calcula que esta condición clínica afecta a unos 340 millones de personas en el mundo (Greden, 2003). Por su parte en Europa, se indica que la prevalencia de los trastornos depresivos es del 8,56%. Al considerar los datos por sexo se encuentra que la prevalencia en mujeres es de 10,05% y de 6,61% en los varones (Dowrick et al. , 1998; Ayuso-Mateos, et al. (2001), lo cual lleva a que este trastorno se constituya en uno de los principales problemas de salud, estimándose que para el año 2020 sea la tercera causa de morbilidad después de las enfermedades cardiovasculares y los accidentes de tráfico, y la primera causa de discapacidad (Michaud et al., 2001). A lo anterior se une la preocupación por las tasas diferenciales entre varones y mujeres, según las cuales, no sólo la prevalencia es mayor en estas últimas, sino que también la cronicidad es superior, así como peor el pronóstico y la

alteración en el nivel de funcionamiento; de ahí la importancia de conocer los factores que establecen estas diferencias, con el objetivo de desarrollar estrategias diagnósticas y de tratamiento en función de las necesidades y características de los varones y de las mujeres (Usall i Rodié, 2001).

Los problemas ocasionados por la depresión no sólo se refieren a las consecuencias negativas para la salud de las personas que la sufren, sino a los altos costes emocionales y sociales para el entorno de los pacientes. Además, supone en el ámbito económico, un problema de grandes proporciones en cuanto a los costes acarreados por las bajas laborales, el bajo rendimiento, los problemas de salud asociados y el uso de los servicios sanitarios y farmacéuticos (Chisholm et al., 2003). En este sentido, la alta comorbilidad presente en la depresión que hace más complicado el diagnóstico y el tratamiento se constituye en un problema adicional. Así, no sólo se da comorbilidad con enfermedades médicas sino también con otros trastornos psicológicos, tales como los trastornos de ansiedad. Este hecho aumenta el problema del establecimiento de un diagnóstico diferencial y puede ser una de las causas del subregistro y por lo tanto, del subtratamiento que reciben muchos pacientes afectados por esta condición clínica.

De acuerdo con Lutz, Sthal, Howard, Grissom y Joske (2002), la búsqueda de atención por parte de los pacientes afectados por un trastorno del estado de ánimo, suele realizarse a través de una unidad de atención primaria mediante el médico general quien no siempre dispone de las herramientas adecuadas para evaluar y por lo tanto, diagnosticar un problema de estas características. De ahí que se estime que el médico falle en la detección de casos de depresión entre una tercera parte y la mitad de los casos, tal como señalan McAlpine y Wilson (2004) ya que los pacientes suelen consultar por los síntomas fisiológicos (alteraciones del sueño, de la alimentación, fatiga, enlentecimiento, entre otros), lo cual hace que con frecuencia, estos síntomas sean atribuidos a una enfermedad física y no a una depresión. Llegados a este punto cabe preguntarse ¿por qué es tan difícil diferenciar la depresión de otros trastornos?. La respuesta a este interrogante supone analizar asuntos diversos partiendo desde la historia del concepto de depresión hasta las consideraciones diagnósticas actuales apoyadas en diferentes teorías y hallazgos clínicos.

El problema de la definición de la depresión parte de la consideración histórica del concepto, de acuerdo con la cual, los marcos culturales y sociales a lo largo de la historia, han determinado usos diferentes para referirse a la depresión. Así, es de indicar que aunque la tristeza ha sido concebida como una emoción humana, universal y adaptativa, las formas disfuncionales de la misma, han recibido diferentes nombres de acuerdo con los intereses

de los investigadores, los usos culturales y los diferentes asuntos a los cuales se refiera el empleo del concepto, esto es como síntoma, como síndrome o incluso como temperamento.

Jackson (1989), hace una exhaustiva revisión del concepto de depresión a lo largo de la historia, partiendo de la consideración clásica de la melancolía como inicialmente fuera planteada por Hipócrates en su teoría humoral. Desde entonces se han utilizado como equivalentes conceptos como el de melancolía, depresión y tristeza, en parte, producto de las traducciones y adaptaciones resultantes de palabras griegas y latinas a distintos idiomas contemporáneos. Estos problemas con el uso de las palabras han ido dificultando el establecimiento de un concepto unívoco para referirse a la depresión como trastorno mental según se considera en la psicopatología actual representada en los sistemas de clasificación vigentes (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), American Psychiatric Association, 2002; CIE-10, Organización Mundial de la Salud, 1994a).

A través de las distintas consideraciones sobre la depresión, además, se ha dejado entrever el problema de los síntomas característicos, ya que a pesar de existir cierta confluencia en algunos de ellos, también aparecen algunos otros en función del modelo teórico que respalde la descripción. En este sentido, no puede olvidarse que, además, se trata de un cuadro clínico complejo con presentación diferencial entre pacientes y entre episodios en una misma persona (Peñate, 2001). Adicionalmente, en las descripciones clínicas de la depresión se encuentran síntomas compartidos con otras entidades clínicas (Agudelo, Carretero-Dios et al. (en prensa); Buela-Casal, Sierra y Cano, 2001) e incluso síntomas que en sí mismos pueden constituir un problema clínico (Peñate, 2001; Spielberger, Carretero-Dios, De los Santos-Roig y Buela-Casal, 2002a, 2002b).

Desde los mismos manuales diagnósticos se observa la presencia de síntomas compartidos con distintos trastornos, lo cual deja ver el problema para establecer los síntomas característicos de la depresión. Como ya se indicó anteriormente, la ansiedad es uno de los cuadros que mayor comorbilidad presenta con los trastornos del estado de ánimo y así se evidencia en las descripciones diagnósticas de ambos tipos de trastornos. Los datos indican que la ansiedad y la depresión se presentan aproximadamente entre un 40% y un 75% de los casos (Shankman y Klein, 2003), dificultando el establecimiento del diagnóstico diferencial además de la identificación de cual trastorno antecede o incluso puede predisponer al otro, o si simplemente se trata de co-ocurrencia sin factor causal que medie entre ellos.

Distintos modelos han intentado, no obstante, una aproximación a la explicación de la comorbilidad entre trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad, estimando que quizás se trate de dos tipos de entidades que compartan elementos de bastante peso al nivel de los síntomas. Así, Clark y Watson (1988) encontraron en distintas muestras, que los autoinformes de ansiedad y depresión correlacionan de manera significativa y con pesos altos (entre 0,40 y 0,70), dando lugar al planteamiento de un factor común como ya lo anunciara Tellegen (1985) y Watson y Tellegen (1985), cuando indicaban que los autoinformes para evaluar trastornos del estado de ánimo daban cuenta de dos factores: el Afecto Positivo y el Afecto Negativo (PANAS), este último también presente en la ansiedad. Los desarrollos posteriores llevaron a Clark y Watson (1991) a plantear el modelo teórico tripartito para intentar describir y diferenciar la ansiedad de la depresión, indicando que tal como se enunciaba desde el modelo de Afectividad Positiva y Afectividad Negativa, la depresión se caracteriza fundamentalmente, por la presencia de alta afectividad negativa y baja afectividad positiva, mientras que en la ansiedad se observa alta afectividad negativa y un componente de activación fisiológica. Desde esta perspectiva, el Afecto Negativo correspondería al factor común entre ambos cuadros y explicaría la confluencia de síntomas y por lo tanto el solapamiento entre ambos cuadros.

Los modelos PANAS y tripartito no sólo se han utilizado para describir la sintomatología de la depresión y la ansiedad sino que, además, han tenido repercusiones frente a las relaciones de estos trastornos con dimensiones de la personalidad, indicando cierta forma de predisposición a desarrollar trastornos del ánimo y/o de ansiedad. Así, se han establecido relaciones entre el Afecto Negativo y el Neuroticismo y entre el Afecto Positivo y la Extraversión (aunque con menos acuerdo en este último caso), que podrían dar cuenta de un matiz distinto entre los trastornos desde una perspectiva dimensional (Shankman y Klein, 2003). El enfoque dimensional se apoya también en las diferencias encontradas en los cuadros en función de la cronicidad, llegando a plantear, para el caso de la depresión, cómo la presencia de rasgos más estables dentro del repertorio de las personas pueden dar lugar a la existencia de una personalidad depresiva, incluso de un trastorno depresivo de la personalidad que explicaría, las formas no sólo recurrentes de sintomatología (aunque no cumpla criterios suficientes para hablar de trastorno depresivo mayor), sino la resistencia a los tratamientos psicológicos e incluso farmacológicos. Los datos aportados por Akiskal (1983); Huprich (1998) y McDermut, Zimmerman y Chelminski (2003), dan soporte a la existencia de la personalidad depresiva como el sustrato temperamental de los trastornos del estado de ánimo. No obstante, la clasificación

psicopatológica actual sigue utilizando un enfoque categorial y no dimensional, con lo cual no es posible hablar de esta distinción, al menos dentro del marco vigente de la nosología psiquiátrica.

Por otra parte, así como se ha estimado la relación entre ansiedad y depresión, no sólo en el plano teórico y descriptivo, sino en el nivel clínico y epidemiológico, otro constructo que se ha venido estudiando en cuanto a su presencia en los casos de depresión e incluso, como factor de riesgo para el desarrollo crónico del trastorno, es la ira. No obstante, desde los manuales diagnósticos, este síntoma no aparece descrito como tal para la depresión, excepto en el caso de niños y adolescentes, bajo la forma de irritabilidad. Este dato sorprende, sobre todo, cuando en la práctica clínica se evidencia la alta co-ocurrencia de expresiones de ira en pacientes con trastornos del ánimo (entre 30 y 40%), sin embargo, el apoyo empírico a este asunto sí ha sido mucho menor (Benazzi, 2003a; Biondi, Picardi, Pasquini, Gaetano y Pancheri, 2005; Fava, Kellner, Lisansky, Perini y Zielezny, 1986; Field et al., 2003; Pasquini, Picardi, Biondi, Gaetano y Morosini, 2004; Robin, Cautin, Overholser y Goetz, 2001; Sayar et al., 2000).

Por su parte, Pancheri, Picardi, Pasquini, Gaetano y Biondi (2002), indican que aunque los criterios diagnósticos no incluyen la ira como síntoma en la depresión, sí es cierto que cuando a estos pacientes se les evalúa mediante instrumentos que miden esta emoción, suelen puntuar bastante alto, sin que se evidencie diferencias entre varones y mujeres en cuanto a la experiencia de ira, aunque sí, en cuanto a su manifestación. Así, se estima que mientras las mujeres tienden a internalizar la ira, los varones son más propensos a expresarla, lo cual puede tener mucho que ver con los patrones culturales, que han establecido un mayor control social sobre las primeras con respecto a las emociones de este tipo, aunque en general, se les considere emocionalmente más expresivas que los varones (Newman, Gray Fuqua, 1999). Adicionalmente, los resultados de investigaciones previas donde se han utilizado medidas de ira que diferencian entre rasgo y estado, han mostrado que las altas puntuaciones en rasgo de ira son predictoras de cuadros depresivos cuyo curso es más crónico y peor el pronóstico en cuanto a la frecuencia en las recaídas (Newman et al., 1999).

La preocupación por la evaluación de la severidad y la frecuencia (Estado y Rasgo) de la depresión se ve reflejada en los instrumentos de medida, los cuales son abundantes tal como lo indicaran Friedman y Thase (1995), además de tener contenidos muy variables (Snaith, 1993). En este mismo sentido, Spielberger et al., 2002b; Spielberger, Ritterband, Reheiser y Brunner (2003), señalan que con frecuencia los instrumentos de evaluación

confunden la medida de la severidad reflejada en el contenido de los ítems, con la frecuencia, reflejada en las escalas de respuesta o a la inversa, lo cual supone una dificultad a la hora de estimar el tipo de atributo que se quiere medir y genera confusión en la evaluación. Asimismo, la forma en que se han construido los ítems que componen las escalas da lugar a una subestimación de niveles bajos de afectación, ya que al reflejar un modelo categorial (presencia o ausencia), aquellos casos donde no se obtienen puntuaciones suficientes para ajustarse al diagnóstico, no se registran, lo cual puede tener y de hecho, suele tener, implicaciones para el tratamiento. Además, la estimación de bajos niveles de afectación también es relevante en la investigación donde se trabaja no sólo con muestras clínicas sino con muestras normales y donde se utilizan las mismas herramientas de medida.

Las limitaciones anotadas previamente condujeron a Spielberger a proponer un nuevo instrumento de medida que pudiera dar respuesta a los inconvenientes planteados, y es así como se realiza una primera versión del Cuestionario de Depresión Estado/Rasgo (ST/DEP) (Ritterband y Spielberger, 1996), donde se hace una evaluación de la depresión mediante dos escalas: Estado y Rasgo a partir de las instrucciones dadas al entrevistado. Los ítems surgieron de la selección de aquellos ítems considerados más relevantes en las principales escalas utilizadas, esto es el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Zung, el CES-D y la escala de Zuckerman (MAACL), intentando conservar, dentro de lo posible, la formulación original de los ítems. Los ítems seleccionados fueron aquellos que evalúan el componente afectivo y el componente cognitivo de la depresión, ya que las críticas previas realizadas a los instrumentos existentes, indicaban el riesgo de sobrevaloración de la depresión en el caso de las muestras de participantes con enfermedades médicas por el empleo de los ítems referidos a los síntomas somáticos, las cuales dieron lugar a la no consideración de estos síntomas, tal como lo sugirieran Beck y Steer (1993), cuando se tratara de la evaluación de este tipo de muestras. Los resultados de los análisis psicométricos sobre la batería de ítems resultantes (40) identificó claramente dos factores, distintos de los que se planteaban inicialmente (cognitivo y afectivo) en los cuales saturaban los ítems de manera diferencial, en función de la presencia o ausencia de afectividad. Posteriormente, a ambos factores se les denominó Distimia (para referirse a la presencia de depresión) y Eutimia (para referirse a la ausencia de depresión).

Los datos preliminares obtenidos por Spielberger et al. (2003), mostraron las adecuadas propiedades psicométricas del instrumento en cuanto a la consistencia interna y el análisis de ítems. De la misma forma, se indican altas correlaciones con las medidas



utilizadas para evaluar la validez concurrente y divergente del cuestionario, además de mostrar la capacidad del instrumento para diferenciar distintos niveles de depresión y aportar una medida diferenciada de rasgo y estado. El cuestionario final en versión inglesa puede consultarse en el anexo 1, junto con las instrucciones de aplicación.

En España, Spielberger et al. (2002a, 2002b), realizaron los primeros estudios de validación llevando a cabo un procedimiento similar al seguido con la muestra estadounidense inicial. Sin embargo, es necesario hacer referencia a la dificultad que entraña el proceso de adaptación de una herramienta no sólo a un idioma de destino diferente, sino a una cultura igualmente distinta y, además, cambiante. Por tanto, antes de presentar los resultados encontrados con las muestras españolas en los estudios preliminares, se harán algunas reflexiones en torno al proceso de validación de instrumentos, partiendo del interés que supone disponer de herramientas confiables que ayuden en la realización de diagnósticos ajustados y que, además, sean de utilidad como herramientas de investigación en distintos contextos con el fin de favorecer un mayor conocimiento acerca de los constructos que se deseen evaluar.

La necesidad de información precisa acerca de los problemas mentales dentro del contexto de la multiculturalidad, así como los desafíos impuestos por la globalización en cuanto a la mayor difusión del conocimiento referido a las enfermedades, su etiología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento (Bhugra y Mastrogianni, 2004), estimulan la creación de medidas válidas a través de distintas culturas y con el uso de distintos idiomas (Bhui, Mohamud, Warfa, Craig y Stansfeld, 2003). No obstante, es de indicar que la aceptación de la universalidad de los trastornos mentales, así como los instrumentos, umbrales diagnósticos y efectos de techo y de suelo facilitan los estudios internacionales e interculturales de incidencia, prevalencia y perfiles psicopatológicos (Cheng, Tien y Chang, 2001), pero aunque contribuyen al aumento en el conocimiento epidemiológico de los trastornos, no revelan mucha información acerca de las influencias culturales que pueden limitar e incluso confundir la evaluación de las entidades clínicas.

De acuerdo con lo anterior, la selección de los instrumentos de evaluación frecuentemente se basa en el criterio del mayor uso, así como en las mayores garantías psicométricas, sin embargo, el criterio de validez y pertinencia cultural es de gran relevancia y no siempre recibe la atención que requiere. Así, la literatura científica se centra en los datos de validación pero no es usual encontrar artículos que describan en detalle el proceso de traducción y/o adaptación seguido para las versiones de los cuestionarios en otras culturas y en otros idiomas. Esto es especialmente importante, ya que a pesar de que

la experiencia de malestar así como las expresiones del mismo son similares a lo largo de las culturas, los juicios acerca de lo que constituye un síntoma de enfermedad y el umbral para el diagnóstico psicopatológico no es siempre igual entre las diferentes culturas (Bhui et al., 2003). Las diferencias gramaticales y las variaciones semánticas encontradas en cada idioma, así como los símbolos propios de cada cultura, contribuyen a la formación de significados latentes que influyen en la comunicación y por lo tanto, en la mayor o menor claridad para identificar los síntomas de determinado trastorno. Por tanto, la importancia de conocer con suficiencia las variaciones del lenguaje de origen así como de destino cuando se trata de la traducción de un instrumento, con el fin de garantizar, de manera óptima, la equivalencia en cuanto al contenido que se pretende evaluar; aunque la competencia lingüística se considera necesaria pero no suficiente cuando se habla de traducción de instrumentos (Hambleton, Merenda y Spielberger, 2001). Los criterios lingüísticos, psicométricos y culturales pueden dar lugar a distintas traducciones. Así, los criterios lingüísticos implican la equivalencia semántica y la comprensión de los ítems, entre otros. En este sentido, Flaherty, Gaviria y Pathack (1988) enfatizan la importancia de garantizar la equivalencia conceptual, funcional, técnica, de contenido y de criterio, sugiriendo la utilización del juicio de expertos conocedores de ambos idiomas y llevando a cabo procesos de traducción hacia delante y hacia atrás hasta obtener un resultado lo más ajustado posible entre el constructo que se pretende medir y la forma de expresión en el idioma de destino.

Con referencia a los criterios psicométricos, es de indicar que implican la necesidad de seguir una buena práctica en cuanto a la formulación de los ítems y la evaluación de su ajuste en función de los conceptos estadísticos. Por su parte, los criterios culturales dan cuenta de la pertinencia del contenido de los ítems con respecto a las normas y hábitos propios de la cultura de destino. Así, en función del grado de convergencia entre estos criterios, suele recurrirse o bien a la adopción de los instrumentos o bien a la adaptación de los mismos (van de Vijver, 2003).

La *adopción* hace referencia a una traducción literal de un instrumento al idioma de destino. Siguiendo a van de Vijver (2003), esta alternativa suele ser empleada con frecuencia dentro de la investigación, dado su bajo coste, la relativa facilidad para llevarse a cabo y las posibilidades que ofrece para comparar los resultados y los puntajes a través de las diferentes traducciones. No obstante, tiene una limitación y es que sólo puede utilizarse cuando los ítems empleados tienen una adecuada cobertura del constructo que pretenden medir tanto en el idioma de origen como en el destino (van de Vijver, 2003, p.961). Para este propósito suelen utilizarse medidas psicométricas como el análisis factorial, aunque la

confirmación de la estructura factorial no es garantía de que las traducciones cumplan los criterios de equivalencia cultural.

El segundo procedimiento es la *adaptación* y supone, de un lado, la traducción de aquellos ítems que se asumen como equivalentes en ambos idiomas, y, por otro lado, el cambio de aquellos cuya traducción literal puede conducir a errores en la medición del constructo en cuestión. Cuando se emplea esta condición, la validez del nuevo instrumento puede realizarse a través de la comparación de los resultados con dicho cuestionario con respecto a otros cuestionarios desarrollados dentro de esa cultura específica para medir el mismo constructo. La Teoría de Respuesta al Item y el Modelo de Ecuaciones Estructurales, entre otros modelos contemporáneos, han favorecido desarrollos psicométricos para comparar los puntajes obtenidos a lo largo de las distintas versiones de un instrumento de evaluación.

La elección de uno u otro procedimiento depende de los objetivos que se persigan. Como ya se señaló, la adopción, mediante la traducción literal, es menos costosa y bastante útil si se trata de comparar los puntajes a lo largo de diferentes culturas, pero si el objetivo es aumentar la validez ecológica del instrumento, entonces la vía de la adaptación, aún siendo más compleja, es la más adecuada (van de Vijver, 2003).

Los anteriores elementos confluyen en la importancia del seguimiento de un proceso riguroso en la construcción y validación de las escalas, mucho más cuando es bien conocido que los tests constituyen uno de los instrumentos de medida que mayor uso y difusión tienen tanto en el contexto clínico como en la investigación y por lo tanto, su utilización incorrecta tiene serias implicaciones en cuanto a las decisiones que a menudo se desprenden de su utilización (Muñiz y Hambleton, 1996; Prieto y Muñiz, 2000).

En España, de acuerdo con Buela-Casal, Sierra, Carretero-Dios y de los Santos-Roig (2002), se ha evidenciado un especial interés por la creación y adaptación de instrumentos de medida, siendo un país donde se distribuyen muchos tests y donde se exportan adaptaciones a Iberoamérica, aunque no puede olvidarse el riesgo que entrañan los procesos de adaptación en cuanto a la falta de funcionalidad y falta de relevancia cultural que muchas adaptaciones pueden tener (Pelechano, 2002).

El cuestionario que ocupa la presente investigación, esto es, el Cuestionario de Depresión Estado/Rasgo (ST/DEP), es una muestra de los esfuerzos por adaptar una herramienta desarrollada, en este caso en EE UU. Los trabajos iniciados en España, se han desarrollado a partir de la vía de la adaptación, ya que la traducción literal de los ítems de la versión original del cuestionario, daba lugar a imprecisiones en cuanto al uso de los

conceptos. Para este objetivo, Spielberger et al. (2002a, 2002b), desarrollaron una batería de ítems a partir de las consideraciones teóricas respecto a los sentimientos y pensamientos más usualmente asociados con la depresión y que fueran equivalentes, a los conceptos evaluados en la escala original. Siguiendo el procedimiento empleado en el estudio original y de acuerdo con los criterios del Colegio Oficial de Psicólogos y la Comisión Internacional de Test (ITC) (2000) y la normativa de la American Educational Research Association, American Psychological Association and National Council on Measurement in Education (AERA, APA, NCME) (1999) y Eignor (2001), en cuanto a la construcción de test psicológicos y educativos.

Los resultados mostraron propiedades psicométricas adecuadas, confirmando la estructura bifactorial del cuestionario dando cuenta de la validez de constructo del instrumento. También se obtuvieron datos de la alta consistencia interna, además de aportar evidencias de validez convergente acordes con lo planteado por Ritterband y Spielberger (1996) y Spielberger et al. (2003). En la misma línea, se confirma la capacidad del ST/DEP para diferenciar niveles de afectación. Además, dichos estudios ofrecen datos diferenciales entre varones y mujeres, contrario a lo indicado en los trabajos originales de validación en los cuales no se apreciaron diferencias significativas por sexo. Este hecho es relevante puesto que la literatura científica apoya la existencia de diferencias en cuanto a la depresión entre varones y mujeres que se hacen evidentes en los estudios epidemiológicos y que en estos trabajos se confirman, para el caso de muestras no clínicas. Un elemento importante a considerar de los dos estudios citados con muestra española (Spielberger et al., 2002a, 2002b) es la cantidad de ítems empleados (26 para cada escala), lo cual se sustenta en los lineamientos básicos de la construcción de escalas, en donde en primera instancia, se elaboran distintos ítems para evaluar el mismo constructo, de los cuales se escoge aquel o aquellos que midan más adecuadamente lo que se desea evaluar. Por tanto, un paso posterior es la selección de aquellos ítems con mayores y más adecuadas propiedades psicométricas. Adicionalmente, los trabajos de Spielberger et al. (2002a, 2002b) señalan la necesidad de realizar estudios de validez divergente que aporten datos acerca de la capacidad del ST/DEP para diferenciar la afectividad en la depresión de otros aspectos psicológicos. En la misma línea enfatizan la necesidad de realizar estudios con muestras clínicas que permitan someter a prueba la capacidad del ST/DEP para diferenciar niveles de afectación tanto en muestras subclínicas como en muestras clínicas.

Posteriores estudios con muestras españolas se han llevado a cabo con el objetivo de responder a los requerimientos planteados anteriormente. Así, Spielberger, Agudelo,

Carretero-Dios, De los Santos-Roig y Buela-Casal (2004) realizaron el análisis de ítems correspondiente a la batería propuesta inicialmente e intentando reducir el cuestionario hasta obtener una prueba similar a la original. Los resultados dieron cuenta de las adecuadas propiedades psicométricas de los ítems, identificando pesos muy similares entre algunos de ellos como consecuencia de la proximidad conceptual, lo cual conllevó a la selección de aquellos que mejor recogieran el constructo que se pretendía evaluar, recurriendo a criterios psicométricos y también teóricos.

Por su parte, en el estudio sobre la estructura factorial del instrumento tras la selección de los ítems, Agudelo, Carretero-Dios et al. (en prensa) confirmaron de nuevo la estructura bifactorial del cuestionario según la cual, los ítems saturaron diferencialmente en los factores de distimia y eutimia con pesos altos, dando cuenta de la estructura interna del ST/DEP.

Finalmente, y tratando de responder a la necesidad de someter a prueba la validez convergente y divergente del cuestionario Agudelo, Spielberger, Carretero-Dios, Santolaya y Buela-Casal (en prensa), compararon los resultados del ST/DEP con otras medidas de depresión encontrando altas y significativas correlaciones, mientras que al comparar los resultados con los obtenidos en el STAXI-2 (Escala de Expresión de la Ira), las correlaciones fueron negativas y significativas indicando la capacidad del ST/DEP para diferenciar el componente afectivo de la depresión frente a otros constructos como la ira. Sin embargo, las correlaciones encontradas con el STAI (Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo) fueron también altas y significativas, mostrando la dificultad para diferenciar entre la ansiedad y la depresión y confirmando, por otro lado, lo indicado por Spielberger (1983) acerca de la tendencia de las personas con depresión a puntuar alto en las medidas de ansiedad.

De acuerdo con lo anterior, surge la necesidad de realizar nuevos estudios de validación con el fin de obtener la escala definitiva, para lo cual se requiere la utilización de distintas muestras, incluidas muestras clínicas que permitan determinar la utilidad del ST/DEP como un instrumento de medida para la evaluación del componente afectivo de la depresión. Así, el objetivo de la presente investigación es realizar los estudios conducentes a la obtención de la versión castellana definitiva del ST/DEP, aportando las evidencias psicométricas suficientes para confirmar su utilidad como herramienta de apoyo a la labor diagnóstica y de investigación.

En primer lugar, se presentan tres estudios con población adulta no clínica, a partir de los cuales se extrae la versión definitiva del cuestionario, indicando los datos del análisis

de ítems, la consistencia interna de los ítems y las correlaciones de los mismos con criterios externos. En segundo lugar, se realiza una validación cruzada mediante la aplicación del cuestionario a una muestra de adolescentes y a una muestra de universitarios sometiendo a prueba la estructura interna del instrumento a través de análisis factoriales confirmatorios. En tercer lugar se realiza un estudio con una muestra clínica, aportando las propiedades psicométricas con esta muestra y se realiza una comparación de los resultados con respecto a la población no clínica para estimar la capacidad del instrumento para diferenciar entre ambos tipos de población.

Dada la relación que se ha establecido desde distintas fuentes entre la ansiedad, la ira y la depresión, los estudios presentados en esta investigación se centrarán en la medición de estos tres constructos, de tal forma que se esperan correlaciones altas, significativas y positivas entre las medidas de depresión y ansiedad y el ST/DEP; mientras que las correlaciones se esperan menores con el STAXI-2, excepto con las subescalas de Ira interna y Expresión de la Ira, que se esperan mayores en mujeres y varones, respectivamente, de acuerdo con los hallazgos previos de Newman et al. (1999).

Finalmente se discuten los resultados de acuerdo con los hallazgos previos de distintas investigaciones, se plantean las fortalezas y las limitaciones del estudio y se sugieren futuras líneas de investigación.

**MARCO CONCEPTUAL**

**2. EL PROBLEMA DE LA  
DEPRESIÓN**





## **2. EL PROBLEMA DE LA DEPRESIÓN**

### **2.1. La globalización y los trastornos mentales**

El abordaje de la depresión, así como de cualquier otro trastorno en la actualidad, supone identificar un marco contextual que permita comprender las nuevas dimensiones que adoptan tanto los procesos de salud como de enfermedad, dentro del esquema social, económico, político, cultural y tecnológico a que se ve enfrentado el ser humano. En este contexto es obligado hablar de la globalización, entendida, de manera general, como el proceso por medio del cual los límites tradicionales que separaban a los individuos y a las sociedades, comienzan gradual y crecientemente a desaparecer, lo cual ha dado lugar a una serie de modificaciones en múltiples esferas de la vida humana tales como la social, política, económica, cultural, tecnológica y ambiental, cuyos efectos pueden ser tanto positivos como negativos (Kunitz, 2000).

Dentro del marco de la globalización es de indicar cómo la calidad de vida en muchos países se ha visto afectada por la desintegración económica, la inequitativa distribución de la salud colectiva, la corrupción social, el fenómeno migratorio, la represión política y las guerras. Las fuerzas económicas han debilitado las economías de los países pobres y han fortalecido a los países ricos y esto ha generado una serie de fenómenos que comienzan a ser analizados. Así, el enlace entre globalización, salud y bienestar mental y social ha comenzado a ser recientemente estudiando (Lee, 2000).

Como resultado de las políticas inequitativas e incontroladas de libre comercio y del libre movimiento del capital, cada vez más la economía escapa al control político de los estados, con lo cual la impotencia generada puede influir en la manera en que los individuos se ven a sí mismos, en cómo se valoran y en cómo perciben una serie de esquemas personales y sociales. A esto se unen los cambios en la identidad personal y colectiva logrados por el efecto de la migración y del conocimiento de otras formas culturales a través de los medios de comunicación y al contacto directo con miembros de otros grupos culturales, lo cual es favorecedor de muchos procesos de intercambio, pero también implica amenazas para la estabilidad de las instituciones y de los valores que sustentan a los estados cuando estos no logran adaptarse al mundo globalizado (Bhugra y Mastrogianni, 2004).

Los efectos de la globalización, entre ellos el desplazamiento y la sobrepoblación de los espacios urbanos en la búsqueda de mejores condiciones de vida, han llevado a que se disparen los niveles de pobreza, que en combinación con el desempleo y el debilitamiento

de las redes de apoyo familiar y social, se constituyen en importantes factores de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales. Además, y como se ha señalado, los factores económicos son los que determinan la mayor o menor disponibilidad de recursos para la atención en salud y está claro que los sectores que se ven principalmente afectados por estos trastornos suelen ser al mismo tiempo, los mismos que tienen menor acceso a los servicios de salud. Es contradictorio que cuando la apertura de las fronteras debería favorecer el intercambio de conocimiento y en general mejorar la calidad de vida, sin embargo, muchos grupos humanos se ven desfavorecidos e incrementan los factores de riesgo para enfermedades tanto médicas como psicológicas.

De acuerdo con Kirmayer y Minas (2000), la globalización afecta a la psiquiatría a través de tres vías principales: en las formas de identidad individual y colectiva, en cuanto al impacto de las desigualdades en la distribución y acceso a los servicios de salud y en cuanto a la expansión del conocimiento científico en sí mismo. Así, se han conseguido grandes avances en el desarrollo de medicamentos y de técnicas de intervención clínica que han permitido que en la actualidad muchos trastornos sean tratados. La globalización de las tecnologías de la información ha hecho posible el intercambio de conocimientos entre profesionales, lo cual ha favorecido la difusión de hallazgos empíricos en cuanto a la etiología, curso y tratamiento de muchos problemas, sin embargo, es probable que todo esto esté determinado por los intereses económicos entre los cuales, sin lugar a dudas, la industria farmacéutica está a la vanguardia, dado el importante peso que tienen en la actualidad las enfermedades mentales. Sin embargo, según Pérez Álvarez (2003), en relación con lo anterior, hay una serie de condiciones que determinan los cambios en cuanto a los trastornos psicológicos, de tal forma que al contrario de pensar que los trastornos han existido siempre y que son los actuales avances en los medios de comunicación y en los procedimientos técnicos, los que han permitido que se puedan detectar, conocer, estudiar y tratar, lo que podría plantearse es que es la cultura moderna la que los propicia, los forma y los lleva a la clínica. Dentro de las condiciones sociales que han hecho posible el surgimiento de una serie de enfermedades mentales, se encuentra lo que Giddens (1995) llama “Reflexividad Institucional” y que se refiere a una característica de la sociedad moderna, consistente en la incorporación rutinaria de conocimientos e información nueva a los contextos prácticos de la vida, de modo que los reorganizan y los reconstruyen. Este concepto es utilizado por Pérez Álvarez (2003) indicando que la reflexividad institucional opera a dos niveles: global y local. En el plano global, una de las referencias que hace es a la denominada *psicofarmacología cosmética* (p. 42), de acuerdo con la

cual, la industria farmacéutica instaura un nuevo proyecto de psicopatología, como lo llamara Fee (2000). En este sentido, el Prozac constituye un buen ejemplo, por cuanto, una vez probado en los casos de depresión, su uso se hizo extensivo a otros trastornos, terminando por definir nuevas necesidades. Así, han surgido problemas en las personas como la sensibilidad al rechazo, la desmoralización o depresión recurrente, leve y crónica, la inhibición del placer y la baja autoestima. Todos estos, síntomas muy acordes con la alteración en valores muy preciados de la sociedad capitalista como el optimismo, la felicidad y el disfrute, los cuales requieren ser atendidos y por lo tanto, encuentran en la farmacología, mediante el uso del Prozac, una alternativa de solución (Pérez Álvarez, 2003, p.42). Con todo esto, la evidencia, en todo caso, muestra una gran incidencia y prevalencia de la depresión como problema de salud, aunque queda por discutir si se trata de una consecuencia de la sociedad moderna o cierta suerte de “epidemia de diseño”, lo cual de todas formas, también podría considerarse una consecuencia del mundo moderno en su afán por mantener niveles de consumo en todas las esferas, entre ellas la farmacológica.

De acuerdo con un estudio del Banco Mundial (1993), los problemas de salud mental representan el 8% del total de pérdida de años de calidad de vida, de tal forma que para las personas entre 15 y 44 años que viven en países con economías desarrolladas, las enfermedades neuropsiquiátricas ocupan el 12% del total de enfermedades. A esto se suma uno de los efectos de la globalización que se refiere, como ya se ha mencionado, al incremento de la inequidad en cuanto al acceso y disponibilidad de recursos.

Dentro del contexto de los problemas mentales, la depresión constituye uno de los principales problemas, además de ser un ejemplo paradigmático de la influencia de la globalización. Así, la experiencia de ánimo disfórico es considerada en la actualidad como un fenómeno universal, aunque las características clínicas pueden diferir significativamente entre las culturas. De acuerdo con el estudio de Sartorius, Davidson y Ernberg (1983) llevado a cabo en Basle, Montreal, Nagasaki, Teherán y Tokio, los síntomas más comunes (75% de los casos) fueron la tristeza, pérdida del disfrute, ansiedad, tensión, falta de energía, pérdida de interés, pérdida de la capacidad para concentrarse e ideas de inadecuación e inutilidad. Los sentimientos de culpa fueron más importantes en Basle y Montreal, mientras que las ideaciones suicidas oscilaron entre un 70% en Montreal y Nagasaki y un 41% en Tokio. Los síntomas somáticos fueron más comunes en Teherán y menos frecuentes en Montreal. Así, de acuerdo con Bhugra y Mastrogianni (2004), la somatización puede ser el equivalente cultural de la depresión en los países no occidentales. Estas diferencias en función de la etnicidad, han sido apoyadas por Berganza et al. (2001),

Parker, Cheah y Roy (2001) y por Iwata y Buka (2002). Los anteriores datos llevan a Sartorius et al (1983) a plantear cómo los síntomas dependen de las influencias culturales, aspecto que va en la línea de la antropología y la psiquiatría cultural. Estas dos disciplinas proponen una postura relativista en donde se toman en cuenta las distintas modificaciones sociales y culturales y su efecto en el estilo de afrontamiento de los seres humanos, a diferencia de la postura tradicional psiquiátrica que adopta un punto de vista universal en cuanto a la forma de respuesta fisiológica y muchas veces psicológica de los seres humanos.

Por otra parte, en el estudio de Simon et al. (1999) se muestra la relación entre síntomas somáticos y depresión, según los cuales, la proporción de pacientes con depresión que indicaron sólo síntomas somáticos oscilaron entre el 45% en París y el 95% en Anqara. Sin embargo, cuando la somatización fue definida como “síntomas somáticos médicamente inexplicables”, no se encontraron diferencias significativas entre las ciudades analizadas, lo que conllevó a los autores a concluir que la frecuencia de los síntomas somáticos depende de la forma en que se defina la somatización. Este concepto, desde muchas perspectivas, es visto como la evidencia de la diferenciación mente-cuerpo, presente en las sociedades y prácticas médicas occidentales a diferencia de las tradiciones orientales donde esta distinción no existe y por lo tanto es posible que la manifestación de los estados emocionales sea a través de síntomas somáticos. Esto explicaría el recurrente uso de metáforas empleadas para referirse a la depresión: “dolor en el alma”, “sentimiento de destrozo”, “dolor de cerebro”, “presión en el corazón”, “calor en la cabeza”, “sensación de pesadez en la cabeza”, “opresión en la garganta”, entre otras; expresiones que, a pesar de no estar recogidas en los manuales diagnósticos sí son fundamentales en la práctica clínica y, por tanto, requieren que el profesional esté entrenado y familiarizado con estos conceptos de cara a una mejor empatía con el paciente y a una mayor comprensión de su sentir (Simon et al. , 1999). En este sentido y tal como lo mencionan Bhugra y Mastrogianni (2004), la globalización puede ser útil en cuanto a la expansión idiomática que permita un mayor y más amplio conocimiento acerca de las diversas formas que adquieren los trastornos a través de las culturas, así como de las diferentes formas empleadas para referirse a ellos.

Por otra parte, la globalización también es importante dentro de la comprensión de la depresión por cuanto permite comparar los efectos de los tratamientos entre distintos grupos, lo cual quizás proporcione explicaciones acerca de la mayor o menor utilidad y efecto tanto de procedimientos de terapia psicológica como de farmacoterapia en diferentes contextos y culturas ya que no pueden desconocerse las diferencias genéticas, así

como otros factores no biológicos que pueden influir no sólo en la manera de enfermar sino de enfrentar las enfermedades a través de las culturas.

Otra perspectiva frente a la influencia del mundo contemporáneo en la adquisición y desarrollo de sintomatología depresiva es aportada por Pérez Álvarez (1996) cuando se refiere a cómo la “urbanización” de la estructura social ha dado lugar a una serie de modificaciones en relación con la vida cotidiana. En este sentido, atribuye un importante valor a la consideración del tiempo dentro de la nueva perspectiva social y desde luego, su influencia en lo psicológico. Así, habla del tiempo a través de distintas perspectivas, una de ellas, lo que se denomina el *tiempo psicológico como horizonte*, referido no al aspecto cronológico sino a la perspectiva subjetiva del tiempo, como construcción colectiva y cultural. Según su posición “El desplazamiento al futuro característico de la organización del tiempo en la sociedad occidental, tiene su trastorno psicológico en la depresión” (p. 932), descrita como obturación del tiempo, en el sentido de la existencia de múltiples posibilidades, pero al mismo tiempo de improbabilidades que dejan a las personas en situación de desasosiego dando cabida a trastornos como la depresión.

De acuerdo con Pérez Álvarez (1996), los efectos del tiempo como horizonte, afectan mucho más a las mujeres que a los varones y esto podría explicar la mayor prevalencia de la depresión en las primeras. Su explicación se dirige desde el punto de vista del aplazamiento a que hay lugar en la vida contemporánea, con respecto a lo que él denomina el “empleo reproductivo”, a la vez, que surge la demanda social cada vez más imperiosa por el acceso al mundo laboral, generando conflictos que en muchos casos se asocian con el desarrollo de síntomas depresivos, de tal manera que, parafraseando a Pérez Álvarez (1996):

...la depresión... no dejaría de verse entonces como la dramatización vigente de una situación problemática a que llevan ciertos horizontes de vida. Horizontes a los que no les falta su *conflicto de normas* (entre lo que es posible y lo que resulta de hecho probable, entre la felicidad prometida –que ya Aristóteles cifraba en el ocio- y el trabajo a que obliga el consumismo, y, en fin, entre consumir la vida en la familia y consumirse en ella (p.933).

Todo lo anterior permite abrir el espacio para la ubicación contextual de la depresión como uno de los más importantes problemas de salud mental en la actualidad y

que por lo tanto, requiere de un gran esfuerzo para su comprensión y forma de tratamiento que conduzca a mejorar la calidad de vida de las personas que la padecen y a disminuir el efecto de los costes económicos y sociales asociados con su alta incidencia.

## **2.2. La depresión y la salud pública**

Los trastornos del estado de ánimo, en especial la depresión, constituyen uno de los principales problemas de salud pública en el mundo actual (Evans, 2003; Pincus y Pettit, 2001; Simon, 2003; Simon et al., 2000). Así, las previsiones de la Organización Mundial de la Salud estiman que para el año 2020 la depresión se constituya en la tercera causa de enfermedad al lado de las afecciones coronarias y los accidentes de tráfico y como la primera causa de incapacidad (Michaud et al., 2001). No obstante y a pesar de que esta situación evidencie un incremento de la prevalencia y la incidencia de la depresión, también es un hecho que sigue siendo un trastorno con alto subregistro y subtratamiento, lo cual hace que las cifras puedan llegar a ser más alarmantes (McAlpine y Wilson, 2004). Esto es especialmente cierto en el contexto de las enfermedades médicas crónicas como las enfermedades coronarias, la hipertensión, la diabetes, el cáncer y el VIH/SIDA, entre otras, donde la depresión suele presentarse pero aparecen dificultades para su identificación ya que muchos síntomas como la fatiga, el abandono de las actividades, la pérdida de concentración y la pérdida de sensibilidad a un amplio rango de actividades placenteras, suelen asociarse y explicarse a la luz de la enfermedad médica y no se les atribuye entidad clínica en sí mismos (Simon, 2003). En esta línea, estudios como el de Mallon y Hetta (2002), muestran cómo la atribución de muchos síntomas de la depresión en población de edad avanzada, se atribuyen a las enfermedades físicas que suelen presentar estos pacientes.

Por su parte, en Estados Unidos un informe del Instituto de Medicina (2003, citado por Evans, 2003) indica que la depresión es una de las condiciones clínicas que requiere atención prioritaria aunque no enfatiza en la comorbilidad de la depresión con las enfermedades médicas, pese a que en muchos casos la evidencia empírica indique que la depresión puede ser bien una causa o una consecuencia de dichas enfermedades.

La prevalencia de la depresión mayor aumenta desde el marco comunitario con un 3%-5%, al marco del cuidado primario con un 5% -10% y más especialmente en el caso de los pacientes hospitalizados entre un 10% y un 14% según lo indicado por Katon (2003). Por su parte, Patten (2001) encontró en un estudio que el riesgo de desarrollar depresión era mayor en un 4% en pacientes con enfermedades médicas crónicas que en aquellos que no tenían esta condición. En la misma línea, los síntomas aversivos, como el

dolor, los decrementos funcionales y los cambios fisiológicos asociados con las enfermedades médicas crónicas también pueden incrementar la incidencia de la depresión. En este sentido, Muñoz et al (2005), indican que la presencia de síntomas somáticos está asociada con una mayor probabilidad de que los pacientes experimenten formas de depresión más severas.

En América Latina, de acuerdo con el estudio de Muñoz et al. (2005), llevado a cabo en 7 ciudades, con un total de 989 pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, el 72,6% presentaron síntomas somáticos importantes, siendo las mujeres hasta 2,7 veces más propensas a experimentar o al menos a manifestar la presencia de estos síntomas, que los varones. Estos resultados confirman lo indicado por Corruble y Guelfi (2000), según los cuales cerca del 76% de los pacientes con depresión manifiestan síntomas somáticos y de dolor.

En cambio, Goodman y Whitaker (2002), encontraron que los pacientes con depresión mayor presentan unas tasas elevadas de conductas de riesgo para la salud, tales como el sedentarismo, el tabaquismo y los hábitos inadecuados de alimentación, las cuales pueden aumentar la incidencia de enfermedades como la diabetes y las enfermedades coronarias. En esta misma línea, Katon, Sullivan y Walker (2001) plantearon que los pacientes diagnosticados con trastornos depresivos y de ansiedad presentaban síntomas clínicos inexplicables significativamente mayores que los pacientes sin estos trastornos y que acudían a control médico por causa de alguna enfermedad. Por su parte, Chisholm et al. (2003), encontraron en el estudio realizado en seis ciudades de distintos países (Israel, España, Brasil, Australia, Rusia y EE.UU.), que los costes de salud se incrementan considerablemente cuando se da comorbilidad de la depresión con otros trastornos tanto mentales como médicos.

Dadas las evidencias acerca de cómo la presencia de depresión en pacientes que presentan diversas enfermedades médicas complica el manejo y exacerba el curso de dichas condiciones médicas crónicas, puede entenderse cómo la depresión puede incrementar el riesgo de muerte en especial en los casos de enfermedades coronarias (Katon, 2003), además, la depresión aumenta el riesgo de suicidio y en este sentido es un factor que contribuye a la mortalidad general (McAlpine y Wilson, 2004). A este respecto, distintos estudios muestran la relevancia del suicidio como problema de salud pública; así, García-Resa et al. (2002) indican que en España, alrededor del 10% de las muertes de pacientes psiquiátricos obedecen al suicidio. En EE UU la cifra de intentos de suicidio alcanza los 750.000 casos anualmente, mientras que en Francia ronda los 120.000 casos, dando cuenta

de la preocupante influencia de este hecho como causa potencial de muerte y de incremento en los costes de atención médica.

Los hechos anteriormente mencionados ponen de relieve la importancia de diagnosticar y atender de manera eficaz los trastornos del estado de ánimo, como una forma de disminuir su incidencia en la salud general. Esto es especialmente importante en la actualidad, no sólo por los datos que muestran el impacto de estos trastornos en la salud, sino por los cambios que se vienen experimentando en el plano social en relación con las formas de enfermar y la nueva presentación de las enfermedades bajo el influjo de la globalización.

### **2.3. Epidemiología de los trastornos del estado de ánimo**

A pesar de los múltiples esfuerzos e inversiones que realizan la mayoría de los países en el tratamiento y la investigación de los trastornos del estado de ánimo, siguen evidenciándose altas tasas de prevalencia que, como se ha indicado, dan cuenta de la magnitud del problema como se pone de manifiesto en diferentes estudios. De la misma manera, considerando que pese a que aumentan las consultas y las técnicas de detección de la depresión, se puede indicar también que en las últimas décadas la tasa de incidencia de la depresión ha aumentado hasta tres veces, convirtiéndose en un importante problema de salud (Alonso-Fernández, 1988).

Un dato interesante reportado por la Organización Mundial de la Salud (2003), indica que el riesgo para la salud a lo largo de la vida ocasionado por la muerte de la madre al momento del nacimiento, da cuenta en los países menos desarrollados de alrededor de un 6,25%, porcentaje que coincide con los datos de incidencia de la depresión en esos mismos países. Estos datos son derivados de la observación realizada desde algunos enfoques acerca de las características de la depresión que podrían apoyar la hipótesis de este trastorno desde una perspectiva basada en la adaptación, las cuales se refieren a su carácter universal, tanto por su presencia a través de las distintas culturas, así como por su alta prevalencia. Además, estarían apoyando la influencia que tienen factores relacionales como el apego a la figura materna y la vivencia de los duelos en el posible desarrollo de vulnerabilidad a la depresión.

En un estudio comparativo llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud en 14 países de América, Europa, África y Asia entre 2001 y 2003, se mostró cómo la prevalencia de trastornos mentales variaba en función del país entre un 4,3% en China hasta un 26,4% en EE UU (Kessler, 2004).



En la línea de lo anterior, aunque la severidad de los trastornos da lugar en todos los países a malestar general e incluso genera discapacidad y problemas laborales, sorprende que entre un 35,5% y un 50,3% de los casos severos de trastorno mental en los países desarrollados y hasta entre un 76,3% y un 85,4%, en los países subdesarrollados, no han recibido atención en el año previo a la entrevista. Los trastornos más prevalentes fueron los trastornos de ansiedad, seguidos por los trastornos del estado de ánimo, los trastornos relacionados con sustancias y los trastornos del control de impulsos (Kessler, 2004). Adicionalmente, es importante señalar que, además de ser un trastorno altamente prevalente, también tiene una alta recurrencia. Así, se indica que el 30% de los individuos diagnosticados con depresión experimentan una recaída dentro de los tres meses siguientes a la recuperación y en ausencia de continuidad en el mantenimiento del tratamiento, cerca del 50% experimenta un episodio depresivo intenso dentro de los dos años siguientes (Scott y Dickey, 2003). En la misma dirección Kessing, Hansen y Andersen (2004), plantearon que la proporción de recaídas que conducen a hospitalización aumenta con el número de episodios previos, tanto para la depresión como para los desórdenes bipolares. Por su parte, Segal, Pearson y Thase (2003), encontraron que cerca del 50% de los pacientes que se recupera de una depresión tiene una alta probabilidad de recaída en los dos años siguientes, riesgo que aumenta en función del número de episodios. Esto es apoyado por Del Río (2004), quien indica que el riesgo de recurrencia aumenta progresivamente con la edad, además, es factible pensar que la recurrencia también puede estar asociada con el abandono del tratamiento, aunque también existe evidencia de que el uso incontrolado de antidepresivos puede acelerar la recurrencia del episodio depresivo.

De acuerdo con lo anterior, Gollan, Raffety, Gortner y Dobson (2005), en un estudio sobre la influencia de la edad de inicio de la depresión y el curso del trastorno, encontraron que los pacientes con edad temprana de inicio de la depresión, esto es, antes de los 20 años, experimentaron más síntomas depresivos que los de inicio posterior a los 20 años y asimismo, mostraron mayor tasa de recaídas, además de tener peores resultados en el tratamiento (Glied y Pine, 2002).

Los datos epidemiológicos sobre la depresión en EE UU indican que la prevalencia entre pacientes externos de unidades de atención primaria está entre un 5 y un 10% (McAlpine y Wilson, 2004). En el mismo estudio, se estima que el 60% de las personas que ha tenido historia de depresión tiene un alto riesgo de recurrencia. Otros datos reportados por The National Comorbidity Study, indican que las mujeres presentan el doble de riesgo que los varones para sufrir una depresión a lo largo de la vida y que la prevalencia de

depresión entre personas sin enfermedades médicas crónicas es del 3% con respecto al 13% observado en quienes sí tienen alguna enfermedad médica crónica (McAlpine y Wilson, 2004).

Con respecto a la distimia se indica que la prevalencia anual en población general es del 2,5% dentro del cual se incluye un amplio grupo de pacientes que presentan comorbilidad con algún otro desorden del estado de ánimo, lo que se ha denominado: “*doble depresión*” (Browne et al. 1999). En el estudio de Bell et al. (2004) se ofrecen datos sobre la prevalencia de la distimia en Canadá, indicándose que un 5,1% de los pacientes evaluados, procedentes de centros de atención primaria, resultaron positivos en el cribaje para distimia según los criterios del DSM-IV (1995), y el 90,6% de estos pacientes presentaron comorbilidad con otros trastornos del Eje I, especialmente la depresión mayor (28,8%), mientras que un 61,8% de los pacientes con distimia presentaron comorbilidad con dos o más trastornos, entre ellos, el trastorno de pánico, las fobias y la ansiedad generalizada. El estudio de Bell et al. (2004) confirma una mayor prevalencia de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en mujeres que en varones, que alcanza hasta dos veces la proporción por sexo. En cambio la prevalencia en el consumo de alcohol y drogas es mayor en los varones.

Con respecto a los datos epidemiológicos en Europa, los estudios de Dowrick et al. (1998) y Ayuso-Mateos et al. (2001), muestran que la prevalencia de los trastornos depresivos en los países evaluados en 1997, fue de 8,56%. Al considerar los datos por sexo, se encuentra que la prevalencia en las mujeres es de 10,05% y en los varones de 6,61%. Conviene señalar que estos datos varían en función de los distintos países, siendo España el país con el nivel más bajo y los países nórdicos los que muestran los mayores índices, como también se afirma en el estudio de Stotland (2002). En relación con el tipo de trastornos, se muestra cómo la depresión se presenta hasta seis veces más que la distimia en la muestra conjunta y también en el análisis por países y por género. En este mismo estudio se compararon los resultados entre población urbana y población rural, encontrándose que en esta última la prevalencia de trastornos del estado de ánimo es menor, especialmente en el caso de las mujeres como lo presentan Lehtinen et al. (2001); estos datos confirman lo hallado por Bijl, Ravelli y Van Zessen (1998) en población holandesa y por Jenkins, Lewis y Bebbington (1997) en Reino Unido. Los datos anteriores sugieren la importancia que tienen en el desarrollo de la depresión, aspectos como los factores culturales, el apoyo social y el estilo de vida (Dowrick et al. 1998).

Datos más recientes obtenidos mediante el European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) muestran que los trastornos mentales son comunes en Europa e indican que el 40% de los europeos ha sufrido al menos un trastorno del estado de ánimo a lo largo de la vida, el 13,6% algún trastorno de ansiedad y el 5,2% problemas con el alcohol. Al momento de la investigación más de un 6% expresó haber presentado, en el último año, algún trastorno de ansiedad, el 4,2% algún trastorno del estado de ánimo, siendo prevalente el episodio depresivo mayor, y un 1% algún problema con el alcohol. Desde el punto de vista de número de personas afectadas se puede estimar que cerca de 20 millones de personas padecieron algún trastorno mental en el último año, de los cuales 12 millones presentaron algún trastorno de ansiedad, más de 9 millones un trastorno del estado de ánimo y cerca de 3 millones, problemas con el alcohol. Asimismo, se indica que las mujeres son dos veces más propensas a padecer un trastorno del estado del ánimo y de ansiedad que los varones, quienes tienen mayor tendencia a sufrir problemas con el alcohol (Alonso et al. 2004a, 2004c), como ya se indicara en población canadiense (Browne et al. 1999).

En el estudio de Browne et al., 1999, se indica que tal como se había identificado en estudios previos, los trastornos mentales, en especial los del estado de ánimo son más frecuentes en las mujeres, las personas desempleadas o con discapacidad y que son solteras o que previamente estuvieron casadas; también se indica que la mayor prevalencia se observa en personas jóvenes, lo cual indica el inicio temprano de estos trastornos. Otro hallazgo interesante se reporta en el estudio de Alonso et al. (2004b) e indica que los trastornos afectivos y los trastornos de ansiedad están fuertemente asociados, siendo alta la correlación entre depresión mayor y trastorno de pánico y entre depresión mayor y trastorno de ansiedad generalizada.

Por su parte, Ten Have, De Graaf, Vollebergh y Beekman (2004), indicaron que en Holanda los resultados del Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS), mostraron que del total de personas entrevistadas (1.572), el 92% había experimentado síntomas de ánimo deprimido, insomnio o hipersomnia y disminución en la capacidad para concentrarse. Además, diferenciaron los síntomas en función de la severidad (vegetativos), la complejidad (comorbilidad con trastornos de ansiedad y abuso de sustancias) y la peligrosidad (intentos de suicidio), para describir las más importantes fuentes de búsqueda de atención en unidades de atención primaria. Sin embargo, y a pesar de la relativa accesibilidad a los servicios de salud, se estima que cerca del 25% de las personas afectadas por depresión no han recibido atención para su enfermedad y se

enfatisa en la importancia que tiene la educación en salud como un mecanismo que ayude a la detección precoz de este importante e incapacitante trastorno.

El estudio de prevalencia de trastornos mentales en Bélgica en unidades de atención primaria, llevado a cabo por Ansseau et al. (2004), mostró que los trastornos del estado de ánimo fueron los más prevalentes (31%), dentro de los cuales el trastorno depresivo mayor se presentó en un 13,9% y la distimia en un 12,9%. Estos datos son más altos que los registrados en estudios similares en EE UU lo cual puede ser explicado, sin embargo, bien porque reflejen la alta prevalencia de estos trastornos en la población general o bien por la diferencia en la cobertura de los servicios de salud, que es completa en Bélgica y está al alcance de todos los habitantes. Por su parte, en EE UU se estima que un gran porcentaje de personas con condiciones bajas de vida no tienen cubierta la atención en salud y no puede olvidarse que este es uno de los grupos de mayor riesgo, según los datos epidemiológicos.

Con respecto a los datos epidemiológicos en España, el estudio de Aragonés et al. (2004), donde se analizó un total de 1.050 pacientes procedentes de 10 centros de Atención Primaria de la provincia de Cataluña, indicó una prevalencia de la depresión del 14,3%, siendo mayor en las mujeres que en los varones y mayor también en los pacientes viudos y divorciados frente a los casados y los solteros. Asimismo, la prevalencia es mayor en pacientes con menor nivel socioeconómico y educativo. Otro factor, que aumenta hasta dos veces la prevalencia, se observó en los pacientes que presentan dos o más enfermedades crónicas somáticas que cuando se presentaba una o ninguna, lo cual apoya lo descrito anteriormente en relación con la asociación entre patologías crónicas y depresión.

En la línea de lo anterior, los hallazgos de Crespo, Gil y Porras Chavarino (2001) revelan que el 18,9% de los pacientes hospitalizados por patología médica presentaban síntomas depresivos, mostrando cómo mientras los estudios realizados con población general encuentran cifras de prevalencia que oscilan entre un 3% y un 7%, los estudios con pacientes hospitalizados y/o ambulatorios con enfermedades médicas muestran cifras que oscilan entre un 11% y un 36%. Así, se indica que el 21% de la población anciana hospitalizada padece depresión y un 27,5% de los pacientes que acuden a Atención Primaria reciben este mismo diagnóstico. Siguiendo con el estudio de Aragonés, et al. (2004), es de indicar que con respecto a la comorbilidad con otros trastornos mentales, el 40% de los pacientes con ansiedad generalizada y algo más del 30% de los que presentaban trastorno de pánico presentaban depresión.

Los datos anteriores confirman lo hallado en estudios previos como el de Baca et al. (1999), donde se analiza la alta prevalencia de trastornos mentales en las unidades de Atención Primaria y dónde se llama la atención sobre el subregistro de casos, que deja en evidencia la necesidad de que el médico disponga de adecuadas herramientas de cribado que ayuden a una detección más precisa de este tipo de casos.

Con referencia a la prevalencia de la distimia se puede indicar que en el estudio de Aragonés et al. (2004) fue de 4,8% y que en 46,8% de estos casos se daba comorbilidad con episodios depresivos. En la mayoría de los casos la distimia estaba relacionada con ansiedad generalizada cuando los pacientes reportaban especialmente síntomas psicosociales, aunque un 49,3% de los pacientes presentaban también síntomas somáticos.

Los datos epidemiológicos descritos muestran cómo, en general, la depresión tiene un impacto en la comunidad igual o mayor que el de muchas enfermedades físicas, lo cual justifica la importancia de implementar políticas de salud equitativas y efectivas con el objetivo de generar un cambio en el ámbito de la salud pública (Ayuso-Mateos et al., 2001).

Antes de pasar a revisar los importantes costes que supone el problema de los trastornos del estado de ánimo, es conveniente dedicar un apartado al asunto de las diferencias de género que se muestran en los datos epidemiológicos y que muestran, cómo en general, las mujeres suelen ser especialmente afectadas por la depresión.

### **2.3.1. Diferencias de género y depresión**

El interés por el estudio de las diferencias de género en los trastornos mentales y en especial, en los trastornos del estado de ánimo obedece a la alta prevalencia de estos trastornos en la población general, pero de manera especialmente marcada en las mujeres. Adicionalmente, la investigación en esta línea puede ser especialmente útil en cuanto a la posibilidad de identificar subtipos clínicos o agrupaciones de síntomas específicos para cada sexo, lo cual supondría el desarrollo y empleo de herramientas diagnósticas y de tratamiento diferenciadas. También puede ayudar a comprender mejor los mecanismos fisiopatológicos de los trastornos afectivos (Usall i Rodié, 2001).

La alta prevalencia de depresión en mujeres frente a varones es uno de los hallazgos epidemiológicos que mejor se hayan documentados y se repiten a lo largo del mundo conservando datos que, aunque varían entre sí, son bastante consistentes y muestran que la proporción es dos y en algunos casos, hasta tres veces mayor en mujeres que en varones (Kessler, 2003). Los datos epidemiológicos indican que la prevalencia de la depresión se ha incrementado en las últimas décadas, manteniendo la diferencia entre varones y mujeres y

dado que es difícil pensar que en tan poco tiempo se hayan producido variaciones en relación con las hormonas sexuales o de tipo genético que den cuenta de este fenómeno cabe pensar que el influjo de factores sociales y ambientales tiene un importante papel en la actualidad frente a este asunto (Kessler, 2003).

Los estudios en relación con la prevalencia de la distimia, por su parte, indican que la proporción de mujeres frente a varones es de 2:1 y que la prevalencia de este trastorno a lo largo de la vida se encuentra en un rango entre 6 –8%. Otros datos aportados desde las encuestas de depresión entre niños y adolescentes muestran que las diferencias de género comienzan a aparecer entre los 11 y los 14 años, en donde se incrementa en las mujeres hasta un 2:1, manteniéndose así hasta la edad adulta, aunque algunos estudios indican que no se mantiene en las personas mayores de 55 años (Bebbington et al., 1998).

De acuerdo con lo anterior, es importante analizar las distintas perspectivas actuales en relación con la posible explicación a las diferencias de género observadas frente al desarrollo y mantenimiento de la depresión.

#### **2.3.1.1. Diferencias atribuidas a la búsqueda de ayuda y al sesgo diagnóstico**

Hay que indicar que muchos factores se han asociado con la mayor prevalencia de la depresión en mujeres a partir de los aspectos de diagnóstico. Piccinelli y Wilkinson (2000) indican que la mayor tendencia de las mujeres a identificar síntomas depresivos que los varones, puede dar lugar a que se diagnostique en ellas con mayor facilidad un trastorno del estado de ánimo. Asimismo, también se indica que las mujeres tienden a identificar mayor grado de impedimento funcional que los varones (Kornstein et al., 2000). A esto se une el planteamiento de Simonds y Whiffen (2003) y Kessler (2003) acerca de la mayor disposición de las mujeres para buscar ayuda con respecto a los varones. En la misma línea, Kornstein et al. (2000) indican que los médicos tienden a diagnosticar y tratar problemas psiquiátricos en las mujeres con mayor frecuencia que en los varones. Estos datos sugieren que probablemente, podría haber mayor diagnóstico en mujeres que en varones debido a razones de búsqueda de atención y que podría haber un subregistro de casos en población masculina.

Otra hipótesis que requiere mayor evidencia empírica, es la planteada por Kessler (2003) acerca de cómo es posible que la diferencia entre varones y mujeres frente a la depresión tenga que ver con las manifestaciones de las emociones. Así, mientras puede ser más frecuente identificar disforia y anhedonia en las mujeres, quizás en los varones la

irritabilidad sea una forma más manifiesta de depresión. Esto es cierto y así lo recoge el DSMV-TR (2002), para el caso de los niños y adolescentes, pero no para los adultos, lo cual puede resultar en una línea interesante de investigación.

Por otro lado, las diferencias de género también se han atribuido a un efecto de los instrumentos de medida. Así, Newman et al. (1999) y Salokangas, Vaahtera, Pacriev, Sohlman y Lehtinen (2002), plantean que algunos instrumentos emplean ítems que evalúan características femeninas más que síntomas depresivos en sí mismos, lo cual conduce a una sobrevaloración de la depresión en las mujeres. Tal es el caso del BDI, que de acuerdo con los autores citados incluye al menos tres ítems que pueden ser asociados con pensamientos y situaciones más propiamente femeninas y que podrían estar introduciendo un sesgo en la evaluación, mucho más cuando las puntuaciones no sólo aparecen distintas para población clínica sino también en el caso de población normal. Estos ítems son referidos a la preocupación acerca del futuro, el llanto y el interés por el sexo. Según Salokangas et al. (2002), hay factores sociales que han marcado el hecho de que las mujeres tiendan a mantener rumiaciones persistentes acerca de sus problemas y esto explicaría la mayor tendencia a puntuar alto en ítems referidos al futuro. Esto podría ser apoyado por otras teorías que hablan de las diferencias en cuanto a las estrategias de afrontamiento y que indican, por ejemplo, que mientras los varones tienden a distraerse de su estado de ánimo a través de actividades físicas o compensatorias como el consumo de alcohol y otras sustancias, las mujeres son menos activas y rumian acerca de las posibles causas e implicaciones de su depresión, con lo cual mantienen el estado de ánimo negativo (Piccinelli y Wilkinson, 2000).

Con respecto al planteamiento de Salokangas et al. (2002) en cuanto a la mayor tendencia de las mujeres a puntuar en los ítems que evalúan llanto, es de señalar que se apoya en la idea de que las diferencias sociales y las normas culturales, han hecho asumir a varones y mujeres roles diferentes, de tal manera que es socialmente permitida la expresión de las emociones a través del llanto en relación con las mujeres más que en los varones. Este mismo planteamiento puede servir de base a su crítica frente a los ítems que indagan por la pérdida de interés por el sexo. Según los autores, típicamente las mujeres tienden a estar menos preocupadas por el sexo que los varones y esto es evidente no sólo en condiciones clínicas sino en condiciones no clínicas y, por tanto, la introducción de estos ítems estaría sobrevalorando la depresión en las mujeres. Sin embargo, si se analiza en detalle la crítica de Salokangas et al. (2002), es posible indicar que justamente una de las áreas en las cuales se pueden encontrar las diferencias de género con respecto a la

depresión sería la social-cultural, como se verá posteriormente, y por lo tanto, la introducción de ítems que valoren estas situaciones puede arrojar mayor luz en relación con la distinción clínica de este trastorno en función del sexo.

Un dato controvertido, por tanto, es si la mayor prevalencia encontrada entre varones y mujeres es real o puede ser explicada por otros factores socioculturales que incrementan las tasas, en especial cuando se habla de niveles medios de depresión (Newman et al., 1999). Coryell, Endicott y Keller (1992), realizaron un estudio de seguimiento de cinco años a 965 familiares de primer grado y cónyuges sanos de personas con algún trastorno afectivo. Sus resultados indicaron que un 10,4% de las mujeres y un 5,5% de los varones presentaron un trastorno depresivo, además, no se encontraron diferencias marcadas entre varones y mujeres frente a la búsqueda de tratamiento, lo cual hace pensar en la evidencia de elementos diferenciales en función del sexo. Estas diferencias se han estudiado de acuerdo con distintos aspectos como se menciona a continuación.

#### **2.3.1.2. Diferenciación clínica**

Con respecto a las manifestaciones clínicas de la depresión, de acuerdo con Piccinelli y Wilkinson (2000) y Kornstein et al. (2000), el perfil de síntomas muestra diferencias entre varones y mujeres. Así, de acuerdo con el primer estudio, las mujeres tienden a expresar más a menudo trastornos del apetito y del sueño, fatiga, ansiedad somática e hipocondría que los varones; mientras que de acuerdo con el segundo estudio además de los cambios en el sueño y las manifestaciones somáticas de la ansiedad, las mujeres expresan mayor retardo motor que los varones. Sin embargo, los datos son contradictorios y en ningún caso concluyentes, puesto que la variabilidad en la sintomatología entre sujetos e intrasujeto hace difícil una estimación a este respecto (Usall i Rodié, 2001).

En cuanto a la comorbilidad y/o la historia de patologías previas, es de indicar que mientras las mujeres muestran una mayor historia de trastornos de ansiedad, los varones desarrollan conductas adictivas y trastornos del comportamiento. No obstante, se muestra mayor comorbilidad en las mujeres que en los varones, lo cual complica la evaluación y da cuenta de un peor pronóstico (Usall i Rodié, 2001).

Otro aspecto en el cual se evidencian diferencias entre varones y mujeres en la depresión es el curso de la enfermedad. Así, además de existir acuerdo entre los investigadores acerca del inicio temprano de la depresión en las mujeres con respecto a los



varones, también se encuentra que la duración de los episodios depresivos suele ser mayor en ellas como consecuencia probablemente, de los estilos cognitivos de afrontamiento mencionados. No obstante, no se identifican diferencias en cuanto a la recurrencia y probabilidad de nuevos episodios (Kornstein et al., 2000; Piccinelli y Wilkinson, 2000 y Üstun y Kessler, 2002).

Los anteriores aspectos dan cuenta de algunas diferencias de sexo en cuanto a la manifestación de la depresión, pero ninguno de ellos parece ser explicativo. A este nivel se han incorporado datos apoyados empíricamente que indican que las experiencias adversas en la infancia, así como la historia previa de ansiedad y depresión en la infancia y la adolescencia, junto con la historia familiar de trastornos mentales, el rol social y la vulnerabilidad psicológica derivada de las estrategias de afrontamiento hacia las situaciones adversas, pueden ser factores que claramente expliquen algunas de las diferencias observadas entre varones y mujeres en cuanto a la depresión.

#### **2.3.1.3. Diferencias atribuidas a experiencias tempranas negativas**

Con respecto al impacto de las experiencias infantiles en la mayor vulnerabilidad a la depresión, se indica que la historia de abuso sexual en la infancia se asocia con cambios neurobiológicos a largo plazo que pueden incrementar la vulnerabilidad a la depresión y dado que las niñas son más propensas (2:1), a sufrir este tipo de abusos que los niños, este hecho puede ayudar a explicar la diferencia de género observada en la depresión en la vida adulta (Simonds y Whiffen, 2003). También se ha indicado que las situaciones de separación/divorcio entre los padres afecta a los niños de manera diferencial, siendo las mujeres las que experimentan mayor sensación de pérdida de cuidado y atención, lo cual puede incrementar el riesgo de depresión en la edad adulta (Piccinelli y Wilkinson, 2000).

#### **2.3.1.4. Historia previa de trastornos mentales personales y familiares**

En relación con la historia previa de trastornos de ansiedad y depresión en la infancia y la adolescencia, se indica claramente el nexo con la edad de inicio, indicando que suele ser más precoz en las mujeres. A esto se unen las implicaciones sociales derivadas, que con frecuencia alteran el desempeño académico y las relaciones interpersonales generando mayor vulnerabilidad frente a futuras depresiones (Kessler, 2003; Kornstein et al., 2000; Piccinelli y Wilkinson, 2000). En la misma línea, la historia familiar de desórdenes afectivos incrementa el riesgo de depresión en mujeres y puede estar asociada con el inicio temprano de la depresión (Kornstein et al., 2000). En este sentido, Klein y Santiago (2003)

sugieren que la historia familiar constituye un factor de riesgo tanto para el trastorno depresivo mayor como para la distimia, de tal forma que habría dos tipos de factores familiares etiológicos, uno de los cuales predispone a la depresión en general y el otro genera especial vulnerabilidad para la depresión crónica.

#### **2.3.1.5. El papel de los roles sociales**

En lo referente a los roles sociales y las normas culturales, se indica que, por ejemplo, el matrimonio suele estar asociado como un factor de riesgo en las mujeres dadas las implicaciones que tiene el asumir el rol doméstico en detrimento del desarrollo profesional en muchos casos, o, por otra parte, la sobrecarga que supone para muchas mujeres mantener el rol de ama de casa al mismo tiempo que desempeña un papel en el mercado laboral. A esto se unen los estereotipos sociales, en relación con las labores domésticas y el estrés añadido al cuidado de los niños y el manejo general de las situaciones del hogar (Piccinelli y Wilkinson, 2000). En el mismo sentido, se indica que las mujeres muestran mayores niveles de insatisfacción frente a los roles sexuales (Kessler, 2003). No obstante esto puede resultar contradictorio con otros datos que indican que la depresión suele ser mayor en las personas solteras, separadas y viudas frente a las que mantienen una vida en pareja, dado el papel que se otorga al soporte social como elemento protector frente a la depresión, mucho más cuando se indica que las mujeres son especialmente sensibles al establecimiento y mantenimiento de las redes sociales y más propensas a desarrollar estilos de relación vinculados con la sociotropía (Widiger y Anderson, 2003). Aún así, muy probablemente, ambos datos sean ciertos y relevantes, sólo que al identificar el matrimonio como fuente de estrés para las mujeres se está haciendo mayor énfasis en el impacto del rol social de madre y cuidadora, por encima de la percepción de apoyo social que representa la condición de vivir en pareja.

#### **2.3.1.6. Vulnerabilidad cognitiva**

Con respecto a la vulnerabilidad psicológica derivada de las estrategias de afrontamiento asociadas a los eventos vitales estresantes, es de señalar que se ha dado especial importancia a los estilos cognitivos, que como se indicó previamente, muestran una especial tendencia de las mujeres a mantener el estado de ánimo negativo a través de la preocupación permanente y los sentimientos de culpa y atribución interna negativa (Piccinelli y Wilkinson, 2000, Simonds y Whiffen, 2003). En el estudio de Peeters, Nicolson, Berkhof, Delespaul y deVries, (2003), con respecto a la influencia de los eventos

diarios y sus efectos en la depresión, se indica que, en las personas no depresivas no se aprecian diferencias en cuanto a la cantidad y frecuencia de eventos negativos. Sin embargo, en estas personas sí se evidencia una tendencia a recuperarse más lentamente de sus efectos como consecuencia, probablemente, del estilo de pensamiento asociado con la depresión, que lleva a hacer interpretaciones negativas y generalizadas de dichos acontecimientos y a enlazarlas con historia previa de eventos estresantes en función de la teoría del recuerdo ligado al estado de ánimo. Así, los eventos vitales estresantes o simplemente los eventos negativos cotidianos, podrían suponer un factor de riesgo diferencial entre varones y mujeres para la depresión, en la medida que suponen la puesta en marcha de mecanismos de afrontamiento menos eficaces con respecto a las personas no depresivas, lo cual aumentaría su vulnerabilidad.

#### **2.3.1.7. Diferencias atribuidas al funcionamiento hormonal**

Algunas investigaciones se han centrado en el papel del sistema hormonal y su influencia diferencial en la depresión, sin embargo, los datos son contradictorios. De un lado, los estudios indican que existe una relación directa entre el funcionamiento de las gónadas y la modulación del afecto, de manera que la mayor prevalencia de depresión en la adolescencia en las mujeres podría ser explicada a partir de este hecho (Bebbington, 1996; Piccinelli y Wilkinson, 2000). Además, de acuerdo con lo expresado por muchas mujeres en relación con los cambios de humor asociados a los periodos premenstruales, durante el embarazo y en el posparto, en la menopausia, durante el uso de anticonceptivos orales y de terapia hormonal sustitutiva, puede pensarse en el efecto modulador del sistema hormonal (Kessler, 2003). Aunque, por otro lado, Kornstein et al. (2000), no encontraron datos que apoyen la diferenciación entre síntomas en varones y mujeres pre y postmenopáusicas.

Adicionalmente, se atribuye un peso importante al papel del circuito hipotalámico-pituitario-adrenal en el inicio de la depresión, indicando que el efecto de este eje es más reactivo en las mujeres. Además, se ha encontrado un nivel diferencial en los marcadores de cortisol con respecto a la edad, identificado especialmente en las mujeres jóvenes y no en el período de la postmenopausia, sugiriendo que los cambios hormonales durante el ciclo menstrual pueden contribuir a un desequilibrio en los niveles de cortisol en plasma (Piccinelli y Wilkinson, 2000, Usall i Rodié, 2001).

Los datos mencionados anteriormente pueden resumirse indicando que la edad temprana de inicio en la depresión junto con la historia familiar de trastornos afectivos, el mayor informe de síntomas, el peor ajuste social y la peor calidad de vida en las mujeres

sugiere que la cronicidad de la depresión puede afectarlas de manera más intensa frente a los varones y, por tanto, ni las teorías puramente biologicistas (basadas en el efecto hormonal), ni las puramente psicológicas (estilos de afrontamiento), ni las puramente sociológicas (roles sociales y sexuales), son suficientes para explicar las diferencias de género presentes en la depresión y por el contrario invitan a la construcción de un marco teórico integrado que de cuenta de la complejidad subyacente a tales diferencias (Kornstein et al., 2000, p. 9).

#### **2.4. Costes sociales y económicos de la depresión**

Tal como se ha enunciado previamente, los trastornos del estado de ánimo, especialmente la depresión, son responsables de buena parte de la morbilidad y mortalidad general, después de las enfermedades coronarias y los accidentes de tráfico (Michaud et al., 2001). Este hecho pone de relieve la importancia de la depresión en el marco de los análisis de la salud pública, más allá de los datos de epidemiología y referidos a los costes que acarrea su intervención y tratamiento.

Los efectos sociales y económicos de los trastornos del ánimo incluyen alteraciones funcionales relacionadas con la calidad de vida, discapacidad y baja productividad laboral, así como el incremento en la utilización de los servicios de salud (Simon, 2003). Con respecto a la calidad de vida, indicar que distintos estudios muestran cómo la condición de pacientes con alguna enfermedad médica y depresión, es bastante peor que la de pacientes que sólo presentan síntomas de enfermedad clínica y obviamente que la condición de la población general (Alonso et al. 2004a; Hakkaart-van Roijen et. al. 2004; Maddux, Delrahim y Rapaport, 2003; Michaud et al., 2001; Pincus y Pettit, 2001; Wells et al. 2000). Con respecto a la distimia, los datos son similares e indican que las personas que presentan este trastorno, junto con alguna enfermedad médica, perciben su salud como mucho peor que los pacientes sin comorbilidad con distimia, asimismo, se muestran mucho más preocupados por su salud y reportan niveles de dolor e incapacidad mayores que los de pacientes donde no se presenta distimia. En la misma línea, se indica que los costes por utilización de los servicios de salud se incrementan en las personas donde se presenta comorbilidad con distimia frente a aquellas que no sufren este trastorno (Bell et al. 2004).

Por su parte, la disminución en la productividad laboral evaluada a través de las bajas frecuentes por enfermedad y de los accidentes de trabajo, como consecuencia de la depresión, indica que este trastorno produce incapacidad alta y supone un incremento en

la utilización de los servicios de salud y por lo tanto en los costes económicos derivados de este hecho (Chisholm et al. 2003; Druss, et al. 2001; Pincus y Pettit, 2001; Simon, Chisholm, Treglia y Bushnell, 2002; Simon et al. 2000; Simon et al., 2001; Wang, Simon y Kessler, 2003). De acuerdo con Chisholm et al. (2003), el nivel de ajuste y los costes asociados a la utilización de los recursos y la discapacidad laboral mostraron una clara, aunque no significativa tendencia a ser mayores en los casos de depresión clínica frente a la subclínica y en las condiciones de comorbilidad frente a los casos donde sólo se presentaba depresión, de tal forma que el incremento en los costes de salud aumentó entre un 17 y un 46% en 5 de las 6 ciudades analizadas en el estudio. Por su parte, en lo que se refiere a la estimación de los costes por pérdida de días de trabajo, se indica que se perdieron una media de 3,7 días (con un rango de 1,5 y 8,1 en las seis ciudades) con respecto a la línea de base establecida en los tres meses previos a la evaluación. Estos datos, llevados a términos económicos suponen un coste de 225 dólares por persona, sin contar el decremento en la productividad ocasionado por la depresión aún en los casos donde no se da baja laboral.

De acuerdo con lo anterior, puede entenderse cómo la depresión genera una serie de costes directos e indirectos. Los primeros asociados a la frecuente utilización de los servicios de salud, esto incluye las consultas profesionales, los exámenes diagnósticos y los medicamentos; mientras que los segundos se refieren a los costes ocasionados por las bajas laborales y la disminución en la productividad. En el estudio de Hakkaart-van Roijen et al. (2004) se indica por ejemplo, que en Holanda los costes directos se estimaron para el año 2003 en 454 millones de dólares, mientras que los costes indirectos supusieron un total de 1,37 billones de dólares. En Inglaterra se calcula que el costo anual de la depresión supera los 9 billones de libras, de los cuales 370 millones se refieren a costos directos (Thomas y Morris, 2003).

Por su parte, Sullivan, Simon, Spertus y Russo (2002) en un estudio con población estadounidense donde compararon pacientes con problemas cardíacos con depresión y pacientes sólo con afecciones cardíacas, encontraron que en el primer grupo los costes médicos eran significativamente más altos que en el segundo grupo. Así, la media anual de costes por paciente fue de 7.474 dólares en el caso de los pacientes sin depresión, 11.012 dólares en los pacientes que tenían prescripción de antidepresivos solamente y 9.550 dólares en los pacientes donde se daba comorbilidad entre depresión y enfermedad coronaria, lo cual muestra cómo los costes son mayores entre un 26% y un 29% en los casos donde se presenta depresión. Un dato de especial relevancia es aportado por Birnbaum, Leong y Greenberg (2003) en relación con los costes de la depresión en

mujeres. Si se considera que este grupo es más propenso a desarrollar este tipo de trastornos dado que la prevalencia anual de la depresión en mujeres es del 12,9%, casi el doble de la prevalencia en los varones (7,7%) mientras que la prevalencia a lo largo de la vida se estima que en las mujeres alcanza el 21,3% y en los varones el 12,7%, se calcula también que los costes de este trastorno son diferentes entre varones y mujeres. De este modo, mientras se indica que en 1990 en EE UU los costes de la depresión fueron altos (entre 43 y 53 billones de dólares), cerca de 16,8 billones de dólares corresponden a los costes generados por la depresión en mujeres frente a los 16,2 billones que se gastaron en los varones que presentaron depresión.

La estimación del peso de la enfermedad se ha hecho a través de un constructo denominado DALY (disability-adjusted life year), en función de los datos de severidad de los síntomas, calidad de vida, nivel de funcionamiento, costos del tratamiento y resultados. Es un estimativo de la pérdida de años de vida saludable ocasionada por la muerte prematura, así como a los años vividos con discapacidad. De acuerdo con este estimativo, Scott y Dickey (2003) indicaron que para las personas de entre 15 y 44 años la depresión explica el 10% del total de DALYs. En la misma línea, Üstun, Ayuso-Mateos, Chatterji y Murray (2004), utilizando esta misma estimación (DALY) indicaron que la depresión ocupó el cuarto lugar como causa de enfermedad en el año 2000 dando cuenta de 4,4% del total de DALYs y explicando casi un 12% del total de discapacidad en el ámbito mundial para el mismo año. Por su parte, Blehar y Keita (2003), citando datos del *The Global Burden of Disease Study*, indican que para el caso de las mujeres, la depresión constituye la primera causa de discapacidad en el ámbito mundial, lo cual se revierte en altos costes como se viene indicando (Murray y López, 1996). Así, Birnbaum, Leong y Greenberg (2003) estiman que las diferencias de género con respecto a la depresión representan los mayores costes para el caso de las mujeres ya que ellas experimentan una mayor severidad de la enfermedad (Kornstein et al., 2000); al mismo tiempo indican que las mujeres tienden a presentar mayor comorbilidad incluyendo alteraciones tiroideas, condiciones reumatológicas y migrañas.

Otra evidencia de los altos costes acarreados por las enfermedades mentales, entre ellas la ansiedad y la depresión, son los datos sobre el consumo de medicamentos. Un estudio reciente realizado en España indica que el aumento en el consumo de ansiolíticos e hipnóticos se ha disparado en los últimos años en los países occidentales (García del Pozo et al., 2004). Así, mientras en 1995 la utilización de estos medicamentos era de 39,71 Dosis Diarias Definidas (DDD) por cada 1.000 habitantes/día, en 2002 este consumo se elevó a

62,02 DDD por cada 1.000 habitantes/día, siendo especialmente la población mayor de 65 años la que mantiene los consumos más elevados. Se ha planteado que probablemente se recurra a estos tratamientos como intento de respuesta a problemas sociales como la jubilación, la pérdida del cónyuge, la ausencia de los hijos del hogar y la notable soledad experimentada por este grupo de personas (García del Pozo et al., 2004).

En un estudio previo con pacientes hospitalizados con distintas patologías médicas, Crespo et al. (2001) encontraron que un 21,8% de estos pacientes, además, tenía historia psiquiátrica previa y que un 26,3% había recibido tratamiento psicofarmacológico, siendo los fármacos más utilizados las benzodiazepinas y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), especialmente la fluoxetina, tratamientos que en algo más del 20% habían sido prescritos por el médico de familia, en cerca de un 32% por un psiquiatra y en un 46% por otros profesionales que no se especifica a qué se dedican, sin olvidar la alta automedicación que se observa y se identifica mediante las encuestas de salud (Tradé Rodríguez y Reneses Sacristán, 2002).

Los estudios de epidemiología psiquiátrica en población general y en situaciones de atención primaria en Europa muestran el gran peso de las enfermedades mentales, indicando, por ejemplo, cómo la gente con uno o más desórdenes mentales presenta mayores niveles de discapacidad funcional que las personas sin trastornos mentales. Dicha discapacidad funcional puede tener mucho impacto en el bienestar personal, las relaciones sociales y la productividad laboral, debido a la combinación del impacto medio o moderadamente severo de los trastornos mentales en el funcionamiento y la calidad de vida, así como a la alta prevalencia, edad temprana de inicio y curso recurrente y crónico de muchos de los trastornos del ánimo y trastornos de ansiedad (Alonso et al., 2004a).

Los datos anteriores muestran el impacto que, sobre la salud pública, tienen las enfermedades mentales, en especial los trastornos del estado del ánimo y aunque los costes son altos en términos económicos y representan un gran problema social, no hay que olvidar que el principal coste que acarrea el padecer una enfermedad como la depresión es el sufrimiento y deterioro que produce en quien la experimenta y en su entorno inmediato, aunque estos costes no sean expresables en cifras pero, sin embargo, sí son impagables.





**MARCO CONCEPTUAL**

**3. CONCEPTUACIÓN DE LA  
DEPRESIÓN**



### **3. ACERCA DEL CONCEPTO DE DEPRESIÓN**

#### **3.1 El problema de la definición.**

Aunque probablemente sería deseable haber comenzado por definir a qué se llama depresión, antes de hablar de los datos epidemiológicos y de los costes asociados con el tratamiento, se ha considerado pertinente hacerlo de esta manera ya que se muestra, en todo caso, la forma en que se ha venido abordando este asunto a lo largo de historia de la depresión. Lo anterior da cuenta de la ausencia de una definición consensuada en relación con los síntomas patognomónicos y, por lo tanto, de la dificultad para establecer un diagnóstico diferencial de la depresión con respecto a otros trastornos en función de algunos síntomas, a pesar de la importancia que se le otorga dentro de las políticas de salud pública y de los múltiples esfuerzos por establecer acuerdos en relación con su descripción clínica, como los que se recogen en los manuales diagnósticos vigentes.

La definición de cualquier concepto en psicología amerita una revisión referida a su introducción y uso dentro del lenguaje psicológico, como una forma de encontrar, además, nexos y explicaciones contextuales que permitan identificar el sentido que se le otorga a las palabras en determinados momentos históricos y a través de las diferentes líneas de pensamiento. En este sentido, el término que ocupa el interés del presente apartado, la depresión, constituye, sin lugar a dudas, uno de los conceptos psicológicos más controvertido en tanto muchas palabras se han utilizado como sinónimos, sin serlo realmente, lo cual ha confluído en una gran confusión terminológica que va más allá de los límites de la definición y se extiende al terreno de la evaluación de este importante cuadro clínico como se verá más adelante.

Junto con la utilización, muchas veces equiparable, de términos como depresión, melancolía, aflicción, tristeza o abatimiento, entre otros, un elemento adicional que añade complejidad a la definición de la depresión es el uso que se ha dado al concepto para referir distintos estados de aflicción. Así, se reconoce como propio de la naturaleza humana el experimentar sentimientos de tristeza, desconsuelo, desánimo y desilusión, de la misma manera que se experimentan otros sentimientos como la alegría o la rabia, la apatía, la indiferencia, el júbilo o la sorpresa, y por lo tanto, carecen del calificativo de patológicos el cual sólo se adquiere a partir de la persistencia y severidad de dichos sentimientos. La distinción entre los sentimientos de tristeza y la depresión está dada en palabras de Alonso-Fernández (1988) por la presencia de una causa concreta y definida relacionada con alguna incidencia o acontecimiento vital, en el caso de la tristeza, en cambio en la depresión, indica

que se trata de sentimientos profundos y difusos que aparecen reflejados en la mayoría de los procesos mentales y corporales (p. 2). Adicionalmente, se han utilizado los conceptos de depresión y melancolía de manera indistinta para referir cierta forma de temperamento o tipo de carácter con determinado tono y disposición emocional tampoco considerado como patológico y por el contrario, muchas veces enaltecido, en cierta forma, como una predisposición natural favorecedora de la creación y el desarrollo del ingenio.

Lo anterior muestra una tradición en cuanto al uso indiferenciado de términos como depresión y melancolía para expresar nociones que por el contrario, sí están diferenciadas y que pueden resumirse, de manera muy general, en tres perspectivas diferentes: como síntoma, como enfermedad o síndrome y como humor o carácter.

### **3.1.1. La depresión como síntoma**

Se refiere a la presencia del ánimo bajo o decaído, que suele acompañar a muchas entidades clínicas, no sólo mentales sino también físicas. Se refiere a un estado de ánimo triste, experimentado como displacentero y marcado por el pesimismo frente al futuro y frente a sí mismo. Como síntoma, va más allá de las habituales y normales variaciones en el estado de ánimo y se manifiesta con frecuencia en el contexto de una enfermedad física o de otros cuadros psicopatológicos (Schramm,1998), de ahí que sentirse triste no sea un criterio suficiente para establecer el diagnóstico de depresión (Vázquez, 1990).

### **3.1.2. La depresión como enfermedad o síndrome**

Como enfermedad, la depresión se refiere a la presentación organizada de un conjunto de síntomas que obedece a causas, bien orgánicas (alteración hormonal, disfuncionalidad en los neurotransmisores, entre otras); situacionales (duelo, momento vital estresante) o sin causa aparente pero que el paciente refiere como surgida desde su interior (depresión endógena). Se trata de un patrón específico de diferentes síntomas que aparecen de forma simultánea, se mantienen durante largo tiempo y producen malestar o deterioro clínicamente significativos (Buela-Casal et al., 2001). Además, connota un empobrecimiento de la energía que se traduce en sensación de aburrimiento y desgana, el cual involucra al mismo tiempo el deseo y la voluntad. En la misma línea se observa un enlentecimiento cognitivo, disminución en el rendimiento laboral y torpeza en la mayoría de las actividades, incluidas las que involucran procesos más automáticos. Adicionalmente se refiere agotamiento, tendencia al reposo y dificultad para levantarse. En cuanto a las relaciones interpersonales se identifica un patrón introvertido, intolerante e hipersensible que lleva a

las personas a aislarse y a sentirse poco comprendidas cuando los otros le insinúan lo exagerado de sus reacciones. En el plano vegetativo se observan modificaciones en los hábitos alimenticios y el ritmo de sueño Buela-Casal et al. (2001).

Es de indicar que a diferencia de la connotación de síndrome, lo que caracteriza una enfermedad es la existencia de un conocimiento o presunción de patogenia y no sólo la presentación de un conjunto de síntomas. Este ha sido quizá el uso más persistente a lo largo de la historia y por supuesto el que ha ocupado el interés, primero de la psiquiatría, desde el siglo XVII y luego de la psicología, y constituye al día de hoy, uno de los grandes problemas de salud pública además de unos de los principales tópicos en la investigación médica y psicológica.

No obstante, no es fácil establecer la diferencia entre el abatimiento normal y el patológico. De acuerdo con algunos autores la diferencia se establece desde el punto de vista de gravedad, esto es, la intensidad cuantitativa de los síntomas (Beck, 1976, Goldberg y Huxley, 1992). Para otros autores como Akiskal (1983) y Andreasen (1985), la depresión patológica se diferencia cualitativamente de la normal ya que afecta de manera global el funcionamiento de las personas y de alguna manera, muestra cierta autonomía de la voluntad de quien la padece. La dificultad para establecer esta diferencia puede estar a la base del subregistro de casos que hace que la depresión sea un trastorno insuficientemente diagnosticado y tratado ( Buela-Casal et al. 2001).

### **3.1.2.1. Los síntomas de la depresión**

Como se ha indicado previamente, uno de los tropiezos en la definición de la depresión es la ausencia de criterios consensuados en relación con cuáles son los síntomas característicos de este trastorno, en especial por lo que se refiere a la alta comorbilidad y a la presencia de síntomas que se comparten con otras entidades clínicas lo cual se ve reflejado en los instrumentos de evaluación (Agudelo et al., (en prensa); Buela-Casal et al., 2001; Peñate, 2001; Spielberger et al., 2002a, 2002b). De acuerdo con lo anterior, hay síntomas como los referidos al sueño, el apetito y la actividad motriz que pueden estar presentes tanto bajo la forma de exceso como de déficit conductual, con lo cual pueden variar entre las personas y entre episodios, de tal manera que se puede hacer un diagnóstico considerando tanto la agitación como el enlentecimiento motor, el aumento como la pérdida de apetito y la hipersomnía igual que el insomnio. Además, estos síntomas están presentes en otras entidades clínicas e incluso pueden constituir en si mismos, cuadros

clínicamente diferenciados como son los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos del sueño (Agudelo et al.(en prensa); Buela-Casal et al., 2001; Peñate, 2001).

De acuerdo con Vázquez (1990) y Schramm (1998) y pese a la diversidad de síntomas que suelen asociarse con la depresión, se han identificado cinco grandes núcleos de síntomas que intentan recoger el amplio espectro que estos pueden representar a través de las personas y también a través de los distintos episodios.

**Síntomas afectivos:** la tristeza es considerada como uno de los principales síntomas asociados con la depresión, aún cuando es un hecho que desde los manuales de clasificación, no es un requisito para emitir el diagnóstico (Buela-Casal et al., 2001) e incluso, como ya se señalara anteriormente, puede estar ausente en algunos casos (Bousoño García, Fernández Dominguez, González-Quiros Menéndez de Luarda y Bobes García, 2003; Peñate, 2001). Sin embargo, se estima que se encuentra presente en un 90% de los pacientes y, además, se constituye en la primera queja de la mitad de ellos (Klerman, 1987, citado por Buela-Casal et al., 2001).

De manera general, puede indicarse que la expresión emocional de la tristeza suele estar sujeta a variaciones culturales, siendo expresada a veces como sensación de vacío, otras como abatimiento y desesperanza, en otros casos como estado ansioso e inquieto o como en el caso de niños y adolescentes, como afecto irritable (Schramm, 1998).

**Síntomas conductuales:** la pérdida de interés y de la capacidad para el disfrute, junto con la tristeza, son también características de la depresión y se manifiestan como rechazo a tomar parte de las actividades cotidianas (Buela-Casal et al., 2001). Los cambios a nivel conductual tienen que ver con la dificultad para levantarse, el descuido en la presentación personal, la cantidad de energía requerida para realizar actividades rutinarias y el retardo o la agitación psicomotora evidenciada en conductas como movimientos permanentes, fumar excesivamente, comerse las uñas, entre otros. También se afectan la postura corporal, el ritmo de la voz y la fluidez del lenguaje.

**Síntomas cognitivos:** estos síntomas hacen referencia, fundamentalmente, a la disminución o pérdida de la capacidad de concentración, al igual que para tomar decisiones y para pensar en general. También se refiere alteración en la memoria que en los ancianos puede tomarse, de manera errónea, como un síntoma de demencia, aunque también es claro que a veces la manera en que aparece la demencia en ancianos es a partir de un episodio depresivo según se indica en el DSM-IV-TR (2002).

Por otra parte, el propio estilo de pensamiento se ve alterado en las personas deprimidas. Beck, Rush, Shaw y Emery (1983), plantean que las personas deprimidas se

caracterizan por mostrar un pensamiento negativo acerca de sí mismos, el mundo y el futuro, representando lo que ellos llamaron la tríada cognitiva, al servicio de la cual aparecen determinados modos de procesamiento de la información denominados distorsiones cognitivas.

Las ideaciones suicidas suelen ser otro síntoma cognitivo que acompaña la depresión aunque su gravedad varía entre las personas y va desde las ideas recurrentes de que los otros estarían mejor si uno muriera hasta planes concretos de suicidio.

**Síntomas somáticos:** estos síntomas son regularmente los que mayor malestar representan para el paciente y, por tanto, son en general, la causa de la búsqueda de consulta. Dentro de los más significativos se cuentan las alteraciones del sueño, en especial el insomnio, aunque a veces también se presenta hipersonmia. De acuerdo con Cano-Lozano (1998) los trastornos del sueño suelen ser los últimos en aparecer en la depresión, pero también los últimos en remitir. También se incluyen los síntomas relacionados con la fatiga, la pérdida o aumento del apetito y la disminución del deseo sexual, así como las recurrentes quejas somáticas bien sea como nuevos síntomas o como el recrudecimiento de lesiones previas.

**Síntomas interpersonales:** las relaciones interpersonales suelen estar especialmente afectadas y ser manifiestas en especial pérdida del interés por los demás; adicionalmente, estos pacientes suelen ser objeto del rechazo de los otros como consecuencia de las reiteradas quejas del paciente que hacen que los demás expresen cierta incomodidad hacia él. Además, estos pacientes muestran una disminución en sus habilidades sociales y en su capacidad para comunicarse lo cual dificulta su interacción. Las alteraciones a este nivel suelen asociarse con un peor curso de la depresión, ya que el nivel de deterioro en el funcionamiento se amplía a la mayoría de las esferas de la vida del sujeto y se constituye en un elemento mantenedor del sufrimiento del paciente (Barnett y Gotlib, 1988).

Los síntomas recogidos en el esquema anterior muestran su congruencia con los criterios diagnósticos establecidos en los sistemas de clasificación vigentes en la actualidad, lo cual indica, que con ciertas limitaciones, puede hablarse de un consenso en cuanto a la forma de hacer un diagnóstico de depresión. No obstante, el problema fundamental que se viene señalando aquí es en cuanto a la definición característica de la depresión con respecto a otras entidades clínicas, dado el alto grado de comorbilidad que ya se ha señalado y que muestra cómo muchos trastornos pueden coexistir en un paciente o cómo muchos de los síntomas que se requieren para hacer un diagnóstico de depresión también se emplean

como criterios diagnósticos para otros trastornos. Por tanto, identificar lo patognomónico de la depresión resulta ser bastante complejo, aunque siguiendo a Maser y Cloninger (1990), es difícil en psiquiatría, encontrar síntomas o signos individuales que sean propios y exclusivos de una enfermedad en particular, lo cual también supone, que ninguna característica es necesaria y suficiente para definir un desorden psiquiátrico, con lo cual los criterios diagnósticos están basados en la historia natural de un determinado trastorno el cual se define en función del tipo, número, secuencia de inicio y duración de múltiples e inespecíficos signos y síntomas (Maser y Cloninger, 1990, p. 10).

### **3.1.3. La depresión como tipo de carácter**

Como humor la depresión se refiere a la falta de placer, de alegría y por lo tanto a la presencia de anhedonia, de manera persistente y relacionada con la mayoría de las esferas de la vida. No obstante, es de indicar que los sentimientos de abatimiento y tristeza son inherentes a la condición humana y, además, es suficientemente conocido el papel de la capacidad para expresar sentimientos depresivos en la supervivencia y posterior evolución de la especie humana (Buela-Casal et al. 2001). De acuerdo con Pérez Álvarez (2003), la depresión y de forma general, la tristeza, cumplen ante todo, antes de ser un trastorno psicológico, funciones adaptativas en situaciones en las que la alegría y la motivación no fueran convenientes:

...el desinterés que opera la tristeza puede llevar a dejar de hacer cosas que no tiene sentido en las circunstancias actuales. De cierta manera, ahorran un esfuerzo inútil. Aunque en principio supone una pérdida, puede que sea la condición para alguna ganancia (Pérez Alvarez, 2003, p.135.).

En la línea de lo anterior, el hecho de dejar de hacer lo que se hacía reduce las respuestas de las personas, pero abre la puerta a nuevas motivaciones. Así, dado que la tristeza, o mejor la depresión, es una emoción des-confortable, implica por lo menos la motivación para hacer algo que la evite, ahí surge, con frecuencia, la búsqueda de ayuda. Todo esto permite ver el valor adaptativo de la depresión y la tristeza, que por lo tanto, refiere un carácter mucho más estable y duradero no sólo en la filogénesis, sino también en la ontogénesis. Esta manera de percibir un rasgo más estable dentro de la personalidad ha sido objeto de múltiples teorías siendo particularmente importante la tradición introducida por Aristóteles en relación con la asociación entre esta disposición del carácter y el desarrollo de valores y habilidades espirituales referidas a la creación.



Probablemente estas dos tradiciones: la concepción de enfermedad y la definición de cierto tipo de carácter sean las que han marcado un proceso histórico que ha significado por un lado, una gran preocupación por una afección compleja que causa, además, mucho malestar en quien la padece, y por otro lado, cierta exaltación y reconocimiento como fuente de inspiración.

Dado que el énfasis de la presente investigación gira en torno a la concepción de la depresión como trastorno y por lo tanto, la mayor parte de las aportaciones van en esta línea y ocupan prácticamente la totalidad del trabajo, sólo se hará una breve mención de otra vertiente, llamada con fines didácticos, *filosófica*. Esto como una forma no sólo de identificar otra manera de percibir la depresión, sino como medio para comprender incluso, algunos aspectos que pueden ser esclarecedores de la actual forma de concebir la depresión y a las personas que la experimentan en función de la consideración de la existencia de cierta disposición del espíritu/personalidad depresiva. Unido a lo anterior, surge la consideración de la relación entre depresión y arte a la cual también se hará una alusión general.

### **3.2. Otras perspectivas en el empleo del concepto de depresión**

Tal como ya se ha señalado, paralelamente al desarrollo y expansión del conocimiento en relación con la enfermedad denominada melancolía, hubo otros matices que se han mantenido hasta la actualidad y que marcaron importantes caminos en la construcción del significado de la melancolía a lo largo de la historia. Dentro de estas perspectivas se encuentra desde luego la filosófica, partiendo de la importante asociación que siempre ha existido entre este tipo de pensamiento y el desarrollo de otras formas de conocimiento como la medicina, la matemática y las artes.

Sería muy pretencioso hacer una revisión teórica exhaustiva del lugar que ha tenido la depresión y/o la melancolía en el pensamiento filosófico a lo largo de la historia, por lo tanto únicamente se mencionarán algunos aspectos muy generales que permitan ilustrar la posición de la filosofía en el debate sobre la melancolía.

Habría que empezar indicando cómo el acercamiento a la temática de la melancolía se sitúa en el terreno del abordaje de las pasiones y en el problema del alma. Para Aristóteles, el alma es la forma del cuerpo y en ella residen las pasiones, la melancolía asume la forma, de un lado, de cierta predisposición del carácter, y por otro lado, de una afección del ánimo. Santo Tomás de Aquino por su parte introduce elementos fundamentales que, manteniendo las ideas aristotélicas básicas, fundan la inserción del tema

de las pasiones dentro del campo psicológico. Descartes a su vez, establece una ruptura epistemológica fundamental en occidente al separar el alma del cuerpo, indicando que la primera está constituida de pensamiento mientras que el cuerpo se considera una extensión del alma. Así, las pasiones se empiezan a ver desde una perspectiva fisiológica si de lo que se habla es de sus manifestaciones corporales, o psicológica, si se refiere al sentir de las personas.

En oposición a Descartes, y en otro extremo de la discusión, surge otra forma de pensamiento empirista al lado de Bacon y Hume, según los cuales todo conocimiento debe provenir de la experiencia sensible y no del *cogito* y, por tanto, son las ciencias naturales y no las ciencias del razonamiento quienes deben orientar el conocimiento válido. La influencia de estas posiciones en relación con la melancolía marca dos sentidos distintos obviamente, por un lado, un profundo énfasis “psicologicista” y por el otro lado, la gran tradición “biologicista”, ambas relevantes en los posteriores y actuales enfoques en la aproximación al fenómeno del comportamiento humano.

Ahora bien, como ejemplos paradigmáticos de la visión pesimista asociada con la melancolía y cierta forma de “dolor de existir” aparecen, sin lugar a dudas, las posturas de Schopenhauer sobre lo que se ha llamado filosofía del pesimismo y, por otro lado, los aportes de Cioran desde su perspectiva nihilista e inscrita en la filosofía de la desesperanza. Schopenhauer plantea que la tragedia de la vida surge de la naturaleza de la voluntad, que incita al individuo sin cesar hacia la consecución de metas sucesivas ninguna de las cuales puede proporcionar satisfacción permanente a la actividad infinita de la fuerza de la vida o voluntad. Parte de la noción de la existencia como un hecho arraigado en la miseria, el dolor y la lucha sin fin en donde los propósitos y los fines son ilusorios. En su teoría sobre el dolor del mundo, Schopenhauer plantea que la sensibilidad al dolor es casi infinita, mientras que la del placer tiene límites restringidos y aunque las desgracias particulares pueden ser excepcionales, lo que sí es una regla general es la infelicidad (Schopenhauer, 1998).

Por su parte, Cioran, también inscrito dentro de la filosofía pesimista, desarrolla la filosofía de la desesperanza como la demostración de la pérdida de valor de toda acción. Es la exaltación del fracaso, del escepticismo no como doctrina sino como ejercicio, del abismo como forma de caer en la disolución de la nada. En esta misma línea habla del suicidio como una forma de ser dueño de la existencia y su fin como exaltación de la libertad para escapar de una realidad impuesta que supone el sufrimiento continuo en

donde no hay camino posible que no conduzca a la manifestación de la decadencia (Cioran, 1979).

Tanto Schopenhauer como Cioran exhiben en sus planteamientos una posición cercana a lo que se identifica como carácter melancólico en cuanto no se refiere a un momento puntual y circunstancial sino a toda una filosofía de vida que entraña una cosmovisión y una forma particular de relación con el mundo. Son dos posiciones que ilustran, además, lo que Aristóteles llamara el “genio creador” para referirse a la disposición del espíritu que acompaña a algunas personas y que se muestra con especial claridad en los grandes creadores. Esta tradición es la que permite ver la relación de la melancolía con las artes.

La alusión a la relación entre melancolía y creación fue iniciada por Aristóteles mediante la introducción de la pregunta: “¿por qué todos aquellos que han sido eminentes en la filosofía, la política, la poesía o las artes son abiertamente melancólicos y algunos de ellos hasta el punto que llegaron a padecer enfermedades producidas por la bilis negra?” (Jackson, 1989), denotando, de esta forma, la temprana preocupación por la afección del ánimo pero no sólo en el sentido de enfermedad, sino como bien se deja entrever en su pregunta y en la formulación del “genio melancólico”, por el carácter favorecedor y creador de los sentimientos asociados a este tipo de temperamento.

Lo anterior muestra claramente cómo, si bien es cierto que el concepto de depresión ha sido introducido dentro de la psiquiatría y la medicina hace relativamente poco tiempo, también está claro que su uso se extiende y es previo en disciplinas como la filosofía, la historia, la literatura y las artes en general, recurriendo para ello al concepto de melancolía.

Desde la mitología griega aparecen alusiones a la relación entre la valentía, la inteligencia y otras virtudes con la melancolía. Al revisar por ejemplo la narración de Homero en la *Ilíada* acerca de la tristeza de Belerofonte, queda evidenciada de manera clara una descripción de algunos de los síntomas que hoy se atribuyen a la depresión y se muestra, además, la relación con la bilis negra de la que habla la teoría humoral como causante de esta afección, señalando cómo “la miseria melancólica de Belerofonte debida al abandono de éste por parte de los dioses, no tenía más remedio que esperar a conseguir recobrar la benevolencia divina para librarse de ese –negro-pesar” (*La Iliada*, Canto VI).

Por su parte también Shakespeare muestra en el relato de Hamlet, la imagen de un hombre profundamente abatido tras la muerte de su padre y la sucesión de hechos dolorosos que son ilustrados de manera elocuente en apartados como el siguiente:

...¡No es sólo mi negro manto, buena madre, ni el obligado traje de riguroso luto, ni los vaporosos suspiros de un aliento ahogado, no, ni el raudal desbordante de los ojos, ni la expresión abatida del semblante, junto con todas las formas, modos y exteriorizaciones del dolor, lo que puede indicar mi estado de ánimo! Todo esto es realmente apariencia, pues son cosas que el hombre puede fingir; pero lo que dentro de mí siento, sobreempuja a todas las exteriorizaciones que no vienen a ser sino atavíos y galas de dolor ( p. 34)

Otras referencias en la literatura que hablan del espíritu creador de hombres afectados por cierta suerte de melancolía se encuentra, por ejemplo, en los llamados poetas malditos, entre ellos Rimbaud y Baudelaire. Este último relata, a propósito de su relación con la enfermedad que lo llevó a la muerte un sentimiento de vacío común a las afecciones del ánimo:

En lo moral como en lo físico, siempre he tenido la sensación del abismo, no solamente del abismo del sueño, sino del abismo de la acción, del ensueño, del recuerdo, del deseo, del pesar, del remordimiento, de lo bello, del número, etc. He cultivado mi historia con regocijo y con terror... y hoy he sufrido una singular advertencia: he sentido pasar sobre mí, el viento del ala de la imbecilidad (Baudelaire, 1974, p. 20).

Por otra parte, en lo que se refiere a la pintura, no puede dejar de mencionarse a Van Gogh quien tanto a través de su comunicación epistolar con su hermano Theo, como a través de su obra pictórica y de acuerdo con el relato de quienes le conocieron, se dejó ver, sin lugar a dudas, como “el pincel más atormentado de la historia”, como ya lo dijera Gauguin, y al mismo tiempo representa una de las figuras más prolíficas de la pintura universal.

Podrían enumerarse muchos más casos de asociación entre creación y melancolía que muestran una forma peculiar de exaltación de ciertos valores y disposiciones especiales para el arte, a la manera que presentaba Aristóteles y que representan, por lo tanto, un hito a lo largo de la historia. Con respecto a lo anterior, y tal como recoge Bolaños (1996), la asociación entre arte y melancolía muestra, en el mundo moderno del siglo XX, una respuesta interior al espíritu de crisis e inseguridad, pero también de ambición, con que se

avistaban los nuevos tiempos y en donde el arte estuvo marcado por el narcisismo, la exaltación y el desconcierto que envolvieron el furor creativo de la época, actitud que sin duda persiste en la actualidad y cobra vigencia en las esferas artísticas contemporáneas a las que muchos llaman “postmodernas”.

La disposición melancólica “natural” asociada con el carácter y por lo tanto con la genialidad, era diferenciada por Aristóteles de las afecciones producidas por el desequilibrio de la bilis negra, es decir, por melancolía, se entendían dos aspectos distintos: uno evidentemente patológico y otro emancipador y creador (Telembach, 1976).

Para comprender la coexistencia de estas dos perspectivas es necesario volver a lo enunciado al inicio del apartado acerca de la utilización de los mismos términos para referir conceptos distintos o de tomar algunos conceptos como sinónimos. Una aproximación a este asunto puede intentarse mediante la búsqueda del significado etimológico de las palabras.

### 3.3. Melancolía y depresión: origen etimológico

En el origen etimológico, es de indicar que el término melancolía proviene de un término griego que se refiere a un desorden mental que implica un profundo estado de miedo y depresión. A su vez esta palabra fue retomada del griego *melaina chole*, traducida al latín como *atra bilis* y a las lenguas vernáculas como *bilis negra*, uno de los cuatro componentes de la teoría humoral que dominó durante siglos la tradición médica identificando como síntomas el humor triste, la sensación de abismo, la extinción del deseo y la palabra, el embotamiento seguido de la exaltación, el impulso hacia la muerte y la nostalgia (Jackson, 1989, p.16).

Por su parte, el término depresión proviene del latín *de-premere* que significa abatir, derribar, oprimir y *deprimere* que es empujar hacia abajo y que corresponde en gran medida a la sensación expresada por las personas para referir el estado de ánimo que se ha dado en llamar depresión, bajo la forma de decaimiento. En sentido corriente también se utiliza como sinónimo de tristeza, pena o aflicción (Jackson, 1989, p. 17).

La utilización de los términos relacionados tanto con depresión como con melancolía, provenientes de las mismas raíces latinas dieron lugar a un uso con cambios leves en la grafía, en la lengua inglesa hacia el siglo XIV, lo cual ha contribuido a la confusión conceptual que se mantiene en la actualidad. Así, mientras *melancholia* fue utilizado en el sentido médico, esto es, para referirse a la enfermedad, hacia el siglo XVI, *melancholy* y *melancholie* se introdujeron como sinónimos de *melancolía*. Luego, en el

renacimiento, estos tres términos adquirieron, además, un carácter popular y se emplearon para designar cualquier estado de tristeza y aflicción. Es en el siglo XVII cuando *melancolía* se restringe al significado de enfermedad, mientras que *melancholy* sigue siendo utilizado como sinónimo y su uso se extiende a lo que hasta la actualidad puede entenderse como depresión.

Es en el siglo XVIII cuando Johnson introduce la discusión en relación con la depresión y la melancolía, pero, a efectos diagnósticos, el término empleado sigue siendo el de melancolía hasta la introducción del concepto de *locura depresiva* acuñado por Kraepelin. Esta tradición fue mantenida por Meyer y sigue, en la actualidad, siendo vigente en las clasificaciones diagnósticas como se verá posteriormente (Jackson, 1989).

### **3.4. El concepto de depresión en la historia**

Tal como se ha venido indicando, depresión y/o melancolía son términos que se introdujeron hace alrededor de 2.500 años para denotar un aspecto perdurable de la condición humana, la condición depresiva, y se han mantenido hasta nuestros días adquiriendo diversos matices en función de los momentos históricos particulares, las condiciones sociales determinadas y el surgimiento de las diferentes líneas de pensamiento acerca de la salud y la enfermedad.

Como se enunciaba en el origen etimológico de la melancolía, la teoría humoral es quizás la primera fuente de explicación a los distintos temperamentos. De acuerdo con la teoría hipocrática:

..la sangre imita el aire, aumenta en primavera, reina en la infancia. La bilis amarilla imita al fuego, aumenta en verano, reina en la adolescencia. La melancolía o bilis negra imita la tierra, aumenta en otoño, reina en la madurez. La flema imita el agua, aumenta en invierno, reina en la vejez (Roudinesco y Plon, 1998).

Así, la melancolía se considera una enfermedad de la madurez, del otoño y de la tierra, que bien puede alternar con otros estados como la alegría, la inercia o el furor, de ahí el vínculo con categorías psiquiátricas actuales como los estados maníacos y los estados depresivos. Esta asociación entre manía y melancolía ya enunciada desde Hipócrates, fue establecida en la psiquiatría por Willis (1621 citado por Jackson, 1989) en el siglo XVII, aunque fue realmente el filósofo Robert Burton (1640 citado por Jackson, 1989) quien en su tratado: *Anatomía de la Melancolía*, presentó la alternancia cíclica entre los estados maníacos y los estados depresivos.

La consideración de la teoría humoral parte de un modo de conocimiento distinto de los que se dispone en la actualidad. Es un saber empírico captado a través de la fisonomía de las cosas y da cuenta de una contemplación encauzada a la comprensión del ser humano. Así, este saber basado en el conocimiento de las manifestaciones y comunicado de un modo adecuadamente comprensible, cumplía en su totalidad, las condiciones de un pensamiento científico (Tellembach, 1976).

Ahora bien, la consideración de la tétrada humoral corresponde a una concepción pitagórica posteriormente adoptada por Empédocles, según la cual, la salud está determinada por el equilibrio de las partes mientras que la enfermedad supone una ruptura de dicho equilibrio (Jackson, 1989). Platón apoya la teoría humoral planteando cómo las formas patógenas de los humores vagan por el cuerpo y crean diversos problemas emocionales y mentales, entre ellos la melancolía.

Como puede verse la noción de equilibrio se encuentra realzada en el mundo griego como fundamental para reflexionar en relación con conceptos como la salud y la enfermedad entre otros, por ello, al lado de la teoría humoral se desarrolló una consideración de los factores que pueden afectar los procesos de salud/enfermedad. La medicina clásica diferenciaba factores naturales (innatos) de los no naturales (adquiridos) y de los contranaturales (patogénicos). Eran factores naturales: los elementos, los temperamentos, los humores, las partes del cuerpo, las facultades, las funciones y los espíritus. Los factores no naturales eran el aire, el ejercicio y el descanso, el sueño y la vigilia, la comida y la bebida, la excreción y la retención de cosas superfluas y las pasiones o perturbaciones del espíritu. El uso o abuso de estos factores a los cuales el hombre se enfrenta inevitablemente, serán los responsables de la salud o la enfermedad tal como lo planteaba Galeno (Jackson, 1989).

Siguiendo con la tradición médica, profundamente relacionada con la filosófica, habría que indicar cómo el desarrollo de las teorías sobre las emociones y las pasiones que ha ocupado un lugar muy importante del conocimiento a lo largo de la historia, reconoce la tristeza, como una de las emociones básicas desde la antigüedad. Tanto en los modelos centrados en la teoría humoral para explicar el origen de las emociones, como en los modelos cardiocéntricos como fuente de las mismas, hasta los modelos neurocéntricos instalados a partir de las tesis cartesianas, la tristeza ocupa un lugar preponderante, sin embargo, la tradición cartesiana introduce un asunto relevante no sólo para la tristeza sino para todas las emociones y es la consideración de lo somático como causa de las pasiones.

La postura cartesiana favoreció el posterior desarrollo de modelos cefalocentristas que dieron origen a teorías como la de James-Lange que dio un gran soporte fisiológico a las emociones, indicando, con relación a la tristeza, cómo se presenta un debilitamiento de la enervación voluntaria y un proceso de vasoconstricción, los cuales se relacionan con aspectos que previa y recurrentemente se asociaban con la melancolía tales como la contracción de la mente, la contracción del corazón y los vasos sanguíneos, la debilidad y contracción de los nervios y la baja energía nerviosa (Jackson, 1989). Lo anterior denota un descenso paulatino en las explicaciones mentalistas y un auge de los modelos fisiológicos como causantes de las emociones.

Continuando con el desarrollo histórico de la melancolía y la depresión, una vez señalado de manera muy general el panorama del estudio y abordaje de las emociones, habría que mencionar el cambio profundo que se observó en la medicina en la Edad Media producto de los cambios sociales y políticos que se produjeron a lo largo y ancho del mundo y los cuales afectaron, desde luego, la consideración de la enfermedad mental y la melancolía como parte de ella. A pesar de que se mantuvieron en general muchos de los postulados provenientes de la teoría humoral, se produjeron avances en cuanto al enriquecimiento diagnóstico y la terapéutica, provenientes de autores como Oribasio de Pérgamo, Alejandro de Tralles, Pablo de Egina y más tarde Constantino y Avicena. En el mundo árabe, por su parte, los avances se deben a figuras de la medicina como Ishaq ibn Imram gracias a la difusión del conocimiento por la apertura de los mercados y la expansión de algunos reinos, lo cual permitió un nivel de divulgación hasta entonces desconocido. Sin embargo, uno de los temas centrales de la época medieval es la influencia del cristianismo en el pensamiento científico y, por lo tanto, también en la medicina (Jackson, 1989).

La introducción del concepto de acedia para designar un conjunto de sentimientos y conductas poco deseables e indicativas de una necesidad de atención marcó el rumbo de lo que podría considerarse melancolía o depresión en la Edad Media y que debe su relación con la psicología a Santo Tomás de Aquino quien retorna a las ideas de Aristóteles. De acuerdo con la postura tomista, la tristeza corresponde a la pasión más perjudicial para el cuerpo y la define como el sufrimiento que nace de la aprehensión interior de un mal presente en el sujeto que a veces hace perder la razón, como por ejemplo en aquellos que caen en la manía o en la melancolía (Santo Tomás de Aquino, citado por Herreros, 2004).

Los ocasos de la Edad Media y el Renacimiento fueron momentos propicios para que, de la mano de las concepciones cristianas, profundamente arraigadas en la época, se



asociara la melancolía con la locura y abundaran las explicaciones que tenían como centro lo demoníaco. La iglesia católica fue la fuente más influyente en el pensamiento occidental de las explicaciones sobre los trastornos mentales a cuya base se encontraban la brujería o la posesión demoníaca. Ese pensamiento unido al trato bárbaro que le acompañaba, suprimió los hallazgos intelectuales durante mucho tiempo (Friedman y Thase, 1995). La asociación entre pasión y bien y mal fue el escenario propicio para que proliferara la creencia en posesiones diabólicas y para que las prácticas médicas fueran sustituidas por los métodos imperantes en la iglesia de la época, esto es la persecución a los enfermos mentales y las famosas hogueras donde eran conducidos por considerárseles esclavos de los infiernos.

Posteriormente, en el Renacimiento Burton ve la melancolía como una afección mental en donde la tristeza y el miedo son dos de los síntomas característicos además del descontento, la inquietud, el cansancio por la vida y la tendencia a la soledad. En cuanto a la patogenia, Burton mantenía las ideas galénicas y la explicación de la teoría humoral. Otro aspecto a señalar como importante dentro del Renacimiento es la consideración de la melancolía como temperamento que predispone a las personas frente al desarrollo de la enfermedad. Sin embargo, y producto del prolífico momento en los movimientos intelectuales de la época, el término de melancolía para referirse a una forma de temperamento, fue asociado, como ya se indicó de manera precedente, como base de las realizaciones intelectuales e imaginativas, desde las cuales surgían las creaciones artísticas, las visiones religiosas y las más profundas profecías, sin embargo, estos mismos individuos, privilegiados, corrían el riesgo permanente de padecer la enfermedad de la melancolía, tal como lo indicara la trayectoria aristotélica.

Otra suerte se vivió en los siglos siguientes (XVII y XVIII) cuando fueron cayendo las teorías derivadas del principio humoral y se empezaron a abrir espacio explicaciones mecanicistas favorecidas por el desarrollo en diversas áreas de los modelos basados en el movimiento y la interacción de diversas partículas de la materia. Es de anotar que uno de los grandes aportes de la época es la introducción del término depresión por parte de Jhonson aunque no de modo sistemático, pero, sin embargo, es clara su influencia en el posterior desarrollo de la psiquiatría del siglo XIX cuando se comienza a emplear este término desplazando prácticamente al de melancolía (Jackson, 1989).

A finales del siglo XVIII, en vísperas de la Revolución Francesa, la melancolía apareció como el síntoma principal del hastío destilado por la vieja sociedad, haciendo estragos en los diferentes sectores sin distinción de clase social. En esta época se encuentra

una especial asociación entre ciertos climas y la mayor propensión a padecer la enfermedad, siendo los países nórdicos más susceptibles que los meridionales. De la misma manera se encuentra una mayor tendencia de las mujeres a padecer la melancolía.

Por otra parte, el siglo XVIII es la época en la que se da la mayor proliferación de hospitales con el objetivo de generar “el gran encierro” como lo llamaría Foucault (1967) y resolver un problema que la Ilustración veía en las calles con la presencia de vagabundos, prostitutas, enfermos, ancianos y cualquier tipo de persona ajena al movimiento de los Ilustrados. Sin embargo, estas personas no eran ajenas a las circunstancias del momento, caracterizadas por las secuelas de las guerras religiosas, la proliferación de enfermedades y cierta suerte de descomposición social que perturbaba a la sociedad Ilustrada. Se daba cobijo a los enfermos que eran rechazados en los hospitales, entre ellos los que padecían enfermedades mentales, de ahí que surja como reacción el movimiento filantrópico con la intención de evitar el sufrimiento de los semejantes y sea este el medio para que se retome el interés de los médicos por la enfermedad mental que se instaura con la entrada de los médicos en los hospicios para ocuparse de este tipo de pacientes.

Pinel es de los pioneros en ingresar a los hospicios y ocuparse de los enfermos mentales, además, se dedicó a hablar de factores externos asociados con el desarrollo de la melancolía y señala de esta forma cómo las desgracias familiares, las ambiciones ingobernables o frustradas, el fanatismo religioso, una desilusión o un amor desafortunado, son algunas de las principales causas que pueden precipitar la enfermedad (Jackson, 1989).

Durante el siglo XIX y con el florecimiento de la psiquiatría, el concepto de melancolía sufre múltiples transformaciones que instan por el establecimiento de una noción de enfermedad para referirse a la melancolía sin los matices literarios y filosóficos que hasta entonces habían dominado la definición. Es a finales de siglo, cuando Kraepelin introduce el término de *locura maníaco depresiva* además de dar un giro a las tradicionales formas de nosología introduciendo un nuevo sistema, que puede considerarse el origen de los sistemas de clasificación actuales. Otra figura representativa del naciente siglo XX fue Meyer quien criticó algunos postulados de Kraepelin y dio especial relevancia al tema de la historia premórbida del paciente, por tanto, además de introducir una perspectiva histórica y particular a cada caso de depresión, introduce un enfoque genético-dinámico que se acercó a los postulados del psicoanálisis (Jackson, 1989).

Durante el siglo XX se dio, además, un gran auge del psicoanálisis. Hacia 1917 Freud publicó su texto más importante sobre la melancolía: *Duelo y Melancolía* según el cual, la melancolía se refiere a un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del

interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio. Esta última se traduce en reproches y acusaciones, de que el paciente se hace objeto a sí mismo, y puede llegar incluso a una delirante espera de castigo (Freud, 1973). Freud llama la atención sobre cómo estas son las mismas características del duelo con excepción de una: la perturbación del amor propio que suele considerarse propia de la melancolía.

En la línea de lo anterior, Freud señala algo fundamental y es la tendencia de los melancólicos a ver la realidad de manera más objetiva que los no melancólicos; así, si gracias al sentimiento de empobrecimiento que acompaña al sujeto, éste se siente como egoísta, pequeño, deshonesto y carente de ideas propias, preocupado siempre en ocultar sus debilidades, puede en realidad aproximarse considerablemente al conocimiento de sí mismo, en cuyo caso puede uno preguntarse por qué ha tenido que enfermar para descubrir tales verdades, pues es indudable que quien llega a tal valoración de sí mismo y la hace pública, está enfermo (Roudinesco y Plon, 1998).

La consideración freudiana y de sus seguidores señala un elemento importante y es el reconocimiento de cierta forma de tristeza, duelo, cuyas causas se conocen y donde no se asigna un carácter patológico a las reacciones que se producen, siendo la forma patológica la que se instaura ante la imposibilidad de resolver el conflicto generado por la pérdida. Las teorías freudianas siguen en la actualidad teniendo vigencia en muchos sectores de la clínica psicológica aunque el paso sistemático hacia formas “científicas” de explicar los fenómenos mentales ha ido dejando de lado estas explicaciones. No obstante, es importante resaltar el aspecto diferencial que introduce Freud entre duelo y melancolía, esto es la afectación del amor propio, ya que como se verá más adelante, es quizás uno de los síntomas que en la actualidad ayuda a establecer un criterio diferencial de la depresión con otros trastornos del estado de ánimo.

A fines del siglo XX, la depresión, como forma atenuada de la melancolía, se convirtió en las sociedades industrializadas avanzadas en una especie de equivalente de la histeria descrita por Charcot, esto es una enfermedad de época. Así, si la histeria es una rebelión del cuerpo femenino contra la opresión patriarcal. La depresión, un siglo después, parece ser la marca del fracaso del paradigma de la rebelión, en un mundo carente de ideales y dominado por una poderosa tecnología farmacológica muy eficaz en el plano terapéutico. Hay una característica propia de la melancolía referida a la imposibilidad de elaborar el duelo por el objeto perdido, lo cual se explica por la presencia del temperamento melancólico, que en el caso de los místicos está representado en la

posibilidad y el temor a alejarse de Dios, en los revolucionarios se evidencia en la busca de un ideal que siempre se sustrae, y en algunos creadores, que buscan sistemáticamente superarse a sí mismos.

El siglo XX también vio florecer otras teorías como alternativas etiológicas para la depresión y la melancolía cuyo carácter era fundamentalmente biológico. Bien sea explicaciones bio-químicas, factores hereditarios, alteraciones cerebrales o cualquier otra explicación, lo que se evidencia es una tendencia a mantener modelos médicos que expliquen el trastorno y que vayan más allá de las explicaciones mentalistas de otros tiempos. Los datos relativamente recientes obtenidos mediante estudios con gemelos, los avances en cuanto al conocimiento del ADN, las técnicas revolucionarias de neuroimagen y el mayor conocimiento del funcionamiento cerebral, entre otros hitos contemporáneos han permitido un gran paso hacia la comprensión de la depresión como alteración emocional. Estos avances han contribuido al desarrollo de terapéuticas que pretenden una mayor eficacia en el tratamiento de uno de los problemas de salud mental más relevante en cuanto a su incidencia y a los costes económicos y sociales que supone padecer este trastorno.

Finalmente, y de acuerdo con Panofsky (citado por Roudinesco y Plon, 1982), es de mencionar que la historia de la melancolía es la historia de una transferencia permanente entre el dominio de la enfermedad y el del espíritu, el relato de la intensa y sombría irradiación del sujeto de la civilización, víctima del desfallecimiento de su deseo.

### **3.5. La depresión en las Clasificaciones Diagnósticas**

#### **3.5.1. Reseña contemporánea de las clasificaciones diagnósticas**

La consideración contemporánea de los trastornos mentales pasa, necesariamente, por el asunto referido a las clasificaciones diagnósticas. Al hacer una primera aproximación a este tema, obviamente hay que reconocer cómo a pesar del intento de siglos atrás por establecer sistemas de clasificación, es a partir de finales del siglo XIX cuando se establece el sistema nosológico que sigue siendo hasta la fecha, el que conduce las clasificaciones psiquiátricas, se trata de la propuesta de Kraepelin. En la misma línea, es también un hecho que pese a la existencia de múltiples sistemas de clasificación, se requiere cierta consistencia entre ellos con el objetivo de hacer posible la comunicación científica, no obstante, siguen existiendo algunas divergencias que dan cuenta no sólo de diferentes niveles de comprensión acerca de la psicopatología, sino también de otros factores que pueden estar relacionados con los criterios nosológicos, como son por ejemplo los factores culturales y las políticas de salud pública.

No puede olvidarse que las clasificaciones surgen por el interés y acuerdo entre profesionales de la salud, especialmente psiquiatras, en torno a necesidades administrativas tales como la estimación de las estadísticas de morbilidad, mortalidad y hospitalización, propias de cada país, así como la elaboración de informes intergubernamentales como los requeridos desde la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Aunque distintas clasificaciones se han considerado oficiales, sólo es a partir de finales de la Segunda Guerra Mundial cuando son objeto de clarificación y establecimiento dentro los sistemas sanitarios. Así por ejemplo, el sistema DSM (Diagnosical and Statistical Manual of Mental Disorders) surge en Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial según la propuesta de la Asociación Americana de Psiquiatría de una clasificación única, cuya principal característica debía ser la revisión permanente en función del avance en el conocimiento. Así, surge el DSM-I hacia 1952 que reflejaba el consenso de la época altamente influido por el concepto de “tipos de reacción” de Meyer, según el cual los trastornos mentales representaban reacciones de la personalidad frente a factores psicológicos, sociológicos y biológicos. Adicionalmente y como característico de las explicaciones mentales más arraigadas en el momento, estaba fuertemente influido por el pensamiento psicoanalítico.

Posteriormente, la segunda revisión del DSM-II, aparecida en 1968 se basó en la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales (CIE-8) vigente en ese momento, logrando un consenso general en cuanto a las categorías diagnósticas y persistiendo la influencia del psicoanálisis en los conceptos utilizados. En 1974 se crea un comité de revisión que considera que los criterios de la CIE quizá no se ajustaban de la mejor manera a las necesidades del momento y, además, no se consideraba como el modelo más válido de clasificación ya que no había utilizado la metodología más reciente referida a la evaluación multiaxial y a la elaboración de criterios específicos para hablar de los distintos trastornos. Por esta razón se crea un comité independiente que, como resultado, presenta la tercera revisión del manual (DSM-III) la cual es ampliamente acogida entre los profesionales de la salud mental en Estados Unidos y también en el ámbito internacional tras su traducción a más de 10 idiomas. Esta revisión, además, abandona la mirada psicoanalítica gracias al avance en áreas como la psicofarmacología, el gran crecimiento de las neurociencias y la vuelta a la medicalización de la psiquiatría.

En 1986, después de la revisión de las categorías y los criterios diagnósticos basados en la aportación de apoyo empírico pero también en aportaciones desde la experiencia clínica, se presentó la tercera versión revisada del manual (DSM-III-R, 1988). Sólo un año

más tarde se realizó una nueva revisión que dió origen al DSM-IV, el cual aparece como un intento de diversos profesionales por hacer una clasificación de uso internacional en el sentido riguroso de la palabra, por cuanto enfatiza en la diferenciación de los síndromes y ciertos síntomas en función de la cultura. Establece 16 categorías diagnósticas y mantiene la estructura multiaxial y la definición de criterios para establecer los diagnósticos (APA, 1995). Esta edición es compatible con la CIE-10, dado el carácter de colaboración entre ambos grupos aunque existen algunas diferencias referidas a criterios diagnósticos para algunos trastornos específicos. Puesto que uno de los elementos característicos del DSM es la revisión constante en virtud de la investigación y la aportación de datos empíricos, se realizó una revisión del DSM-IV. El DSM-IV-TR fue publicado en el año 2000 en Estados Unidos las modificaciones principales apuntan a ampliar la información en relación con los síntomas y trastornos asociados, los síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo, la prevalencia, el curso y el patrón familiar.

Con respecto al segundo sistema de clasificación más comúnmente utilizado en la actualidad, la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades), es de indicar que fue el resultado del interés surgido de la Organización Mundial de la Salud desde antes de la Segunda Guerra Mundial por mejorar el diagnóstico y clasificación de las enfermedades, incluidas las mentales. La última revisión, es decir, la CIE-10 fue presentada en 1992 y dedica el capítulo V a los trastornos mentales, reuniendo una serie de criterios relativamente consensuados en el ámbito internacional, lo cual hace que su uso sea amplio y extendido entre muchos profesionales de la salud mental. Se trata de una clasificación que es el resultado de la confrontación de las opiniones de los expertos de distintos países, de tal manera que en la actualidad, da cuenta de cierto acuerdo internacional (Pichot, 1983).

Ahora bien, antes de continuar es conveniente analizar lo que compete a la evolución del concepto de depresión dentro de estas clasificaciones ya que ello puede arrojar importantes datos que permitan definir este trastorno dentro de una situación contextual particular.

### **3.5.2. La depresión a través del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales**

La revisión del concepto de depresión dentro del sistema DSM supone un análisis más amplio que incluye la consideración de los llamados trastornos afectivos o trastornos del estado de ánimo, como se les considera actualmente en el DSM-IV-TR (2002).

En la primera versión del DSM, la depresión como los demás síndromes y trastornos era considerada desde el modelo de Meyer como respuesta de los individuos ante distintas situaciones ambientales, sociales e incluso biológicas. Además, las explicaciones estaban bastante influidas por el pensamiento freudiano. En el DSM-II los trastornos afectivos mayores se incluían dentro de las psicosis no orgánicas y de ellos se excluían aquellos que parecían estar relacionados de manera directa con acontecimientos vitales precipitantes.

Por su parte, en el DSM-III (1983), dentro de la categoría de trastornos afectivos se reúnen la totalidad de los trastornos con independencia de la presencia o ausencia de los síntomas psicóticos o de la participación de experiencias vitales. Además, se reconoce la heterogeneidad de los episodios depresivos mayores y se usa el término de melancolía cuando se quiere hacer referencia a un tipo más grave asociado con una constelación de síntomas característicos y cuya remisión es sensible a ciertas formas de terapia somática. Así, la depresión se ubica dentro de una categoría diagnóstica denominada *trastornos afectivos*, la cual comprende trastornos que suponen alteración del ánimo acompañada de un síndrome depresivo o maníaco parcial o completo, no debido a ningún otro trastorno mental o físico.

El estado de ánimo corresponde a un estado emocional permanente que colorea por completo la vida del paciente tanto en el sentido de la depresión como de la euforia. Los síndromes depresivos y maníacos consisten en una serie de síntomas característicos que tienden a presentarse juntos. Los trastornos afectivos se dividen en *trastornos afectivos mayores* (en los que aparece un síndrome afectivo completo), *trastornos afectivos específicos* (incluyen un síndrome afectivo parcial de al menos dos años de duración) y los *trastornos afectivos atípicos* (incluyen trastornos afectivos que no pueden clasificarse en las categorías anteriores). La depresión aparece bajo la etiqueta de *trastorno depresivo mayor* y se incluye en el primer grupo junto con el trastorno bipolar. De manera adicional, en esta clasificación se considera la presencia de episodio depresivo mayor con melancolía como un subtipo.

Dado que los criterios diagnósticos son similares a lo largo de las distintas versiones del DSM, sólo se indicarán tal como aparecen en el DSM-IV-TR (2002), vigentes en la actualidad y se señalan las diferencias de manera puntual (para una mayor revisión ver DSM-III, DSM-III-R y DSM-IV).

Por otra parte, es de indicar que en el DSM-III se incluye por primera vez, la categoría diagnóstica de la *distimia* o *neurosis depresiva*, definida como una alteración crónica del estado de ánimo en la que se da tanto, el estado de ánimo deprimido como la pérdida

de interés o placer en casi todas las actividades y pasatiempos habituales, con síntomas acompañantes, pero no de una gravedad y duración suficientes para cumplir los criterios para el diagnóstico del episodio depresivo mayor (síndrome afectivo completo).

Posteriormente, en el DSM-III-R (1988), se adopta un término más descriptivo para referirse a los trastornos afectivos y es el de *trastornos del estado de ánimo*, donde se reagrupan los trastornos en dos grupos: *trastornos bipolares* (trastorno bipolar y ciclotimia) y *trastornos depresivos* (depresión mayor y distimia).

El episodio puede ser leve, moderado o grave, en remisión parcial o completa, asimismo puede ser crónico si el episodio actual ha durado más de dos años consecutivos sin un período de dos meses o más sin síntomas depresivos significativos. Al mismo tiempo se mantiene el episodio depresivo tipo melancólico con las características diagnósticas presentadas en el DSM-III pero, además, se añade la necesidad de uno o más episodios depresivos mayores previos, seguidos de una remisión completa o casi completa, además de una buena respuesta previa a una terapia somática antidepresiva. Adicionalmente, se incluye el patrón estacional dentro del episodio depresivo mayor para indicar la relación temporal regular entre el inicio de un episodio depresivo y un período específico del año de 60 días, sin que esto pueda ser efecto de eventos vitales estresantes que puedan aparecer de forma recurrente y cíclica, como por ejemplo la pérdida de trabajo durante el invierno. Además, esta relación debe haberse observado por un período de al menos tres años consecutivos.

Con respecto a la *distimia*, indicar que en el DSM-III-R se mantiene el concepto, incluido también bajo el término de *neurosis depresiva* así como los mismos criterios diagnósticos para definirla, presentes en el DSM-III.

Por su parte, en el DSM IV (1995), se mantiene el apartado de trastornos del estado de ánimo donde confluyen *los trastornos depresivos* (*trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado*), *los trastornos bipolares* (*trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado*) y *los trastornos basados en la etiología* (*trastorno del ánimo debido a sustancias y trastorno del ánimo debido a enfermedad médica*).

Con respecto a la distimia, también se mantiene la consideración de forma similar a lo evidenciado en el DSM-III-R refiriéndose a un estado crónico depresivo que está presente casi a diario y la mayor parte del día con una evolución de al menos dos años, donde la calidad y frecuencia de los síntomas no dan lugar al establecimiento de un diagnóstico de trastorno depresivo mayor.



Por último, en el DSM-IV TR (2002) se mantiene la consideración de los trastornos del estado de ánimo vigente en el DSM-IV: *trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares y trastornos basados en la etiología*. Además, se establece una diferencia con lo que se ha denominado *períodos de tristeza*, considerados inherentes a la condición humana y por lo tanto no constituyen episodio depresivo mayor a menos que cumplan criterios de gravedad (5 de los nueve síntomas), duración (la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas) y malestar o deterioro clínicamente significativos.

El episodio depresivo mayor (requerido para hacer el diagnóstico de trastorno depresivo mayor) se concibe como un estado de ánimo alterado durante al menos dos semanas y que representa un cambio respecto a la actividad previa. Además, este episodio no debe ser debido a enfermedad médica ni al efecto de sustancias y debe estar descartado cualquier episodio maníaco o hipomaníaco. El diagnóstico requiere la presencia de 5 o más de los siguientes síntomas siendo indispensables uno de los siguientes: 1) estado de ánimo depresivo, ó 2) pérdida de interés o de la capacidad para experimentar placer.

3. pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso; o pérdida o aumento del apetito
4. insomnio o hipersomnia
5. agitación o enlentecimiento motores
6. fatiga o pérdida de energía
7. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados
8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión y
9. pensamientos recurrentes de muerte, planes o intentos de suicidio.

Por otra parte, el DSM-IV-TR describe el trastorno distímico como un estado de ánimo crónicamente deprimido en el cual suelen ser más frecuentes los síntomas afectivos y cognitivos que los vegetativos. Sigue los mismos criterios diagnósticos planteados en el DSM-IV, indicándose que se caracteriza por un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de casi todos los días durante al menos dos años ó un año de ánimo irritable, en el caso de niños y adolescentes. Adicionalmente se requiere la presencia, mientras se está deprimido, de dos o más de los siguientes síntomas:

1. Pérdida o aumento del apetito.
2. Insomnio o hipersonmia.
3. Falta de energía o fatiga.
4. Baja autoestima.

5. Dificultades para concentrarse o tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

La revisión anterior permite evidenciar cómo en lo general, a través de las distintas revisiones del DSM se hace énfasis en criterios diagnósticos similares. Un primer aspecto se refiere a cómo los criterios de severidad y frecuencia tienen un peso importante. Así, la frecuencia es decisiva en el caso del trastorno depresivo mayor, igual que para la distimia (más de dos años) mientras que la severidad de la anhedonia por ejemplo, es menor en la distimia que la presente en un trastorno depresivo mayor (Spielberger et al., 2002a).

En segundo término, es común el criterio de al menos un episodio depresivo o síndrome depresivo completo para poder establecer el diagnóstico. Posteriormente, a lo largo de las distintas versiones se identifican dos grupos-criterios de síntomas, el primero corresponde a un criterio que incluye dos síntomas (el afecto triste y la anhedonia), uno de los cuales al menos, es indispensable para hacer el diagnóstico, aunque en el DSM-III (1983), ambos síntomas están integrados dentro del mismo criterio y se admite que siendo la alteración del ánimo un síntoma predominante y relativamente persistente, no es necesariamente el más llamativo e incluso puede estar ausente. Esto es apoyado por Alonso-Fernández (1988), quien indica que el sentimiento de tristeza ocupa un lugar secundario en la depresión con un rango inferior a los sentimientos de soledad, la apatía, la ausencia de placer, los autoreproches y algunos síntomas corporales localizados. En la misma línea, Peñate (2001) señala que la tristeza, que tradicionalmente se ha asociado con la depresión, puede o no estar presente a la hora de establecer el diagnóstico, lo cual indicaría que incluso pueden presentarse episodios depresivos sin la presencia de este síntoma.

En el segundo grupo se recogen una serie de siete síntomas adicionales de rango cognitivo y somático fundamentalmente, cuatro de los cuales se requieren para realizar el diagnóstico de trastorno depresivo junto con uno de los dos primeros. Así, finalmente, en el sistema DSM, desde el inicio hasta la actualidad, se requiere una serie de 5 síntomas para dar el diagnóstico, aún cuando ninguno de ellos sea excluyente, ni necesario ni suficiente siempre y cuando se conserve el algoritmo señalado que sea al menos uno del primer grupo, esto es la anhedonia o el afecto triste. Este hecho da lugar a que sea posible que dos personas sean diagnosticadas con el mismo cuadro presentando síntomas que incluso pueden no coincidir entre ambos o sólo hacerlo en un síntoma; ahora bien, es posible que desde un episodio a otro la sintomatología se modifique presentando una variación parcial e incluso total entre síntomas. Este punto será discutido posteriormente ya que muestra

una de las dificultades importantes de cara al establecimiento de síntomas patognomónicos de la depresión. Previo a ello, sin embargo, se revisarán los criterios diagnósticos de la depresión de acuerdo con la perspectiva de la CIE-10, el otro sistema diagnóstico de gran utilización en la actualidad.

### 3.5.3. La depresión en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)

Con respecto a la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), es de indicar que en la actualidad está en vigencia la versión CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1994b), que en su capítulo V incluye una clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Bajo el apartado de *trastornos del humor (afectivos)*, incluye el trastorno afectivo bipolar, el episodio depresivo, el trastorno depresivo recurrente y los trastornos afectivos persistentes que incluyen la ciclotimia y la distimia. También es importante indicar que a diferencia del DSM, la CIE-10 incluye en el apartado de ansiedad el trastorno mixto de ansiedad y depresión y a pesar de que no establece criterios específicos para determinarlo, indica que su inclusión obedece a la coexistencia de síntomas de ambos cuadros aunque con intensidad leve, pero que merecen atención clínica. No obstante, es uno de los trastornos propuestos para investigación en la actualidad desde el DSM-IV (1995).

Con respecto al episodio depresivo, la CIE-10 destaca que se diagnostica siguiendo estos criterios:

- A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- B. Ausencia de síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para haber realizado el diagnóstico de manía o hipomanía.
- C. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a un trastorno mental orgánico.

Si se cumplen estos criterios, que son los mismos exigidos por el DSM-IV-TR, (2002), adicionalmente se requiere la presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

- 1. Humor depresivo de carácter claramente anormal presente la mayor parte del día y casi todos los días
- 2. marcada pérdida del interés o de la capacidad para disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- 3. Falta de vitalidad o aumento de la fatiga.

Al menos cuatro de los siguientes síntomas adicionales:

4. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
5. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
6. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
7. Quejas o disminución de la capacidad para concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
8. Cambios de actividad psicomotora, con agitación e inhibición.
9. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
10. Cambios de apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación de peso.

El episodio depresivo se caracteriza como leve, moderado o grave en función de la frecuencia y severidad de los síntomas, siendo para el primer caso requeridos dos o tres de los síntomas señalados, para el segundo cuatro o más y para el tercero se requiere que varios de los síntomas presentes sean marcados y angustiantes, en especial la pérdida de autoestima y las ideas de inutilidad y culpa. Además, hay mayores ideaciones suicidas así como mayor cantidad de síntomas somáticos.

Por otra parte, es de señalar que en la CIE-10 se reconoce la existencia de otros trastornos del humor llamados persistentes dentro de los cuales se incluye la distimia como depresión crónica del humor de al menos dos años de presentación, que se manifiesta a través de varios periodos de depresión y de excitación leve, ninguno de los cuales es suficientemente grave o prolongado como para justificar el diagnóstico tanto de las formas graves como moderadas y leves del trastorno depresivo recurrente (OMS, 1994a).

El establecimiento del diagnóstico supone los siguientes criterios:

- A. Presencia de un período de al menos dos años de estado de ánimo deprimido de forma continua o constantemente recurrente.
- B. Ninguno, o casi ninguno de los episodios de depresión durante este período de al menos dos años tiene la gravedad o duración suficientes como para satisfacer los criterios de trastorno depresivo recurrente leve.
- C. Por lo menos en alguno de los períodos de depresión deben hallarse presentes tres o más de los siguientes síntomas:

1. Disminución de la vitalidad o de la actividad.

2. Insomnio.
3. Pérdida de confianza en sí mismo o sentimientos de inferioridad.
4. Dificultad para concentrarse.
5. Llanto fácil.
6. Pérdida de interés o satisfacción por actividades sexuales u otras placenteras.
7. Sentimientos de desesperanza o desesperación.
8. Sentimientos de incapacidad para enfrentarse con las responsabilidades habituales de la vida diaria.
9. Pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado.
10. Aislamiento social.
11. Menor locuacidad de lo habitual en el sujeto.

Los trastornos afectivos persistentes, entre ellos la distimia, a pesar de su duración, intensidad y deterioro producido, no son clasificados dentro del apartado de trastornos de personalidad, sino dentro de los afectivos, dado que estudios familiares han demostrado que existe una relación genética con los trastornos del humor y porque a veces responden a los mismos tratamientos que éstos (OMS, 1994b). No obstante este sigue siendo un tema de bastante discusión que se retomará luego, aunque de manera muy general dado que no es el interés puntual de la presente investigación.

#### **3.5.4. Confluencias y discrepancias en el diagnóstico de la depresión y la distimia según las clasificaciones diagnósticas DSM-IV-TR y CIE-10**

Una de las confluencias de ambos sistemas de clasificación es la consideración de la existencia del afecto triste o la pérdida del interés por la mayoría de las cosas antes vividas como placenteras, como uno de los síntomas fundamentales para establecer el diagnóstico de episodio depresivo mayor. Sin embargo, en la CIE-10 se incluye un tercer síntoma que también se encuentra dentro del algoritmo diagnóstico básico y es la pérdida de energía, con lo cual los episodios leve y moderado se diagnostican con la presencia de al menos dos de los tres síntomas anteriores además de los otros criterios, mientras que el episodio grave requiere la presentación de los tres síntomas, en cambio, en el DSM-IV-TR (2002) uno de los dos posibles es suficiente. Además, cuando se trata de los síntomas adicionales, se muestra que el DSM-IV-TR (2002), menciona la necesidad de que se presenten al menos, cinco de los nueve síntomas definitorios, mientras la CIE-10 por su parte, habla de

episodios leves, moderados y graves, siendo necesarios para el primer caso, cuatro de los diez síntomas, para el moderado seis de los diez y para el episodio grave entre ocho y diez. En el mismo sentido, mientras la CIE-10 menciona diez síntomas como definatorios del episodio depresivo, el DSM-IV-TR sólo presenta nueve síntomas estando excluido aquí la pérdida de autoestima. Por otra parte, en lo referente al episodio depresivo mayor, la CIE-10 propone un umbral distinto para definir cuándo un trastorno se considera un episodio aislado frente a dos episodios separados recurrentes. Así, mientras la CIE-10 requiere de un período libre de cualquier síntoma significativo de por lo menos dos meses entre los dos episodios, el DSM-IV-TR requiere un intervalo de al menos dos meses de remisión, incluso parcial, del episodio depresivo mayor.

Con respecto a la distimia, la gama de síntomas es mayor en la CIE-10 (1994) que en el DSM-IV-TR (2002), aún cuando en ambos se considera igual número mínimo de síntomas necesarios. También se indica que la baja autoestima, ausente en el diagnóstico de depresión según el DSM, sí es, en cambio, un síntoma a considerar en la distimia. No obstante, dentro de las propuestas en revisión en la actualidad, realizadas en el DSM-IV (1995) frente a nuevos criterios y nuevos trastornos, se muestra una ampliación en el número de síntomas requeridos para hacer el diagnóstico, así como un incremento en la variedad de síntomas presentes que se acerca a los descritos en la CIE-10 (DSM-IV, 1995).

Las discrepancias en la definición de los conceptos, así como la diferenciación en cuanto a la frecuencia y cantidad de síntomas requeridos para establecer el diagnóstico del episodio depresivo mayor, muestran una de las principales dificultades en la evaluación de la depresión relacionadas con la ausencia de criterios en cuanto a los síntomas genuinos. Asimismo, este hecho deja en evidencia la dificultad para establecer un diagnóstico de trastorno depresivo según las dos clasificaciones diagnósticas presentadas. Así, es posible que una persona sea diagnosticada bajo un sistema de clasificación y en cambio según el otro no cumpla criterios suficientes (Peñate, 2001). Esta observación abre la puerta a la pregunta acerca de la presencia de los considerados síntomas específicos de la depresión como una alternativa para establecer diagnóstico diferencial con otras patologías y para dar mayor conocimiento teórico acerca de este importante trastorno.

## **MARCO CONCEPTUAL**

### **4. LA DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON OTROS CONSTRUCTOS**





#### **4. LA DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON OTROS CONSTRUCTOS**

Antes de intentar una aproximación desde distintas fuentes al tema de los síntomas definitorios de la depresión se dedicará un apartado a analizar el tema de los límites entre depresión persistente o crónica y distimia, ya que según se evidencia en las observaciones anteriores, el asunto fundamental se refiere a un tema de persistencia de síntomas aunque de menor severidad, con lo cual no es posible establecer el diagnóstico de trastorno depresivo. Este tema a su vez, toca un aspecto importante señalado desde distintas perspectivas y referido al carácter dimensional o categorial de la depresión, asunto que, además, suscita la pregunta por la existencia de un patrón de personalidad depresivo. Adicionalmente, y dadas las evidencias clínicas y empíricas de la asociación de síntomas de ansiedad e ira con la depresión, se hará una revisión de estos constructos con el objetivo de plantear una serie de relaciones esperadas a partir de los hallazgos empíricos de la presente investigación.

##### **4.1. El problema de la cronicidad: depresión, distimia y doble depresión.**

La idea tradicional acerca de la depresión supone la visión de un trastorno periódico y limitado en el tiempo que se caracteriza por periodos agudos que, incluso en ausencia de tratamiento, pueden remitir en un periodo de entre unos meses y un año. Sin embargo, varios autores, desde Kraepelin, han señalado la presencia de casos crónicos, pero ha sido sólo hasta las dos últimas décadas cuando se ha convertido en un tema objeto de investigación sistemática (McCullough et al. 2000). El incremento en la atención a la condición clínica representada en la depresión crónica parte de los mismos datos de prevalencia que indican, por ejemplo, que más del 15% del total de los casos de depresión en población clínica cumplen criterios de cronicidad, es decir, el episodio persiste por dos años o más (Lara y Klein, 1999). De acuerdo con Pakriev, Shlik y Vasar, (2001), la depresión tiende a ser recurrente y crónica. Los datos indican que aunque cerca del 80% de los pacientes responden a los tratamientos, sólo cerca del 50% consigue una remisión total del cuadro (Bondolfi, 2002). Entre los que se recuperan se estima que cerca del 50% recaerá durante los dos años siguientes, además, el riesgo de recaída aumenta en función de la edad temprana de inicio y del número de episodios depresivos previos (Segal, Pearson y Thase, 2003).

Dada la circunstancia de la cronicidad muchos estudios se han centrado en los predictores clínicos del resultado y la cronicidad de la depresión, indicando por ejemplo, que el número de episodios que se presentan a lo largo de la enfermedad es uno de los

principales factores de predicción de recurrencia de los trastornos depresivos (Del Río, 2004); sin embargo, pocos estudios se han ocupado de indagar por las causas que hacen que algunos individuos permanezcan crónicamente deprimidos, mientras que otros experimentan una remisión o un curso episódico de la depresión.

Los factores psicosociales como explicación alternativa al tema de la cronicidad han recibido especial énfasis indicando que factores como los acontecimientos vitales estresantes, los estresores crónicos y la pérdida de soporte social actúan incrementando la incidencia y prevalencia del trastorno depresivo (Catalán, 2000). Así, una primera aproximación surge desde el modelo cognitivo y plantea el establecimiento de un círculo vicioso entre los síntomas depresivos y la percepción y respuesta del individuo ante dichos síntomas. En este sentido, se plantea que los individuos con depresión tienen un estilo de pensamiento maladaptativo, de tal forma que los síntomas depresivos activan en la memoria recuerdos y constructos negativos que se emplean para interpretar nuevos eventos y de esta forma mantienen el circuito negativo de la depresión. De acuerdo con Down (2004) basado en el modelo de la vulnerabilidad al estrés en la depresión, las personas que tienen un estilo cognitivo negativo son más propensas a deprimirse cuando se enfrentan a un evento vital estresante que aquellas enfrentadas al mismo hecho, pero sin ese estilo cognitivo. Así, un episodio depresivo puede ser activado a partir de un evento estresante pero, sin embargo, lo que no queda claro es la dirección de este modelo causal, es decir, ¿las personas se deprimen debido al estrés que afrontan diariamente o manifiestan más estrés porque están deprimidas?

Una segunda alternativa se refiere a la perspectiva interpersonal y sostiene que la ausencia de habilidades sociales del depresivo contribuye a disminuir los comportamientos sociales y lleva a una reducción en la habilidad para disfrutar de los eventos positivos menguando la experiencia de reforzamiento social positivo y favoreciendo que los síntomas depresivos se mantengan. En este sentido, Lewinsohn (1974, citado por Lara y Klein, 1999, p.559), plantea que hay una relación causal entre la pérdida de reforzamiento positivo y la disforia y que los comportamientos depresivos son mantenidos y provocados por el ambiente. También planteó que el déficit en las habilidades sociales a menudo precede a la disminución en el reforzamiento ambiental positivo.

La tercera perspectiva que explicaría la vulnerabilidad de algunas personas frente a la cronicidad de la depresión se refiere al impacto del ambiente familiar en la infancia. Como ya se ha señalado, las experiencias infantiles que empobrecen el ambiente familiar del niño se han asociado con un mayor pronóstico de cronicidad en la depresión. A

diferencia de las dos perspectivas anteriores, provenientes de la formulación teórica, esta perspectiva surge de la observación clínica y natural y ha recibido considerable apoyo empírico. Se ha indicado, por ejemplo, que entre mujeres deprimidas, tenían un mayor riesgo (casi el doble) de depresión persistente, aquellas que en la infancia habían sido víctimas de abuso físico y sexual, además de tener asociada una probabilidad de recuperación más baja en estudios de seguimiento de un año (Lara y Klein, 1999). En la misma línea se ha indicado que la depresión puede generar sesgos para recordar las experiencias pasadas en la dirección negativa que caracteriza el pensamiento depresivo, con lo cual se mantendría el estado de ánimo triste.

Es importante resaltar que el hecho de otorgar especial interés a los factores psicosociales en el mantenimiento de la cronicidad de la depresión no implica desconocer el efecto de factores genéticos y neurobiológicos. De hecho, el efecto de la genética, por ejemplo, se reconoce al menos desde comienzos del siglo XX. Los estudios con gemelos han demostrado que los factores genéticos representan entre 40% y 70% del riesgo para desarrollar depresión (Berlangua, 2004). Recientes estudios han retomado el papel de la genética en la etiología de la enfermedad depresiva. Por un lado, el hallazgo de un poliformismo funcional de la región promotora de la molécula transportadora de serotonina (5-HTT) que incrementa el riesgo de presentar depresión en personas que han experimentado un evento estresante. Por otro lado, se aborda la participación de la genética en el desarrollo de la depresión recurrente y de inicio temprano, por medio de estudios de ligamiento, en familias reclutadas por tener algún miembro portador del trastorno con alguna de estas características. Los resultados indican, en ambos casos, que aunque se requieren replicaciones, es cada vez más evidente la interrelación entre factores familiares y ambientales, de tal manera que una explicación desde una sola vía siempre resultará insuficiente (Berlangua, 2004).

Para resumir, los datos acerca de la vulnerabilidad frente al desarrollo de enfermedades mentales, tales como los trastornos del estado de ánimo, indican que los factores sociales ejercen una gran influencia sobre la prevalencia de la depresión, pero este efecto no es independiente de determinada vulnerabilidad genética, aumentando de hecho, el riesgo, cuando confluyen ambos tipos de factores. No obstante, el concepto de vulnerabilidad no implica aceptar la noción de determinismo genético, ya que menos de la mitad de la varianza puede ser explicada por esta vía. De hecho, mientras que los factores sociales cambian más rápidamente, las variaciones genéticas pueden tardar años en ocurrir. Por su parte, las experiencias tempranas pueden influir en el desarrollo de la vulnerabilidad

aunque los efectos de dichas experiencias pueden demorar mucho en hacerse evidentes, generando relaciones inadecuadas entre el individuo y el entorno social (Goldberg, 2001).

La preocupación por el tema de la depresión crónica se va reflejado en los sistemas de clasificación. Así, es sólo hasta la tercera revisión del DSM (DSM-III, 1983) que se introduce por primera vez un concepto para definir este cuadro mediante la categoría de trastorno distímico. Luego en el DSM-III-R (1988), se distinguió entre la condición depresiva crónica media y de inicio insidioso y aquellas otras formas con un síndrome completo y de inicio agudo. Mientras la primera se clasificaba dentro de la distimia, la segunda se agrupaba como un subtipo crónico de la depresión mayor. El trastorno distímico se considera como una condición clínica media y crónica como ya se ha definido previamente. Su inicio puede darse a cualquier edad, pero esto tiene un importante correlato con un número de factores clínicos y probablemente etiológicos que sugieren que tanto el inicio temprano como el tardío indican distintas vías de desarrollo (Akiskal, 1983). Así, el inicio temprano suele asociarse con historia familiar de trastornos del ánimo, situaciones infantiles adversas como la negligencia y el abuso y mayor comorbilidad con trastornos de los ejes I y II. Por su parte, el inicio tardío se asocia más con pérdidas importantes (duelo por la muerte de seres queridos, pérdida del trabajo, entre otros) y problemas de salud.

Debido a la alta comorbilidad y al impedimento funcional presente en los pacientes con distimia, los médicos pasan por alto, con frecuencia, la presencia de la depresión crónica y centran su atención en otros síntomas más llamativos relativos al cuadro comórbido. Adicionalmente, los pacientes llegan a considerar su disforia como parte de sí mismos y en cierto grado, como normal, con lo cual tampoco dan cuenta de ella en su motivo de consulta y no la consideran objetivo terapéutico, contribuyendo a mantener esta importante condición clínica sin tratamiento.

Akiskal et al. (1980) encontraron que las personas con distimia mostraban un curso fluctuante y a menudo experimentaban exacerbaciones de los síntomas que cumplían los criterios para un episodio depresivo mayor. Por su parte, Keller y Shapiro (1982) describieron un fenómeno similar y acuñaron el término “*doble depresión*” para referirse a aquellos casos en los cuales los episodios crónicos de depresión mayor estaban superpuestos a una distimia preexistente. Datos posteriores han indicado que la diferencia entre ambos cuadros (distimia y doble depresión) estriba en que en la última, se presenta mayor comorbilidad con trastornos del eje I y el eje II, además de estar más relacionada con historia familiar de trastornos del ánimo y de personalidad. Así, es particularmente

común la comorbilidad con abusos de sustancias, ansiedad y desórdenes de personalidad, como el dependiente, el histriónico y el evitativo, siendo mayor la comorbilidad con trastornos de la personalidad en las formas crónicas de la depresión que en las episódicas, así como en aquellas de inicio temprano (Klein y Santiago, 2003).

Con respecto a la “*doble depresión*” es de indicar que se considera como una sola entidad en la cual, tras una condición distímica, se presentan episodios depresivos, sin embargo, la actual clasificación de los trastornos del estado de ánimo no incluye esta categoría y en esos casos los pacientes son diagnosticados con los dos trastornos (depresión mayor y distimia), lo que conduce a que se consideren como entidades clínicas distintas aunque comórbidas, cuando puede ser más probable que en el caso de los pacientes con doble depresión, se trate de dos fases diferentes de una única condición más que aumento o decremento de síntomas en respuesta a eventos vitales estresantes (Klein y Santiago, 2003). La forma en que las personas responden ante las demandas ambientales se supone influida por características propias de cada individuo, así podría explicarse por ejemplo, la respuesta diferencial de las personas ante eventos de similar valor, o en el caso de los tratamientos, el patrón variable de recuperación. Los estudios de eventos vitales sugieren que los episodios depresivos pueden ser activados por eventos sociales. Sin embargo, en la mayoría de los estudios se concluye que aunque casi todos los individuos deprimidos reportan la ocurrencia de un evento estresante antes del inicio del episodio, muchos otros que experimentan el mismo evento, o uno de similares características, sin embargo no se deprimen (Nettle, 2004). Este asunto conduce a la estimación de la influencia de la personalidad en el desarrollo de los trastornos del estado de ánimo, que como ya se ha señalado, se ve reforzada por datos como los aportados por Akiskal (1983), en relación con la alta comorbilidad con trastornos del eje II, pero también indica por lo tanto, cómo la disposición de los individuos para deprimirse no está determinada de manera idéntica en todos los miembros de la especie. Esta teoría de la vulnerabilidad puede ser vista a partir de un constructo continuo tal como el medido por el rasgo de neuroticismo, de tal forma, que más que hablar de portadores o no portadores, sería más razonable pensar en un espectro de riesgo (Nettle, 2004), donde la personalidad juega un papel relevante.

#### **4.2. La personalidad y la depresión: el problema del trastorno depresivo de la personalidad**

El rol de las características de personalidad se ha asociado, por ejemplo, con el curso de los desórdenes afectivos en cuanto a la mayor severidad de los síntomas, la mayor

frecuencia en las recaídas y los peores resultados en el tratamiento. Concretamente, para el caso de la depresión unipolar se ha encontrado una fuerte asociación entre alto neuroticismo e incremento en los síntomas depresivos (Bienvenu et al., 2004; Lozano y Johnson, 2001; Segal et al., 2003). Otros estudios como el de Ramklint y Ekselius (2003) indican que la proporción de trastornos de personalidad es mayor en personas deprimidas que en población general. Además, dichos trastornos se encuentran fuertemente asociados con el inicio temprano de la depresión mayor y al mismo tiempo, la presencia de trastornos del ánimo en la infancia y la adolescencia suelen ser predictores de trastornos de personalidad en la edad adulta (p.36). En la misma línea, Ialongo, Edelson y Kellam (2001), Reinherz, Giaconia, Hauf, Wasserman y Paradis (2000) y Stein et al. (2001), indican que una alta proporción de niños y adolescentes que han sufrido episodios depresivos suelen desarrollar trastornos del estado de ánimo en la edad adulta y con peor pronóstico frente al tratamiento.

En la línea de lo anterior, Griens, Jonker, Spinhover y Blom (2002), plantean que hay rasgos de la personalidad que se muestran especialmente elevados durante el episodio depresivo, tales como los niveles de emocionalidad, el neuroticismo y la dependencia interpersonal, los cuales reflejarían estados de la personalidad, mientras que otros rasgos como la rigidez o la apertura se muestran más estables y reflejarían por lo tanto, rasgos de la personalidad. Este estudio estaría favoreciendo la activación del neuroticismo como consecuencia de la depresión, a diferencia de otros estudios que indican esta dimensión como característica de la personalidad que podría estar asociada con la depresión de una forma más estable en cuanto podría ser predictora de su desarrollo. De acuerdo con Griens et al. (2002), es importante considerar, a la hora de evaluar las características de la personalidad durante el episodio depresivo, cómo algunos rasgos pueden estar influenciados por la depresión y, sin embargo, no reflejar una personalidad premórbida, es decir, que contrario a lo descrito en otros estudios, más que pensar en cómo la depresión es una consecuencia de determinados rasgos de personalidad, sería cómo la depresión activa e incluso puede contribuir a generar ciertos rasgos y formas de respuesta más estables y constitutivos de un rasgo de personalidad.

Por su parte, Rossi et al. (2001), encontraron que el trastorno de personalidad por evitación estaba relacionado estadísticamente con los trastornos depresivos, lo cual soporta hallazgos previos como el de Bataglia, Przybeck, Bellodi y Cloninger (1996) acerca de la correlación entre la dimensión de personalidad de evitación del daño y el trastorno de personalidad dependiente y de evitación en pacientes con trastornos depresivos.

Posteriormente, Marijnissen, Tuinier, Sijben y Verhoeven (2002) encontraron que los pacientes con depresión puntuaban bajo en auto-dirección y alto en evitación del daño de acuerdo con la escala TPQ (Three Dimensional Personality Questionnaire), indicando rasgos de personalidad más duraderos en los pacientes con depresión mayor. Estos autores concluyen que el rasgo de evitación del daño es bastante cercano a la dimensión de neuroticismo previamente descrita por otros autores.

Por su parte, Gruzca, Przybeck, Spitznagel y Cloninger (2003) confirmaron datos previos en un estudio donde se compararon los resultados obtenidos en un cuestionario de personalidad (Temperament and Character Inventory) y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D); de acuerdo con los resultados, la variable del temperamento que estuvo más asociada con los síntomas de depresión fue la evitación del daño, indicando una fuerte asociación con los síntomas de pérdida de energía y varios síntomas cognitivos, en cambio la asociación fue menor con síntomas vegetativos. Las observaciones generales de los autores concluyen que si bien los rasgos de personalidad afectan la susceptibilidad del individuo frente a los síntomas de la depresión, también influyen en el tipo de síntomas y las complicaciones que experimenta cada persona.

Los datos anteriores dan soporte a la influencia de los factores de personalidad y el desarrollo de trastornos del ánimo; por tanto, una mejor comprensión de la interrelación entre los factores genéticos y psicosociales que subyacen a este hecho, permitiría ayudar a mejorar el curso a largo plazo, tanto de la depresión como del trastorno de la personalidad de las personas afectadas, en cuanto, a una mejor comprensión de las relaciones multidimensionales entre la personalidad y la depresión podría conducir a identificar los diferentes fenómenos asociados con la depresión clínica y subclínica de tal forma que ello conduzca a favorecer estrategias de prevención (Gruzca et al. 2003; Ramklint y Ekselius, 2003).

Si las diferencias disposicionales influyen en la manera en que los individuos experimentan estados afectivos negativos, quizás haya aspectos de la personalidad que influyen en cómo estos estados son experimentados. Así, el ánimo depresivo puede ser visto como un fenómeno multidimensional en el cual una dimensión cuantitativa describiría la severidad del humor depresivo y otros vectores describirían la relativa importancia de patrones específicos de síntomas, los cuales podrían denominarse dimensiones cualitativas. En este sentido, cabe la pregunta acerca de no sólo la comorbilidad con los trastornos de personalidad descritos en el DSM-IV-TR (2002), sino y más puntualmente, acerca de la existencia de un trastorno depresivo de la personalidad que

pueda explicar la respuesta diferencial de las personas en cuanto al curso y recuperación ante los distintos tipos de trastorno del ánimo.

La identificación de las bases del trastorno depresivo de la personalidad puede rastreadse desde las descripciones psicopatológicas de Kraepelin que partían de la consideración de distintos tipos de temperamento, entre ellos el depresivo, el cual podría ser el precursor de los desórdenes del estado de ánimo. El temperamento depresivo incluía rasgos de rechazo, desánimo, tristeza, sentimientos de inadecuación y baja autoestima, excesiva autocrítica, juicios negativos acerca de sí mismo y de los otros, pesimismo, sentimientos de culpa y excesiva preocupación. Estas características son muy similares a las que el DSM-IV (1995) describe en el apartado de trastorno depresivo de la personalidad incluido en el apéndice de entidades clínicas en estudio actual.

De acuerdo con el DSM-IV (1995), la característica esencial del trastorno depresivo de la personalidad es un patrón permanente de comportamientos y funciones cognoscitivas depresivas que se inicia al principio de la edad adulta y se refleja en una amplia variedad de contextos. Este patrón no aparece exclusivamente durante un episodio depresivo mayor y no se explica mejor por la presencia de un trastorno distímico. Entre los comportamientos y funciones cognoscitivas de carácter depresivo se incluyen sentimientos permanentes de abatimiento, tristeza, desánimo, desilusión e infelicidad. Estos individuos se caracterizan por mostrarse excesivamente serios, incapaces de divertirse o relajarse y sin sentido del humor. Algunos creen que no merecen ser felices o divertirse. Es frecuente que tiendan a cavilar o a preocuparse y estén inmersos permanentemente en su infelicidad y en sus pensamientos negativos. Auguran el futuro tan negativamente como ven el propio presente; dudan que las cosas puedan mejorar algún día, anticipan lo peor y aunque se presumen de realistas, los demás los describen como netamente pesimistas. Demuestran dureza al juzgarse a sí mismos y tienden a sentirse excesivamente culpables por sus defectos y sus fracasos. Su autoestima es baja y se traduce especialmente, en sentimientos de impotencia. Los individuos con este trastorno tienden a juzgar a los demás tan duramente como lo hacen con ellos mismos, destacando sus defectos muy por encima de sus virtudes, y pueden mostrarse negativos, contrarios, críticos y dados a la censura (DSM-IV, 1995).

Al hacer una descripción histórica de la manera en que se ha abordado el tema de la personalidad depresiva, hay que recurrir a la exhaustiva revisión de Huprich (1998) que indica cómo las perspectivas psicodinámicas, cognitivas, conductuales e incluso el modelo médico han descrito este tipo de personalidad, confluyendo en un constructo causal similar



y en un posible mecanismo común a través del cual dicho constructo se desarrolla en los individuos para dar origen a este tipo de personalidad. Este mecanismo consiste en una pérdida significativa a temprana edad, que puede recogerse bajo el concepto de “pérdida de objeto” (Huprich, 1998, p. 495), aunque este concepto es básicamente acuñado por las teorías psicodinámicas. De acuerdo con Huprich, la investigación que evalúa los posibles efectos de la pérdida de objeto puede dar cuenta de su valor para discriminar a los individuos con desorden depresivo de la personalidad de otras personas con otros trastornos del estado de ánimo.

Las teorías psicodinámicas son precursoras de la personalidad depresiva a partir de la introducción de Freud (1973) de su trabajo “Duelo y Melancolía” en el cual, como se señaló en un apartado previo, se hace una descripción de la reacción depresiva ante la pérdida de un objeto de apego significativo para el sujeto. Las actitudes dependientes, los comportamientos obsesivo-compulsivos y el masoquismo se han asociado con la personalidad depresiva. Sin embargo, el peso más importante ha recaído sobre el efecto de la pérdida en la infancia temprana como factor causal de la personalidad depresiva.

Así surgen tres aspectos relevantes que marcarían este estilo de personalidad. Primero, la tendencia negativa, pesimista y excesivamente parca en la orientación de las personas hacia las relaciones con otros y con el mundo. Segundo, un estilo de interacción basado en la pérdida o frustración por la pérdida, en el cual la ira es dirigida hacia el propio sujeto. Tercero, este patrón reprimido de frustración y decepción es activado a través de muchas situaciones, especialmente aquellas que representan pérdida o frustración. No obstante muchas preguntas siguen abiertas a partir de los postulados psicodinámicos en especial las que enlazan las características dependientes, obsesivo-compulsivas y masoquistas con la personalidad depresiva, en cuanto a los límites diagnósticos con otros trastornos de personalidad. También se cuestiona la validez del concepto “*pérdida*” cuando en muchos casos no es posible identificar sucesos en la vida de la persona que puedan considerarse como pérdidas y que puedan explicar la personalidad depresiva.

Por su parte, las teorías cognitivas han enfatizado el papel de los esquemas disfuncionales tempranos como la causa de la personalidad depresiva, de tal forma, que la interpretación de los acontecimientos diarios pasa por procesos de pensamiento que están al servicio de los esquemas tempranos generando respuestas negativas hacia sí mismo, el mundo y el futuro. Los esquemas se desarrollan en la infancia y son activados ante situaciones ambientales detonantes (Beck et al., 1983).

El modelo conductual a su vez, establece que la depresión puede ser causada por la presencia de un patrón de relación interpersonal negativo surgido en la infancia como consecuencia de hechos tempranos que generaron en el niño la sensación de un ambiente poco sensible a sus necesidades (ausencia de cuidados por parte de los padres, abandono, ausencia de refuerzo social, entre otros). Así, el mantenimiento de la depresión podría deberse a un excesivo reforzamiento negativo y a la ausencia de reforzamiento positivo. Teóricos como Ferster (1981), plantearon, al igual que los psicoanalistas, que la ira juega un importante papel en el mantenimiento de la depresión. Se plantea que la ira es evitada debido a la reacción negativa que provoca en los otros y por lo tanto cualquier expresión de la ira es reprimida y como resultado la persona con depresión se aísla del contacto con otros lo cual contribuye a la pérdida de reforzamiento. De esta manera y al igual que en el modelo cognitivo el modelo conductual es consistente con las teorías psicodinámicas en cuanto a la consideración de la pérdida en la etiología de la depresión (Huprich, 1998).

Desde la perspectiva médica, muchas investigaciones se han dirigido hacia la clasificación de la depresión sobre la base de factores fisiológicos, genéticos y de historia familiar. Los datos confluyen en que, como ya se ha señalado previamente, algunas personas diagnosticadas con distimia de inicio temprano tienen características que reflejan alteración de la personalidad. Adicionalmente, las tasas de dependencia de drogas y alcohol son altamente prevalentes entre tales individuos, conformando características estables del comportamiento en las personas con depresión que podrían dar lugar a pensar en una personalidad depresiva (Huprich, 1998).

Otro apoyo a la existencia del trastorno depresivo de la personalidad proviene de las observaciones de McDermut et al. (2003) con respecto a la evaluación del curso del trastorno, indicando que los pacientes identificados con trastorno depresivo de la personalidad mostraron mayores niveles de morbilidad psiquiátrica pasada y de impedimento, además, indicaron, que en presencia de una depresión mayor, estos pacientes mostraban exacerbación del episodio depresivo como reflejo de la temprana edad de inicio del trastorno, así como un incremento en la sintomatología y una mayor cronicidad de la depresión.

El trastorno depresivo de la personalidad muestra importantes correlaciones con otras variables como la calidad de vida, el optimismo y la esperanza. Así, Huprich y Frisch (2004) encontraron que la personalidad depresiva se asocia con pobre calidad de vida, bajos niveles de esperanza y bajos niveles de optimismo, dando de esta manera soporte a la

existencia de características definitorias para este trastorno frente a otros trastornos de la personalidad.

Los datos anteriores dan soporte a la existencia de un trastorno depresivo de la personalidad, sin embargo, también es claro que surge una controversia acerca del posible solapamiento entre este trastorno y la distimia, indicando por ejemplo que hay escasez de evidencia para justificar la inclusión de esta categoría diagnóstica (Ryder, Bagdy y Schuller, 2002). Otros autores como Klein, (1999), indican que se trata de una variante de los trastornos depresivos, basados en las elevadas tasas de trastorno depresivo de la personalidad en parientes de primer grado de pacientes con depresión. Sin embargo, autores como Klein y Vosciano (1999), indican que son entidades empírica y conceptualmente diferentes. La personalidad depresiva puede ser precursora o una expresión alternativa de la depresión crónica. Por su parte, Huprich, (2003b) ha demostrado la diferenciación entre el trastorno depresivo de la personalidad y otros trastornos del estado de ánimo en población psiquiátrica y en población universitaria (Huprich, 2000, 2001). Más recientemente, Huprich (2003a) encontró que en la personalidad depresiva hay más rasgos perfeccionistas, autocríticos, y negativistas, comparados con otros controles psiquiátricos con trastornos del ánimo.

Algunos estudios han encontrado elevados niveles de rasgos de personalidad depresiva en los familiares de pacientes con depresión crónica pero no episódica. Además, los rasgos de personalidad predicen el inicio del desorden distímico, pero no de la depresión mayor (Klein y Santiago, 2003). En la misma línea, aunque la personalidad depresiva ha sido conceptualizada como el sustrato temperamental de los desórdenes del estado de ánimo (Akiskal, 1983), es más probable que ésta represente una elaboración mediada social y cognitivamente de procesos de temperamento más básicos. Así, se incluyen modelos como el de las dimensiones del Afecto Positivo y el Afecto Negativo, relacionadas con dimensiones básicas como extraversión y neuroticismo. El modelo de Watson y Clark (1984) plantea la hipótesis de que la baja Afectividad Positiva y la alta Afectividad Negativa forman la estructura principal del temperamento depresivo que predispone a los trastornos depresivos.

Por su parte, Phillips et al. (1998) y McDermut et al. (2003), con respecto a la distinción entre distimia y personalidad depresiva, han indicado que mientras la primera enfatiza en los síntomas somáticos, la segunda hace referencia a una particular constelación de rasgos de personalidad, muchos de los cuales son cognitivos e interpersonales, además, la alteración del ánimo no tiene un papel tan relevante como sí lo tiene en el diagnóstico de

la depresión y la distimia. Adicionalmente, a pesar de la evidencia de comorbilidad con trastornos del eje I, no se ha demostrado un solapamiento completo entre ambos trastornos. Sin embargo, puede haber una estrecha relación entre ellos en función del inicio temprano de los rasgos que pueden predisponer a los individuos a desarrollar trastornos del eje I. Las observaciones de Phillips et al. (1998) con respecto a los puntajes en nivel de funcionamiento encontrados en los participantes de su estudio, muestran que el nivel de deterioro es menor que el reportado por participantes con otros trastornos del estado de ánimo, lo cual sugiere que la personalidad depresiva aunque no se refiere a rasgos “normales” de la personalidad, sí podría dar cuenta de un continuo con rasgos “normales” que en el extremo puede llegar a ser disfuncional.

Desde la perspectiva de Huprich (1998) no está claro si la distimia y el trastorno depresivo de la personalidad se solapan completamente constituyendo un mismo constructo, por lo que se requieren nuevos estudios que den soporte a este asunto. Mucho más cuando muchos de los síntomas de la distimia parecen similares a los de la personalidad depresiva y cuando pacientes diagnosticados con distimia pueden presentar síntomas clínicos de personalidad depresiva. A su vez, Phillips et al. (1998), encontraron que a pesar de la evidencia de comorbilidad del trastorno depresivo de la personalidad con la distimia y con otros trastornos, también es posible que se dé en ausencia de dichas condiciones clínicas. Adicionalmente, encontraron que los trastornos de personalidad más frecuentemente asociados con la depresión corresponden a los que conforman el grupo C de acuerdo con la clasificación del DSM-IV-TR (2002). Estos trastornos son los relacionados con la ansiedad y el nivel de conflictos neuróticos y de defensas que se han asociado con el trastorno depresivo de personalidad. En la misma línea, Huprich (2004) encontró que a pesar de que la personalidad depresiva muestra niveles moderados de correlación con otros trastornos de la personalidad, el grado de correlación disminuye en la medida que se controlan los síntomas depresivos.

Por su parte, McDermut et al. (2003) indican que a pesar del solapamiento que puede encontrarse entre el trastorno depresivo de la personalidad, la distimia, la depresión mayor e incluso algunos trastornos de la personalidad como el de evitación y el borderline, el diagnóstico del trastorno depresivo de la personalidad no es subsumido por ningún otro trastorno del eje I ni ninguno del eje II, sugiriendo de nuevo su carácter de entidad diferenciada.

Los datos anteriores permiten indicar que el diagnóstico de trastorno depresivo de la personalidad, identifica personas con condiciones relativamente estables, que sugieren un

nivel de incapacidad y que actualmente no está contemplado en las clasificaciones diagnósticas. Por tanto, se trata de una entidad que requiere mayor estudio, incluyendo estudios familiares con el fin de aclarar su distinción con respecto a los trastornos del eje I, ya que los datos de co-agregación familiar, que han sido tradicionalmente interpretados como evidencia de un modelo de los desórdenes depresivos como un espectro de severidad, ubicarían la personalidad depresiva en el extremo menos severo, la distimia hacia la mitad del espectro y las formas crónicas de la depresión en el extremo más severo (Klein y Vocisano, 1999). Sin embargo, McDermut et al. (2003) encontraron que no se cumple que el trastorno depresivo de personalidad sea una forma menos severa dentro del continuo. Así, al comparar personas con distimia y trastorno depresivo de la personalidad y personas con sólo distimia o sólo trastorno depresivo de la personalidad, encontraron que éste último grupo mostraba mayor nivel de severidad, así como comorbilidad con trastornos de ansiedad y desórdenes de personalidad. Por tanto, se requieren estudios posteriores que arrojen mayor luz sobre estos temas, además de ayudar a resolver la pregunta de si el desorden depresivo de la personalidad constituye un temperamento que predispone al desarrollo de trastornos del ánimo o si se trata de un carácter disfuncional en sí mismo.

#### **4.3. La depresión y la distimia: ¿entidades categoriales o un constructo dimensional?**

Aunque es muy pretencioso intentar responder a este interrogante dada la multiplicidad de posiciones al respecto y la ausencia de suficientes datos que avalen una u otra perspectiva, sí es importante, al menos, poner de relieve algunos de los principios básicos que definen esta coyuntura conceptual, puesto que muchas de las líneas de investigación actuales van por esta vía y, además, suponen cambios importantes no sólo dentro de la tarea diagnóstica sino en cuanto al abordaje clínico de estos trastornos.

El tema de la clasificación sugiere otro asunto relevante y es cómo la ubicación del trastorno depresivo de la personalidad, bien como trastorno del ánimo o como desorden de la personalidad, depende de las definiciones que para ambos casos se tengan en el sistema de clasificación empleado. Está claro que el sistema categorial ofrece limitaciones; desde el mismo DSM-IV-TR (2002) se indica por ejemplo, que no se asume que las categorías clínicas sean entidades discretas con límites absolutos. Por su parte, Widiger (1999) indica que los problemas del enfoque categorial se relacionan específicamente con la distinción entre personalidad y desórdenes afectivos. No obstante habría tres aspectos de las

definiciones de los trastornos del ánimo y de los trastornos de la personalidad ofrecidas por el DSM-IV-TR (2002) que son relevantes para determinar si el trastorno depresivo de la personalidad puede ser considerado como uno u otro tipo de trastorno. Primero, el papel central de la alteración del ánimo, segundo, el nivel en el cual se consideran las características asociadas al trastorno y tercero, los tipos de características que constituyen los criterios diagnósticos (McDermut et al., 2003). De acuerdo con el DSM-IV-TR (2002), los trastornos del ánimo se definen como trastornos donde la característica más relevante es la alteración del ánimo, con lo cual el trastorno depresivo de la personalidad ya no cabría dentro de esta categoría puesto que según se ha señalado previamente, esta no es la característica más saliente. De hecho, aunque se considera como una de las características no es ni necesaria ni suficiente para establecer el diagnóstico.

Con respecto al segundo punto, mientras las características de los trastornos depresivos del eje I se conceptúan al nivel de síntomas, en el trastorno depresivo de la personalidad las características asociadas se consideran como rasgos estables y duraderos. Por último, a partir del solapamiento, los síntomas de los trastornos del ánimo difieren de otro tipo de rasgos asociados con el trastorno depresivo de la personalidad. Así, mientras los trastornos del ánimo recogen síntomas relacionados con la emoción, la cognición, el autoconcepto y el funcionamiento somático, la personalidad depresiva se caracteriza por rasgos que reflejan negativismo excesivo, creencias pesimistas acerca de sí mismo y los otros y en algunos casos, tristeza o desánimo.

Los asuntos anteriores han dado lugar a un gran debate acerca de la consideración categorial a favor de un enfoque dimensional. De hecho se ha propuesto eliminar el trastorno distímico y reacomodar los criterios diagnósticos bien en función de la depresión o del desorden depresivo de la personalidad y a partir de allí construir un modelo dimensional de los trastornos del ánimo o de todos los trastornos de personalidad (Phillips et al. 1998, Widiger, 1999).

Ruscio y Ruscio (2000) han dado especial soporte al asunto de la depresión como un constructo dimensional frente a la actual clasificación categorial. Partiendo de que, aunque históricamente los trastornos mentales han sido conceptuados como entidades latentes que son cualitativamente diferentes del funcionamiento normal, argumentan que a partir de investigaciones previas, algunos, sino todos los trastornos mentales, existen a lo largo de un continuo con la normalidad. No obstante, este es un tema que sigue generando mucha controversia. En lo que respecta específicamente a la depresión, es de indicar que dentro de la actual clasificación vigente (DSM-IV-TR, 2002) sigue siendo considerada

como un síndrome discreto. Ruscio y Rucio (2000) llevaron a cabo un estudio donde compararon mediante un método taxométrico, las respuestas de los participantes a tres de los cuestionarios de mayor utilización clínica y de investigación en la depresión: el Inventario de Depresión de Beck (BDI), para evaluar la intensidad de la sintomatología cognitiva, la escala de Zung (SDS) para evaluar la frecuencia de ocurrencia de síntomas somáticos y la escala de depresión del Multiphasical Personality Inventory (MMPI) para evaluar la presencia o ausencia de un largo número de síntomas cognitivos y afectivos. Los resultados demostraron continuidad en dos muestras clínicas dando soporte, de esta manera, el carácter dimensional del constructo.

Las implicaciones de considerar la depresión como un constructo dimensional son diversas. Primero, el reconocimiento de su carácter diferencial con respecto a la experiencia emocional normal, sólo cualitativamente, lo cual tiene consecuencias con respecto al tratamiento y también al curso y pronóstico de esta entidad clínica. Segundo, el cambio en las perspectivas teóricas que han intentado comprender la etiología, sintomatología y curso de este desorden deberían dirigirse hacia la búsqueda de factores más allá de la presencia o ausencia de la depresión y concentrarse en aquellos asociados con la variación en el nivel de severidad. Tercero, en cuanto a los instrumentos de medida, ya que muchos de los empleados en la actualidad focalizan en la distinción entre personas depresivas y no depresivas, con lo cual si se trata de un constructo dimensional, el valor predictivo de los datos arrojados con estos instrumentos sería erróneo. Cuarto, dado que el conocimiento actual sobre la depresión se ha realizado sobre la base de las personas que cumplen criterios de severidad para la depresión, está claro que el conocimiento acerca de las formas más leves de afectación es menor puesto que pocas investigaciones se han centrado en los casos que no cumplen criterios suficientes para establecer este diagnóstico (Ruscio y Ruscio, 2000). Si la depresión es dimensional, se requiere que su estudio y medición se haga como un fenómeno continuo.

Por su parte, Beach y Amir (2003), realizaron un estudio taxométrico utilizando solamente el BDI y concluyeron que la selección de los ítems es determinante a la hora de establecer el carácter dimensional o categorial de la depresión. Así, al evaluar los síntomas de distrés se confirma el carácter dimensional, sin embargo, la evaluación de los síntomas somáticos da cuenta de un posible carácter categorial ya que informa de la alteración en los procesos de homeostasis. Estos datos podrían sugerir que existiendo un factor dimensional en la depresión, ciertos tipos del trastorno, con marcada sintomatología vegetativa pueden entenderse como categorías tal como ya lo anunciaron Ramklint y

Ekselius (2003). Esto es apoyado por Hankin, Fraley Lahey y Waldman (2005) cuando plantean que la evidencia empírica en relación con el carácter dimensional vs categorial de la depresión, es, de alguna manera variado, de tal forma que, de acuerdo con algunos estudios, podría indicarse que la estructura latente de la depresión es dimensional, particularmente cuando se consideran los síntomas del estrés emocional (Beach y Amir, 2003; Franklin, Strong y Greene, 2002); mientras que, de acuerdo con los síntomas somáticos, la depresión es más taxonómica (Beach y Amir, 2003; Ambrosini, Bennett, Cleland y Haslam (2002). Sin embargo, en el estudio de Hankin et al. (2005), llevado a cabo sobre una muestra de niños y adolescentes, los resultados permitieron concluir que para todos los dominios de la depresión, esto es, para todos los grupos de síntomas, la estructura subyacente de la depresión es dimensional y no categorial.

Retomando lo anterior, está claro que la disyuntiva en cuanto a la consideración dimensional o categorial de la depresión y las implicaciones que esto tiene en el plano de la clasificación de la depresión bien sea como perteneciente a los trastornos del eje I o como trastorno de la personalidad, deja clara la presencia de una serie de síntomas que en uno y otro caso define formas o tipos del trastorno pero que sigue dejando abierta la pregunta por los síntomas patognomónicos de esta importante entidad clínica.

#### **4.4. La ira y su relación con la depresión**

Otro asunto que merece atención es la relación de la depresión con la ira, ya que pese a que en la actualidad los síntomas referidos a la irritabilidad en general, no forman parte del diagnóstico de la depresión excepto en el caso de los niños y los adolescentes, continua siendo prominente el apoyo empírico y la evidencia clínica de la presencia de dichos síntomas en muchos casos de depresión (Benazzi, 2003a; Biondi et al., 2005; Fava et al., 1986; Field et al., 2003; Pasquini et al., 2004; Robin et al., 2001; Sayar et al., 2000), al igual que se ha encontrado correlación entre ambos rasgos en población normal (Cheng, Mallinckrodt y Wu, 2005; Fava y Rosebaum, 1999).

Pasquini et al. (2004), indican que los actuales sistemas de clasificación subestiman el papel jugado por la irritabilidad, la ira y la hostilidad en la depresión. Con excepción de los episodios maníacos e hipomaniacos, estos importantes síntomas no son considerados dentro de los trastornos del estado de ánimo, a pesar de las evidencias que han indicado su presencia dentro de la depresión desde tiempo atrás y hasta la actualidad. De acuerdo con Benazzi (2003a), aunque en el DSM-IV-TR la ira no aparece como síntoma asociado al trastorno depresivo mayor, en cambio sí aparece descrito para el caso del episodio



depresivo mayor, al indicar que muchos individuos reportan o exhiben irritabilidad incrementada (ira persistente, tendencia a responder a los eventos con enojo), además se indica que en los casos de episodio depresivo mayor con ánimo irritable, se hace difícil el establecimiento del diagnóstico diferencial entre episodios maníacos o episodios mixtos (Pancheri et al., 2002).

Una importante observación hecha por Pancheri et al. (2002), en relación con el poco interés dado a la evaluación de los síntomas de la ira en la depresión, muestra que esto puede deberse a que muchos instrumentos de evaluación, se han derivado directamente de las descripciones nosográficas y ello ha conducido a que no se incluyan todos los síntomas, mucho más cuando se ha indicado el carácter complejo y variado de la sintomatología depresiva. Sin embargo, cuando dentro de la evaluación se incluyen síntomas referidos a la ira, está claro que los pacientes con depresión puntúan en ellos de manera consistente. Así, Pasquini et al. (2004), indican que la ira y la agresión son bastante frecuentes en la depresión, a tal punto que pueden competir con la relación entre ansiedad y depresión; además, indican que la presencia de ira es más frecuente entre pacientes depresivos que entre pacientes con ansiedad o trastornos somatoformes (Koh, Kim y Park, 2002). Asimismo, Posternak y Zimmermann (2002), han enfatizado que la nosografía no ha dado atención a la ira y esto podría estar relacionado con el mal uso de las escalas clínicas para la evaluación de la depresión.

Todo lo anterior hace pensar en la asociación existente entre ira y depresión, de tal manera que junto con los múltiples hallazgos clínicos, como los que se indican a continuación, resulta innegable la asociación entre ambos constructos. Fava y Rosenbaum (1999), encontraron que 30-40% de los pacientes con trastorno depresivo mayor, mostraron irritabilidad persistente, junto con el síndrome de ataques de ira, descrito por ellos. Por su parte, Sayar et al. (2000), encontraron, en un estudio con pacientes externos con trastornos del ánimo y sin medicación, que la tasa de ataques de ira alcanzaba hasta el 44% de los casos; en dicho estudio, 38% de los pacientes sufrían depresión mayor y el 28% distimia. También se han reportado altas tasas de prevalencia de ira en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria (31%) frente a mujeres saludables (10%) (Fava, Rappe, West y Herzog, 1995). De otro lado, Posternak y Zimmerman (2002), encontraron que la frecuencia de ira en los trastornos del estado de ánimo era del 33,1%, siendo, el trastorno depresivo mayor, después del trastorno bipolar I, el trastorno con mayor prevalencia de ira (36%). En la misma línea, Deckersbach et al. (2004), encontraron, en una muestra clínica de pacientes con depresión, que la irritabilidad estuvo presente entre un

26% y 68% de los casos, dependiendo de la precisión de los criterios diagnósticos empleados.

Por su parte, Benazzi y Akiskal (2005), encontraron, en un estudio comparativo entre pacientes con trastorno bipolar y trastorno unipolar, que el episodio depresivo mayor con irritabilidad (entendida de acuerdo con los parámetros del DSM-IV-TR, 2002), estuvo presente en el 59,7% de los pacientes con trastorno bipolar II y en el 37,4% de los pacientes con trastorno depresivo mayor. En el trastorno bipolar II, la comparación entre el episodio depresivo con y sin irritabilidad, se encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad, la comorbilidad con trastornos del eje I y características atípicas de la depresión. Por su parte, en la depresión unipolar, el episodio depresivo mayor con y sin irritabilidad mostró diferencias en cuanto a la edad, el inicio del cuadro, las altas tasas de depresión atípica e historia familiar de trastornos bipolares, lo cual lleva a los autores a plantear la posible existencia de un subtipo de depresión a la cual han llamado “depresión hostil” y que podría formar parte del espectro de los trastornos bipolares como un estado depresivo mixto (Benazzi y Akiskal, 2005, p. 204). Es importante señalar que la recurrencia al concepto de *estado depresivo mixto* para incluir los síntomas de irritabilidad viene siendo objeto de estudio de manera sistemática, recientemente (Benazzi, 2002, 2003a; 2003b; 2003c; 2003d).

Otros datos han indicado el papel de la ira en la depresión y el riesgo de suicidio en los adolescentes, de tal forma que la severidad de la depresión se ha asociado positivamente con niveles de hostilidad e ira (Robin et al., 2001). No obstante, es necesario distinguir en cuanto a los modos de expresión de la ira. Así, mientras la supresión de las expresiones de ira se ha asociado con altos niveles de depresión, la externalización de la ira se ha encontrado asociada con bajos niveles de depresión pero altamente asociada con el riesgo de suicidio y de abuso de sustancias (Robin et al., 2001). De esta forma, el riesgo para el suicidio aumenta tanto con la severidad de la depresión, como con los niveles altos en externalización de la ira.

Ahora bien, muchas explicaciones se han dado en cuanto a la relación entre la ira y la depresión. Desde los psicoanalistas, la ira surge como forma de reacción ante la pérdida real o simbólica de un objeto de amor, por el cual se vive un duelo, que de no ser resuelto de manera favorable, puede devenir en una depresión (Freud, 1973). Desde esta perspectiva, la ira suele dirigirse hacia dentro en forma de autoreproches. Otras teorías psicopatológicas han descrito la ira en la depresión, como cierta forma de “antídoto”

contra la anestesia afectiva caracterizada por el sentimiento doloroso de no tener sentimientos (Stanghellini, 2000).

Por su parte, Troisi y D'Argenio (2004), describen los resultados de un estudio donde se pone a prueba la teoría del apego de Bowlby como posible alternativa explicativa a la relación entre ira y depresión en una muestra de varones jóvenes. La teoría del apego, es una teoría relacional que propone que la calidad de los vínculos tempranos con las figuras cuidadoras y de apego ejerce una gran influencia en la manera en que los individuos se comprometen y perciben las posteriores relaciones interpersonales. Un aspecto importante de la teoría es que la regulación del afecto (incluida la regulación de la depresión y la ira), está relacionada con el estilo de apego. Bowlby (1973), hipotetizó que por el miedo al abandono, las personas pueden desarrollar estilos de apego inseguros que pueden llevarlas a desarrollar actitudes hostiles en las relaciones interpersonales (Bowlby, 1973). Los resultados de Troisi y D'Argenio (2004), mostraron que en los pacientes con depresión, participantes en el estudio, se encontró una fuerte asociación con características estables de la ira (Ira/Rasgo). Asimismo, se sugiere en este estudio que posiblemente, cuando las estrategias defensivas fallan en las personas con depresión, la siguiente reacción sea la expresión de la ira contenida. Esta hipótesis va en la línea de que aunque las personas evitativas no manifiestan ira más intensa que las personas seguras bajo condiciones estresantes, pero sí revelan más signos psicológicos de ira.

Los resultados de Troisi y D'Argenio (2004), confirman los hallazgos de Bifulco, Moran, Ball y Bernazzani (2002), según los cuales, en un grupo de mujeres de alto riesgo, un estilo de apego inseguro, consistente en una evitación hostil, estuvo significativamente relacionado con depresión clínica en los siguientes 12 meses. Sin embargo, el estudio de Troisi y D'Argenio (2004), muestra limitaciones referidas a la dificultad para generalizar los datos a la población de mujeres, cuando en otros estudios como el de Troisi y Moles (1999), se encontró que la depresión clínica estaba asociada con el incremento en comportamientos no verbales que reflejaban hostilidad, en mujeres, pero no en varones, tal como lo habían indicado Bjork, Dougherty y Moeller (1997).

Siguiendo en la línea de la diferenciación por sexo en cuanto a la relación de la ira y la depresión, Sharkin (1993), indica que las teorías acerca de la experiencia femenina de la ira, tienden a mostrar como elemento común, que a pesar de que las mujeres son emocionalmente más expresivas que los varones, esto no ocurre en la ira, ya que es una emoción incompatible con los roles de género asociados a la mujer, de tal manera que cuando las mujeres experimentan ira, no sólo luchan con la inaceptabilidad de esta emoción

en relación con sus propios estándares, sino que, además, luchan con el temor, real o imaginado, hacia las sanciones sociales. En este sentido, Newman et al. (1999) indican que la ira, como emoción primaria, es muy consistente con el rol masculino, así, se ha sugerido que otras emociones dolorosas o menos masculinas, pueden transformarse en ira (p. 198). Debido a la supuesta dificultad de las mujeres para expresar esta emoción, se ha planteado que ellas son más propensas a reprimirla, lo cual se ha enlazado con una variedad de consecuencias afectivas negativas como la ansiedad, la depresión y la culpa (Kopper y Epperson, 1996).

En el estudio de Newman et al. (1999), se buscó la asociación entre depresión e ira así como las posibles diferencias por sexo en la experiencia y manifestación de ambos cuadros en una muestra de estudiantes universitarios, mediante los resultados obtenidos en el BDI y el STAXI (Cuestionario de expresión de la ira estado/rasgo). Los resultados mostraron diferencias significativas entre varones y mujeres con respecto a la depresión, siendo las mujeres las que obtuvieron mayores puntuaciones en el BDI, tal como lo haya indicado la epidemiología. En cuanto a la ira, es de indicar que, de manera general, los varones y las mujeres no se diferencian en cuanto a la experiencia de esta emoción, sin embargo, al analizar de manera cuidadosa la relación entre la internalización de la ira y la depresión, aparece claramente, en los resultados de Newman et al. (1999), que hay una fuerte asociación entre la internalización de la ira en las mujeres y la presentación de síntomas depresivos.

En el estudio de Biondi et al. (2005), llevado a cabo con dos muestras de pacientes con trastornos del estado de ánimo (depresión, distimia y trastorno depresivo no especificado) y no internados, que fueron evaluados con diferentes instrumentos. Los resultados de un análisis factorial exploratorio indicaron, en ambas muestras, la presencia de una solución trifactorial, en la cual el primer factor correspondía a una dimensión de depresión, el siguiente a una de ansiedad y el tercero, compuesto por ira, hostilidad, irritabilidad y agresividad. Esta última dimensión fue clínicamente relevante para, entre un 20% y un 27% de los pacientes. Posteriormente, Pasquini et al. (2004) replicaron el estudio anterior pero sólo con pacientes diagnosticados, rigurosamente, con trastorno depresivo mayor y excluyendo comorbilidad con cualquier otro trastorno del eje I y del eje II, así como la comorbilidad con enfermedades médicas; todos los participantes fueron mayores de 18 años y no habían estado medicados en los dos meses precedentes. Los pacientes fueron evaluados con la escala SVARAD (Scala Valutazione Rapida Dimensionale), la cual es una escala breve (10 ítems) desarrollada para evaluar las principales dimensiones

psicopatológicas. Los datos confirmaron para esta muestra, la estructura trifactorial, pero en este caso compuesta por un primer factor donde se agruparon los ítems recogidos bajo el constructo de “Ira/irritabilidad”; en el segundo factor los ítems señalados como pertenecientes a la categoría de tristeza, desmoralización y apatía y denominado, por tanto “depresión”; por último, el tercer factor se denominó “ansiedad”, por haber recogido ítems de aprehensión/miedo y preocupación somática. Se indica que el factor de ira/irritabilidad, fue clínicamente relevante para más del 23% de los pacientes.

Los datos anteriores sugieren la necesidad de futuros estudios que den mayor soporte a la diferenciación por sexo en cuanto a la relación entre ira y depresión, mucho más cuando, de acuerdo con Newman et al. (1999), las hipótesis de diferenciación por sexo en la manifestación de la ira, han surgido de observaciones clínicas, pero han recibido soporte empírico limitado. Como se ha señalado, en parte el problema en la evaluación de la ira y su relación con la depresión, surge, por un lado, de los problemas conceptuales asociados con el uso de los términos de ira, agresividad y hostilidad, y, por otro lado, de los mismos instrumentos de medida empleados para su evaluación.

Con respecto al asunto conceptual, Spielberger, Ritterband, Sydeman, Reheiser y Unger (1995), indican que pese al conocimiento acerca de los efectos desadaptativos de la ira como contribuyentes a la etiología de la depresión, la definición del constructo sigue siendo ambigua y confusa. Unido a esto se encuentra el problema de los instrumentos de medida. Así, Spielberger et al. (1995) mencionan dos limitaciones importantes de los instrumentos empleados para medir la ira. En primer lugar, fallan en cuanto a la evaluación dimensional de la ira, esto es, como estado y como rasgo; en segundo lugar, tienden a confundir la experiencia y la expresión de la ira con reacciones situacionales determinantes de esta emoción. Por tanto, diferencian entre tres conceptos: la ira, la hostilidad y la agresión. Por ira se entiende, según Spielberger, Jacobs, Russell y Crane (1983), un estado emocional caracterizado por sentimientos de enojo o enfado de intensidad variable; por su parte, la hostilidad hace referencia a una actitud persistente de valoración negativa de y hacia los demás; y por último, la agresión se refiere a una conducta dirigida a causar daño a personas o cosas. Así, se entiende que la ira como emoción, es una condición necesaria, pero no suficiente, para el desarrollo de actitudes hostiles y de manifestaciones de conducta agresiva (Miguel Tobal, Casado Morales, Cano Vindel y Spielberger, 2001).

A partir de las consideraciones anteriores, se inicia la elaboración de una nueva medida de la ira: el STAXI. Conceptualmente, diferencia dos dimensiones que se reflejan en dos escalas (Estado y Rasgo). Por estado de ira, se entiende una condición

psicobiológica y de sentimientos subjetivos de ira que varía en *intensidad*, desde la irritación media hasta la ira intensa, acompañados de los respectivos síntomas de activación autonómica. Por rasgo de ira, por el contrario, se entienden las diferencias individuales en cuanto a la propensión de las personas, en cuanto a *frecuencia*, a presentar estados de ira.

Con respecto a la tendencia a confundir la experiencia de la ira, con la expresión de la ira, Spielberger (1988), insistió en la necesidad de distinguir ambas dimensiones y para ello recurrió a los conceptos de ira interna e ira externa. La ira interna fue definida en función de qué tan a menudo un individuo experimenta represión de los sentimientos de ira. La ira externa en cambio, se define a partir de la frecuencia con que el individuo expresa sentimientos de ira mediante comportamiento agresivo, verbal o físico (Spielberger et al., 1995). Adicionalmente, se incluyó una escala de control de la ira, también en sus dimensiones de control externo y control interno (para una descripción detallada del STAXI, véase el apartado de Instrumentos). De esta manera se deja a disposición clínica y de investigación, una herramienta que ha mostrado ser útil y válida en la evaluación diferencial de la ira, lo cual resulta de gran importancia cuando los datos indican la relevancia de esta emoción en la etiología de muchos trastornos no sólo mentales, sino también físicos como es el caso de las enfermedades cardiovasculares. Ahora bien, con respecto al caso que ocupa la presente investigación, es decir, la depresión, queda suficientemente ilustrado el papel jugado por los sentimientos y la expresión de la ira en la depresión, lo cual sugiere futuras investigaciones que permitan determinar si los síntomas referidos a esta emoción pueden ser considerados o no dentro del paradigma diagnóstico ya no sólo en el caso de los niños y adolescentes, sino también en el caso de adultos como ya lo sugiriera Kessler (2003).

#### **4.5. Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas.**

El solapamiento de síntomas es sin duda un tema relevante dentro de la psicopatología, generando la necesidad de establecer límites exhaustivos, aunque no son siempre de fácil ubicación, con el fin de facilitar el establecimiento de los diagnósticos diferenciales. La presencia de síntomas compartidos entre la depresión y la ansiedad es quizá uno de los asuntos más críticos en la investigación psicopatológica, quizá por la comorbilidad presente entre estos dos tipos de trastornos que hace a veces difícil distinguir entre ellos o identificar en el curso de los mismos cual antecede al otro. Aunque algunas posturas apuntan que, por las características del cuadro, es más posible que el deterioro

producido por un trastorno de ansiedad produzca modificaciones en el estado de ánimo conducentes al desarrollo de un trastorno depresivo y no al contrario, es decir, es menos probable que tras un trastorno depresivo se genere un problema de ansiedad. Esto es recogido por Axelson y Birmaher (2001) en relación con lo observado entre niños y adolescentes y confirma lo expuesto previamente por Reinherz et al. (1993) y Breslau, Schultz y Peterson (1995) acerca de cómo la presencia de síntomas de ansiedad incrementa la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos posteriormente. En la misma línea, Ninan y Berger (2001), plantean el tema de la comorbilidad entre trastornos de ansiedad y depresión e indican que los primeros pueden constituir un factor de riesgo para el desarrollo del trastorno depresivo mayor.

Los datos epidemiológicos citados en un apartado previo, muestran la alta comorbilidad entre ambos tipos de trastornos. Esto se hace evidente en las escalas de evaluación donde aparecen ítems similares para evaluar constructos distintos, y es también recurrente en los estudios donde se indica que las altas tasas de ansiedad encontradas en los pacientes con depresión muestran la presencia simultánea de ambos trastornos lo cual, siendo cierto, no deja del todo satisfechos ni a los clínicos ni a los investigadores por cuanto acarrea significativas consecuencias en la diferenciación de los dos tipos de trastorno, por cuanto repercute tanto en la investigación como en la práctica clínica en cuanto a su influencia en la etiología, el diagnóstico, pronóstico y tratamiento y por tanto abre una pregunta acerca de si los trastornos mentales son realmente entidades discretas e independientes como se señala en los sistemas taxonómicos (Maser y Cloninger, 1990).

Ninan y Berger (2001) indican que las dificultades en el diagnóstico suponen potenciales impedimentos para la práctica clínica y en este sentido, señalan cómo la fiabilidad no es necesariamente equivalente a la validez y por tanto, muestran cómo los principales componentes de un trastorno pueden no obtener el suficiente y adecuado énfasis si no son evaluados de manera fiable (p.79). En la misma línea, Frances, Widiger y Fyer (1990), indican que el grado de comorbilidad entre trastornos está influenciado directamente por el grado en el cual ellos muestran ítems similares o idénticos dentro del conjunto de los criterios definitorios. En este sentido plantean cómo si, lo que se pretende es aumentar la especificidad se requiere aumentar las diferencias entre trastornos mediante definiciones basadas en características diferentes, pero si lo que se prima es la sensibilidad entonces las definiciones de los trastornos deben estar basadas en las características más salientes del trastorno, aún cuando sean comunes con otros trastornos.

En la línea de lo anterior, McWilliams, Cox y Enns (2001), llevaron a cabo un estudio con una muestra de pacientes afectados por trastorno depresivo mayor, mediante el empleo de autoinformes, concretamente, el STAI y el BDI, con el objetivo de probar la capacidad para diferenciar la ansiedad de la depresión en pacientes depresivos. Los resultados permiten concluir a los autores que la depresión y la ansiedad pueden ser diferenciadas desde los ítems de los autoinformes, en pacientes con depresión. La solución factorial resultante del estudio de McWilliams et al. (2001) mostró cuatro factores, dos para los ítems del STAI, agrupados, respectivamente, de acuerdo con los ítems positivos (presencia) y los ítems negativos (ausencia); mientras que los ítems del BDI, formaron dos factores, uno compuesto por los ítems cognitivos y otro por los ítems vegetativos. Las correlaciones entre estos tres factores, mostraron que, aún siendo positivas y altas entre los cuatro factores, fueron mayores entre los dos factores del STAI, por un lado, y entre los dos factores del BDI, por el otro lado, no obstante, la correlación del factor cognitivo del BDI, fue mayor con el factor positivo del STAI, más que con el factor vegetativo del BDI. Una posible explicación a este asunto, es que tal vez, los ítems positivos del STAI podrían evaluar un estado afectivo relacionado con la depresión.

Otro elemento en juego en relación con el tema de la comorbilidad es el que se refiere a la influencia de los umbrales usados para determinar la presencia o ausencia de algún criterio dado y el umbral para el punto de corte, especificando el número proporcional de criterios necesarios para establecer la presencia o ausencia del desorden (Frances et al. 1990).

Los hechos anteriores muestran la importancia de realizar procesos de evaluación fiables recurriendo para ello a herramientas que garanticen que se evalúe lo que se pretende evaluar y que esto sea lo realmente distintivo del trastorno en cuestión. No obstante, este es uno de los escollos con que se encuentra la evaluación psicológica, especialmente frente a trastornos tan complejos como la depresión.

En parte, podría pensarse que la razón para que se dé cierta “confusión” en cuanto a los síntomas que definen la depresión y la ansiedad, puede obedecer a un asunto terminológico. Así, conceptos como nerviosismo, miedo, preocupación, aprehensión, irritabilidad, agitación e inquietud, son utilizados dentro de la consideración de la ansiedad, pero igualmente pueden ser y de hecho son utilizados dentro de la depresión, con lo cual resultan ser fácilmente intercambiables entre ambos cuadros. En la misma línea, Clark y Watson (1991, p.317), indican, con referencia al uso de los términos, que entre los significados de ansiedad y depresión se encuentran los estados de ánimo normales que se



ocultan dentro de estados de ánimo más prolongados y patológicos como el pánico o la anhedonia; por otro lado, los síndromes, que involucran la covariación de síntomas que no están referidos a estados de ánimo como serían la activación autonómica o los signos vegetativos y, por otra parte, también son términos que se designan para referirse a entidades diagnósticas específicas. Estos usos a diferentes niveles, de los mismos conceptos, es posible que sean responsables de la confusión y la dificultad para diferenciar lo que se denominaría ansiedad de lo que sería la depresión, pues el solapamiento puede ser diferente en función del nivel de significado en que se esté hablando.

Siguiendo con la lógica anterior, Clark y Watson (1991), plantean que ambos trastornos (la ansiedad y la depresión) se han considerado desde perspectivas distintas que pueden recogerse en los siguientes aspectos: a) como diferentes puntos dentro del mismo continuo, b) como manifestaciones alternativas de una vulnerabilidad subyacente, c) como síndromes heterogéneos que están asociados porque son subtipos asociados, d) como fenómenos separados cada uno de los cuales puede desarrollarse dentro del otro sobre el tiempo, y e) como fenómenos conceptual y empíricamente distintos (p. 316). En la actualidad, la nomenclatura científica vigente (DSM-IV-TR, 2002), acepta y refleja el punto de vista categorial indicado en el numeral e), pero ciertos aspectos son también compatibles con los puntos c) y d), como ya lo señalaran Clark y Watson (1991) haciendo referencia al DSM-III-R (1988).

No obstante, al revisar los criterios diagnósticos empleados para cada tipo de trastorno, empiezan a aparecer dificultades. De acuerdo con el DSM-IV-TR (2002), los criterios diagnósticos referidos a los síntomas indispensables para establecer la presencia de un trastorno depresivo implican un dominio emocional que incluye los síntomas del afecto triste y la anhedonia; un dominio cognitivo que recoge los síntomas de baja concentración, pensamientos de culpa e inutilidad e ideaciones suicidas; un dominio somático dentro del que se incluyen los cambios en el apetito y el sueño y un dominio que podría denominarse conductual, donde se recogen síntomas como los cambios en la conducta motora y la fatiga o pérdida de energía. De la misma manera, al revisar los síntomas requeridos para hacer el diagnóstico de ansiedad generalizada, puede hacerse una división conceptual similar en donde, en el dominio afectivo aparece la ansiedad, en el plano cognitivo, la concentración pobre y la preocupación incontrolable; en el plano somático la tensión muscular, los síntomas autonómicos y las preocupaciones somáticas, mientras que en el plano conductual se recogen la irritabilidad y la inquietud (Ninan y Berger, 2001). De hecho, Clark y Watson (1991), plantean que sólo un pequeño número de síntomas relacionados con la ansiedad

son capaces de diferenciar entre personas ansiosas y personas depresivas. Estos síntomas corresponden a los ataques de pánico (que incluyen los síntomas autonómicos) y la evitación agorafóbica.

De acuerdo con Shankman y Klein (2003), aunque las tasas de prevalencia dependen de los trastornos específicos, los estudios epidemiológicos generales indican que la depresión y la ansiedad co-ocurren aproximadamente entre un 40% y un 75% de las veces. Otros datos referidos a estudios realizados tanto con población clínica como población general indican que alrededor de la mitad de las personas con trastorno depresivo mayor cumplen criterios diagnósticos para uno o más trastornos de ansiedad (Brown, Campbell, Lehman, Grisham y Mancill, 2001). En la literatura científica se indica que el solapamiento de síntomas es bastante más evidente entre el trastorno depresivo mayor y el trastorno de pánico y la ansiedad generalizada, que con otros trastornos de ansiedad (Beuke, Fischer y McDowall, 2003; Katon y Roy-Byrne, 1991; Levine, Cole, Roy Chengappa y Gershon, 2001; Ninan y Berger, 2001).

Los resultados anteriores tienen una serie de implicaciones de cara al diagnóstico, el curso y el pronóstico de los desórdenes mentales ya que la comorbilidad entre ansiedad y depresión ha sido relacionada con variables como la cronicidad y severidad de los trastornos, los resultados del tratamiento y las recaídas, la búsqueda de tratamiento, el riesgo de suicidio y el funcionamiento general de los pacientes. No obstante, una de las mayores preocupaciones se refiere a cómo dicha comorbilidad afecta la clasificación de los trastornos (Mineka, Watson y Clark, 1998), ya que de acuerdo con la evolución observada entre los distintos trastornos a lo largo del desarrollo de las versiones del DSM, lo que se evidencia es un aumento en las categorías, lo cual bien puede indicar una mayor especificidad en el diagnóstico y cómo esto puede afectar la validez discriminante de estos criterios diagnósticos ya que, de manera errónea, se podrían estar diferenciando variaciones menores de un síndrome general bastante más amplio (Brown, et al. 2001). Esto se cumple de manera particularmente cierta en lo que se refiere a la ansiedad generalizada, que de acuerdo con diferentes estudios pone en cuestión la validez discriminante de este trastorno dentro de la clasificación. Se estima que al menos un 90% de las personas evaluadas en estudios epidemiológicos, han expresado haber presentado y haber cumplido criterios para el diagnóstico de un trastorno de ansiedad generalizada (Wittchen, Zhao, Kessler y Eaton, 1994). En la misma línea, Meredith et al. (2001), indican la dificultad para establecer el diagnóstico diferencial entre ansiedad generalizada y depresión dado que comparten el bajo afecto positivo como característica común.

Por su parte, Chambers, Power y Durham (2004), indican que el solapamiento de los síntomas entre los trastornos de ansiedad y la depresión podrían explicarse a partir de la existencia de un factor general de malestar que se especifica de manera diferenciada en los trastornos pero que es común a ambas categorías genéricas y en este sentido, al comparar los distintos trastornos de acuerdo con la escala PANAS (Positive and Negative Affect), el STAI (Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo) y el PSI (Personal Style Inventory) en un estudio de comorbilidad entre depresión y ansiedad, encontraron cómo es más posible diferenciar entre depresión y pánico que entre ansiedad generalizada, fobia social y depresión, lo cual podría hablar de una jerarquía dentro de los trastornos de ansiedad que hace que se identifique un factor de vulnerabilidad común (la afectividad negativa) y se identifiquen vulnerabilidades específicas sobre la base de la afectividad positiva, la sociotropía y la autonomía.

Lo anterior pone en evidencia cómo no se puede hablar de manera general de los trastornos de ansiedad, puesto que dentro de las mismas categorías pueden presentarse características muy peculiares que hacen que se diferencien entre sí. Con respecto al trastorno de pánico es un hecho que desde hace mucho tiempo se le viene considerando como una entidad clínica bastante especial dentro de los trastornos de ansiedad. Los hallazgos con respecto a la efectividad farmacológica, por ejemplo, indican que en pacientes afectados de pánico además de otro trastorno de ansiedad, como por ejemplo, una fobia social, los antidepresivos tricíclicos muestran gran efectividad para el tratamiento del pánico y no producen modificaciones en la fobia (Klein, 1964). Otros estudios acerca del factor hereditario en el desarrollo de trastorno de pánico, muestran que este factor es mucho menor en este cuadro que por ejemplo en la ansiedad generalizada y en la depresión (Kendler, Neale, Kessler, Heath y Eaves, 1993). Por su parte, en el estudio de Brown, Chorpita y Barlow (1998), sobre la relación entre ansiedad y depresión empleando el modelo PANAS y la activación autonómica como variables, se encontró que a pesar de evidenciarse una fuerte asociación entre afectividad negativa y activación autonómica, ésta era más fuerte en el caso del pánico que de la ansiedad generalizada y en cambio no estaba especialmente asociada con la depresión y con la fobia social. Los datos indican que, con respecto a la ansiedad generalizada, se pone en duda su validez discriminante como una categoría diagnóstica dados los problemas de límites con la depresión (Brown et al. 1998; Brown et al. 2001) y se sugiere cómo podría existir una dimensión no específica de la severidad de los síntomas que de cuenta de la intensidad en los distintos trastornos de

ansiedad por ejemplo, como también sobre el número y severidad de los síntomas comunes o co-ocurrentes en los distintos trastornos (Brown et al., 2001).

Visto así, claramente hay solapamiento de síntomas y considerando que hay casos donde los pacientes con depresión pueden no reportar la presencia de afecto triste y los pacientes con ansiedad no manifestar esta emoción como predominante, entonces ¿cómo puede hacerse el diagnóstico diferencial si se confluye en tantos síntomas y algunos de los definitorios de cada trastorno pueden incluso estar ausentes?. Estos elementos, como ya se ha señalado, refuerzan la presencia de una serie de limitaciones a la idea de poder evaluar de manera separada estos dos tipos de trastorno (la ansiedad y la depresión), así como la dificultad para identificar casos de depresión “pura”, es decir, pacientes que con un diagnóstico de depresión no tienen historia ni presente ni previa de trastornos de ansiedad. Estas condiciones hacen pensar en un factor general de vulnerabilidad al malestar psicológico que podría dar cuenta de la tendencia en muchos pacientes a desarrollar tantos síntomas de ansiedad como de depresión. Por tanto, convendría analizar los modelos que han intentado encontrar los elementos comunes y distintivos entre ambas categorías desde la perspectiva de un patrón general de vulnerabilidad como forma de acercamiento al componente o componentes que permitieran explicar las confluencias y las diferencias.

Sin lugar a dudas, uno de los elementos donde parecen confluir las posturas que abogan por un factor común a la ansiedad y la depresión, se encuentra representado en la noción de afectividad negativa que ya modelos como el PANAS y el tripartito (Clark y Watson, 1988; Clark y Watson, 1991; Watson, 1988; Watson, Clark y Carey, 1988; Watson, Clark y Tellegen, 1988; Watson, Clark et al., 1995; Watson, Weber et al., 1995), han descrito como compartido por ambas entidades clínicas como ha venido enunciándose en último término en esta revisión.

#### **4.6. Relaciones esperadas entre ansiedad, ira y depresión**

De acuerdo con los planteamientos anteriores en cuanto a la relación encontrada a través de la práctica clínica y la investigación, entre la depresión, la ira y la ansiedad, es necesario establecer el tipo de relaciones que cabría esperar a partir de los datos de la presente investigación. En cuanto a la ansiedad, se espera encontrar correlaciones positivas y significativas con la depresión, dada la tendencia de las personas con depresión a puntuar alto en las medidas de ansiedad, como ya lo indicara Spielberger (1983), y también debido a la presencia de síntomas compartidos, entre ellos el afecto negativo, como ya lo indicaran Clark y Watson (1991).

Por su parte, con respecto a la ira, cabría esperar correlaciones significativas y positivas entre la depresión y la ira interna, para el caso de las mujeres y correlaciones también positivas y significativas entre ira externa y depresión en el caso de los varones. Por su parte, se esperan correlaciones positivas entre el sentimiento de ira y la depresión sin que sean significativamente diferentes entre varones y mujeres, puesto que la diferencia, de acuerdo con la teoría, estaría dada más en el plano de la expresión. Adicionalmente, y dado que el STAXI, que es la medida de ira utilizada en la presente investigación, como puede encontrarse en el apartado de Método, contiene dos escalas (Rasgo y Estado), al igual que el ST/DEP, se espera que las correlaciones sean mayores entre el S/DEP y la escala de Estado del STAXI y entre el T/DEP y la escala de Rasgo. Sin embargo, y a partir de la definición de Rasgo de Ira, como la predisposición a experimentar estados de ira y esto se ha asociado con la presentación de síntomas de depresión, también son de esperarse correlaciones positivas entre el S/DEP y la escala de Rasgo de Ira. Por último, se esperan correlaciones negativas entre la subescala de Eutimia del ST/DEP y las escalas y subescalas del STAXI. Esto debido a que si la ira se asocia con la depresión y la eutimia mide justamente ausencia de depresión, entonces las correlaciones resultantes deberían ser negativas y menores que las observadas con la subescala de distimia.

De acuerdo con lo anterior, puede deducirse que la manera en que se concibe la depresión está sujeta a los modelos teóricos que se empleen para su explicación, de los cuales, además, se deriva un sistema de evaluación y por lo tanto, de tratamiento, que varía de acuerdo con los supuestos que la sustenten. A continuación, y considerando la pertinencia de conocer los principales modelos que se han ocupado y se ocupan en la actualidad, de explicar la depresión y su relación o distinción con otros constructos, se presenta un apartado donde se muestran de manera general, los modelos más relevantes.



**MARCO CONCEPTUAL**

**5. MODELOS EXPLICATIVOS  
DE LA DEPRESIÓN**





## **5. MODELOS EXPLICATIVOS PARA LA DEPRESIÓN**

### **5.1. Modelos explicativos en la distinción entre ansiedad y depresión**

Dada la relevancia que se ha asignado desde la epidemiología y desde la consideración clínica y teórica de estos dos grupos de trastornos (ansiedad y depresión), a continuación se hace una descripción de los modelos que se han citado previamente y cuyo objetivo es aproximar una explicación y distinción teórica, en cuanto a los síntomas que definirían a la depresión y a la ansiedad como constructos diferenciados.

#### **5.1.1. Modelos referidos al afecto positivo y negativo (PANAS)**

La preocupación acerca de por qué la ansiedad y la depresión están fuertemente correlacionadas ha sido puesta en evidencia a través de los estudios que revisan las medidas de autoinforme y los datos clínicos en pacientes afectados con alguno de estos trastornos (González, Herrero, Viña, Ibáñez y Peñate, 2004). Así, hay una recurrente referencia al solapamiento de los síntomas entre la ansiedad y la depresión que ya ha sido enunciada ampliamente en apartados previos y la cual es evidenciada por ejemplo, en las altas correlaciones encontradas entre las escalas que evalúan ambos tipos de trastornos (entre 0,40 y 0,70), en distintas muestras, según lo señalan Watson, Clark y Tellegen (1988). Esto ha sugerido, como ya lo planteaban Tellegen (1985) y Watson y Tellegen (1985), que los autoinformes del estado de ánimo dan cuenta de dos amplios factores: el Afecto Negativo y el Afecto Positivo.

De otra parte, la evidencia clínica indica que las altas puntuaciones en ansiedad en pacientes que sufren depresión, así como a la inversa, es decir, las altas correlaciones de depresión en pacientes clínicamente ansiosos, son muestra del solapamiento entre los síntomas; sin embargo, estos datos no pueden considerarse suficientes para concluir que no es posible hacer una distinción entre ambos cuadros (Watson, Clark y Carey, 1988). De hecho, los modelos basados en el Afecto Positivo y el Afecto Negativo, son un intento por establecer un soporte teórico a esta distinción.

La denominación de Afecto Positivo y Afecto Negativo, podría dar lugar a que se consideren como dos aspectos o factores opuestos de una misma dimensión, no obstante, la evidencia indica que se trata de dos dimensiones ortogonales bien diferenciadas (Watson, Clark y Tellegen, 1984; Watson y Tellegen, 1985), aunque estudios posteriores indican que a menudo estas dos dimensiones pueden estar medianamente correlacionadas (Tellegen, Watson y Clark, 1999a; 1999b; Watson, Wiese, Vaidya y Tellegen, 1999) o incluso como lo

plantean Marshall, Sherbourne, Meredith, Camp y Hays, (2003), no ser una estructura factorial ortogonal como fue planteada originalmente por Clark y Watson (1991, p.149), aunque sus hallazgos sí identifican cómo los síntomas de ansiedad y depresión forman al menos tres dominios de síntomas sustancialmente correlacionados pero estadísticamente diferenciados (afecto positivo, afecto negativo y síntomas de activación fisiológica). Estas dos dimensiones pueden ser evaluadas bien como estados (variaciones transitorias del ánimo) o como rasgos (diferencias individuales estables en el tono afectivo) (Watson, Clark y Tellegen, 1988).

El afecto negativo se define como un factor general de malestar subjetivo que recoge una amplia variedad de estados de ánimo negativos que incluyen el miedo, la ansiedad, la hostilidad, el disgusto, la soledad y la tristeza. Dentro de la categoría de rasgo se refiere a la predisposición a experimentar emociones negativas (Watson, Clark y Tellegen, 1988). Por su parte, el afecto positivo se refiere a los sentimientos placenteros en relación con el ambiente, de tal forma que como estado, el alto afecto positivo se refiere al nivel de energía, el entusiasmo, la alerta mental, el interés y la capacidad para disfrutar; mientras que el bajo afecto positivo se relaciona con el letargo y la fatiga; además, la tristeza y la soledad suelen estar relacionados con este factor (Watson y Tellegen, 1985). Como rasgo, el afecto positivo corresponde a una tendencia o predisposición hacia la experiencia emocional positiva que refleja un sentido de bienestar general (Watson, Clark y Tellegen, 1988).

Sobre la base de la definición de ambos factores (Afecto Positivo y Afecto Negativo), puede plantearse que la ansiedad correspondería a un estado de alto Afecto Negativo y poca correlación con el Afecto Positivo, mientras que la depresión sería un estado mixto de alto Afecto Negativo y bajo Afecto Positivo (Watson, Clark y Carey, 1988). Como puede identificarse, dado que ambos constructos dan cuenta de estados de ánimo negativos, es razonable que pueda pensarse en la existencia de un factor común que aparece en las medidas empleadas. Este factor general común a ambas entidades clínicas se ha denominado Afectividad Negativa, Neuroticismo o Malestar Psicológico General (Eysenck, 1970; Gotlib, 1984; Watson y Clark, 1984 y Zurawski y Smith, 1987). No obstante y en contraste, se muestran diferencias entre ambos tipos de trastorno en cuanto se refiere a la afectividad positiva, de tal manera que las medidas que evalúan este aspecto tienden a correlacionar, negativamente, y de manera consistente, con el humor y la sintomatología depresiva, pero no en cambio con el humor ansioso ni con los síntomas asociados con la ansiedad (Watson, Weber et al., 1995). Este patrón ya se había identificado en estudios previos (Watson, Clark y Carey, 1988; Watson y Kendall, 1989).

Según estos estudios, las medidas de rasgo de Afecto Negativo correlacionaban significativamente con más síntomas tanto de ansiedad como de depresión, mientras que las medidas de rasgo de Afecto Positivo presentaban mayores y más consistentes correlaciones con síntomas depresivos y menos con síntomas ansiosos. En el mismo sentido, el Afecto Negativo estaba asociado con la presencia tanto de desórdenes de ansiedad como del estado de ánimo, mientras que el Afecto Positivo correlacionaba mejor con los últimos. Así y de acuerdo con Watson, Weber et al., (1995), la ausencia de experiencias placenteras, es decir, la anhedonia, es especialmente importante en la depresión, de tal forma que el bajo Afecto Positivo puede ser un factor determinante en la distinción con la ansiedad (p. 4).

En relación con el planteamiento de Watson, Clark et al. (1995) acerca de la Afectividad Positiva y Negativa es de indicar que si los cambios en el estado de ánimo se ven afectados por los eventos cotidianos, habría que pensar si hay un factor diferencial entre personas con depresión y no deprimidas con respecto a la vivencia de mayores o más frecuentes eventos negativos y menores o menos frecuentes eventos positivos, mucho más cuando se indica que los eventos cotidianos inducen cambios tanto en la Afectividad Positiva como en la Afectividad Negativa. En el estudio de Peeters et al. (2003) se concluye que no se advierte diferencia entre ambos grupos de participantes con respecto a la intensidad y la frecuencia de los eventos negativos aunque sí con respecto a los positivos. Así, los participantes con depresión reportaron menos eventos positivos pero una respuesta más amplia a ellos que los participantes no depresivos. En cambio frente a los eventos negativos la respuesta emocional fue más pronunciada en los participantes no depresivos. Los diferentes niveles de respuesta ante los eventos diarios tanto positivos como negativos son importantes dentro de la consideración de la depresión ya que por un lado, las fluctuaciones en el estado de ánimo son un fenómeno común pero pobremente comprendido entre las personas que sufren depresión, por otro lado, porque los cambios neuroendocrinos y en el sistema inmunológico se consideran elementos importantes en la fisiología de la depresión, y por último, porque el tratamiento cognitivo-conductual para la depresión, está basado, al menos en parte, en la premisa de que los cambios en el comportamiento diario y la evaluación de los eventos diarios son componentes importantes de la terapia (Peeters et al., 2003, p.203).

Vistos los anteriores elementos y una vez identificado un factor que relaciona la ansiedad con la depresión (el Afecto Negativo), y a su vez un factor que diferencia la depresión (el Afecto Positivo), surge la pregunta por cuál podría ser el factor que

diferenciara la ansiedad. Este es el objetivo de los desarrollos posteriores en relación con el modelo tripartito.

### **5.1.2. Modelo tripartito**

Las investigaciones realizadas por Clark y Watson (1991) y los hallazgos previos en relación con la distinción entre Afectividad Positiva y Afectividad Negativa como elementos co-ocurrentes tanto en la ansiedad como en la depresión abren paso a la pregunta por el establecimiento de los elementos distintivos entre ambos cuadros, una vez se admite la presencia de un factor general de malestar común a ambos tipos de trastorno (la Afectividad Negativa).

Los hallazgos de los análisis factoriales sobre algunas de las escalas de evaluación de la depresión y la ansiedad más comúnmente empleadas, entre ellas el BDI, el STAI, el SCL-90 y la escala de Hamilton, dan cuenta de la presencia, como ya se había indicado de un factor general acompañado de síntomas inespecíficos de cada trastorno, entre los cuales se incluían sentimientos de inferioridad y rechazo, hipersensibilidad a la crítica, inseguridad, malestar social y a veces, estado de ánimo depresivo y/o ansioso. Un segundo factor planteado por los autores como específico de la ansiedad, el cual focaliza en sentimientos de tensión, nerviosismo, inestabilidad, y pánico (en donde los síntomas somáticos a menudo forman un factor independiente); y por último, un factor específico de depresión que incluye pérdida de interés o placer, anorexia, rachas de llanto, y a veces desesperanza, soledad, ideación suicida así como ánimo deprimido (Clark y Watson, 1991). Este último factor está asociado claramente con la baja afectividad positiva y además muestra la pérdida de energía y entusiasmo que son dos de las características de la baja afectividad positiva de acuerdo con el modelo bidimensional de Watson y Tellegen (1985).

El modelo tripartito intenta no sólo describir la sintomatología de la depresión y la ansiedad mediante la identificación de aspectos comunes y diferenciales entre ambos tipos de trastornos, sino que también se ha usado para describir la relación entre estos desórdenes y dimensiones de la personalidad, con lo cual representarían cierta forma de predisposición a desarrollar trastornos de ansiedad o depresión. Así, la Afectividad Negativa se ha relacionado con el neuroticismo y se plantea que se trata de una dimensión estable y característica de un malestar general que es común tanto a la depresión como a la ansiedad. Por su parte, la Afectividad Positiva ha sido relacionada con la extraversión, aunque no hay total acuerdo con relación a esto, y también se ha propuesto como una dimensión estable del temperamento que, en su forma de baja Afectividad Positiva, se

relaciona con la depresión (Shankman y Klein, 2003). El tercer elemento que compone el modelo, es decir, la activación autonómica, corresponde a síntomas fisiológicos y no está asociada a ningún estilo de personalidad o temperamento, aunque Watson, Clark y Carey (1988) indican que la sensibilidad a la ansiedad podría ser considerada como el equivalente a una dimensión de la personalidad para este caso, y se refiere a las creencias de las personas acerca de que sus sensaciones fisiológicas pueden tener consecuencias adversas (Reiss, 1991). Por su parte, Brown et al., (1998), indican que se requieren futuras investigaciones con el objetivo de identificar si existe o no cierta vulnerabilidad hacia la hiperactivación fisiológica como elemento que permita hablar de una dimensión de la personalidad. Uno de los trabajos que sin duda ofrece un mayor soporte empírico a la validez de la activación fisiológica dentro del modelo tripartito es el ofrecido por Joiner Jr et al. (1999). Estos autores realizaron un análisis factorial confirmatorio de los ítems de activación fisiológica indicados en el BAI a través de tres muestras distintas (estudiantes, pacientes psiquiátricos de consulta externa\_fundamentalmente afectados por el abuso de sustancias\_ y cadetes de la fuerza aérea). Los resultados reportados por los autores indican que, consistentemente con lo planteado por Clark y Watson (1991), la activación fisiológica es una característica importante del funcionamiento emocional capaz de diferenciar estados de ansiedad de malestar emocional inespecífico. Asimismo, muestra la necesidad de establecer niveles de ansiedad, al indicar que la activación fisiológica es capaz de discriminar a las personas con trastorno de pánico de los que están afectados de ansiedad generalizada, por ejemplo.

De acuerdo con la anterior, los hallazgos permiten concluir que según el modelo tripartito, la depresión se definiría en función de un bajo nivel de afecto positivo y un alto nivel de afecto negativo; mientras que en la ansiedad aparecería un alto nivel de afecto negativo unido a altos niveles de activación fisiológica (González et al., 2004).

Las predicciones a partir del empleo del modelo tripartito indican que la distinción entre ansiedad y depresión es más posible en cuanto las medidas empleadas dejen de focalizar en los síntomas inespecíficos de ambos trastornos, es decir, los que se agrupan bajo el concepto de Afecto Negativo y se dirijan, en cambio hacia los síntomas que se han asociado con los grupos específicos y diferenciados para cada tipo de trastorno, esto es la activación fisiológica y la Afectividad Positiva (Watson, Weber et al. 1995). Este es el modelo empleado por González et al. (2004) en su intento por establecer las relaciones conceptuales y empíricas entre la depresión y la ansiedad, concluyendo que a mayor

especificidad de los instrumentos empleados, mayor posibilidad de diferenciar ambos cuadros.

El apoyo empírico al modelo tripartito propuesto por Clark y Watson (1991), proviene de tres tipos de evidencia; de un lado, el efecto del contenido y el contexto en la evaluación de la ansiedad y la depresión; por otro lado, los datos de los análisis factoriales realizados sobre las principales herramientas para la evaluación de estos trastornos y que dan cuenta de la presencia de factores específicos, y por último, las revisiones en relación con la estructura del afecto que sugieren que la Afectividad Positiva es un importante componente de la depresión, mientras que en el caso de la ansiedad, la activación fisiológica sería el elemento relevante. Este último aspecto ya ha sido referenciado previamente y se han aportado las evidencias teóricas y empíricas que lo sostienen. Tan sólo indicar adicionalmente, que Watson, Clark y Carey (1988) encontraron que mientras el rasgo de Afectividad Negativa se encontraba significativamente asociado con la mayoría de los síntomas de ansiedad y con 19 de 20 síntomas de depresión que fueron considerados en su estudio, el rasgo de Afectividad Positiva estuvo más fuerte y consistentemente relacionado con los síntomas depresivos que con los síntomas de ansiedad y que, consecuentemente, mientras la Afectividad Negativa correlacionaba con la presencia de trastornos tanto depresivos como de ansiedad, la Afectividad Positiva sólo correlacionaba con los trastornos depresivos.

Con respecto al asunto del efecto del contenido y el contexto de las medidas de depresión y ansiedad, es importante indicar, de acuerdo con Clark y Watson (1991) y Watson, Clark et al. (1995), la diferenciación entre depresión y ansiedad es mayor mientras más específicos sean los ítems que componen las escalas, indicándose de nuevo, como las escalas de ansiedad que enfatizan dentro de sus síntomas, la activación fisiológica y a su vez, las escalas de depresión cuyos ítems se dirigen hacia la evaluación de la pérdida de placer y bajo Afecto Positivo, muestran mayor poder discriminativo. En este mismo sentido, se plantea que las escalas de auto-informe tienden a evaluar más el factor de malestar general (Afectividad Negativa) que las escalas clínicas. Estos datos son apoyados por el estudio de McWilliams et al. (2001), descrito anteriormente y donde se intentó diferenciar la ansiedad de la depresión mediante el análisis del BDI y el STAI. De acuerdo con los autores, la alta correlación encontrada entre el factor cognitivo del BDI y el factor positivo del STAI (ítems positivos), podría estar sugiriendo que ambos contenidos evalúan el mismo constructo: distrés general, o afectividad negativa como lo llamaría el modelo

tripartito, sin embargo, no se puede olvidar que ambos autoinformes se desarrollaron antes del modelo tripartito que aquí se expone.

Por otra parte, se indica también que el contexto y las condiciones de la evaluación también influyen en la mayor o menor posibilidad de distinción entre ambos tipos de trastorno. Así, las evaluaciones realizadas por los clínicos, con un objetivo diagnóstico tienden a ser más específicas que las mediciones realizadas mediante los autoinformes, ya que cuando el clínico pretende establecer un diagnóstico recurre a la búsqueda de los elementos clave en la identificación diferencial de un trastorno frente a otros, lo cual parte, obviamente, de una consideración clara acerca de lo que se pretende evaluar, enfatizando en los aspectos particulares de uno u otro cuadro clínico, mientras que esto, en los autoinformes no es tan evidente.

Con relación a los estudios realizados por Clark y Watson (1991) mediante análisis factoriales de las principales escalas de auto-informe y de evaluación clínica: (BDI, la escala de Zuckerman y Lubin, el Perfil de Estados de Ánimo de McNair y colaboradores, la escala PANAS, el BAI (Inventario de Ansiedad de Beck), la escala SCL-90 de Derogatis y colaboradores, las escalas de ansiedad y depresión del MMPI, las escalas de ansiedad y depresión de Zung (SDS y SAS), las escalas de ansiedad y depresión de Costello y Comrey, el STAI y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, principalmente). Es importante señalar que los resultados muestran, de manera consistente, que los síntomas evaluados en dichos instrumentos, tienden a agruparse en tres principales dimensiones que corresponden a los tres componentes del modelo tripartito.

Por su parte, Clark, Steer y Beck (1994), en un estudio donde se analizaron los 42 ítems del BDI y el BAI, mediante un análisis factorial, encontraron dos factores que correlacionaban en una muestra clínica y una muestra de estudiantes. Al realizar un segundo análisis, se identificó un factor de segundo orden capaz de explicar el 40% de la varianza para ambas muestras y que corresponde, en términos generales, con el factor de Afectividad Negativa descrito por Clark y Watson (1991). A su vez, los análisis correlacionales mostraron que el rasgo de Afectividad Negativa estaba asociado con ansiedad y depresión, mientras que la Afectividad Positiva se asociaba con el factor de depresión del BDI. Por su parte, el factor de ansiedad estaba representado por los síntomas fisiológicos, tal como lo habían indicado Clark y Watson (1991).

A pesar de las limitaciones del estudio anterior, dadas fundamentalmente por: 1) el empleo de sólo dos escalas de autoinforme, que, además, focalizan en aspectos puntuales de la depresión y la ansiedad, (mayoritariamente síntomas cognitivos), y por lo tanto no

evalúan en su totalidad los aspectos considerados relevantes para ambos trastornos, y 2) la diferencia en las escalas de evaluación de ambos (el BDI mide los síntomas según un criterio de frecuencia, mientras el BAI, lo hace según la severidad), puede indicarse que los resultados obtenidos, son consistentes con lo planteado por el modelo tripartito aunque se requieran estudios que evalúen otras escalas e intenten replicar los hallazgos encontrados. Estos hallazgos se corresponden con lo indicado por Beck (1972, citado por Clark y Watson, 1991), según lo cual, tras el análisis de 13 estudios de análisis factoriales sobre síntomas depresivos, él identificó tres factores en todos los estudios. Siendo el primero, un factor constituido por ítems referidos a la baja autoestima, la depreciación, el afecto triste y la auto-culpa, aspectos que pueden asociarse con el factor de malestar general descrito en el modelo tripartito; un segundo factor hace referencia a los ítems relacionados con apatía, aislamiento emocional, fatiga, pérdida de interés sexual, y pérdida de la participación social, los cuales son claramente síntomas depresivos y reflejan la pérdida de placer y de compromiso social que se relaciona con la baja Afectividad Positiva. Por último, Beck identifica un tercer factor referido a quejas somáticas generales, bajo la forma de ítems como los referidos a la tensión y la agitación, los cuales se han asociado con el factor específico de la ansiedad.

Otras perspectivas, a pesar de las evidencias aportadas para soportar el modelo tripartito, cuestionan la validez de este constructo. Así, Burns y Eidelson (1998), plantean una crítica con respecto a los hallazgos de Watson, Clark et al. (1995) y Watson, Weber et al. (1995) en relación con las correlaciones encontradas por ellos en las escalas de Ansiedad y Depresión no específicas, indicando que los valores no son tan altos como se esperaría si ambas escalas midieran realmente el mismo constructo (Afectividad Negativa), e indican, además, que estas correlaciones no son tan altas como las que se encontrarían en otras escalas de depresión y ansiedad donde previamente se hayan aislado los ítems específicos de anhedonia y activación somática. Por otro lado, cuestionan la utilidad de establecer una distinción de la depresión sobre la base del criterio de la pérdida de placer (anhedonia) cuando este criterio no es necesario para establecer el diagnóstico de depresión de acuerdo con el DSM-IV-TR (2002), de la misma manera como ocurre con la activación fisiológica, en el caso de la ansiedad, cuando estos síntomas son más representativos de un subtipo de trastorno de ansiedad (el trastorno de pánico) que del resto de los trastornos derivados de esta categoría diagnóstica general. En la misma línea Marshall et al. (2003), indican que en la medida en que muchas investigaciones han mostrado la covariación de síntomas somáticos de la ansiedad y otros síntomas físicos inespecíficos, es probable que el modelo tripartito



haya sobreestimado la importancia de la activación autonómica como una característica definitoria de la ansiedad y por tanto sugieren estudios adicionales que sometan a prueba la validez y utilidad de diferenciar la activación fisiológica de otros síntomas somáticos de la ansiedad.

Los resultados del estudio de Burns y Eidelson (1998), basados en el Análisis Factorial Confirmatorio de las escalas BDI, la SCL-90 de Derogatis y la escala MASQ de Watson y Clark (1991), indican, contrario a lo planteado por el modelo tripartito, que el ajuste es muy alto cuando la Ansiedad (representada por el factor no-específico de ansiedad y la activación somática) y la Depresión (representada por el factor no-específico de depresión y la anhedonia) fueron representados como factores correlacionados, lo cual indica que los síntomas no específicos de la depresión y la ansiedad son fenomenológicamente distintos y no pueden ser combinados dentro de un grupo particular de síntomas de afecto negativo. En la misma línea, el análisis factorial confirmatorio indica que los factores inespecíficos de la ansiedad y la depresión fueron mejores indicadores de ambos trastornos (ansiedad y depresión) que la activación fisiológica y la anhedonia, respectivamente. Sin embargo, en el estudio llevado a cabo por Crawford y Henry (2004), siguiendo la metodología de Análisis Factorial Confirmatorio, nuevamente se aportan pruebas en la línea de lo planteado inicialmente por Clark y Watson (1991) acerca de la evidencia de la existencia de dos constructos dimensionales: Afectividad Positiva y Afectividad Negativa, aunque, a diferencia de lo planteado inicialmente en el modelo acerca de su carácter independiente, Crawford y Henry (2004) encontraron que se trata de dos dimensiones medianamente (en sentido negativo) correlacionadas, como ya lo señalaran Marshall et al. (2003). En el estudio de Crawford y Henry (2004) se compararon los resultados obtenidos por una muestra de 1.003 adultos de población general (no-clínicos) en las escalas PANAS (Positive and Negative Affect Schedule), DASS (The Depresión and Anxiety and Stress Scales) y la escala HADS (The Hospital Anxiety and Depresión Scale). Los análisis correlacionales permiten observar, que tal como lo indica el modelo tripartito (Watson, Clark y Carey, 1988), la Afectividad Positiva está más fuertemente relacionada con la depresión que con la ansiedad. Así, aunque todas las correlaciones fueron significativas tanto con la escala DASS como con la escala HADS, la correlación entre Afectividad Positiva y depresión fue significativamente más alta que entre la Afectividad Positiva y la ansiedad. Por su parte, los análisis de regresión indicaron que tanto para la escala HADS como para la DASS, aunque tanto la Afectividad Positiva como la Afectividad Negativa explicaban una significativa proporción de la varianza específica de la depresión, la

Afectividad Positiva explicaba una proporción mayor, lo cual corrobora lo planteado en el modelo tripartito acerca de cómo la Afectividad Positiva es mejor predictor de la varianza específica de la depresión que la Afectividad Negativa. No obstante, la diferencia en la proporción de la varianza fue mayor en el escala HADS, lo cual se puede atribuir, probablemente, a que en esta escala la anhedonia ocupa un lugar muy importante, y tal como lo indicaban Clark y Watson (1991), la anhedonia y la Afectividad Positiva están altamente relacionadas de manera negativa (Crawford y Henry, 2004).

## **5.2. Modelos explicativos de la depresión**

A pesar de la afluencia de modelos teóricos en relación con la explicación de la depresión, en el presente apartado se comentarán, en primera instancia, dos de los grandes modelos teóricos en psicología, que sin ser los únicos, sí son, sin lugar a dudas, los que mayor soporte empírico han recibido y que coinciden en la identificación de muchos síntomas comunes para describir la depresión aunque sigan sin dar una respuesta definitiva y contundente al tema de aquello que se consideraría característico de este trastorno frente a otros. Dichos modelos son los llamados de manera general, el cognitivo y el conductual. En segunda instancia, se presentará el modelo explicativo propuesto por Peñate (2001) en relación con la covariación de síntomas como alternativa a la explicación de lo que se consideraría patognomónico de la depresión, así, éste último, más que un modelo teórico en la explicación de la depresión, es un modelo descriptivo de la sintomatología de dicho trastorno, pero dado su especial valor y aportación a la elucidación de los síntomas propios de la depresión, merece ser considerado en este apartado.

### **5.2.1. Modelo cognitivo**

Como se describió previamente, "*modelo cognitivo*" es una denominación genérica, puesto que en rigor, muchos sistemas de pensamiento psicológico se podrían acoger a esta denominación. Sin embargo, y dada la relación con el tema objeto de esta investigación, aquí se hará mención exclusiva al modelo cognitivo de Beck, dada su relevancia teórica y empírica en la explicación y tratamiento de la depresión.

La terapia cognitiva de Beck surge en el contexto de pacientes hospitalizados a partir de las observaciones sobre: primero, el considerable porcentaje de pacientes que no responden a los fármacos antidepresivos (35-40%), aunque se considere que es la terapia más efectiva para la depresión; segundo, por la negativa de muchos pacientes a tomar la medicación, aún cuando pueden ser beneficiarios de la misma; y tercero, por la posibilidad,

en el tiempo, de que la utilización excesiva de fármacos inhiba la utilización de los propios recursos psicológicos. De esta manera, Beck recurre a un modelo de terapia, que se caracteriza por ser un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado, que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas, por ejemplo la depresión (Beck et al., 1983).

La terapia cognitiva se basa en el supuesto de que los afectos y la conducta de las personas están determinados, en gran medida, por la manera en dicho individuo estructura el mundo. Así, sus cogniciones, se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias previas. De esta forma, Beck establece un modelo para explicar la depresión que se basa en una serie de postulados. Dicho modelo, ha surgido a partir de observaciones clínicas y de investigaciones experimentales. El modelo plantea tres conceptos básicos que explican la depresión: la tríada cognitiva, los esquemas y los errores o distorsiones cognitivas.

La tríada cognitiva hace referencia a los patrones cognitivos que inducen a las personas a considerarse a sí mismas, el mundo y el futuro de manera idiosincrática. Así, la persona se ve a sí misma de manera negativa, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a defectos propios. Es excesivamente crítica consigo misma y cree que carece de los atributos necesarios para lograr la felicidad. Por su parte, en relación con la visión del mundo, la persona depresiva siente que recibe demandas exageradas y que enfrenta obstáculos insuperables para lograr sus objetivos. Así, interpreta sus relaciones con el mundo como un fracaso. Por último, en relación con el futuro, la persona depresiva anticipa dificultades así como la sensación de que su malestar es inmodificable. Por esto, espera que le sucedan cosas desagradables.

El segundo componente del modelo se refiere a los esquemas, como las estructuras mentales estables, que guían el pensamiento de la persona depresiva y que sirven para explicar porqué mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y que incluso pueden ser contraproducentes, aún en presencia de la evidencia de la existencia de factores positivos dentro de su experiencia. Los esquemas se desarrollan desde la infancia, a partir de la interacción con las figuras significativas de socialización, pueden permanecer inactivos durante mucho tiempo y sólo ser activados por estímulos detonantes específicos.

Por último, el tercer elemento que compone el modelo cognitivo de Beck, hace referencia a los errores en el procesamiento de la información o distorsiones cognitivas. Son los productos cognitivos que mantienen la creencia del paciente en la validez de su pensamiento negativo, incluso en presencia de la evidencia contraria. Los errores cognitivos

operan de manera funcional de acuerdo con el tipo de información a que se refieran. Beck describe seis tipos de distorsión cognitiva: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización y minimización, personalización y pensamiento absolutista dicotómico (Beck et al., 1983). En el mismo sentido, Beck et al. (1983), compara el pensamiento de las personas con depresión con cierta forma primitiva de organización de la realidad, el cual está determinado por su carácter global y no dimensional, absolutista y moralista, invariable e irreversible.

Por otra parte, el modelo de Beck ofrece una hipótesis en torno a los factores que predisponen al desarrollo de la depresión. De manera general, el modelo propone que ciertas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro.

En resumen, el modelo cognitivo enfatiza cómo la presencia de un estilo de pensamiento disfuncional da lugar a una serie de productos cognitivos (los pensamientos automáticos) que causan malestar en el paciente y se asocian fundamentalmente con la tríada cognitiva enunciada por Aaron Beck. La conducta sería en este sentido, guiada por esquemas mentales que intentan perpetuarse mediante procesos cognitivos al servicio de los esquemas disfuncionales y desadaptativos, que estando presentes en todas las personas, para el caso de los depresivos, funcionan activando pensamientos que mantienen la depresión, es decir, están al servicio de la depresión (Beck et al, 1983). Este modelo ha recibido bastante apoyo empírico y clínico y es, en la actualidad, uno de los modelos clínicos que más se utiliza, no sólo con la depresión sino en otros problemas emocionales.

### **5.2.2. Modelo conductual**

De manera similar a lo indicado con relación al modelo cognitivo, también sería más riguroso hablar de *modelos conductuales*, dada la cantidad de enfoques, que, basados en los principios generales del conductismo, han intentado una aproximación a la explicación de la depresión. Así, desde la aproximación basada en la relación de refuerzo-castigo, se indica cómo la depresión se caracteriza por un decremento en las actividades o situaciones reforzantes y un aumento de las situaciones aversivas (Lewinsohn, 1977, citado por Bas y Andrés, 1996). En los modelos basados en el déficit de habilidades sociales, la depresión se explicaría por la inhibición conductual resultante del fracaso en la interacción positiva con otros.

Por su parte, el modelo de Seligman acerca de la desesperanza aprendida, enfatiza en el papel jugado por la frecuencia con que aparecen ciertos síntomas, así como el grado

de control de las personas frente a ellos y la tasa de refuerzo y castigo que acompaña a la depresión. Esto tiene que ver con lo que se enunciaba previamente con respecto a la presencia de síntomas bidireccionales (incrementos o decrementos conductuales) como forma de respuesta de las personas en la depresión. Sin embargo, lo que se queda claro es la dificultad para explicar este trastorno desde la presencia de unos síntomas concretos, evidenciando, por tanto, la necesidad de recurrir a modelos explicativos más amplios según los cuales más que hablar de una alteración conductual ante distintas situaciones, se trataría de identificar un patrón de respuesta o un conjunto de respuestas relacionadas entre sí de acuerdo con un criterio de frecuencia, que puede ser cambiante entre las personas e incluso dentro de un mismo episodio en la misma persona.

Por otra parte, un supuesto propio de los modelos conductuales tradicionales, que ha sido criticado es el de la depresión como una respuesta a una situación detonante, ya que lo que se observa es que una vez que surge, se hace evidente en la mayor parte de las actividades y respuestas generales de la persona, durante la mayor parte de día y durante varios días, según lo requieren los criterios diagnósticos para hablar de la presencia de un trastorno. Por tanto, la depresión no puede ajustarse a un modelo tan rígido, en especial porque hay muchos casos en los cuales no hay manera de identificar una situación ambiental detonante que permita marcar el inicio del cuadro. Adicionalmente, porque la forma de aparecer es diferente en las personas y también en los distintos episodios, con lo cual, admitiendo la presencia de situaciones que pueden generar sentimientos depresivos tales como la pérdida de un ser querido, la evidencia indica que las respuestas de las personas son diferentes y no se encuentra una tendencia general a responder con una depresión. Sin embargo, sí es posible acotar el espectro de respuestas según su regularidad de presentación y eso sería lo que marcaría la posibilidad de hablar de síntomas comunes, en función de su forma de interacción y presentación en los individuos.

La formulación conductual tradicional de la depresión, sin embargo, se replantea a partir de la Teoría Integradora de Lewinsohn (Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger, 1985) y del Análisis de la Conducta Clínica (Dougher y Hackbert, 1994; Kohlenberg y Tsai, 1994). La primera, parte de los hallazgos de la investigación sobre la depresión de los que una teoría tiene que ocuparse e integrar en una explicación etiológica las condiciones ambientales y personales que interactúan para que haya lugar a un episodio depresivo y entre los cuales se encuentran: la heterogeneidad de los síntomas, el papel de la disforia en la depresión, los múltiples cambios conductuales y cognitivos asociados, los datos de prevalencia e incidencia, el vínculo con la edad, la alta prevalencia en las mujeres y en

personas con historia previa de depresión, la efectividad de muchos tratamientos y la no especificidad de los efectos de los mismos y el papel del estrés y de la falta de apoyo social como factores precipitantes para la ocurrencia de la depresión.

La Teoría Integradora de Lewinsohn, de acuerdo con Pérez Álvarez (1996), sigue un esquema de abecedario como el de la terapia cognitiva, aunque convirtiéndose en su contrapunto, y también diferente del esquema A-B-C del análisis funcional de la conducta, aunque comparta algunos postulados de este modelo. Así, integra las siguientes variables:

- A: Antecedentes o eventos provocadores de la depresión.
- B: Disrupción del “guión” o patrones de conducta rutinaria y /o respuesta emocional inmediata.
- C: Tasa reducida de reforzamiento positivo y /o elevada tasa de experiencia aversiva.
- D: Estado de auto-conciencia incrementado, consistente en la focalización sobre uno mismo, en la auto-crítica, y en expectativas negativas.
- E: Disforia/depresión incrementada.
- F: Consecuencias conductuales, cognitivas, emocionales, somáticas e interpersonales.
- G: Características predisponentes: vulnerabilidad, inmunidades  
(Pérez Álvarez, 1996, p.862).

Por su parte, el Análisis de la Conducta, ofrece un modelo de trabajo clínico que opera con el esquema A-B-C, donde A se refiere a los antecedentes (discriminativos, condicionales y motivacionales); B a las conductas verbal y no verbal, y C a las consecuencias, generalmente interpersonales. La lógica del esquema es la influencia de C sobre B y luego sobre A, es decir, un sistema que se autoperpetúa. De esta forma, el modelo “ofrece una explicación pluricausal, contextual y dinámica del funcionamiento psicológico” (Pérez Álvarez, 1996, p.866). Siguiendo la línea del análisis de la conducta, Pérez Álvarez (2004), indica que este modelo dispone de grandes condiciones propias para el estudio de las emociones, entre ellas la tristeza; además, puede y debe hacer uso de planteamientos provenientes de otras fuentes. Así, indica que hay cuatro presupuestos propios del análisis funcional que pueden explotarse en el estudio de las emociones: 1) el aprendizaje de los sentimientos o de cómo se aprende la experiencia subjetiva, 2) las operaciones de establecimiento emocional o de cómo los estados emocionales alteran la relación con el mundo, 3) las emociones como efectos colaterales de los programas de

reforzamiento o de cómo dependen según como vayan las cosas, y 4) las emociones como conductas operantes o de cómo las emociones desempeñan papeles (Pérez Álvarez, 2003, p. 126). Con respecto a los planteamientos desde otros enfoques, Pérez Alvarez (2003) indica que existe afinidad entre el análisis de la conducta y los análisis fenomenológico-existenciales, así como con los modelos que abogan por el papel social de las emociones, con lo cual estas dos perspectivas pueden y deben ser tenidas en cuenta a la hora de explicar el complejo mundo emocional.

En relación con las emociones, Pérez Álvarez, las describe como operaciones de establecimiento, en tanto alteran el valor de los estímulos y la probabilidad de la conducta. Así por ejemplo, la depresión supone una reducción de los reforzadores que hasta entonces venían manteniendo la tasa de conductas en la vida de la persona. Dicha reducción puede consistir en la pérdida de los reforzadores más valiosos o en la pérdida de su interés. De cualquier manera, la depresión supone una desmotivación conducente a la extinción notable de conductas. En esta perspectiva, los estímulos discriminativos dejan de remitir a un futuro prometedor, llevando a la persona a no identificar nada positivo alrededor. Así, la depresión supone, en palabras de Pérez Álvarez (2003), “*un bajón en el relieve de las conductas operantes mantenidas por reforzadores positivos*” (p.135.), que genera el sentimiento de hundimiento frecuentemente expresada por los pacientes con depresión.

En la línea de lo anterior, si bien la depresión supone una operación de establecimiento en cuanto a la extinción de conductas, también lo es al generar otras funciones, esto es, también opera estableciendo nuevas conductas, por ejemplo las ganancias secundarias, en el sentido de que hay conductas, como la búsqueda de atención de los demás, que podría ser mantenida por reforzadores positivos, pero que en la depresión opera como al servicio de la posición depresiva.

### **5.2.3. La covariación de síntomas en la depresión**

La perspectiva de Peñate (2001) sugiere un planteamiento que da un giro al enfoque tradicional en relación con la consideración de los síntomas, de acuerdo con lo cual, más que hablar de síntomas definitorios habría que hablar de cierta forma particular de relación entre ellos que daría cuenta de la depresión. Así, retoma el concepto de covariación para referirse a la co-ocurrencia estadística, definiendo el grado en el que dos o más síntomas correlacionan entre sí, lo cual supone una relación entre dichos síntomas, que de mantenerse estable podría explicar la existencia de una entidad subyacente a la covariación. En este sentido plantea la existencia de una unidad de síntomas que conformaría el núcleo

diferencial de la depresión y que estaría constituido por la *anhedonia* que ha sido el componente que más se ha estudiado, seguido del *afecto triste* que en todo caso supone una dificultad a la hora de diferenciar entre depresión y ansiedad, y la *baja autoestima* que es recogida por la mayoría de las escalas de evaluación. La idea central del planteamiento de la covariación entre estos síntomas está dada en términos de cómo conforman una sola estructura que aparece de manera recurrente y estable en las personas que sufren depresión lo cual implicaría aceptar la idea de cierto patrón de comportamiento que estaría soportando la idea de una personalidad depresiva como algunos autores han planteado (Peñate, 2001, p. 704).

De acuerdo con Peñate, (2001), se plantea, por tanto, que lo característico de la depresión no sería un síntoma o conjunto de síntomas sino la covariación que se establece entre ellos y que se mantiene de manera estable. De esta forma se acepta que haya síntomas de la depresión presentes en otras entidades clínicas e incluso que constituyan un trastorno en sí mismos.

Para finalizar este apartado conviene indicar entonces, que la evidencia de los nexos entre entidades como la ansiedad y la ira con la depresión, unido a la existencia de modelos explicativos en torno a la depresión, como con respecto a cualquier otro trastorno, supone la disponibilidad de herramientas para su evaluación y diagnóstico, que, por tanto, deben guardar relación con el marco teórico del cual se derivan. De acuerdo con esto, cabría entonces pensar que otra forma para tratar de identificar lo que se considera característico de la depresión es recurrir a los instrumentos desarrollados para evaluarla. De ahí que se plantee que también la depresión está condicionada a la manera en que sea evaluada.



**MARCO CONCEPTUAL**

**6. LA EVALUACIÓN DE  
LA DEPRESIÓN**



## **6. LA EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN**

### **6.1. Los síntomas de la depresión de acuerdo con los instrumentos de evaluación.**

Los procesos de evaluación son indispensables dentro del contexto clínico, no sólo para la formulación de los programas de intervención sino también como un elemento de apoyo a los estudios epidemiológicos y al mayor conocimiento acerca de los distintos trastornos. En la misma línea, autores como Dozois, Covin y Brinker (2003), plantean la importancia de la evaluación en la planeación de los programas de tratamiento y en la valoración de los resultados. Esto va de la mano del interés suscitado por utilizar estrategias de intervención empíricamente validadas como ya lo anotaran Anthony y Barlow (2002).

Los instrumentos de evaluación juegan un papel muy importante y ocupan un especial interés teórico y pragmático, mucho más cuando se estima que en trastornos como la depresión, la frecuencia en la búsqueda de ayuda por parte de los pacientes se concentra de manera especial en las unidades de atención primaria en salud y normalmente a través de un médico general, el cual no siempre está provisto de las herramientas adecuadas para emitir un diagnóstico preciso y ofrecer al paciente la atención que requiere (Lutz et al., 2002). Según McAlpine y Wilson (2004) se estima que en estas unidades, el médico falla en la detección de casos de depresión entre una tercera parte y la mitad de los casos, en gran medida, porque los pacientes suelen consultar por los síntomas fisiológicos (alteraciones del sueño, de la alimentación, fatiga, enlentecimiento, entre otros), lo cual hace que con frecuencia, estos síntomas sean atribuidos a una enfermedad física y no a una depresión. Por su parte, Aragonés Benaiges, Masdú Montalá, Cando Guasch y Coll Borrás (2001), señalan que las características de la depresión por la cual consultan los pacientes en unidades de atención primaria, difiere de las observadas en las situaciones clínicas especializadas. Así, son más frecuentes los casos leves y moderados donde la sintomatología muchas veces se encuentra por debajo del umbral diagnóstico y acompañada por quejas somáticas o trastornos comórbidos como la ansiedad, el abuso de alcohol y otras sustancias. Estos hechos conllevan a una subestimación y a un subregistro de los casos y por ende, a una inadecuada intervención, con lo cual, el sufrimiento de los pacientes no se atenúa.

En el estudio realizado por Pedersen et al. (2001) se indica que al comparar los diagnósticos realizados por médicos generales en atención primaria, entrenados en la entrevista de acuerdo con los criterios de la CIE-10 (OMS, 1995), frente a los realizados por psiquiatras, el grado de acuerdo fue cercano al 70%, no obstante, los médicos generales

fueron más propensos a determinar mayor grado de severidad que los psiquiatras. Sin embargo, una limitación del estudio es que los psiquiatras sólo evaluaron aquellos pacientes previamente diagnosticados por los médicos generales, con lo cual y dada la baja prevalencia de depresión encontrada en la muestra analizada (3,3%), con respecto a otros estudios, es posible que la diferencia de criterios y por lo tanto el subregistro haya sido mayor.

Con relación al entrenamiento de los médicos en las unidades de atención primaria en la detección efectiva de los casos de depresión y de otros trastornos mentales, Lutz et al., (2002), plantean que se hace cada vez más necesario, dado que la mayoría de la gente acude a una unidad de atención primaria antes que a un profesional de la salud mental. Además, se ha identificado desde distintas fuentes, que los costos asociados al padecimiento de una enfermedad como la depresión, superan los ocasionados por enfermedades físicas como la hipertensión, la diabetes, las enfermedades coronarias y el cáncer, entre otros, dado el nivel de discapacidad e impedimento general que produce. Asimismo, se estima que la depresión y la ansiedad constituyen una de las principales causas de búsqueda de atención primaria en todos los grupos de edad y que la atención recibida por parte de los médicos en el diagnóstico y tratamiento de la depresión consigue reducir la tasa de suicidio en cerca de un 30% (Lutz et al., 2002).

Los datos indicados permiten concluir que en parte, la efectividad en las intervenciones dentro de la atención primaria, conducente a disminuir el sufrimiento de los pacientes, se garantiza en la medida que los profesionales dispongan del entrenamiento requerido y de las herramientas adecuadas para realizar el diagnóstico de los distintos trastornos, las cuales, además de fiables, sean fáciles de administrar y se correspondan con lo que se pretende evaluar.

De acuerdo con lo anterior y en la línea de lo que se viene desarrollando en cuanto a las distintas formas de aproximarse a la diferenciación de los síntomas de la depresión, es importante referirse a los instrumentos que se emplean para su evaluación y diagnóstico, pues, tal como lo señalan Spielberger et al. (2003), la definición de la depresión y los criterios para su diagnóstico como un síndrome clínico están reflejados en el contenido de los ítems de los test psicométricos que se utilizan para evaluarla (p. 212). Por su parte, Hamilton y Shapiro (1990), también indicaron que el marco teórico que sustenta al investigador así como su orientación clínica influye en gran medida en la composición de los ítems de la escala. Así, se indica, que la elaboración de los ítems de las medidas de evaluación está basada en criterios teóricos específicos, con lo cual, los contenidos

evaluados varían en función de este aspecto, entre otros. En el mismo sentido, Snaith (1993) señala que el problema principal con las escalas que evalúan depresión tiene que ver con que no valoran todos los criterios clínicos sino que enfatizan diferentes aspectos de la depresión, por ejemplo la cognición, los síntomas somáticos, el comportamiento y las actitudes. De esta manera, desde modelos cognitivos que enfatizan este componente en la etiología de la depresión, las escalas que se formulan (p.e. el BDI), muestran una alta dominancia del contenido referido a las cogniciones, con respecto a otros aspectos. Lo mismo ocurre con las herramientas derivadas de los modelos conductuales, los biologicistas y los psicosociales.

Ahora bien, aunque la literatura referida a la evaluación de la depresión es bastante amplia, cabe esperar que haya confluencia en los distintos instrumentos utilizados en cuanto a los síntomas se refiere, si se parte de la premisa de que hay un consenso en cuanto a lo que se considera necesario para establecer el diagnóstico según los sistemas de clasificación. No obstante, la primera observación que se puede realizar y que ya fue indicada por Friedman y Thase (1995) es la gran cantidad de instrumentos disponibles para evaluar la depresión. Así, Nezu, Ronan, Meadows y McClure (2000), identificaron alrededor de 100 instrumentos para evaluar la depresión y los constructos relacionados con ella. No obstante, esta cantidad de instrumentos da cuenta del problema señalado por Snaith (1993) acerca de la gran diversidad de contenidos presentes en dichas escalas, así como la cantidad de ítems referidos a síntomas compartidos con trastornos de ansiedad, lo que da lugar a que cada instrumento evalúe aspectos diferentes y sólo confluya en pocos síntomas, con lo cual la identificación de síntomas comunes a todas ellas suele ser una tarea bastante difícil.

De acuerdo con Hamilton y Shapiro (1990), a pesar de no existir una “regla de oro” que permita decidir si una persona es depresiva o no, la manera en que se viene haciendo es a través de los criterios diagnósticos, las escalas de clasificación y las medidas de autoinforme, principalmente. Con respecto a los criterios diagnósticos, ya se ha señalado la confluencia de criterios entre distintos cuadros, con lo cual se dificulta el establecimiento de síntomas característicos desde esta aproximación, sin embargo, la entrevista estructurada desarrollada a partir de los criterios del DSM-IV-TR (2002), constituye en la actualidad lo más cercano a la “regla de oro” de la cual hablaran Hamilton y Shapiro (1990), por cuanto representa el instrumento con más alto nivel de consenso en cuanto al establecimiento del diagnóstico.

Con respecto a las escalas de clasificación clínica, es de indicar que son de frecuente uso y están diseñadas, claramente, de acuerdo con la perspectiva de investigación siguiendo los criterios diagnósticos establecidos desde los sistemas de clasificación; suelen ser administradas por el profesional que tiene a cargo el paciente y se basan en criterios de presencia o ausencia de los síntomas, así como en el nivel de afectación (severidad) de los mismos. Pueden ser estructuradas, como la Escala de Evaluación de Hamilton, o el Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia de Endicott y Spitzer (1978, citado por Buena-Casal et al., 2001). La mayor bondad de estas herramientas es el nivel de ajuste a los criterios diagnósticos establecidos y a la variedad de información que puede recabar el clínico en la entrevista con el paciente.

En lo que respecta a las medidas de autoinforme es de indicar que son sin lugar a dudas, las más utilizadas; Watson y Clark (2003), indican que el 67% de las publicaciones de carácter instrumental en psicología corresponden, exclusivamente, a este tipo de herramientas, pero, sin embargo, se reportan algunas limitaciones. Así, Beekman, Copeland y Prince (1999), indican que los estudios que utilizan este tipo de instrumentos suelen obtener índices de prevalencia más altos que aquellos que utilizan entrevistas estructuradas y criterios más estrictos. Sin embargo, Mallon y Hetta (2002), encontraron en un estudio llevado a cabo en Suecia, que el 75% de los pacientes que identificaron mediante medidas de autoinforme la presencia de ánimo depresivo, padecían en realidad trastornos del humor de acuerdo con los criterios del DSM-III-R (1988). En la misma línea, Lutz et al. (2002), en un estudio donde compararon medidas de depresión tanto de autoinforme, como escalas de clasificación e instrumentos de cribaje, encontraron correspondencia entre la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del DSM-IV (1995) y las demás escalas analizadas tanto de autoinforme como de valoración clínica. Las correlaciones fueron significativas entre las medidas. Sin embargo, se encontraron diferencias en cuanto a la sensibilidad para detectar cambios, siendo más útiles las medidas de autoinforme que las de cribaje.

Otro elemento que se ha criticado con respecto a las medidas de autoinforme es que evalúan muchos síntomas somáticos, los cuales al ser bastante salientes y, además, constituir la causa de búsqueda de atención, pueden dar lugar a una sobreestimación de la depresión, mientras que aquellos que siguen criterios estrictos en cuanto a severidad y frecuencia, aumentan el riesgo de infravaloración de este trastorno (Mallon y Hetta, 2002).

En la misma línea de lo anterior, Bas y Andrés (1996), señalan que las entrevistas y los autoinformes son los elementos más comúnmente empleados para evaluar la depresión y por lo tanto, se ponen de relieve los problemas de validez y fiabilidad dada su relevancia

como elementos de diagnóstico y pronóstico. Esto debido a que la implementación de un programa de tratamiento se basa en el establecimiento de un diagnóstico en el cual se analizan las distintas áreas comprometidas, así como el nivel de afectación, y eso puede variar en función del modelo teórico que sustente los instrumentos utilizados.

El problema referido a la construcción de las escalas, en cuanto a contenido se refiere, implica analizar las áreas que evalúan y su nivel de ajuste con los criterios requeridos y consensuados, por tanto, para establecer el diagnóstico de depresión. Así, aunque como ya se ha señalado, la disponibilidad de herramientas es amplia, es un hecho que algunas siguen siendo más utilizadas que otras. Tal es el caso del *Inventario de Depresión de Beck (BDI)*, el cual se constituye en uno de los instrumentos de autoinforme más empleado no sólo en la clínica sino en investigación como lo indicaran Friedman y Thase (1995) y Vázquez (1995); así como el más citado (Ritterband, 1995).

Por su parte, Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh (1961), en el artículo clásico donde se presentó el BDI por primera vez, indicaron que se trataba de un cuestionario diseñado para evaluar las manifestaciones conductuales de la depresión y que surgía como respuesta, por un lado, a la falta de acuerdo entre los clínicos, en cuanto al diagnóstico de la depresión, y, por otro lado, a la carencia de instrumentos especializados para evaluar este cuadro clínico. La elaboración de los ítems se realizó reuniendo, mediante observaciones clínicas, las actitudes y síntomas más recurrentes entre los pacientes con depresión y, por tanto, según los propios autores, el cuestionario “no refleja ninguna teoría referente a la etiología o a procesos psicológicos subyacentes a la depresión” (p. 54). No obstante, en las descripciones posteriores, se destaca el marcado carácter cognitivo del instrumento que da cuenta del modelo desarrollado por Beck acerca de la depresión (Ibáñez, Peñate y González, 1997). Según Spielberger et al. (2003), el modelo cognitivo reflejado en el BDI, implica considerar las manifestaciones cognitivo-afectivas de la depresión como las características más definitorias de la depresión, aunque la estructura factorial reportada en el estudio de Beck y Steer (1987) y corroborada en el estudio de Ritterband y Spielberger (1996), demostró la existencia de dos factores claramente diferenciados y agrupados en dos escalas: una Cognitivo-Afectiva y otra Somática y de Ejecución. Otros estudios como los de Byrne, Baron, Larsson y Melin (1995); Byrne y Baron (1993a y 1993b); Tanaka y Huba (1984) dan cuenta de una estructura trifactorial, con factores altamente correlacionados entre sí: actitudes negativas hacia uno mismo, problemas en la ejecución y sintomatología somática. Esta estructura trifactorial es la que mayor apoyo empírico ha recibido, aunque se indiquen variaciones entre los modelos, sin embargo, todos confluyen, además, en un único

factor de segundo orden, el que, presumiblemente, puede dar cuenta del constructo depresivo y que se refiere a la covariación de los tres factores específicos mencionados.

Por su parte, en un estudio posterior realizado por Ibáñez et al. (1997), utilizando análisis factorial exploratorio y confirmatorio, los autores dan cuenta de una estructura factorial distinta. Así, se ponen a prueba algunos de los modelos factoriales mejor documentados, siendo las estructuras monofactoriales, trifactoriales y de seis factores, las incluidas en la revisión. Los resultados indican, de un lado, la variación observada de un estudio a otro, probablemente asociada a las distintas muestras empleadas (en su mayoría no clínicas), señalando que muy probablemente, con muestras de personas depresivas, la estructura pueda llegar a ser más homogénea, en especial en el caso de las depresiones crónicas. Por otro lado, los resultados muestran cómo las estructuras trifactoriales alcanzan ajustes muy similares a las monofactoriales, aunque ligeramente superiores; sin embargo, la estructura de seis factores es la que mejor ajuste presenta. Luego, con respecto al factor de segundo orden, se arrojan datos que dan soporte a su existencia, mostrando que la variación en los síntomas puede explicar la diferencia en la presentación de los mismos entre las personas y entre episodios, destacando, por tanto, que lo distintivo sería la forma de covariación más que la presencia de síntomas aislados.

Dentro de las críticas suscitadas al BDI se indica por ejemplo, que la presencia de síntomas somáticos como los relativos a la apariencia física, la fatiga, el peso y las quejas somáticas, pueden confundirse con los síntomas de enfermedades que generan discapacidad como la artritis, con lo cual no se consideran tan específicos para depresión, mucho más dado su frecuente uso dentro de contextos clínico-hospitalarios. No obstante, ya Beck y Steer (1993), recomendaron la utilización de la subescala cognitivo-afectiva con muestras de pacientes que sufren alguna enfermedad y en los cuales, por tanto, los síntomas vegetativos pueden estar sobreestimando la severidad de la depresión.

Otra crítica, derivada directamente de la anterior se refiere al cuestionamiento del valor del BDI como herramienta para cribaje (Smarr, 2003). Sin embargo, Beck, Steer y Garbin (1988) plantean que a pesar de que inicialmente el BDI fue desarrollado para medir la intensidad de la sintomatología depresiva en pacientes con trastornos psiquiátricos, posteriormente ha sido usado como una herramienta de cribaje para detectar depresión en la práctica clínica y en la investigación. Además, otros estudios como el de Lasa, Ayuso-Mateos, Vázquez-Barquero, Díez-Manrique y Dowrick (2000), llevado a cabo en España con una amplia muestra no clínica mostró las propiedades del BDI en cuanto a su precisión como herramienta diagnóstica, además de no identificar diferencias significativas en edad y



sexo, con lo cual los autores concluyen que se considera un buen instrumento para detectar trastornos depresivos en población general. En la misma línea, Ritterband y Spielberger (1996), indican que los datos psicométricos con respecto a la consistencia interna y la validez concurrente y divergente encontrados con una muestra de estudiantes universitarios dan soporte a su utilidad para evaluar depresión en poblaciones no clínicas.

En resumen, se indica que las distintas investigaciones llevadas a cabo con el BDI, a lo largo de varias décadas, permiten dar cuenta de sus adecuados coeficientes de fiabilidad y validez; asimismo, con respecto a la estructura factorial y pese a las diferencias encontradas, puede decirse que la estructura trifactorial es la que mayor apoyo empírico ha recibido y da cuenta de la presencia de tres factores que agrupan los síntomas cognitivos, los problemas de ejecución y los síntomas somáticos. Sin embargo, y tal como lo indican Peñate et al. (1997), el factor cognitivo se encuentra claramente sobrerrepresentado en el cuestionario (9 de 21 ítems), esto explicaría porque en las soluciones factoriales, que ya se ha señalado, que se muestran variables, el factor que recoge estos síntomas permanece en primer lugar y con la mayor consistencia.

Posteriormente, el BDI original fue ajustado con el objetivo de hacer corresponder los síntomas evaluados con los criterios diagnósticos del DSM-IV-R (1998) para el trastorno depresivo mayor, puesto que la versión inicial sólo recogía seis de los nueve criterios establecidos (Beck, Steer, y Brown, 1996), lo cual constituía una de las principales críticas con respecto a la validez de contenido. Los cambios se refieren a: 1) cambio de posición dentro de la escala de algunos de los ítems, 2) la omisión de los ítems referidos a cambio de la imagen corporal, dificultad para trabajar, pérdida de peso y preocupación somática, los cuales fueron sustituidos por ítems que evalúan dificultad en la concentración, pérdida de energía, sentimientos de inutilidad y agitación; 3) el contenido de las opciones de respuesta y el período de tiempo evaluado, es decir, mientras antes se evaluaban los síntomas de la última semana, incluido el día de hoy, las nuevas instrucciones preguntan por cómo se ha sentido durante las dos últimas semanas, tal como se indica en el periodo de tiempo requerido desde el DSM-IV-R (1998) para emitir el diagnóstico. Los datos de estructura interna del cuestionario, reportados por Beck, Steer y Brown (1996), dan cuenta de una estructura bifactorial, que para el caso de la muestra clínica se refiere a un factor Somático-Afectivo y otro Cognitivo, mientras que con estudiantes universitarios el primer factor es Cognitivo-Afectivo y el segundo recoge los síntomas Somáticos. De acuerdo con Sanz, Perdígón y Vázquez (2003) esta estructura factorial es bastante consistente a lo largo de diferentes estudios con muestras de varios países, lo cual contrasta con la variabilidad

indicada en el BDI, indicando, por tanto, las mejores propiedades del BDI-II como herramienta para evaluar la sintomatología depresiva.

Los estudios de validación dan cuenta de las adecuadas propiedades psicométricas del BDI-II con muestra universitaria (Al-Musawi, 2001; Dozois, Dobson y Ahnberg, 1998; Sanz, Navarro y Vázquez, 2003; Storch, Roberti y Roth, 2004); con adolescentes (Kumar, Steer, Teitelman y Villacís, 2003; Krefetz, Steer, Gulab y Beck, 2002; Osman, Kopper, Barrios, Gutierrez y Bagge, 2004); con muestra clínica (Arnau, Meagher, Norris y Bramson, 2001; Penley, Wiebe y Nwosu, 2003) y con población general, no clínica (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003), asimismo indican la congruencia entre el BDI y el BDI-II a pesar de las alteraciones tanto de contenido como de formato (Dozois et al., 1998, Sanz, Navarro y Vázquez, 2003). Así, se confirma la frecuente utilización de este instrumento dentro de la práctica clínica y de investigación, aunque se señalen limitaciones en cuanto a su estructura, escala de respuesta y medición tanto de estado de la sintomatología depresiva, así como características más estables y cercanas a la noción de rasgo como se discutirá posteriormente.

Para finalizar, y siguiendo los planteamientos de Furlanetto, Mendlowicz y Bueno (2005), no puede olvidarse que el BDI es una escala y no puede sustituir a una entrevista diagnóstica con un profesional.

Mientras el BDI se constituye en el instrumento de autoinforme más utilizado en la investigación y la práctica clínica para la depresión, la *Escala de Hamilton* constituye, dentro de las escalas de clasificación, la más usada con los mismos fines, según lo indican Hamilton y Shapiro (1990); Pancheri et al. (2002). Adicionalmente es bastante empleada para evaluar el efecto de los tratamientos con fármacos (Bas y Andrés, 1996). La escala original contiene 17 ítems que evalúan la severidad de la depresión (Hamilton, 1960, 1967). En la actualidad la escala empleada consta de 24 ítems. Es un cuestionario que requiere que el paciente esté previamente diagnosticado y que sea aplicado por un entrevistador bien entrenado.

La solución factorial encontrada por Pancheri et al. (2002), identificó cuatro factores, el primero denominado “síntomas vegetativos” y en cual saturaron los ítems relacionados con insomnio, molestias gastrointestinales, ansiedad somática e hipocondriasis; el segundo factor se denominó “ansiedad física” y recoge los síntomas de agitación, sentimientos de culpa y ansiedad física; el tercer factor, se refiere a la dimensión claramente “depresiva” y recoge los síntomas de ánimo deprimido, trabajo e intereses y retardo motor; por último el cuarto factor, el cual mostraba aparentemente, un menor

significado clínico, incluye ítems como la pérdida de peso y síntomas gastrointestinales y fue llamado “anorexia”. Estos resultados dan cuenta del carácter multidimensional de la escala, aunque dejan ver la ausencia del factor de hiperactivación, el cual es relevante en la observación clínica bajo la forma de ira, irritabilidad, agresividad, hostilidad y/o agitación motora. Además, constituye un elemento muy importante a evaluar en la respuesta de los pacientes al tratamiento con antidepresivos serotoninérgicos (Pancheri et al., 2002).

A pesar del ajuste encontrado en muchas investigaciones, se han suscitado algunas críticas frente a la estructura factorial de la escala, la cual no se ha mostrado estable a lo largo de los distintos estudios. Sin embargo, es de considerar que a través de los mismos se han utilizado versiones del cuestionario de 17, 21 y 24 ítems respectivamente, así como muestras pequeñas (con menos de 100 participantes), o no se han incluido personas con depresión, o se han empleado distintas estrategias de extracción factorial, lo cual puede influir en los resultados (Marcos y Salamero, 1990; Fleck, Poirier-Littre, Guelfi, Bourdel y Loo, 1995; Bech et al., 1997).

Otra de las críticas más frecuente a la Escala de Hamilton es la disminución de la confiabilidad en los casos de depresiones moderadas, probablemente debido a que los síntomas somáticos, bien representados en la escala, suelen estar menos presentes en los pacientes con niveles moderados, en quienes predominan los síntomas cognitivos y los afectivos. En cambio, la sensibilidad para identificar cambios en la severidad ha sido demostrada de manera reiterada, de ahí su empleo en la evaluación de la respuesta a los tratamientos. Esta última característica indica que esta escala es más útil que el BDI en cuanto a la identificación de cambios leves en el ánimo, fundamentales dentro de la terapia.

Siguiendo con la revisión breve de las escalas de evaluación más utilizadas se hace necesario hablar de la *Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung* (Zung, 1965). La escala consta de 20 ítems que evalúan alteraciones psicológicas (desesperanza, ideas suicidas), estados de ánimo (tristeza, llanto), aspectos psicomotores (agitación, retardo) y alteraciones fisiológicas (perturbaciones del sueño, del peso) (Bas y Andrés, 1996). A diferencia del BDI y de la Escala de Hamilton, que evalúan severidad, la Escala de Zung evalúa la frecuencia con que se experimentan los síntomas depresivos. Los datos sobre validez convergente y discriminante reportados por Thurber, Snow y Honts (2002) dan cuenta de sus adecuadas propiedades psicométricas para diferenciar entre personas depresivas y no depresivas. Por su parte, Aragonés Benaigues, Masdeu Montalá, Cando Guasch y Coll Borrás (2001) aportaron datos con muestra española acerca del valor de la escala como herramienta de cribaje en atención primaria.

Otra de las herramientas clínicas que suelen ser empleadas con frecuencia es la *Escala de Depresión del Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota (MMPI-D)*, la cual consta de 60 ítems elaborados para diferenciar entre personas depresivas y población general y entre personas depresivas y personas con otros trastornos psiquiátricos. El contenido de los ítems se refiere a aspectos cognitivos, afectivos, somáticos, interpersonales y conductuales (Buela-Casal et al. (2001). De acuerdo con Bas y Andrés (1996), se cuestiona su validez diagnóstica ya que la estructura factorial reportada a través de estudios de validación indica la presencia de algunos factores no consistentes con la depresión, lo cual disminuye su validez criterial. Por esta razón, los clínicos contemporáneos han dejado de utilizarla como herramienta para la evaluación.

Por otro lado, es de indicar que muchos de los instrumentos de evaluación han sido desarrollados para evaluar la depresión en población clínica, sin embargo, otros se han elaborado para evaluar el nivel de sintomatología depresiva en población general, especialmente con fines de investigación. Tal es el caso de la *Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D)* desarrollada por el Instituto de Salud Mental de Estados Unidos. Los ítems fueron retomados a partir de otras escalas como el BDI y la Escala de Depresión del Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota (MMPI-D). Los ítems evalúan el ánimo percibido y el nivel de funcionamiento a través de cuatro factores: el afecto depresivo, el afecto positivo, los problemas somáticos y la retardación motora. Se han reportado adecuadas propiedades psicométricas que dan cuenta de la alta consistencia interna, tanto en población normal como en muestra clínica (Smarr, 2003). Sin embargo, y de acuerdo con Bas y Andrés, los estudios de validación dan cuenta de una baja validez diagnóstica ya que revela un elevado porcentaje de falsos positivos y falsos negativos y, por tanto, se sugiere su utilización como herramienta epidemiológica más no de diagnóstico. Adicionalmente, se indica que las altas correlaciones entre el CES-D y las medidas de rasgo de ansiedad, muestran cómo este instrumento mide igualmente depresión y ansiedad como constructos relacionados y por lo tanto se plantea que más que evaluar depresión puede ser una medida de malestar general (Santor, 1998; Smarr, 2003).

Como ya se indicó de manera precedente, la heterogeneidad de las herramientas de mayor utilización clínica en la actualidad que dan cuenta de la multiplicidad de factores y áreas evaluadas suponen un inconveniente de cara a establecer lo que podría considerarse característico de la depresión. Esta preocupación orientó el estudio de Peñate (2001) donde se analizaron tres de las escalas que se emplean con mayor frecuencia para evaluar la depresión: la primera versión del Inventario de Depresión de Beck (BDI), la escala de

depresión del MMPI y la escala autoevaluativa de Zung. Utilizó como método, el análisis de los contenidos recogidos por los manuales diagnósticos vigentes al momento del estudio: el DSM-III-R (1988) y la CIE-10, como síntomas característicos y definitorios para el diagnóstico y comunes a ambas clasificaciones, esto es el afecto triste y la anhedonia/pérdida de interés, junto con un tercer síntoma identificado por Levitt y Lubin (1975, citados por Peñate, 2001) como el síntoma común a las 16 escalas evaluadas en este ya clásico estudio y que se refiere a la baja autoestima. Se contabilizaron los ítems donde esos contenidos eran referenciados y se calculó el porcentaje que representaban dentro de la prueba total. Los resultados muestran que mientras en el BDI esas tres áreas (afecto triste, anhedonia y baja autoestima) representan alrededor del 60% del total de la escala, en la escala de Zung este porcentaje es del 45% y en el caso del MMPI el porcentaje es más bajo aún, sin alcanzar el 30%. Importante destacar que el humor depresivo representa el porcentaje más elevado tanto en el BDI como en la escala de Zung, mientras que en el MMPI el mayor porcentaje es ocupado por los síntomas que evalúan anhedonia/pérdida de interés. Por tanto, la conclusión de Peñate (2001) es que dicha disparidad, tal como lo había indicado Snaith (1993), trae como consecuencia la dificultad para determinar la validez discriminante entre la depresión y otros trastornos como sucede por ejemplo con la ansiedad como se ha venido indicando.

Los datos anteriores muestran cómo la depresión es evaluada de acuerdo con la medida utilizada y por lo tanto eso da cuenta de distintos niveles conceptuales que dificultan el establecimiento de una unidad sintomática definitoria de lo que sería la depresión. Adicionalmente, otros asuntos plantean dificultades al establecimiento de lo que se denominaría propio de la depresión. El dilema suscitado acerca del carácter de los síntomas, bien como estado o como rasgo, ya documentado en páginas precedentes, se ve reflejado en las mismas instrucciones de los cuestionarios e incluso en la formulación de los ítems que no siempre responden a los criterios planteados desde los sistemas diagnósticos. Así, mientras en el DSM-IV-TR (2002), el criterio de frecuencia es de fundamental relevancia para el diagnóstico de depresión mayor y de distimia (duración de la sintomatología al menos durante dos semanas, en el primer caso, y dos años en el segundo caso), el criterio de intensidad es más importante en la distimia, de tal forma, que la afectación de los síntomas en este cuadro debe ser menor que la presentada en el trastorno depresivo mayor. No obstante y siguiendo la observación realizada acerca de las principales herramientas de evaluación empleadas para el diagnóstico de la depresión, se puede notar que la mayoría tienen por objetivo evaluar la severidad de afectación de los distintos

síntomas de la depresión, lo cual se refiere a la intensidad, aún cuando en las instrucciones se refieren conceptos de frecuencia. De esta forma, se mezclan valoraciones de estado (severidad) con medidas de rasgo (frecuencia), lo cual hace que los instrumentos sean confusos (Spielberger et al., 2002a).

Por su parte, Ritterband y Spielberger (1996), indican que una dificultad añadida a los instrumentos de autoinforme para la evaluación de la depresión es que se confunden con frecuencia las medidas de estado y rasgo con aspectos sintomáticos de la depresión (Saco, 1981; Katz, Shaw, Vallis y Kaiser, 1995), además, algunos de los instrumentos son relativamente imprecisos para determinar bajos niveles de afectación e identificar pequeños cambios en la afectividad depresiva (Berndt, 1990). De esta forma, los hallazgos de la estabilidad del BDI, por ejemplo, mediante las pruebas de test-retest suscitan la pregunta por si este cuestionario mide la severidad de la depresión como un estado afectivo o da cuenta de las diferencias individuales en la disposición a experimentar depresión como un rasgo de personalidad. Es de indicar que de acuerdo con las instrucciones originales, el BDI medía el estado de ánimo, sin embargo, las revisiones posteriores, hasta la versión del BDI-II se han ajustado a un criterio más persistente en el tiempo, indicando, de acuerdo con los mismos Beck y Steer (1983) que es un cuestionario más cercano a la idea de rasgo, tal como también lo han señalado Vázquez y Sanz (1997; 1999). De hecho, los hallazgos de Ritterband y Spielberger (1996), en relación con el aumento gradual de las puntuaciones del BDI en función de las situaciones neutral, moderada y severamente depresiva inducidas en su estudio mediante el uso de viñetas, tomado como evidencia de la capacidad del instrumento para diferenciar distintos niveles de afectación, también pueden ser considerado como un signo de la inestabilidad de la prueba para medir las diferencias individuales en la depresión como un rasgo de personalidad.

Lo anterior permite indicar, de acuerdo con Spielberger et al. (2002a), que las escalas más usadas para la evaluación de la depresión no diferencian de manera adecuada los componentes de la depresión según se indica en las clasificaciones diagnósticas y, además, ofrecen puntuaciones que son confusas en cuanto a la diferenciación entre la frecuencia de ocurrencia y la severidad de afectación de la sintomatología. Estos hechos dan lugar a la propuesta de Ritterband y Spielberger (1996) y Spielberger (1999), para elaborar un instrumento de evaluación capaz de diferenciar tanto el estado depresivo (severidad de los síntomas), como la disposición a desarrollar sintomatología depresiva (frecuencia de ocurrencia).

## **6.2. Presentación de una escala para evaluar el componente afectivo de la depresión**

### **6.2.1. Justificación para un nuevo instrumento de evaluación**

A pesar de lo señalado por distintos autores en relación con la cantidad de instrumentos disponibles para la evaluación de la depresión, nuevas investigaciones apuntan a la necesidad de elaborar herramientas que sean capaces de responder a las limitaciones encontradas en las que siguen utilizándose actualmente. Esta necesidad se soporta también en el hecho del creciente conocimiento acerca de las distintas entidades clínicas, entre ellas la depresión, el cual ha dado lugar a la modificación de los criterios diagnósticos y por lo tanto al requerimiento de instrumentos ajustados a estas nuevas condiciones.

De acuerdo con lo que se ha venido indicando, muchas son las razones para dar lugar al surgimiento de una nueva herramienta de evaluación. Sin embargo, las más relevantes pueden resumirse en los siguientes puntos:

- a) la carencia de medidas ajustadas a los criterios diagnósticos vigentes.
- b) la confusión persistente en los instrumentos de medida en cuanto a la valoración de la depresión como estado y como rasgo.
- c) la ausencia de acuerdo con respecto a los componentes evaluados, esto es la disparidad de contenidos.
- d) la confusión entre la formulación de los ítems y las escalas de respuesta empleadas y,
- e) la carencia de muchos de los instrumentos vigentes en la actualidad para identificar bajos niveles de afectación.

Considerando estos aspectos Ritterband y Spielberger (1996) y Spielberger (1999), diseñan un cuestionario experimental y exploratorio para medir la depresión como estado y como rasgo, el cual se presenta a continuación y como preámbulo de los estudios experimentales llevados a cabo con muestras españolas dentro del proceso de adaptación castellana del cuestionario.

### **6.2.2. El Cuestionario de Depresión Estado/Rasgo (ST/DEP) como alternativa a algunos de los problemas de evaluación de la depresión: construcción del instrumento.**

Ritterband y Spielberger (1996) desarrollaron una batería de ítems a partir de la adaptación de algunos de los que componen el BDI, la escala de Zung, el CES-D y la escala de Zuckerman (MAACL) y referidos a los sentimientos y pensamientos más frecuentemente experimentados por las personas depresivas. Inicialmente el cuestionario constaba de 40 ítems, 11 de los cuales pertenecían al BDI, los 29 restantes fueron retomados de las tres escalas adicionales. Los ítems permanecieron, dentro de lo posible tal como estaban expresados en la escala de origen y fueron presentados a los participantes de la investigación (estudiantes universitarios), con instrucciones tanto de estado como de rasgo, mediante una escala de 4 puntos que medía intensidad y frecuencia respectivamente, la cual fue la misma empleada en el Inventario de Personalidad Estado/ Rasgo (STPI) (Spielberger et al., 1979).

Dado que la muestra utilizada era no clínica y se pretendía evaluar la capacidad de la escala para diferenciar niveles de afectación, se construyeron tres viñetas (pequeños textos) con el objetivo de que los participantes respondieran a los cuestionarios en función del estado de ánimo que sugería cada viñeta. Así y mediante el acuerdo interjueces se señalaron tres viñetas con carácter neutral, moderado y severo y fueron presentadas a los participantes junto con la escala experimental de acuerdo con las instrucciones para estado, es decir, pidiéndoles a los participantes que respondieran cómo se sentían en ese momento. Este procedimiento se realizó para cada una de las viñetas, es decir, los participantes respondieron a la escala de estado tres veces y una a la escala de rasgo. Junto con la escala experimental se presentaron el BDI, la escala de Zung, el CES-D y las escalas de Expresión de Ira del Cuestionario de Ira Estado/Rasgo (STAXI-2) (Spielberger, 1988).

Los resultados indicaron altos niveles de consistencia interna tanto para varones como mujeres, los cuales pueden ser atribuidos no sólo a las propiedades adecuadas de la versión experimental, sino al número de ítems que doblaba al de las demás escalas. No obstante y a pesar de haber partido de la noción teórica y de la agrupación, por tanto, de los ítems en dos factores: cognitivo y afectivo, los resultados del análisis factorial realizado, dieron cuenta de una estructura también bifactorial, pero que mezclaba los ítems de los dos factores iniciales, conformando dos nuevos factores. En el primero se agruparon los ítems que evaluaban la presencia de depresión, mientras que en el segundo saturaban aquellos



que evaluaban ausencia de depresión, de ahí que los autores utilizaran los términos de Distimia (presencia de depresión), para el primer factor y Eutimia (ausencia de depresión), para el segundo factor. Estos datos fueron presentados por Spielberger et al. (2003), indicando que la fortaleza de los factores que miden presencia o ausencia de depresión son consistentes con investigaciones previas en las cuales los ítems de ansiedad y depresión se mezclaban para dar cuenta de factores de afectividad positiva y negativa tal como lo indicaran Watson y Clark (1991); Watson, Clark y Tellegen (1988); Watson y Tellegen (1985) y son los datos que apoyan el planteamiento de Down acerca de que a pesar de que en la depresión se identifican cinco factores (afectivo, cognitivo, motivacional, vegetativo y físico), es justo al primero al que usualmente se asocia con la depresión (Down, 2004, p. 415).

Los resultados del análisis factorial indicaron que la mayoría de los ítems cuyo contenido describía sentimientos relacionados con la depresión tenían pesos más altos que los que describían pensamientos relacionados con la depresión, tanto en el factor de presencia como de ausencia de depresión. Esto es consistente con el hecho de que es posible que los sentimientos de depresión sean más universales y, además, relativamente más homogéneos que las cogniciones relacionadas con la depresión, lo cual es razonable si se acepta que los pensamientos están mediados por la interpretación de los hechos.

De acuerdo con los criterios psicométricos establecidos por los autores, se eligieron los 20 ítems con las mejores propiedades para cada una de las dos escalas, los cuales fueron sometidos nuevamente a la valoración de su estructura factorial en la cual fueron identificados claramente los factores de Distimia y Eutimia compuestos por ítems con contenido afectivo fundamentalmente. Las escalas de rasgo y estado mostraron adecuado nivel de consistencia interna, con coeficientes alfa superiores a 0,90 y mostrando correlaciones significativas con las demás escalas administradas, indicando la alta validez convergente.

El planteamiento de dos escalas diferenciadas (Estado/Rasgo) obedece a la necesidad de disponer de herramientas que diferencien estas dos dimensiones de la depresión y como respuesta a la crítica formulada a las escalas más utilizadas acerca de la frecuente confusión entre estados depresivos y disposición hacia la depresión y formas más persistentes de los síntomas (rasgo).

Por su parte, con respecto al requerimiento de instrumentos con capacidad para discriminar bajos niveles de afectación, es de indicar cómo el planteamiento de los ítems del ST/DEP tiene en consideración el concepto de intensidad y especificidad de los ítems,

que de acuerdo con Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970) se refiere a que los ítems individuales usados para medir la intensidad de un estado de la personalidad, son más efectivos a unos niveles de la dimensión de la severidad que a otros (p.11). Sin embargo, aunque este concepto ha recibido un especial énfasis en cuanto a lo teórico y lo metodológico como ya lo planteara Anastasi (1988), igualmente ha sido ignorado o al menos, sólo reconocido de forma marginal en la construcción de medidas emocionales de estado y rasgo (Spielberger et al., 2003). Este modelo fue utilizado en la construcción del STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970), incorporando ítems que evalúan tanto presencia como ausencia de ansiedad, de tal forma, que los primeros podían identificar altos niveles de afectación mientras que los segundos, tras la inversión de la puntuación, son más sensibles a la identificación de bajos niveles de afectación.

Para el diseño del ST/DEP se empleó la misma estrategia del STAI. Así, en la escala se introdujeron la misma cantidad de ítems para evaluar la presencia de depresión y la ausencia de depresión, con el objetivo de evaluar un rango más amplio de la depresión en población no clínica, puesto que se observó que los ítems que evalúan ausencia de depresión, muestran mayor sensibilidad para evaluar bajos niveles de depresión al invertir las puntuaciones, mientras que los que evalúan presencia de depresión son más útiles para detectar niveles altos de afectación. Esto explicaría porqué muchas de las herramientas utilizadas en la actualidad fallan en la detección de bajos niveles de afectación, pues la mayoría de los ítems están dirigidos hacia la presencia de los síntomas.

De acuerdo con lo anterior, la ventaja del ST/DEP frente a otros instrumentos es que al ofrecer dos escalas (Rasgo y Estado), así como la medición de la presencia o ausencia de la sintomatología depresiva, permite la evaluación de un amplio rango de intensidad para los sentimientos depresivos en un momento particular así como las diferencias individuales en la frecuencia con que las personas experimentan la depresión como un rasgo de personalidad. Adicionalmente, las subescalas de distimia y eutimia, tanto para rasgo como para estado muestran medidas separadas de la afectividad positiva y negativa asociada con la depresión. Por último y de acuerdo con Spielberger et al. (2003), la ausencia en el cuestionario de ítems que evalúan los aspectos somáticos y de ejecución, obedecen a la observación previa de Beck, Steer y Brown, (1996), acerca del carácter confuso de estos ítems dentro de las escalas de depresión por la posibilidad de inducir a diagnósticos erróneos al sobreestimar la sintomatología depresiva en especial cuando se aplica a muestras de pacientes que sufren alguna enfermedad física.

Los datos anteriores muestran las ventajas del ST/DEP frente a los demás instrumentos disponibles en la actualidad, no obstante, no puede olvidarse que la complejidad de la psicopatología y dentro de ella, la depresión, hace necesaria la utilización de una estrategia que combine a aplicación de uno o varios cuestionarios con una adecuada entrevista clínica, que garanticen una aproximación más acertada al diagnóstico y por lo tanto, oriente de manera más adecuada las medidas de intervención requeridas. Ahora bien, el siguiente paso, de acuerdo con los requerimientos para la construcción y adaptación de escalas, supone el desarrollo de estudios con diferentes muestras intentando aportar datos que apoyen la validez y confiabilidad del ST/DEP como una herramienta para evaluar la depresión.

### **6.2.3. Primeros estudios de validación del ST/DEP con muestras españolas**

Los primeros estudios de adaptación y validación castellana del ST/DEP con muestras españolas fueron llevados a cabo por Spielberger et al. (2002a, 2002b). El procedimiento empleado para la realización de los estudios de validación fue el mismo llevado a cabo por Ritterband y Spielberger (1996), previa adaptación de los ítems al castellano. Así, se construyó una batería de ítems que recogiera los constructos evaluados en la prueba original (anexo 2).

Es importante considerar que la construcción de una escala implica elaborar un número de ítems superior a la cantidad de elementos que se espera conformen la versión definitiva del cuestionario (Martínez-Arias, 1995, Muñiz, 1998). Esto obedece a la necesidad de disponer de un grupo de ítems que permita, tras el proceso de análisis, realizar los ajustes en función de la mayor o menor capacidad y potencia de los ítems frente a lo que se quiere medir. Además, es importante considerar la capacidad de los mismos para discriminar entre las personas, el nivel de complejidad semántica y la precisión frente al marco conceptual.

La construcción de la batería de ítems se desarrolló a partir de varias fuentes de información. Partiendo de la consideración de los conceptos de distimia y eutimia, tal como eran comprendidos y definidos por Ritterband y Spielberger, se procedió a la búsqueda de ítems procedentes de otras escalas y cuyo contenido evaluara afectividad negativa y afectividad positiva dentro de la depresión, entre ellas la escala PANAS (Watson, Clark y Carey, 1988) y la Escala POMS (Cuestionario del Perfil de Estados de Ánimo) (McNair, Lorr y Droppleman, 1971). Dichos ítems sirvieron como referencia para operativizar los

componentes de la afectividad (distimia y eutimia) evaluados en la escala original. Posteriormente se recurrió al uso de sinónimos con el objetivo de crear ítems similares, de tal forma que se elaboraron varios ítems referidos a un mismo concepto para que, después del análisis de ítems, se eligieran aquellos con mayor capacidad para evaluar el contenido indicado, medido a través de las mejores propiedades psicométricas y correspondencia de éstos con la conceptualización teórica de partida. Adicionalmente, y dado que uno de los intereses del ST/DEP es el de evaluar distintos niveles de afectación, se incluyeron ítems que evalúan distintos constructos de manera diferencial en cuanto a la intensidad, con el fin de favorecer las respuestas de las personas en función del nivel de afectación particular, sobre todo considerando que los análisis previos se han realizado con muestras con clínicas, en donde el grado de afectación probablemente, sea diferente. La escala experimental estuvo conformada por 26 ítems, 13 para distimia y 13 para eutimia, tanto para la escala de rasgo como para la de estado.

Los ítems fueron presentados con instrucciones para evaluar tanto estado como rasgo y al mismo tiempo se aplicaron el BDI, el Cuestionario Básico de Depresión (CBD), el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) y la escala de depresión autoevaluada de Zung. Para el caso de la escala de Estado, se utilizó el mismo procedimiento de Ritterband y Spielberger (1996), así se seleccionaron tres viñetas que describían situaciones cotidianas que representaban estados neutrales, medios y severos de afectación del ánimo. Dichas viñetas fueron elegidas a partir de la valoración interjueces de un total de 10 viñetas (3 neutrales, 4 medias y 3 severas) presentadas en dos ordenamientos diferentes a un total de 16 estudiantes de psicología elegidos al azar y quienes debían puntuar el grado de tristeza o depresión que experimentarían en cada condición, mediante una escala de 10 puntos donde 1 era ausencia de depresión y 10 depresión muy alta. Las viñetas se eligieron siguiendo los siguientes criterios: una evaluación consistente con una puntuación de 1, para el caso de la viñeta neutral; una puntuación consistente entre 4 y 5 para el caso de la viñeta media y entre 8 y 9 para el caso de la depresión severa. Al igual que en el estudio original, las viñetas fueron presentadas a los participantes una cada vez, acompañadas de la escala de estado (S-DEP) y junto con las demás escalas empleadas, con la indicación de responder a los cuestionarios en función del estado de ánimo sugerido. En el anexo 2 se puede apreciar el cuestionario experimental junto con las tres condiciones (viñetas) empleadas.

Los resultados del análisis factorial con rotación Promax mostraron dos factores claramente diferenciados, de la misma manera que en los trabajos originales, siendo éstos un factor de Distimia, en el que saturaron los ítems que evaluaban la presencia de

depresión y un factor de Eutimia, el cual recogía los ítems que evaluaban afectividad positiva o ausencia de depresión y dado que la pretensión era evaluar ausencia de afectividad positiva, las puntuaciones en esta escala eran invertidas. Los pesos de los ítems fueron altos, oscilando entre 0,64 y 0,89 para el caso del factor de distimia y entre 0,54 y 0,91 para el factor de eutimia, tanto para la escala de estado como para la escala de rasgo. Las correlaciones ítem-resto también fueron elevadas y significativas ( $p < 0,001$ ), siendo en todos los casos, superiores a 0,67, dando cuenta de las adecuadas propiedades de los ítems. No obstante se observó la presencia de muchos ítems que evaluaban el mismo contenido, con pesos muy similares, por lo cual se sugiere en estos trabajos un posterior análisis de ítems para depurar el instrumento (Spielberger et al., 2002a, 2002b).

La consistencia interna de las escalas fue alta (superior a 0,92) tanto para Distimia como para Eutimia, en ambas escalas (Estado y Rasgo) y tanto para la muestra conjunta como diferenciada por sexo. También se indica una adecuada capacidad del ST/DEP para diferenciar la severidad en la afectación, medida a través de las respuestas de los participantes a la escala de estado en función de las tres viñetas. Los resultados mostraron un aumento gradual de las puntuaciones totales (S-DEP) como para las subescalas (distimia y eutimia), desde la condición neutral hasta la severa y tanto para la muestra conjunta como para varones y mujeres por separado.

Con respecto a las correlaciones encontradas con las demás escalas utilizadas, son de indicar las altas correlaciones observadas entre el ST/DEP, el BDI y el CBD, dando evidencias de la validez convergente; no obstante, para el caso del BDI, se confirman los planteamientos acerca del carácter confuso de este instrumento en cuanto la evaluación tanto de rasgo como de estado, en cambio el CBD mostró mayores correlaciones con la escala de rasgo, lo cual es razonable si se consideran la forma de elaboración de los ítems y de la escala de respuesta utilizada. Asimismo se encontraron altas correlaciones con el STAI, reforzando el planteamiento de Spielberger (1983), según el cual las personas con depresión tienden a obtener puntuaciones mayores en medidas de ansiedad que las personas con trastornos de ansiedad. De acuerdo con lo anterior, es de indicar que se aportan datos acerca de la validez convergente del ST/DEP, aunque queda por demostrarse la validez discriminante.

En cuanto al análisis de las diferencias por sexo, se muestra que, contrario a lo encontrado por Ritterband y Spielberger (1996), en los estudios de validación de Spielberger et al. (2002a, 2002b), se observaron diferencias significativas, indicando una mayor tendencia en las mujeres hacia puntuaciones altas, lo cual va en la línea de lo

indicado en la literatura científica sobre la mayor prevalencia de la depresión en las mujeres frente a los varones.

Los primeros estudios de validación con muestra española dejan abierta la puerta hacia varias líneas futuras. De un lado, la necesidad de depurar el instrumento mediante el análisis de ítems que permita elegir aquellos que mejor describan los constructos y que muestren propiedades psicométricas más apropiadas. Por otro lado, la importancia de realizar análisis factoriales confirmatorios de la estructura interna del ST/DEP, así como estudios de validación cruzada con distintas muestras, entre ellas muestras clínicas que pongan a prueba la capacidad del cuestionario para evaluar niveles de afectación de manera diferencial entre muestra clínica y no clínica. Asimismo, se requieren estudios que soporten la validez discriminante del cuestionario.

Posteriormente, Agudelo, Carretero-Dios et al. (en prensa), Spielberger et al. (2004) y Agudelo, Spielberger et al. (en prensa), desarrollaron nuevos estudios sobre la versión experimental castellana del ST/DEP con el objetivo de responder a algunas de las líneas planteadas en los estudios preliminares. Un primer estudio fue el análisis de ítems que mostró las adecuadas propiedades psicométricas del cuestionario, el cual, tras la selección de aquellos con mejores propiedades y que, además, mostraron mayor ajuste teórico con el constructo a medir, dio lugar a una escala de 16 ítems, tanto para rasgo como para estado, divididos en 8 para la subescala de distimia y 8 para la subescala de eutimia en cada una de las escalas (Spielberger et al., 2004). En la misma línea, se indica la alta consistencia interna del cuestionario medida a través del elevado valor del coeficiente alfa que se mantuvo sobre 0,80 tanto para las Escalas de Estado y Rasgo, así como para las subescalas de Distimia y Eutimia, tanto en la muestra combinada como cuando se realizaron análisis diferenciados para varones y mujeres. Con respecto a las diferencias por sexo, los datos confirman los hallazgos previos con muestras españolas (Spielberger et al., 2002a, 2002b), mostrando mayor tendencia en las mujeres hacia puntuaciones altas, contrario a lo encontrado a su vez, a lo encontrado por Ritterband y Spielberger (1996). También se encontraron datos que apoyan la sensibilidad del S/DEP para diferenciar distintos niveles de afectación, evidenciados en la respuesta diferencial y creciente en las respuestas de los participantes en función de la viñeta utilizada, siendo mayor de la condición neutral a la moderada y de ésta a la severamente depresiva.

Posteriormente, se sometió a prueba la estructura factorial del Cuestionario tal como se indica en el estudio de Agudelo, Carretero-Dios et al. (en prensa), donde los resultados confirman la estructura bifactorial indicada en los estudios previos y donde los

ítems resultantes del análisis de ítems muestran un ajuste adecuado manteniendo pesos superiores a 0,53 en todos los casos y saturando de manera diferencial en los factores de distimia y eutimia según evaluaran afectividad negativa o positiva respectivamente. Estos datos confirman la consistencia interna del ST/DEP y aportan datos sobre la utilidad de mismo para identificar cambios leves en la afectividad a partir de la introducción de ítems que miden afectividad positiva, aspecto que se encontraba ausente en las escalas de medida más frecuentemente utilizadas para la evaluación de la depresión y sus componentes.

Por su parte, los datos de validez convergente y divergente del ST/DEP llevados a cabo por Spielberger et al (2005) mostraron las propiedades del cuestionario para discriminar el constructo afectivo de la depresión frente a otros tales como la Ira mediante la observación de las bajas correlaciones entre las escalas y subescalas del ST/DEP y del STAXI-2, confirmando la tendencia de las personas con depresión hacia la represión de la ira. En cuanto a la validez convergente, se identificaron altas y significativas correlaciones con el BDI y el CBD, siendo mayores entre el CBD y la escala Rasgo (S/DEP), tal como se observara en los estudios previos de Spielberger et al. (2002a y 2002b), asimismo, con respecto al BDI, se confirma lo descrito por Beck y Steer (1993) acerca de la capacidad del BDI para evaluar tanto aspectos actuales como atributos más estables de la depresión, lo cual mantiene la polémica en cuanto al carácter confuso de la escala. Finalmente y al igual que en los estudios previos, las correlaciones fueron altas y en algunos casos, significativas, con el STAI, confirman la observación de Spielberger (1983) en cuanto a las altas puntuaciones en ansiedad en las personas con depresión.

Es de indicar que los estudios preliminares realizados con población española se han centrado en muestras universitarias y han señalado la necesidad de ampliar los estudios de validación con otras muestras con el fin de someter a prueba las propiedades psicométricas del cuestionario con distintas muestras favoreciendo una mayor generalización de los datos. Así, se recomienda realizar análisis factoriales confirmatorios que puedan dar cuenta de la estructura interna del ST/DEP con nuevas muestras. Por tanto, la pretensión del presente trabajo es realizar los estudios conducentes a la obtención de la versión castellana definitiva del ST/DEP aportando datos de validación con distintas muestras, los cuales den soporte a la utilización de este nuevo instrumento como una medida fiable y útil para la evaluación de la depresión dentro de un proceso psicodiagnóstico.





## **7. APORTES EMPÍRICOS**



## **7. APORTES EMPÍRICOS**

### **7.1. Introducción**

Los criterios psicométricos requeridos en la construcción de instrumentos implican la realización de distintos estudios que den cuenta de las características de los ítems, la estructura factorial, la consistencia interna, la validez convergente y divergente y las demás medidas empleadas para aportar evidencias de validez y fiabilidad de los instrumentos. Por esta razón, se utilizan distintas muestras que permitan confirmar la estabilidad y confiabilidad de los resultados, así como para demostrar la utilidad de las herramientas con distintos grupos poblacionales que aumenten la posibilidad de generalización de los resultados.

En la presente investigación se realizan tres grandes estudios. El primero, se realiza con el objetivo de obtener la versión castellana definitiva del ST/DEP, para lo cual se siguen tres fases: el análisis de ítems, la comprobación de la estructura interna y la aportación de evidencias de validez convergente y discriminante. Para este estudio se utiliza una muestra de población general compuesta por 1041 participantes.

El segundo estudio, corresponde a las pruebas de validación cruzada, recomendadas para hacer una comprobación de la estructura interna de un cuestionario, al tener en cuenta cómo ésta puede variar en función del tipo de muestra y del número de participantes con los cuales se lleve a cabo el análisis. Para cumplir con este objetivo se realiza un análisis factorial confirmatorio con dos muestras diferentes. Una muestra de estudiantes universitarios ( $n=400$ ) y una muestra de adolescentes ( $n= 430$ ).

El tercer estudio tiene por objetivo comprobar las propiedades psicométricas del ST/DEP sobre una muestra clínica, compuesta por pacientes con diagnóstico de trastornos del estado de ánimo, específicamente trastorno depresivo y distimia ( $n= 257$ ). Adicionalmente, en este estudio se realiza una comparación entre los resultados obtenidos entre la muestra clínica y la muestra de población general con el objetivo de someter a prueba la capacidad del ST/DEP para diferenciar en ambos grupos de población.

Finalmente, se presenta una discusión en la cual se recogen las conclusiones generales de la investigación, las principales aportaciones y las limitaciones encontradas en la realización de los estudios así como la sugerencia de futuras líneas de investigación desprendidas de los hallazgos indicados.

## **7.2. Objetivos**

El objetivo general de la presente investigación es realizar la adaptación y validación castellana del Cuestionario de Depresión Estado/Rasgo (ST/DEP), para lo cual se seguirán los siguientes objetivos específicos:

- \_ Realizar el análisis de ítems requerido para construir la versión castellana definitiva del ST/DEP.
- \_ Analizar la estructura interna del ST/DEP mediante la utilización del análisis factorial exploratorio y posteriormente, mediante el modelo de análisis factorial confirmatorio.
- \_ Establecer el índice de fiabilidad del ST/DEP a través de distintas muestras.
- \_ Confirmar la estructura factorial del ST/DEP mediante la utilización de procedimientos de validación cruzada.
- \_ Aportar evidencias de validez convergente y divergente del ST/DEP .
- \_ Establecer las propiedades psicométricas del ST/DEP con una muestra de pacientes con diagnóstico de trastornos del estado de ánimo.
- \_ Realizar un estudio comparativo entre la población general y la muestra clínica de acuerdo con las medidas de depresión utilizadas.

### **7.3. ESTUDIO 1: Propuesta de Escala a partir de los datos obtenidos con una muestra de población general**

#### **7.3.1. Introducción**

El presente estudio fue llevado a cabo con el objetivo de construir el cuestionario definitivo correspondiente a la versión castellana del ST/DEP. Dicho estudio comprende la realización del análisis de ítems, la confirmación de la estructura factorial del instrumento así como las evidencias de fiabilidad y de validez convergente y discriminante del ST/DEP en una muestra de población general.

El análisis de ítems es una fase necesaria de llevar a cabo tras la elaboración de una batería de ítems y supone el estudio pormenorizado de las propiedades de los ítems que están estrechamente relacionadas con las de la escala (Muñiz, 1998).

Con respecto al Cuestionario de Depresión Estado-Rasgo (ST/DEP), los primeros análisis de ítems con muestra española, fueron realizados por Spielberger et al. (2002a, 2002b). Los resultados dieron lugar, por un lado, a la eliminación de algunos ítems siguiendo criterios tanto psicométricos como teóricos, y, por otro lado, a la conservación de algunos otros, que a pesar de no cumplir las condiciones psicométricas, se consideraron relevantes dentro de la evaluación de la distimia y la eutimia como componentes de la escala y en función de la medición de estado o de rasgo.

Los criterios psicométricos considerados en el análisis de ítems de Spielberger et al., 2002a, 2002b, fueron la media, la desviación típica, la correlación corregida ítem-total, el análisis de la homogeneidad y la consistencia interna de la prueba. De acuerdo con estos parámetros puede indicarse que los ítems seleccionados mostraron adecuadas propiedades psicométricas. Así, las medias encontradas fueron satisfactorias, al igual que las desviaciones típicas, las cuales fueron altas (cerca o incluso superiores a 1). Es importante indicar, que con respecto a la escala de Estado, donde se introdujo la variante de las viñetas que sugerían distintos grados de afectación (neutral, moderada y severa), las medias tendieron a incrementar en la dirección esperada, mostrando la capacidad del instrumento para diferenciar niveles de afectación.

En lo referente a las correlaciones corregidas ítem-total, tanto para la escala de Estado, como para la de Rasgo, los valores fueron adecuados y se encontraron entre 0,49 y 0,87. Asimismo, la consistencia interna de la escala fue alta, con valores superiores a 0,94 tanto para la escala de Estado como para la de Rasgo. En cuanto a la homogeneidad, se indica que a partir de la solución rotada, resultante del análisis factorial llevado a cabo, se

identificaron en ambas escalas dos factores donde saturaron de manera diferenciada los ítems de eutimia y distimia, respectivamente con pesos factoriales entre 0,54 y 0,78 para el caso de la escala de Estado y entre 0,35 y 0,91 para la escala de Rasgo (Spielberger et al., 2002a, 2002b).

Por su parte, en el análisis de ítems llevado a cabo por Spielberger, et al. (2004), Agudelo, Carretero-Dios et al. (en prensa) y Agudelo, Spielberger et al. (en prensa) se replicó el procedimiento anterior, eligiendo por lo tanto, como criterios psicométricos: la media, la varianza, la correlación corregida ítem-total y la comparación entre grupos extremos, como índices de discriminación; el análisis de la homogeneidad y la consistencia interna de los componentes ( a través del cálculo del análisis factorial exploratorio y del coeficiente alfa) junto con el poder predictivo de los ítems (mediante las correlaciones de los ítems con criterios externos); criterios éstos, señalados desde distintas fuentes, como necesarios en un proceso de análisis de ítems (Kyllonen, 2003; Martínez-Arias, 1995; Muñiz, 1998; Suárez, 2001; Carretero-Dios y Pérez, en prensa). Los datos permiten concluir sobre el ajuste con respecto al estudio original de Ritterband y Spielberger (1996) y a los estudios previos con muestra española (Spielberger et al., 2002a, 2002b). Así, se observan medias aceptables, cuyos valores, para el caso de la escala de Estado, fueron aumentando en función de la viñeta empleada, esto es, de menor a mayor nivel de intensidad, con valores que oscilaron entre 1,09 y 3,89. Es importante mencionar que la presencia de medias bajas en muchos casos, puede entenderse a partir de las características de la muestra empleada (población normal); esto se puede confirmar mediante la observación del crecimiento diferencial de dichos valores cuando se introdujeron las condiciones inducidas por las viñetas. Con respecto a la escala de Rasgo, los valores de las medias oscilaron entre 1,29 y 2,42. Por su parte, las desviaciones típicas mantuvieron, en la mayoría de los casos, valores cercanos a 1. En el mismo sentido, los valores de las correlaciones ítem-total corregidas fueron altos (entre 0,83 y 0,94 para la escala de Estado y entre 0,50 y 0,80 para la escala de Rasgo). Dado que la utilización del criterio de correlación ítem-resto puede verse afectado por la presencia de puntuaciones extremas, en el estudio de Spielberger et al. (2004), se decidió aplicar como prueba adicional, el *Índice basado en los límites superior e inferior*, descrito por Muñiz (1992), con el objetivo de emplear otra estrategia para el cálculo del índice de discriminación. Recurriendo para esto a la comparación entre los percentiles 27 y 73, de acuerdo con los cuales, la comparación entre grupos indica diferencias de medias que son adecuadas y que van desde -0,79 hasta -1,60. De tal manera que cuanto mayores sean las diferencias entre los grupos, mayor poder de discriminación

de los ítems, considerando, además, que en ningún caso la diferencia entre el valor obtenido en el límite inferior y el límite superior puede ser igual o mayor que cero.

Con referencia a la consistencia interna se indica que los valores del coeficiente alfa oscilaron entre 0,83 y 0,93 para todas las escalas y subescalas del ST/DEP y a través de las tres condiciones utilizadas para la escala de estado mediante la introducción de las viñetas diseñadas para la investigación, las cuales pueden apreciarse en el anexo 2.

Con respecto a la homogeneidad de las dimensiones esperadas para el ST/DEP y a través del análisis factorial exploratorio, los datos son similares a los de los estudios previos tanto muestra estadounidense como española. Así, la solución rotada dio lugar a la identificación de dos factores claramente diferenciados, que recogían, de manera diferencial, los ítems que evalúan afectividad positiva y afectividad negativa con pesos factoriales entre 0,60 y 0,86 en la escala de Estado y entre 0,53 y 0,80 en la escala de Rasgo (Agudelo, Carretero-Dios et al., en prensa).

Finalmente, con respecto a la correlación de los ítems con otras medidas (BDI, CBD, STAI y STAXI-2), los resultados encontrados por Spielberger, et al. (2005), mostraron la tendencia hacia las correlaciones altas y significativas en muchos casos y en la dirección esperada, con las medidas de depresión utilizadas, mientras que las correlaciones fueron menores con las escalas de Ira empleadas. Con respecto al STAI, las correlaciones fueron igualmente altas y en muchos casos significativas, dando apoyo a lo planteado por Spielberger, (1983), acerca de la tendencia de las personas con depresión a puntuar alto en las escalas de ansiedad, pero también podría entenderse como la evidencia de la existencia de ítems cuyo contenido puede evaluar malestar general o afectividad negativa, aspectos que son compartidos entre la ansiedad y la depresión.

Los resultados generales de los tres estudios citados (Agudelo, Carretero-Dios et al., en prensa, Spielberger et al., 2004 y Spielberger et al., en prensa), permitieron una reducción de la escala original de la versión castellana del ST/DEP (Spielberger et al., 2002a, 2002b), a partir de la consideración de los criterios estadísticos definidos y tomando en consideración la relevancia de los ítems con respecto al constructo evaluado, de tal manera que en algunos casos, aunque las propiedades psicométricas no fueran muy altas, se decidió que algunos ítems permanecieran en la escala dada su importancia dentro del componente evaluado a partir de lo indicado en el marco teórico de partida. De esta manera, la escala quedó reducida a un total de 16 ítems tanto para la escala de Rasgo como para la de Estado, cada una de ellas con dos subescalas: Distimia y Eutimia, conformadas por 8 ítems cada una como puede apreciarse en el anexo 5.

Dado que los estadísticos derivados de las puntuaciones de los ítems fluctúan de acuerdo con la muestra que se utiliza, las recomendaciones van en la línea de la validación cruzada, es decir, sugieren la repetición de los análisis con otras muestras (Martínez-Arias, 1995, Carretero-Dios y Pérez, en prensa). Por esto, en el presente estudio se pretende realizar el análisis de ítems sobre la versión experimental del ST/DEP, recurriendo para ello a una muestra de población general. Los criterios elegidos para hacer la selección de los ítems que conformarán la versión definitiva del ST/DEP siguen los empleados en los estudios previos y se especifican a continuación:

- *Media*: serán elegidos aquellos ítems cuyas medias estén situadas en torno al punto medio de la escala de respuesta.
- *Desviación Típica*: se elegirán los ítems con valores de dispersión elevados, intentando que sean cercanos a 1.
- *Correlación ítem-total corregida*: serán considerados los ítems con valores de correlación superiores a 0,30, valor considerado como adecuado por autores como Nunnally y Bernstein (1995).
- *Coefficiente alfa*: será empleado el coeficiente alfa de Cronbach con el fin de determinar si la eliminación de un ítem aumenta dicho coeficiente.

Es de indicar que además de la consideración de los criterios psicométricos, el análisis de ítems también requiere un análisis cualitativo, en relación con la pertinencia teórica de los ítems en función del constructo que se desea evaluar y por lo tanto, estos criterios también serán tenidos en cuenta dentro del presente estudio.

Por otra parte, en relación con la validez interna de un instrumento, es importante señalar que se refiere al “grado en que los ítems y los componentes del test conforman el constructo que se quiere medir y sobre el que se basarán las interpretaciones” (Elosua, 2003, p.317). Dentro de la validez interna, el análisis de la dimensionalidad del constructo tiene por objetivo la determinación de los factores que agrupan los ítems que componen la escala. Para esto, el análisis factorial es la estrategia más utilizada. No obstante, conviene recordar que, tal como se describió anteriormente, con respecto al análisis de ítems, la utilización de este tipo de estrategia se dirige no sólo a la búsqueda de evidencia de la validez interna, sino que también se emplea para evaluar la homogeneidad de los ítems que componen la escala y por lo tanto, tiene también una gran utilidad en el análisis de ítems.

Con referencia a la búsqueda evidencias de validez interna, se recomienda la utilización del análisis factorial exploratorio como forma de llevar a cabo una primera aproximación al estudio de la estructura interna del instrumento y cuya interpretación, no



sólo debe basarse en los resultados empíricos proporcionados por esta estrategia de análisis sino que deben relacionarse con el modelo teórico que sustenta el constructo y que permite dar coherencia a los resultados. Es de indicar que tanto en los estudios de Ritterband y Spielberger (1996) y Spielberger et al. (2003); así como en los realizados con muestras españolas (Spielberger et al., 2002a, 2002b y Agudelo, Carretero-Dios et al., en prensa), se llevaron a cabo procedimientos de análisis factorial exploratorio, con el objetivo de evaluar la homogeneidad de los ítems. Sin embargo, para el caso de los estudios con muestras españolas, también pueden entenderse como las primeras evidencias de validez interna del ST/DEP.

En los estudios con muestras españolas la solución factorial de primer orden identificó un factor principal y varios factores menores. Así, en los estudios de Spielberger et al. (2002a, 2002b), los resultados permiten observar, en la solución factorial no rotada, un factor principal capaz de explicar el 74,15% de la varianza total para el caso de la escala de Estado y un 64,42% para la escala de Rasgo. A partir de la solución rotada, se identificaron en ambas escalas dos factores donde saturaron de manera diferenciada los ítems de eutimia y distimia respectivamente, con pesos factoriales entre 0,54 y 0,78 para el caso de la escala de Estado y entre 0,35 y 0,91 para la escala de Rasgo. En el estudio de Agudelo, Carretero-Dios et al. (en prensa) y con la intención de corroborar los trabajos anteriores, se repitieron los análisis factoriales. Los resultados de este estudio mostraron, una vez más, en la solución inicial, un factor principal capaz de explicar el 63,08% de la varianza, en el caso de la escala de Estado y el 62,51%, para el caso de la escala de Rasgo. Por su parte, la solución rotada dio lugar a la identificación de dos factores claramente diferenciados, que recogen los ítems que evalúan afectividad positiva y afectividad negativa con pesos factoriales entre 0,60 y 0,86 en la escala de Estado y entre 0,53 y 0,80 en la escala de Rasgo.

De acuerdo con lo anterior puede observarse que los estudios previos han recurrido al análisis factorial exploratorio, como se sugiere en las fases iniciales de construcción de una escala, la cual, una vez consolidada y con el objetivo de corroborar la correspondencia con la estructura teórica definida de partida, implica la utilización del análisis factorial confirmatorio (AFC). Así, para comprobar si la dimensionalidad empírica del ST/DEP se corresponde a la predicha (Eutimia y Distimia), y una vez comprobado que los ítems siguen una distribución normal multivariante, para el caso de la muestra empleada (normal), se decidió, a través de modelos de ecuaciones estructurales (SEM), usar el método de

estimación robusto de *Máxima verosimilitud* (ML), el cual muestra mejor ajuste en muestras grandes tal como la empleada en este estudio.

Las medidas globales de ajuste que se emplearán en el presente estudio son el RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*) GFI (*Goodness of Fit Index*), AGFI (*Adjusted Goodness of Fit Index*), NFI (*Normed Fit Index*) y NNFI (*No-normed Fit Index*). De acuerdo con Browne y Cudeck (1993), para concluir sobre el ajuste de los modelos, los valores de GFI y AGFI iguales o superiores a 0,90 serían indicativos de un ajuste adecuado, y los situados por encima de 0,95, señalarían un ajuste excelente. Para las estimaciones a través de NFI, NNFI y RMSEA, se considera que el modelo se ajusta adecuadamente cuando se obtienen valores de 0,90 o superiores para el caso de NFI y NNFI (Bollen y Long, 1993), y de 0,08 o inferiores para RMSEA (Browne y Cudeck, 1993), indicando un ajuste excelente valores superiores a 0,95 de NFI y NNFI, e inferiores a 0,05 de RMSEA (Tanaka, 1993).

Con respecto a la estimación de la fiabilidad, es de indicar que en los estudios previos realizados, tanto con muestras estadounidenses como con muestras españolas (Spielberger et al., 2002a, 2002b, Spielberger et al., 2003 y Agudelo, Carretero-Dios et al., en prensa), se utilizó el índice de consistencia interna alfa de Cronbach. Los valores encontrados fueron superiores a 0,80, en ambas escalas (Estado y Rasgo) y también en las subescalas (Distimia y Eutimia). Para el presente estudio, la estimación de la estructura interna del ST/DEP se realizará repitiendo los cálculos de los trabajos citados previamente.

Por último, es necesario considerar que la validez de un instrumento para medir un constructo parte, de un lado, de las evidencias internas, ya descritas anteriormente y, por otro lado, de las evidencias externas, referidas al estudio de las relaciones entre el constructo evaluado y otras variables. En el presente trabajo el análisis se centra en la relación entre el ST/DEP y constructos similares (validez convergente) y con constructos diferentes (validez discriminante).

El objetivo de la búsqueda de evidencias de validez externa es dar sentido psicológico a los datos obtenidos, permitiendo integrar el constructo evaluado dentro de una consideración teórica que muestra las relaciones entre distintos aspectos y constructos de la teoría psicológica que respalda la construcción del test.

Las primeras pruebas de validez externa del ST/DEP fueron aportadas por Spielberger et al. (2003). Así, con respecto a la validez convergente, los resultados del ST/DEP fueron comparados con las puntuaciones obtenidas en el BDI, la escala de Zung y el CES-D, siendo mayores las correlaciones, en la escala de Estado, entre el ST/DEP y el

CES-D (0,58 y 0,73 para varones y mujeres, respectivamente) y las menores con el BDI (0,57 y 0,67, para varones y mujeres). En la escala de Rasgo, las correlaciones fueron menores también con el BDI (0,76 y 0,73 para varones y mujeres, respectivamente) y muy similares con el CES-D y la escala de Zung (0,79 y 0,86; 0,85 y 0,82, para varones y mujeres, respectivamente).

Por su parte, con respecto a la validez divergente, las correlaciones entre el ST/DEP y las escalas de rasgo de ansiedad, rasgo de ira y rasgo de curiosidad del STPI (Inventario de Personalidad Estado/Rasgo, Spielberger et al.,1979), mostraron valores significativos con la escala de ansiedad (entre 0,55 y 0,88), para ambas escalas, lo cual va en la línea de lo descrito por Spielberger (1983) sobre la tendencia a obtener puntuaciones altas en ansiedad en pacientes con depresión. En relación con las correlaciones con la escala de ira fueron bajas (entre 0,21 y 0,41) tanto para la escala de Rasgo como para la de Estado, en la dirección de lo indicado por Ritterband y Spielberger (1996) acerca de la presencia de represión de la ira en las personas con síntomas depresivos. En la misma dirección, las correlaciones del ST/DEP con la escala de curiosidad-rasgo, fueron negativas y significativas (entre -0,43 y -0,63), sugiriendo que la depresión puede inhibir la curiosidad y el comportamiento exploratorio.

Con referencia a los estudios de validez con muestras españolas, es de indicar que Spielberger et al. (2002a, 2002b), utilizaron el BDI y el STAI-S como medidas para evaluar la validez convergente entre la escala de Estado, mientras que para la escala de Rasgo utilizaron el BDI, el CBD, la escala de Zung y el STAI-T. Con respecto a la escala de Estado (S/DEP), los resultados mostraron correlaciones significativas ( $p < 0,05$ ) con valores entre 0,65 y 0,72. Por su parte, con respecto a las correlaciones con la escala Estado del STAI-S, se indica que son altamente significativas ( $p < 0,001$ ) con valores entre 0,65 y 0,83, es decir, incluso superiores a las mostradas con el BDI, lo cual de nuevo reafirma la tendencia a las altas puntuaciones en ansiedad en personas con depresión (Spielberger, 1983).

Con respecto a la escala de Rasgo (T/DEP), las correlaciones con el BDI, el CBD y la escala de Zung, fueron significativas ( $p < 0,001$ ), con valores entre 0,68 y 0,82, siendo mayores con el CBD cuya formulación es más cercana a la medición de características más estables, esto es, cercanas a la idea de rasgo. En cuanto a la correlación con el STAI-T, los valores fueron de 0,80 y 0,82 para varones y mujeres, respectivamente, siendo altamente significativos ( $p < 0,001$ ) y ligeramente mayores a las correlaciones del T/DEP con el CBD.

Otras evidencias de validez externa fueron aportadas por Agudelo, Spielberger et al. (en prensa), utilizando como medidas para la obtención de dichas evidencias el BDI y el CBD, en el caso de la validez convergente. Los datos mostraron correlaciones altas y significativas ( $p < 0,001$ ) entre el BDI y las escalas de Rasgo y Estado del ST/DEP, siendo mayores en la escala de Estado (0,73 y  $-0,67$  para distimia y eutimia, respectivamente), sin embargo, las correlaciones del CBD con el T/DEP fueron superiores a las obtenidas con el BDI.

Por otra parte, Agudelo, Spielberger et al. (en prensa), también utilizaron el STAI como medida de relación con otros constructos. Para este caso, se encontraron correlaciones altas y significativas tanto para la escala de Rasgo como para la Estado, confirmando los datos de Spielberger (1983) y mostrando, además, el efecto de la formulación de algunos ítems del STAI, que puede ser bastante cercana a la sintomatología depresiva.

Finalmente, para evaluar la validez divergente y partiendo de lo indicado en los hallazgos científicos acerca de la tendencia a reprimir la ira en los sujetos con depresión, fue utilizada la escala de Ira (STAXI-2). Los datos mostraron correlaciones bajas y significativas, en la dirección esperada, confirmando lo indicado en el plano teórico, tanto en la escala de Estado donde los valores oscilaron entre  $-0,23$  y  $0,48$ , como en la escala de Rasgo, con valores entre  $-0,08$  y  $0,32$ . Por lo tanto, en el presente estudio se pretende aportar nuevas evidencias de validez externa del ST/DEP con una muestra de población general, utilizando los mismos instrumentos empleados en el estudio de Agudelo, Spielberger et al. (en prensa).

### **7.3.2. Método**

#### **7.3.2.1. Tipo de estudio**

El presente estudio es de tipo Instrumental, de acuerdo con la clasificación propuesta por Montero y León (2005). La estructura general del texto sigue los criterios planteados por Bobenrieth (2002). Esta investigación se ajusta a los criterios del Colegio Oficial de Psicólogos y la Comisión Internacional de Test (TIC) (2000) y la normativa de AERA, APA, NCME (1999) y Eignor (2001), en cuanto a la construcción de test psicológicos y educativos.

### **7.3.2.2. Participantes**

La muestra utilizada estuvo compuesta por 1041 participantes, adultos, de distintas provincias españolas (Granada, Córdoba, Jaén, Madrid, Barcelona, Valencia, Ourense, Santiago de Compostela y Bilbao) seleccionados mediante muestreo no probabilístico por cuotas (Rojas, Fernández y Pérez, 1998), siendo para este caso las cuotas seleccionadas el ser mayor de 18 años y no ser estudiante universitario.

La muestra estuvo compuesta por 372 varones y 669 mujeres. La media de edad para los varones fue 29,28 y la desviación típica fue 10,89, con un rango de 19-69 años; para las mujeres la media de edad fue 29,85 y la desviación típica fue 10,34, con un rango de 19 y 73 años.

### **7.3.2.3. Instrumentos**

Para el presente estudio fueron utilizados los siguientes instrumentos:

**- Versión experimental castellana para la evaluación de la depresión Estado-Rasgo ST/DEP (Spielberger et al., 2002a; 2002 b; Spielberger et al., 2004).**

#### ***Especificaciones del test:***

**Objetivo:** Identificar el grado de afectación (estado) y la frecuencia de ocurrencia (Rasgo) del componente afectivo de la depresión.

**Área de contenido:** Grado de presencia de depresión (Distimia) y ausencia de depresión (Eutimia).

**Distimia Estado:** Grado en el que está presente al momento de la evaluación un estado de depresión (Afectividad negativa).

**Eutimia Estado:** Grado en el que está ausente al momento de la evaluación la depresión (afectividad positiva).

**Distimia Rasgo:** Frecuencia de la presencia de la depresión (afectividad negativa).

**Eutimia Rasgo:** Frecuencia de la ausencia de depresión (presencia de afectividad positiva).

**Instrucciones:** Para el caso de la escala de Estado (S-DEP) se le pide al participante que rodee con un círculo la opción que más se aproxime a cómo se siente en *este momento*. Las opciones de respuesta indican intensidad así: 1. Nada; 2. Algo; 3. Bastante; 4. Mucho.

Para la escala de Rasgo (T-DEP) frente a los mismos enunciados de la escala de Estado se le pide que responda rodeando con un círculo la opción que más se aproxima a

cómo se siente *generalmente, la mayor parte del tiempo*. En este caso las opciones de respuesta miden frecuencia: 1. Casi Nunca; 2. Algunas Veces; 3. A menudo; 4. Casi Siempre.

Para obtener las puntuaciones totales de las escalas y subescalas, la opción de respuesta elegida (1, 2, 3 ó 4) equivale a la puntuación asignada para el caso de los ítems referidos a distimia en ambas Escalas, para el caso de los ítems de eutimia, la puntuación es inversa así: 1=4, 2=3; 3=2 y 4=1. La puntuación definitiva se obtiene sumando los resultados de las dos subescalas y puede ir entre 26 y 104.

### ***Especificaciones de los ítems:***

La versión experimental resultante del análisis de ítems realizado en el estudio de Spielberger et al. (2004) está compuesta por 16 ítems para cada Escala, 8 de los cuales miden distimia y 8 eutimia. De manera operativa se conceptualizan a continuación la distimia y la eutimia, indicando entre paréntesis el número del ítem que se corresponde con cada componente.

***Distimia Estado:*** Un total de 8 ítems: Desmotivación (1), pena (2), Decaimiento (3), desgana (4), desdicha (5), hundimiento (6), desesperación (7) y tristeza (8).

***Eutimia Estado:*** Un total de 8 ítems: plenitud (1), sentirse bien (2), esperanza (3), ánimo (4), contento (5), diversión (6), entusiasmo (7) y energía (8).

***Distimia Rasgo:*** Un total de 8 ítems: desmotivación (1), desgracia (2), infelicidad (3), decaimiento (4), desgana (5), debilidad (6), hundimiento (7) y tristeza (8).

***Eutimia Rasgo:*** Un total de 8 ítems: disfrutar de la vida (1), plenitud (2), ilusión (3), dicha (4), esperanza (5), feliz (6), diversión (7) y energía (8).

### ***- Inventario de Depresión de Beck (BDI), versión revisada (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983).***

Este cuestionario, diseñado para evaluar la severidad de los síntomas cognitivos, afectivos, conductuales y psicofisiológicos de la depresión, consta de 21 ítems con 4 opciones de respuesta que van desde 0 (ausencia de depresión) hasta 3 (máxima depresión); las puntuaciones del test van de 0 a 63. El participante debe indicar la opción que más se ajusta a su estado de ánimo y mejor describe la manera como se ha sentido en la última semana incluido el día actual con respecto a cada afirmación. En caso de seleccionar dos opciones dentro de un mismo grupo de afirmaciones, se elige, para puntuar el test, la de valor más alto.

El BDI es un instrumento de amplio uso tanto clínico como de investigación y se han demostrado a lo largo de los diferentes estudios de validación, sus adecuadas propiedades psicométricas. En la validación española de la prueba (Sanz y Vázquez, 1998; Vázquez y Sanz, 1997; 1999), realizada con población normal y clínica, se muestran altos niveles de consistencia interna, 0,83 y 0,90, respectivamente. Los valores del test-retest oscilan entre 0,62 y 0,72 y los índices de validez convergente se encuentran 0,68 y 0,89. En cuanto a la validez divergente, en el estudio de Sanz y Vázquez (1998), se encontraron bajas correlaciones, entre 0,11 y 0,45 con distintos rasgos de ansiedad.

La decisión de utilizar el BDI obedece a dos razones fundamentales: por un lado, el carácter otorgado desde la investigación científica a este inventario, como el de mayor uso en la clínica y en la investigación (Friedman y Thase, 1995; Vázquez, 1995) y como el cuestionario más citado en distintos estudios (Ritterband, 1995); la otra razón es la evidencia aportada por Ritterband y Spielberger (1996), acerca de la utilización del BDI como una medida adecuada, aunque confusa, tanto de la frecuencia como de la intensidad de la sintomatología depresiva. Se espera, de acuerdo con el estudio de Ritterband y Spielberger (1996), que las correlaciones halladas sean significativas aunque menores a las que se espera encontrarse con otra medida de depresión (CBD), más cercana al constructo de rasgo.

Es importante señalar que pese a disponerse en la actualidad del BDI-II, en la presente investigación se empleó la primera versión revisada, dado que al momento del inicio en la recolección de los datos aún no estaban disponibles los estudios de validación castellana del BDI-II. No obstante, los resultados indican ajuste entre ambas medidas tal como lo indican Sanz, Perdigón y Vázquez (2003) y Sanz, Navarro y Vázquez (2003).

#### **- *Cuestionario Básico de Depresión (CBD) (Peñate, 2001).***

El CBD es un cuestionario creado con el objetivo de evaluar la cualidad de rasgo de la depresión, a través de la indagación por la frecuencia de los síntomas. Consta de 21 ítems con 4 opciones de respuesta basadas en los criterios diagnósticos del DSM-IV-R (1998) que van desde “Siempre/Años”, “Bastante/Meses”, “Alguna vez/semanas”, “Nunca/rara vez”, a cada opción de respuesta le corresponde un valor así: 0, 1, 2 y 3 respectivamente. La puntuación se obtiene sumando los valores correspondientes a cada ítem.

La escala se basa en la consideración de la covariación entre el afecto triste, la anhedonia y la baja autoestima. La consistencia interna del cuestionario es de 0,92 y la consistencia test-retest fue de 0,82. La correlación con el BDI fue de 0,65, además, su uso

ha permitido concluir sobre la amplia capacidad de discriminación con la ansiedad rasgo, evaluada a través del STAI. Además, el cuestionario ha mostrado adecuada capacidad para diferenciar entre depresivos y no depresivos, y entre distintos grupos de depresivos, clasificados según el número de episodios.

Se decidió emplear el CBD por la claridad que plantea como medida diseñada para evaluar aspectos más estables y en este sentido, cercanos a la idea de rasgo, en la depresión; de la misma manera, los estudios de Peñate (2001), muestran adecuadas propiedades psicométricas del instrumento, lo cual lo convierten en una medida fiable de la depresión. Adicionalmente, se empleó considerando que fue construido y validado con muestras españolas, similares a las empleadas en esta investigación, lo cual lo acerca a las condiciones de validación del ST/DEP en este contexto.

***- Inventario de Evaluación de Ansiedad Estado-Rasgo, (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) (Spielberger 1983).***

El cuestionario consta de 40 ítems divididos en dos subescalas (Estado y Rasgo), cada una con 20 ítems. La tarea del participante consiste en señalar la puntuación que indica cómo se siente ahora mismo, en el caso de la subescala de estado y cómo se siente en general, la mayor parte del tiempo, para la escala de rasgo. Las respuestas se puntúan entre 0 y 3 según sea “Casi nunca”, “A veces”, “A menudo” y “Casi siempre”.

Los datos de validación del STAI respaldan su utilización como instrumento de medida. En la validación española desarrollada por Bermúdez (1978a; 1978b) se indican valores de consistencia interna para muestras tanto normales como clínicas, similares a las obtenidas en los estudios originales y que oscilan entre 0,82 y 0,92, al igual que los valores test-retest, entre 0,70 y 0,80. En la misma línea, los índices de la validez convergente y discriminante obtenidos en la adaptación española corroboran las adecuadas propiedades psicométricas de la prueba (Bermúdez, 1978a, 1978b; Iglesias, 1982; Sandín, 1981; Urraca, 1981).

Se decide emplear el STAI dada su estructura similar (Estado/Rasgo) a la del ST/DEP, además, como elemento importante para evaluar el funcionamiento del ST/DEP en cuanto a la diferenciación entre afectividad positiva y negativa y ansiedad. Sin embargo, y de acuerdo con lo indicado en las publicaciones científicas, es de esperar que las correlaciones sean altas con el ST/DEP, dada la dificultad evidenciada en separar estos dos constructos, al igual que se indica en la observación aportada por Spielberger (1983), acerca de la tendencia de las personas con altas puntuaciones en depresión hacia puntuaciones



altas en ansiedad, incluso superiores a las mostradas por pacientes con un diagnóstico de ansiedad.

**- *Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (State-Trait Anger Expression Inventor-2) (Miguel Tobal et al., 2001).***

El Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2), en su versión española, llevada a cabo por Miguel Tobal et al. (2001), consta de 49 ítems, que evalúan diferentes aspectos de la ira. Tiene seis escalas: Estado de Ira, Rasgo de Ira, Expresión Externa de Ira, Expresión Interna de Ira, Control Externo de Ira, Control Interno de Ira; cinco subescalas, tres para la escala de Estado que evalúan distintos componentes de la intensidad de la ira como estado emocional: Sentimiento, Expresión verbal y Expresión física; y dos subescalas para la escala de rasgo: Temperamento de Ira y Reacción de Ira. Por último, permite calcular un Índice de Expresión de Ira como medida total de la expresión de la ira. Las instrucciones para responder a los cuestionarios difieren en función de la Escala que evalúan, el participante debe seleccionar la opción de respuesta que mejor se ajuste a la manera en que cada cuestión presentada describa su comportamiento, para ello debe marcar con un círculo la letra correspondiente a su elección. Para efectos de la puntuación de la prueba las escalas se convierten en escalas de intervalo y se siguen los criterios de puntuación indicados en el manual para cada subescala y cada escala total.

Los datos acerca de la validez de la prueba en su adaptación española permiten concluir que es una prueba fiable, con una correlación test-retest de 0,71 en la escala de Rasgo de Ira, en las escalas de Expresión son de 0,59 y 0,61. Por su parte, con respecto a la escala de Estado, se muestra una correlación baja (0,20) que los autores explican por la temporalidad y carácter cambiante del estado emocional. La consistencia interna de las escalas y subescalas medidas a través del alfa de Crombach oscilan entre 0,67 y 0,89.

En cuanto a la validez convergente de la prueba, se encuentran datos que soportan su validez, mostrando correlaciones significativas con medidas de hostilidad, reflejando solapamiento en los constructos de ira y hostilidad. También se utilizaron medidas de personalidad para evaluar la validez convergente indicando correlaciones significativas. En cuanto a la validez divergente se presentan datos que corroboran la capacidad de la prueba para diferenciar la ira de otros constructos.

La utilización de esta escala obedece al interés por examinar la validez discriminante del ST/DEP, frente a un constructo como la Ira, además, resulta ser un instrumento útil también por la cercanía con el ST/DEP en cuanto a su estructura (Escala Estado/Rasgo).

Además, dada la utilización del ST/DEP en estudios previos (Spielberger, 1996; 1999) con medidas de ira, se busca mantener el procedimiento llevado a cabo en dichos estudios para una mejor comparación entre los resultados. Se espera que las correlaciones sean bajas indicando así la diferencia entre los constructos medidos por ambos instrumentos.

En el anexo 3 puede verse el cuadernillo empleado para el presente estudio donde se recogen los diferentes cuestionarios empleados, así como las instrucciones indicadas a los participantes para responder a cada uno de ellos.

#### **7.3.2.4. Procedimiento**

Para la obtención de la muestra el proceso empleado fue múltiple y se describe a continuación. Es importante señalar que el tipo de muestreo fue no por balístico por cuotas, que para este caso fueron ser mayor de 18 años y no ser estudiante universitario.

1. Por un lado se empleó la técnica de bola de nieve, a través de la colaboración de personas cercanas al grupo de investigación, previa información acerca del estudio y de las condiciones requeridas por parte de los participantes, esto es, ser mayores de 18 años y no ser estudiante universitario.

2. En otros casos, la muestra fue obtenida a través del contacto con organizaciones públicas y privadas y en academias de formación para el empleo, donde se obtuvo la autorización para aplicar el cuestionario a funcionarios y estudiantes, conservando las características indicadas en cuanto a la edad y la condición de no ser estudiante universitario en el momento de la evaluación. La recolección de los datos se realizó por parte de la misma investigadora, siguiendo instrucciones estándar en todos los casos, realizando aplicaciones colectivas tras informar a los participantes acerca de los objetivos de la investigación, del carácter voluntario para la participación y de la garantía de confidencialidad en el tratamiento de los datos.

3. Por último, se recurrió a la búsqueda de participantes en sitios de afluencia masiva de personas (estaciones de trenes, autobuses, aeropuertos y centros comerciales, entre otros), abordando a las personas directamente y solicitando su colaboración para la investigación. Esta técnica fue llevada a cabo por la misma investigadora, mediante una aproximación individual o en pequeños grupos, siguiendo instrucciones estándar en todos los casos, con el fin de garantizar que todos los participantes recibieran la misma información e intentando evitar sesgos referidos a las condiciones de aplicación. En todos los casos los participantes fueron informados sobre la investigación en la cual iban a

participar de forma voluntaria mediante las instrucciones presentadas en el cuadernillo (ver anexo 3).

La intención de este muestreo fue contar con una población heterogénea en cuanto a edad, ocupación, nivel académico y zona de residencia, aunque sólo se muestran datos de distribución de acuerdo con la edad y el sexo por ser dos de las variables demográficas más importantes que se han estudiado en relación con la depresión. Conviene señalar que, sin embargo, no se trata de una muestra representativa de la población española.

Los datos fueron analizados mediante los paquetes estadísticos SPSS 12 (*Statistical Package for the Social Sciences*) y LISREL (Du Toit, Du Toit, Jöreskog y Sörbom, 1999).

### **7.3.2.5. Resultados**

Dado que en el presente estudio se llevaron a cabo distintos análisis con el objetivo de obtener la versión castellana definitiva del ST/DEP, los resultados se presentan a continuación siguiendo el proceso lógico que implica la adaptación y validación de un cuestionario. Así, se presenta en primer lugar el análisis de ítems, posteriormente el análisis factorial confirmatorio y, finalmente, los análisis de validez convergente y divergente sobre la escala definitiva.

#### **A. Análisis de ítems**

Es importante señalar que la escala definitiva, correspondiente al ST/DEP, presentada en este apartado, es la resultante de análisis previos que han dado lugar a la eliminación de algunos ítems cuyas propiedades psicométricas fueron menores, considerando los criterios de media, desviación típica, correlación ítem total corregida y de acuerdo con los pesos factoriales del análisis factorial exploratorio, así como en función de la correlación de los ítems con criterios externos, esto es, con la puntuación en otras escalas; además, también fueron considerados criterios teóricos a la hora de decidir sobre la eliminación o mantenimiento de los ítems. Los datos referidos a dichos análisis se muestran en los anexos 4 y 6 y serán presentados aquí de forma general.

Cabe mencionar, que tras los primeros análisis de ítems desarrollados por Spielberger et al. (2002a, 2002b) y Spielberger et al. (2004), el cuestionario quedó reducido a 16 ítems por escala, es decir, 32 ítems, los cuales pueden observarse en el anexo 5 y que conforman el cuestionario inicial utilizado para los análisis presentados en este apartado. Con respecto al presente estudio con muestra normal, es de señalar que un primer análisis mostró que en general, los ítems tenían adecuadas propiedades psicométricas, pero que,

dado el objetivo de ir depurando el cuestionario y ajustarlo en función de las mejores propiedades, así como en acuerdo con la pertinencia teórica, se procedió a la eliminación de algunos de ellos.

Con el fin de facilitar la comprensión de la información, los resultados se presentan de manera separada para las escalas de Estado y Rasgo.

### ***- Análisis de ítems del ST/DEP (versión experimental)***

#### ***Escala Estado (S/DEP)***

Los resultados del análisis de ítems que pueden verse en las tablas 4.1 a 4.4 (anexo 4), muestran los descriptivos de los ítems para la escala de Estado (S/DEP) para la muestra conjunta y diferenciada por sexo. Los valores de las medias se encuentran entre 2,64 y 3,11 (considerando una escala de respuesta de 1 a 4); mientras que las desviaciones típicas fueron superiores a 0,77 y en la mayoría de los casos cercanas a 1. Por su parte, las correlaciones ítem-total corregidas mostraron valores altos que oscilaron entre 0,60 y 0,81. De acuerdo con estos resultados, puede observarse que los ítems “*Tengo esperanzas sobre el futuro*” y “*Hago cosas que me divierten*” fueron ítems con propiedades psicométricas inferiores a los demás ítems, en especial, al hacer el análisis diferenciado por sexo. Así, ambos ítems tuvieron los valores de correlación ítem resto más bajos en la escala (0,54 y 0,57, para los varones y 0,60 y 0,59 para las mujeres).

Por su parte, los resultados del análisis factorial exploratorio, llevado a cabo con el objetivo de dar cuenta de la consistencia de los ítems, se presentan en la tabla 4.13 (anexo 4). Es importante señalar que al calcular los índices de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett, se confirma la adecuación de la matriz de correlaciones, siendo viable, por tanto, el análisis factorial. El valor de KMO fue de 0,96, mientras que la prueba de Bartlett indica un valor  $\chi^2$  de 8817,90 ( $p < 0,001$ ). Los datos indican que tras un análisis de Ejes Principales, la solución factorial indica un factor principal y uno secundario de menor peso. Todos los ítems de la Escala (S/DEP), saturaron en el primer factor con pesos que oscilaron entre 0,45 y 0,82. En el segundo factor saturaron sólo algunos de los ítems, pero con pesos inferiores a los del primer factor. Tras la rotación Promax, la solución factorial mostró dos factores claramente diferenciados donde saturaron los ítems que evalúan afectividad negativa (Distimia) en el primer factor, con pesos que oscilaron entre 0,41 y 0,81; y los que evalúan afectividad positiva (Eutimia) en el segundo factor con pesos entre 0,53 y 0,87, tanto para varones como para mujeres. Ningún ítem saturó en el otro factor con pesos superiores a 0,30, criterio de corte elegido para considerar los datos.

Al revisar los resultados del análisis factorial, puede observarse que los ítems “*Estoy desmotivado*”, “*No tengo ganas de nada*”, “*Tengo esperanzas sobre el futuro*” y “*Hago cosas que me divierten*”, son los ítems que muestran pesos de saturación inferiores tanto para los varones como para las mujeres (ver tabla 4.13).

En lo referente a las correlaciones de los ítems con criterios externos (puntuaciones en otras escalas), los resultados se muestran en las tablas 4.15 y 4.16 (Anexo 4). De forma general se puede indicar que las correlaciones fueron significativas y en la dirección esperada, es decir, positivas para la subescala de distimia y negativas para la subescala de eutimia, siendo mayores con el BDI (entre -0,32 y 0,50) y menores con la subescala Estado del STAXI-2 (entre -0,08 y 0,42), aún cuando siguen siendo, en muchos casos, mayores y significativas, en especial con respecto a la subescala de Distimia y para las mujeres y de manera llamativa en la subescala de Sentimiento de Ira, donde los valores oscilan entre -0,24 y 0,48, para las mujeres, y entre -0,16 y 0,36 para los varones. Con las subescalas de Expresión Verbal y Expresión Física, las correlaciones también fueron mayores para las mujeres (ver tabla 4.16). Asimismo, se muestran correlaciones significativas con el STAI-S (entre 0,42 y 0,61), en muchos casos incluso superiores a las observadas entre el mismo ítem y el BDI. Tal como puede apreciarse en la tabla 4.16 (anexo 4), las correlaciones de los ítems: “*Tengo esperanzas sobre el futuro*” y “*Hago cosas que me divierten*” son menores con el BDI, con respecto a los demás ítems y en cambio más altas por ejemplo, con el STAI-S. En la misma línea, merece la pena comentar el caso del ítem “*Estoy triste*” el cual, tanto en la escala de Estado como en la de Rasgo, mostró correlaciones mayores con el STAI que con el BDI y el CBD, dando cuenta de un elemento que evalúa un síntoma compartido por la ansiedad y la depresión. En general, es de indicar que las correlaciones de los ítems son mayores para el caso de las mujeres, con todas las escalas utilizadas.

De acuerdo con los anteriores resultados y haciendo un análisis conjunto de los distintos criterios, se procedió a la eliminación de 4 ítems, 2 de la subescala de Distimia y 2 para la subescala de Eutimia, quedando fuera de la Escala los ítems: “*Estoy desmotivado*”, “*No tengo ganas de nada*”, “*Tengo esperanzas sobre el futuro*” y “*Hago cosas que me divierten*”, ya que mostraron menores propiedades con relación a los demás ítems del cuestionario.

Con respecto a la consistencia interna, es de indicar que de acuerdo con el estimativo alfa de Cronbach, los valores se mantuvieron por encima de 0,85 y hasta 0,91, para la escala de Estado y las subescalas de Distimia y Eutimia, tanto para la muestra conjunta como diferenciada por sexo (ver tablas 4.5 y 4.6 del anexo 4), lo cual indica que

aún con la disminución en el número de ítems, los valores de consistencia interna se mantienen.

En las mismas tablas (4.5 y 4.6) se muestran las medias y las desviaciones típicas para la puntuación de las subescalas (Distimia y Eutimia) y para la puntuación total (S/DEP), mostrando, en todos los casos, que las mujeres obtienen las mayores puntuaciones, aunque sin llegar a ser significativas (ver tablas 4.5 y 4.6). No obstante, sí se observaron diferencias significativas en función del sexo, en algunos ítems del cuestionario, tal como lo indican los valores de F en las tablas 4.2 y 4.4, del anexo 4.

### ***Escala Rasgo (T/DEP)***

Los datos descriptivos de la Escala (T/DEP), pueden observarse en las tablas 4.7 a 4.10 (anexo 4), para ambas subescalas (Distimia y Eutimia) en función del sexo y también para la muestra conjunta. Los resultados indican que las medias oscilan entre 1,33 y 3,14; siendo mayores en la subescala de Eutimia. Por su parte, las desviaciones típicas fueron en general, superiores a 0,70, donde los valores oscilaron entre 0,53 y 0,93. Con referencia a las correlaciones ítem-total corregidas, es de mencionar que los valores fueron superiores a 0,38, siendo el valor máximo 0,68. Es importante señalar que los ítems “*Estoy desmotivado*”, y “*Soy infeliz*”, tuvieron propiedades psicométricas menores con respecto a los demás ítems, en especial al analizar la muestra diferenciada por sexo (tabla 4.8 del anexo 4).

Por su parte, los resultados del análisis factorial exploratorio pueden observarse en la tabla 4.14 (anexo 4). Tanto el estadístico de Kaiser-Meyer-Olkin (0,94), como la prueba de esfericidad de Bartlett ( $\chi^2 = 5611,68$ ,  $p < 0,001$ ), indican el ajuste de la matriz de correlaciones, necesaria para realizar el análisis factorial. Los datos presentados en la tabla 4.14, indican una solución factorial sin rotar compuesta por dos factores. Todos los ítems saturaron en el primer factor con pesos superiores a 0,40 y máximos de 0,73. Sólo algunos ítems saturaron en el segundo factor con pesos superiores a 0,30, pero en todos los casos, dichos pesos fueron inferiores a los observados por los ítems en el primer factor. La solución rotada mostró dos factores donde saturaron, de manera diferenciada, los ítems de Distimia (primer factor) y Eutimia (segundo factor), con valores que oscilaron entre 0,41 y 0,73 e indicando que ningún ítem saturó en ambos factores con pesos superiores a 0,30. Puede observarse que los ítems: “*Soy feliz*”, “*Estoy ilusionado*”, “*Estoy desmotivado*”, y “*Soy infeliz*”, tuvieron saturaciones más bajas que los demás ítems, en especial para el caso de los varones (tabla 4.14).

Las correlaciones de los ítems del T/DEP con las demás escalas utilizadas pueden encontrarse en las tablas 4.17 y 4.18 (anexo 4). Los resultados indican en general, tal como en la Escala de Estado, valores significativos y en la dirección esperada para los ítems del T/DEP. Así, las correlaciones fueron mayores con el BDI y el CBD (entre 0,30 y 0,55), aunque en muchos ítems, dichas correlaciones fueron mayores con el STAI-T (valores entre 0,34 y 0,56). Con respecto al BDI y el CBD, es importante señalar que las correlaciones fueron positivas, significativas y mayores en la subescala de distimia. De la misma manera, es necesario mencionar, que al igual que en la escala de Estado (S/DEP), las correlaciones fueron mayores para el caso de las mujeres. En cuanto a las correlaciones con la escala Rasgo del STAXI-2, las correlaciones fueron menores y significativas en la mayoría de los casos, con valores entre (-0,04 y -0,22) y muy similares, en general, entre varones y mujeres, siendo negativas para el caso de la subescala de eutimia, excepto con las subescalas de control de la ira, con las cuales las correlaciones fueron positivas, mientras que fueron negativas con la subescala de distimia. En la tabla 4.18 se puede apreciar, cómo el análisis de las correlaciones en función del sexo, permite observar datos diferenciales entre los ítems, indicando, por ejemplo, que los ítems: “*Estoy ilusionado*”, “*Estoy desmotivado*” y “*Soy infeliz*”, presentan las correlaciones más bajas para el caso de los varones, con el BDI y el CBD, con valores en torno a 0,30, mientras que el ítem “*Soy feliz*”, no mostró una baja correlación con respecto a los demás ítems, con el BDI y el CBD, pero sí tuvo una correlación mayor con el STAI-T que con las medidas de depresión.

Los datos anteriores permitieron la eliminación de 4 ítems (2 de Distimia y 2 de Eutimia) así: “*Soy feliz*”, “*Estoy ilusionado*”, “*Estoy desmotivado*”, y “*Soy infeliz*”, por ser los que, en conjunto, obtuvieron las menores propiedades psicométricas, además, conviene señalar que, de acuerdo con la formulación de los ítems, “*Estoy ilusionado*” y “*Estoy desmotivado*”, indican una mayor cercanía conceptual a la idea de estado.

Finalmente, con respecto a la consistencia interna, se utilizó, al igual que en la Escala de Estado, el estimativo Alfa de Cronbach, cuyos valores pueden observarse en las tablas 4.11 y 4.12 (anexo 4), indicando valores entre 0,77 y 0,87. Por su parte, con relación a las medias y desviaciones típicas para las puntuaciones totales de Distimia y Eutimia y general para el T/DEP, los datos presentados en las mismas tablas (4.11 y 4.12) sugieren cómo las mujeres obtuvieron las mayores puntuaciones, excepto en la subescala de Eutimia donde las puntuaciones fueron mayores y significativas, en el caso de los varones. Asimismo, los valores de F indicados en las tablas 4.8 y 4.10, permiten observar diferencias significativas entre varones y mujeres en algunos ítems.

En resumen, el análisis de ítems sobre la batería de 32 ítems condujo a la reducción de la escala a un total de 24 ítems (12 por escala), 6 de los cuales corresponden a la subescala de Distimia y los 6 restantes a la escala de Eutimia. El cuestionario reducido puede encontrarse en el anexo 6.

Es importante mencionar que dado el objetivo planteado de construir un cuestionario similar a la prueba original disponible en inglés, el cual contiene 20 ítems (ver anexo 1), el paso siguiente fue la repetición de los análisis, con la misma muestra pero utilizando, obviamente el cuestionario reducido (24 ítems).

Siguiendo la coherencia expositiva, los resultados se informarán de manera separada por Escala (Estado y Rasgo) considerando que las tablas ofrecidas en el anexo 6, sólo se refieren a los datos del análisis factorial, las correlaciones ítem-total corregidas y las tablas que recogen las puntuaciones medias totales por escalas y subescalas, así como la consistencia interna, ya que la información acerca de las medidas descriptivas, así como la de las correlaciones de los ítems con otras escalas, resulta innecesaria, ya que al ser invariante puede consultarse en el anexo 4.

### ***Escala de Estado (S/DEP)***

En la tabla 6.1 (anexo 6), se presentan los resultados del análisis factorial exploratorio así como las correlaciones ítem-total corregidas para los 12 ítems correspondientes a la Escala de Estado (S/DEP). Con respecto a las correlaciones ítem-total, es de mencionar que los valores fueron altos, superiores en su mayoría, a 0,70 y con valores extremos entre 0,52 y 0,82, siendo el ítem con menor correlación ítem-total el correspondiente a: *“Me siento desesperado”* para el caso de los varones.

Con respecto a los resultados del análisis factorial, la solución sin rotar, tal como puede observarse en la tabla 6.1, indica dos factores, en el primero de los cuales saturaron todos los ítems con pesos entre 0,45 y 0,82 y sólo algunos saturaron en el segundo factor y siempre con pesos inferiores a los presentados en el primero. La solución rotada muestra, al igual que en el caso anterior, con 32 ítems, dos factores claramente diferenciados donde saturan, en un primer factor, los ítems relacionados con la afectividad negativa (Distimia) y, en un segundo factor, aquellos relacionados con la afectividad positiva (Eutimia). Los pesos factoriales oscilaron entre 0,58 y 0,80, siendo el peso más bajo (0,58), para el ítem: *“Estoy desesperado/a”* en el caso de los varones. Luego, en la subescala de Eutimia, los ítems que obtuvieron el menor peso factorial fueron: *“Me siento bien”*, seguido de *“Me siento pleno/a”*, con valores de 0,64 y 0,73, respectivamente.



Al analizar de manera conjunta los datos anteriores y reiterando en las adecuadas propiedades psicométricas de los ítems, pero atendiendo al objetivo de disminuir el número de ítems del cuestionario, se decidió eliminar el ítem: “*Estoy desesperado/a*”, de la subescala de distimia y el ítem: “*Me siento pleno/a*” de la escala de Eutimia, a pesar de tener propiedades similares al ítem: “*Me siento bien*”, pero dado que este último se consideró relevante dentro de la subescala, mientras que “*Me siento pleno/a*” puede entenderse como un ítem con contenido ambiguo y por lo tanto menos pertinente dentro de la subescala, se decidió eliminar el primero.

En lo referente a la consistencia interna del cuestionario resultante tras la eliminación de los 4 ítems de la versión previa, se indica que los valores se mantuvieron similares a la versión de 32 ítems en la Escala de Estado, tanto en Distimia como en Eutimia, oscilando entre 0,84 y 0,91, tanto para la muestra conjunta como diferenciada por sexo (ver tablas 6.7 y 6.8 del anexo 6). En las mismas tablas se muestran las medias y las desviaciones típicas de las subescalas (Distimia y Eutimia) y total (S/DEP), tanto para la muestra conjunta como diferenciada por sexo y en las cuales, se observa que las mujeres obtuvieron las puntuaciones más altas, sin que llegue a ser significativa la diferencia con respecto a los varones.

### ***Escala Rasgo (T/DEP)***

Los resultados del análisis factorial exploratorio, así como las correlaciones ítem-total corregidas, para los ítems de la Escala de Rasgo (T/DEP), se muestran en la tabla 6.2 (anexo 6). En relación con las correlaciones ítem-total, los valores oscilaron entre 0,34 y 0,68, siendo el ítem con correlación más baja, en el caso de los varones “*Me siento desgraciado/a*” seguido del ítem: “*Me siento débil*” con una correlación de 0,45, en la subescala de distimia, mientras que en la escala de eutimia, el ítem con menor correlación ítem-total, tanto para varones como para mujeres fue: “*Hago cosas que me divierten*”.

Por su parte, la solución factorial de Ejes Principales, mostró una estructura bifactorial, en la cual la totalidad de los ítems saturó en el primer factor con pesos entre 0,42 y 0,68. En el segundo factor sólo saturaron pocos ítems y con pesos inferiores a los observados con respecto al primer factor. En cuanto a la solución factorial rotada, al igual que en los análisis previos, se encontró una estructura de dos factores donde los ítems se agruparon de manera diferenciada, siendo el primer factor el que recogió los ítems de distimia y el segundo factor los de eutimia, con pesos entre 0,46 y 0,83, siendo el ítem con

menor peso factorial “*Me siento débil*”, con respecto a los ítems de Distimia y “*Hago cosas que me divierten*”, en el caso de la subescala de Eutimia, con un peso de 0,50 (ver tabla 6.2).

Por tanto, al analizar los datos indicados previamente, se decidió eliminar de la escala los ítems: “*Me siento débil*” y “*Hago cosas que me divierten*” al ser considerados como los que presentaron menores propiedades psicométricas, aún siendo adecuadas y, además, teniendo en cuenta que su contenido dentro de las subescalas podría ser reemplazado por otros de los ítems existentes.

Por último, con respecto a la consistencia interna, las tablas 6.9 y 6.10 (anexo 6), indican cómo los valores del coeficiente alfa fueron similares a los de la escala previa en el caso de la subescala de Distimia, con valores entre 0,74 y 0,82, mientras que en la subescala de Eutimia, los valores fueron un poco más bajos, aunque satisfactorios, oscilando entre 0,79 y 0,83, confirmando con esto cómo la eliminación de algunos ítems no afecta de manera sustancial la consistencia interna. En las mismas tablas se ofrece información acerca de las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones totales por subescalas (Distimia y Eutimia) como total (I/DEP) y tanto para la muestra conjunta como diferenciada por sexo. A diferencia de lo observado en la versión de 16 ítems, en esta versión sí se apreciaron diferencias significativas en la Escala de Rasgo, tanto para cada subescala (Distimia y Eutimia) como en la puntuación total, con una mayor puntuación en el caso de las mujeres (ver tablas 6.9 y 6.10).

En resumen, se puede indicar que tras estos últimos análisis se consiguió depurar la prueba hasta conseguir el objetivo de un cuestionario con una extensión igual a la escala original (20 ítems), manteniendo un equilibrio en cuanto a los constructos que se pretende evaluar (Afectividad Positiva-Eutimia y Afectividad Negativa-Distimia), mediante la conservación de igual número de ítems por subescala, además de mantener ítems capaces de discriminar entre distintos niveles de afectación, como sugieren los contenidos de los mismos en función de la mayor o menor intensidad representada. También es necesario indicar que la decisión de eliminar algunos ítems y mantener otros, no sólo se debe a razones psicométricas, sino, en todos los casos, a un análisis de la pertinencia teórica del mismo dentro del constructo que se quiere evaluar, con el fin de garantizar no sólo la consistencia psicométrica de los datos, sino su significado psicológico, como corresponde a cualquier análisis de ítems.

Debido a razones de precisión y mayor claridad expositiva, en este estudio se presentan los resultados correspondientes a las propiedades psicométricas de los ítems que componen la versión definitiva del ST/DEP, considerando en todo caso, que el análisis de

ítems incluye las fases previas, descritas anteriormente y avaladas por los análisis estadísticos que se muestran en los anexos 4 y 6.

#### **- *Análisis de ítems del ST/DEP (Escala Definitiva)***

Los resultados finales del análisis factorial sobre el ST/DEP, se presentan a continuación siguiendo el planteamiento seguido anteriormente, esto es, diferenciados por escala (Estado/Rasgo).

#### ***Escala Estado (S/DEP)***

En la tabla 7.1 se presentan los resultados del análisis factorial exploratorio para el S/DEP, junto con las correlaciones ítem-total y el valor de F para cada uno de los ítems en función del sexo. Con respecto a las correlaciones ítem-total, puede indicarse que los valores son altos, (superiores a 0,57) y hasta 0,81, tanto para varones como para mujeres. En cuanto a la estructura factorial no rotada, en la misma tabla se muestra cómo todos los ítems saturaron en el primer factor, con pesos superiores a 0,53, con un máximo de 0,82. Sólo algunos ítems saturaron en un segundo factor, pero son pesos bastante inferiores a los obtenidos para el primer factor. Tras la rotación Promax, los ítems se agruparon en dos factores, tal como había sucedido en los análisis previos, siendo los ítems de afectividad negativa (Distimia), los que saturaron en el primer factor y los de afectividad positiva (Eutimia), los que saturaron en el segundo factor. Tanto para Distimia como para Eutimia, los pesos factoriales fueron altos (entre 0,63 y 0,87).

En la tabla 7.1 también puede observarse, cómo se identificaron diferencias significativas en función del sexo, para la mayoría de los ítems, las cuales se mantienen al analizar las puntuaciones totales para cada subescala (Distimia y Eutimia), así como para la Escala total (S/DEP), tal como puede apreciarse en la tabla 7.3. En esta tabla se muestran las medias y las desviaciones típicas por sexo, mostrando cómo las mujeres obtienen las puntuaciones más altas, excepto en la subescala de Eutimia, donde la puntuación media es ligeramente superior en el caso de los varones. Asimismo, los valores de alfa, indicados en la tabla 7.2, para la muestra conjunta y en la tabla 7.3, para la muestra diferenciada por sexo, indican cómo la consistencia de las subescalas no se afecta por la disminución de ítems y se mantiene con valores altos (entre 0,84 y 0,90).

**Tabla 7.1. Análisis Factorial de Ejes Principales y con Rotación Promax, communalidades, correlaciones ítem-total y valor de F para el S/DEP por sexo, con una muestra de población general (n=1041)**

Items*	Análisis Factorial de Ejes Principales				Rotación Promax						IRs		F Sig
	Factor 1		Factor 2		Factor 1 Distimia		Factor 2 Eutimia		h <sup>2</sup>		M	V	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V			
1. Estoy animado/a	0,82	0,75		0,30			0,87	0,81	0,76	0,65	0,81	0,73	5,64*
2. Estoy contento/a	0,78	0,77					0,83	0,80	0,69	0,65	0,78	0,74	2,09
3. Estoy triste	-0,80	-0,72		0,34	0,82	0,80			0,68	0,64	0,74	0,71	5,39*
4. Estoy decaído/a	-0,76	-0,68			0,82	0,73			0,67	0,54	0,75	0,64	4,37*
5. Me siento bien	0,74	0,77					0,75	0,79	0,58	0,64	0,71	0,73	1,43
6. Estoy entusiasmado/a	0,73	0,73	0,41	0,43			0,83	0,84	0,70	0,72	0,77	0,77	3,06
7. Estoy apenado/a	-0,73	-0,69	0,30	0,37	0,79	0,78			0,62	0,61	0,73	0,70	6,28*
8. Me siento enérgico/a	0,70	0,63		0,33			0,76	0,71	0,57	0,51	0,71	0,67	13,25**
9. Estoy hundido/a	-0,66	-0,53		0,39	0,71	0,65			0,51	0,43	0,66	0,60	5,95*
10. Me siento desdichado/a	-0,62	-0,55	0,32	0,31	0,70	0,63			0,49	0,40	0,65	0,57	5,20*
% Varianza explicada	54,24	47,31	8,57	10,50									5,64*
% T. Varianza explicada	62,82	57,81											

Los ítems están ordenados de forma descendente según el mayor peso encontrado en la solución de Ejes Principales para mujeres. M= mujeres; V= varones. Se incluyen pesos > ó = 0.30. h<sup>2</sup>: communalidades. IRs: Correlación ítem-total. F: Valor de F; Sig. Nivel de significación: \*p< 0,05; \*\*p< 0,001

**Tabla 7.2. Medias, Desviaciones Típicas y coeficientes Alfa para el S-DEP (Distimia, Eutimia y Total) con una muestra de población general (n=1041)**

	Media	Desviación típica	Coefficiente alfa
S-DEP Distimia	7,15	2,73	0,87
S-DEP Eutimia	14,38	3,49	0,90
S-DEP Total	17,70	5,59	-----

**Tabla 7.3. Medias, Desviaciones Típicas, coeficientes Alfa y valor de F para el S-DEP(Distimia, Eutimia y Total) por sexo, con una muestra de población general (n=1041)**

		Media	Desviación Típica	Coefficiente Alfa	F Sig.
S-DEP Distimia	Varones	6,80	2,37	0,84	9,02**
	Mujeres	7,34	2,90	0,88	
S-DEP Eutimia	Varones	14,74	3,37	0,89	6,22**
	Mujeres	14,16	3,55	0,90	
S-DEP Total	Varones	17,01	5,07	-----	8,86**
	Mujeres	18,12	5,85		

F: Valor de F; Sig: Nivel de significación:\*\* p< 0,001

### Escala Rasgo (T/DEP)

En la tabla 7.4 se presentan los resultados del análisis factorial exploratorio sobre el T/DEP, así como las correlaciones ítem-total corregidas y la diferencia de medias entre los ítems en función del sexo. Las correlaciones ítem-total mantienen valores altos, entre 0,53 y 0,65 para el total de los ítems y tanto para varones como para mujeres. Por su parte, la solución factorial de Ejes Principales, muestra una estructura bifactorial, como en los análisis previos, donde el primer factor recoge la totalidad de los ítems con pesos que oscilan entre 0,51 y 0,66; mientras que en el segundo factor, sólo saturaron algunos ítems

con pesos superiores a 0,30, pero siempre inferiores a los obtenidos por los mismos ítems en el primer factor.

En cuanto a la diferencia de medias entre ítems, puede observarse que en algunos de ellos, las diferencias fueron significativas, lo cual, además, se confirma para el total de las subescalas (Distimia y Eutimia), tal como puede observarse en la tabla 7.6. Estas diferencias, al igual que en la escala de Estado (S/DEP), muestran mayor tendencia en las mujeres hacia las puntuaciones altas en la subescala de Distimia y en la puntuación total a la Escala (T/DEP), pero no en la subescala de Eutimia, donde los varones muestran una puntuación media mayor.

Finalmente, las tablas 7.5 y 7.6, muestran los valores de alfa para la muestra conjunta y diferenciada por sexo. Los valores encontrados oscilan entre 0,71 y 0,82, confirmando lo indicado previamente acerca del mantenimiento de la consistencia interna de las subescalas tras la reducción de ítems.

**Tabla 7.4. Análisis Factorial de Ejes Principales y con Rotación Promax, comunalidades, correlaciones ítem-total y valor de F para el T/DEP por sexo, con una muestra de población general (n=1041)**

Items*	Análisis Factorial de Ejes Principales				Rotación Promax						IRs		F Sig
	Factor 1		Factor 2		Factor 1 Distimia		Factor 2 Eutimia		h <sup>2</sup>		M	V	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V			
1. Disfruto de la vida	0,66	0,59	0,33	0,32			0,74	0,66	0,55	0,45	0,65	0,55	2,32
2. Me siento dichoso/a	0,66	0,62	0,34	0,31			0,75	0,67	0,56	0,45	0,66	0,57	1,02
3. Me siento pleno/a	0,66	0,66					0,72	0,73	0,52	0,53	0,63	0,60	8,35*
4. Estoy decaído/a	-0,65	-0,56		0,34	0,70	0,65			0,49	0,43	0,62	0,51	22,99**
5. Estoy triste	-0,65	-0,59			0,69	0,61			0,48	0,39	0,61	0,54	31,07**
6. No tengo ganas de nada	-0,63	-0,56	0,41		0,75	0,63			0,57	0,40	0,63	0,53	15,07**
7. Me siento desgraciado/a	-0,61	-0,44			0,61	0,41			0,39	0,42	0,55	0,53	10,07*
8. Me siento enérgico/a	0,60	0,54					0,61	0,55	0,39	0,31	0,55	0,53	17,07**
9. Tengo esperanzas sobre el futuro	0,59	0,54					0,62	0,56	0,38	0,32	0,56	0,53	0,96
10. Estoy hundido/a	-0,58	-0,51	0,31	0,41	0,66	0,64			0,43	0,42	0,59	0,57	23,03**
<b>% Varianza explicada</b>	<b>39,87</b>	<b>31,93</b>	<b>7,91</b>	<b>7,05</b>									
<b>T. Varianza explicada</b>	<b>47,78</b>	<b>37,98</b>											

Los ítems están ordenados de forma descendente según el mayor peso encontrado en la solución de Ejes Principales para mujeres. Se incluyen pesos  $> \hat{=} 0.30$ . h<sup>2</sup>: comunalidades. IRs: Correlación ítem-total; F: Valor de F; Sig. Nivel de significación: \*p< 0,05; \*\*p< 0,001.

**Tabla 7.5. Medias, Desviaciones Típicas y coeficiente Alfa para el T-DEP (Distimia, Eutimia y Total) con una muestra de población general (n= 1041)**

	Media	Desviación típica	Coefficiente alfa
T-DEP Distimia	7,98	2,65	0,79
T-DEP Eutimia	14,35	3,29	0,80
T-DEP Total	18,62	5,23	-----

**Tabla 7.6. Medias, Desviaciones Típicas, coeficiente Alfa y valor de F para el T-DEP (Distimia, Eutimia y Total) por sexo, con una muestra de población general (n=1041)**

		Media	Desviación Típica	Coeficiente Alfa	F Sig.
T-DEP Distimia	Varones	7,30	2,24	0,71	35,94**
	Mujeres	8,35	2,80	0,81	
T-DEP Eutimia	Varones	14,64	3,16	0,77	4,57**
	Mujeres	14,17	3,34	0,82	
T-DEP Total	Varones	17,68	4,74	-----	16,75**
	Mujeres	19,14	5,42		

F: Valor de F; Sig: Nivel de significación: \* p < 0,05 \*\* p < 0,001

### **B. Análisis de la estructura interna y fiabilidad del ST/DEP**

Tal como se planteó en la introducción de este estudio, una vez conocidos los ítems definitivos que componen una escala, el procedimiento posterior es el estudio de estructura interna del cuestionario. Para el caso que ocupa la presente investigación, es de indicar que de manera previa, por tratarse de la adaptación de una herramienta, ya se tenía conocimiento de las dimensiones que componen el instrumento, con lo cual, el paso a seguir es el análisis factorial confirmatorio. No obstante, y continuando con la metodología empleada en los estudios previos con muestras españolas (Spielberger et al., 2002a, 2002b y Agudelo, Carretero-Dios et al., en prensa), a continuación se hará un comentario breve en relación con los resultados del análisis factorial exploratorio llevado a cabo con esta muestra, antes de informar sobre los resultados del análisis factorial confirmatorio. Los resultados de la estructura factorial del ST/DEP con una muestra no clínica, son presentados a continuación siguiendo el procedimiento anterior, es decir, diferenciando por escalas (Estado/Rasgo).

#### ***Escala Estado (S/DEP)***

Como se indicó de manera precedente, la utilización del análisis factorial exploratorio, dentro de la presente investigación, cumple el objetivo descrito por Elosua (2003), acerca de la valoración del grado en que los componentes de un test conforman el constructo que se quiere medir. No obstante, también es una técnica empleada con frecuencia, para hacer una primera aproximación a la estructura interna del test, previo a la aplicación de un modelo confirmatorio.

Con relación a la Escala de Estado (S/DEP), los resultados que se presentan en la tabla 7.1 (apartado anterior), permiten observar una estructura interna bifactorial que

explica el 62,82% de la varianza, para el caso de las mujeres, y el 57,81%, en el caso de los varones. Por su parte, según los datos recogidos en la tabla 7.2 (apartado anterior), los valores de consistencia interna, mediante la aplicación del alfa de Cronbach son altos, así, 0,87 para la subescala de Distimia y 0,90 para la subescala de Eutimia. En la tabla 7.3 (apartado anterior), se muestran los valores del alfa de Cronbach diferenciados por sexo. Así, para la subescala de Distimia el alfa fue de 0,84 y 0,88 para varones y mujeres respectivamente, mientras que para la subescala de Eutimia fue de 0,89 para varones y de 0,90 para mujeres. Aquí es importante considerar que los cálculos del alfa de Cronbach sólo tienen sentido como evidencias de la fiabilidad del instrumento, sobre la batería definitiva de ítems y no sobre las versiones experimentales. En éstas el objetivo es analizar cómo se ve afectada o no, la consistencia interna del cuestionario a partir de la presencia o ausencia de determinados ítems.

En relación con la estimación de la bondad de ajuste del modelo, los datos que se presentan en la tabla 7.7, permiten identificar que el error cuadrático medio de aproximación, RMSEA, fue de 0,06, valor considerado indicativo de un buen ajuste de acuerdo con Tanaka (1993). Por su parte, los índices GFI y AGFI fueron de 0,92 y 0,87, respectivamente, lo cual indica un ajuste adecuado de acuerdo con el primero, aunque no con el segundo. Finalmente, los valores de NFI y NNFI (0,95, en ambos casos), indican un ajuste excelente del modelo, tal como lo indican Browne y Codeck (1993).

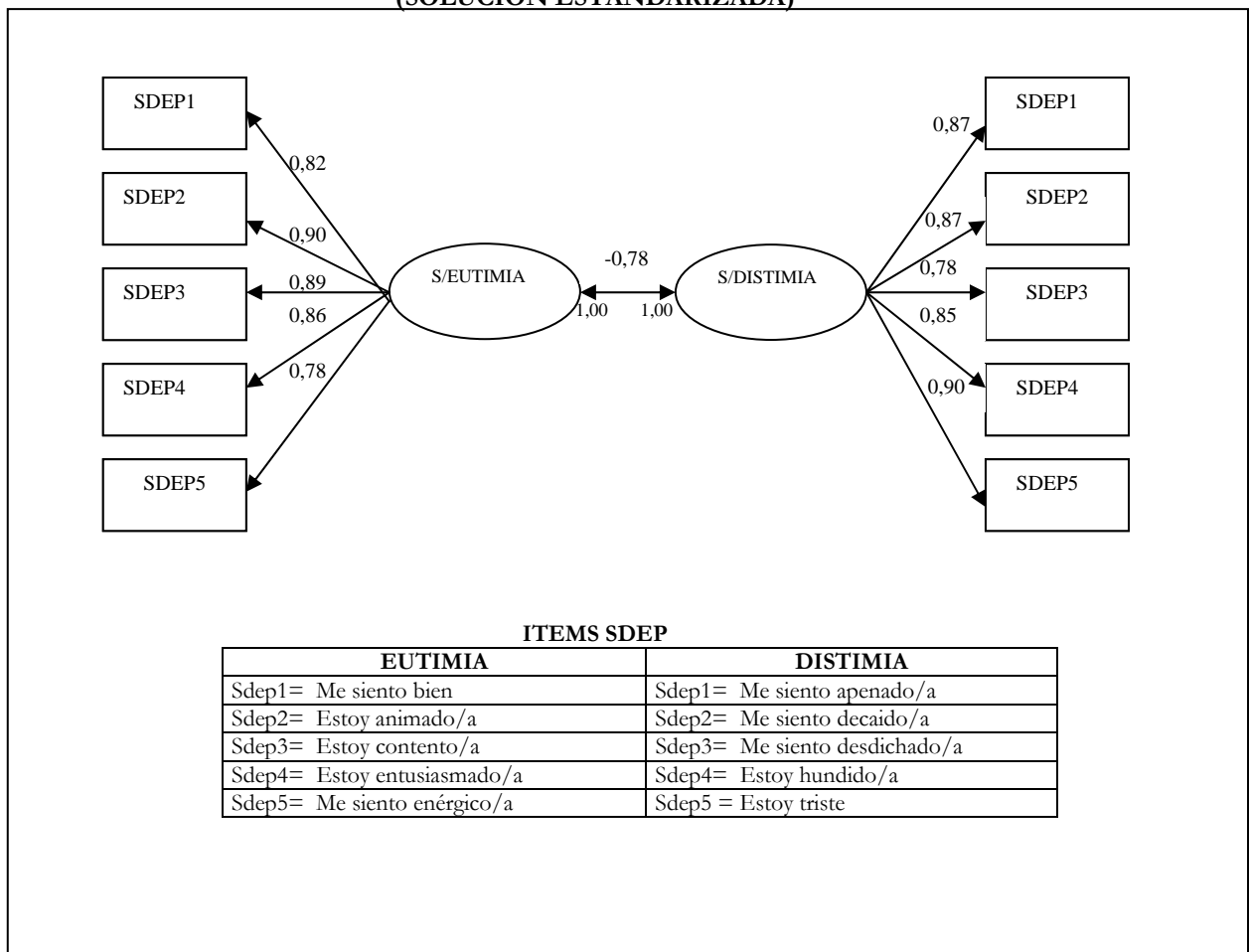
En relación con el análisis factorial confirmatorio, los datos que se muestran en la figura 1 permiten observar el grado de varianza explicado por cada ítem para el respectivo factor. Las correlaciones oscilaron entre 0,78 y 0,90, para ambas subescalas (Distimia y Eutimia) y la correlación entre ambas subescalas fue de  $-0,78$ .

**Tabla 7.7. Modelo de Índices de Ajuste para el S/DEP con una muestra de población general (n=1041)**

	$\chi^2$	G1	RMSEA	GFI	AGFI	NFI	NNFI
<b>S/DEP</b>	252,22	34	0,06	0,92	0,87	0,95	0,95

$\chi^2$ = Chi cuadrado; RMSEA= error cuadrático medio de aproximación; GFI= índice de bondad de ajuste; AGFI= índice ajustado de bondad de ajuste; NFI= Índice de ajuste normado; NNFI= índice de ajuste no normado.

**Figura 1**  
**DIAGRAMA DEL MODELO ESTADO (S-DEP) (MUESTRA NO CLÍNICA N= 1041)**  
**(SOLUCIÓN ESTANDARIZADA)**





**Escala Rasgo (T/DEP)**

Los resultados del análisis factorial exploratorio sobre el T/DEP, pueden verse en la tabla 7.4 (apartado anterior). De acuerdo con los resultados se puede observar la presencia de dos factores capaces de explicar el 47,78% de la varianza, en el caso de las mujeres y el 37,98%, en el caso de los varones. Asimismo, la estructura factorial rotada muestra la presencia de dos factores diferenciados (Distimia y Eutimia).

Por otra parte, en las tablas 7.5 y 7.6 (apartado anterior), se muestran los valores del coeficiente alfa para la muestra total y diferenciada por sexo. Los valores indican, para la muestra total, un alfa de 0,79 para la subescala de Distimia y de 0,80 para la subescala de Eutimia. De manera diferenciada por sexo, en la subescala de Distimia el alfa fue de 0,71 para los varones y 0,81 para las mujeres, mientras que para la subescala de Eutimia, dicho valor fue de 0,77 y 0,82, para Distimia y Eutimia respectivamente.

Con respecto al análisis factorial confirmatorio (ACF), como puede observarse en la tabla 7.8, y siguiendo las recomendaciones de Browne y Cudeck (1993) sobre cuándo considerar que los datos obtenidos son indicativos de un buen ajuste, los valores de 0,96 de GFI y 0,94 de AGFI, estarían indicando un ajuste adecuado del modelo, siendo excelente, para el caso del GFI. En cuanto a los índices NNFI y NFI cuyos valores fueron de 0,96, se puede concluir un muy buen ajuste del modelo. Por su parte, el error cuadrático medio de aproximación, RMSEA, fue de 0,05, valor adecuado de ajuste de acuerdo con Browne y Cudeck (1993).

Por su parte, en la figura 2 se muestra el diagrama del modelo factorial del T/DEP, donde se indica, de manera diferenciada, cómo los ítems se agrupan, respectivamente, en los factores predichos (Distimia y Eutimia), con correlaciones cuyos valores oscilan entre 0,67 y 0,81, indicando el porcentaje de varianza explicada por cada ítem en relación con el factor correspondiente. La correlación entre los dos factores fue de 0,72.

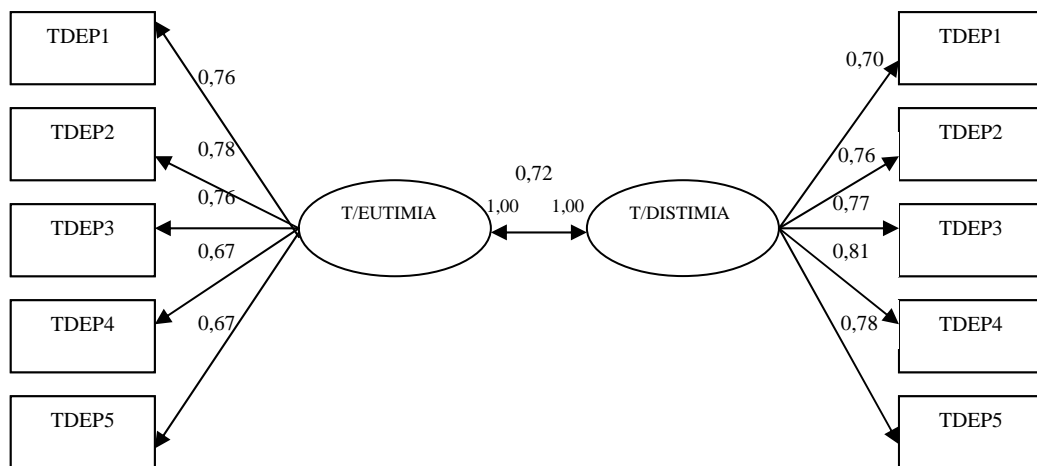
**Tabla 7.8. Modelo de Índices de Ajuste para el T/DEP con una muestra de población general (n=1041)**

	$\chi^2$	gl	RMSEA	GFI	AGFI	NFI	NNFI
<b>TDEP</b>	134,39	34	0,05	0,96	0,94	0,96	0,96

$\chi^2$ = Chi cuadrado; RMSEA= error cuadrático medio de aproximación; GFI= índice de bondad de ajuste; AGFI= índice ajustado de bondad de ajuste; NFI= Índice de ajuste normado; NNFI= índice de ajuste no normado.

Figura 2

DIAGRAMA DEL MODELO RASGO (T-DEP) (MUESTRA NO CLÍNICA N= 1041)  
(SOLUCIÓN ESTANDARIZADA)



ITEMS TDEP

EUTIMIA		DISTIMIA	
Tdep1=	Disfruto de la vida	Tdep1=	Me siento desgraciado/a
Tdep2=	Me siento pleno/a	Tdep2=	Estoy decaído/a
Tdep3=	Me siento dichoso/a	Tdep3=	No tengo ganas de nada
Tdep4=	Tengo esperanzas sobre el futuro	Tdep4=	Estoy hundido/a
Tdep5=	Me siento enérgico/a	Tdep5=	Estoy triste

### C. Validez convergente y discriminante del ST/DEP

Los datos de las correlaciones entre las puntuaciones totales de las escalas del ST/DEP y las demás escalas y subescalas empleadas en este estudio, se muestran en las tablas 7.9 y 7.10 y se comentarán de manera diferenciada para las escalas de Estado y Rasgo.

#### *Escala de Estado (S/DEP)*

De acuerdo con los resultados que se presentan en la tabla 7.9 se pueden observar las correlaciones entre el S/DEP y las escalas empleadas.

Con respecto a las correlaciones con medidas de depresión, es de indicar que fueron altas y significativas, en la dirección esperada (positiva), siendo ligeramente mayores con el CBD que con el BDI, en el caso de la muestra conjunta y más con la subescala de Distimia que con la de Eutimia, con valores entre 0,46 y 0,60 (tabla 7.9). Por su parte, las correlaciones de las subescalas de Distimia y Eutimia con el STAI/S, fueron altas, significativas y positivas (0,68 y 0,66, respectivamente), indicando, por tanto, valores incluso superiores a los mostrados con las escalas de depresión y confirmando los hallazgos previos en relación con la fuerte asociación entre medidas de ansiedad y depresión. Finalmente, las correlaciones con el STAXI-2 también fueron acordes con lo esperado. Así, con respecto a la subescala de estado de ira, las correlaciones fueron altas, significativas y en la dirección de lo esperado (positivas), tal como se planteara en el apartado 4.6. No obstante, los valores fueron inferiores a los esperados con las medidas de depresión y con el STAI/S, en especial con la subescala de Eutimia, donde los valores oscilaron entre 0,21 y 0,37, mientras que en las subescala de distimia los valores se encontraron entre 0,34 y 0,51. Merece la pena destacar que la subescala con mayor valor de correlación con el S/DEP fue la de Sentimiento de Ira tanto con Distimia como con Eutimia (0,51 y 0,37, respectivamente) (Tabla 7.9). Por su parte, las correlaciones con las subescalas de expresión verbal y expresión física de la ira, fueron menores y similares tanto para Distimia como para Eutimia.

Los datos de correlaciones entre el S/DEP y las subescalas de Expresión y Control Externo e Interno de la ira, indican valores menores que con la subescala de Rasgo. Sin embargo, fueron mayores y significativos entre la subescala de expresión interna y el S/DEP, en especial para la subescala de distimia (0,28 y 0,24). En cambio fueron negativas y menores, aunque también significativas, entre el S/DEP y las subescalas de Control Interno y Control Externo con valores entre menos -0,04 y -0,16. Por último, las correlaciones con el Índice de Ira, que es una medida que relaciona el control y la expresión

de la ira, mostró correlaciones menores aunque significativas con las subescalas del S/DEP (0,21 y 0,27, para Distimia y Eutimia, respectivamente).

Por otro lado, en la tabla 7.10 se presentan las correlaciones entre el S/DEP y las demás escalas y subescalas, diferenciadas por sexo. Con los datos se indica que, con las medidas de depresión, las correlaciones fueron altas, significativas y en la dirección esperada, tanto para varones como para mujeres, sin embargo, para estas últimas, las correlaciones fueron mayores (entre 0,48 y 0,64, frente a las correlaciones de los varones, con valores entre 0,40 y 0,55), excepto entre la subescala de Eutimia y el BDI donde la correlación fue mayor para los varones (0,55). Con respecto al STAI/S, las correlaciones mantienen la dirección observada en la muestra conjunta, con valores entre 0,60 y 0,77, siendo mayores en el caso de las mujeres. En relación con la subescala de Estado de Ira, las correlaciones fueron mayores para el total de las subescalas, en el caso de las mujeres, con valores que oscilaron entre 0,26 y 0,54; mientras que en el caso de los varones, los valores se encontraron entre 0,09 y 0,43. Al igual que se observó para la muestra conjunta, las mayores correlaciones se observaron con la subescala de Sentimiento de Ira tanto para varones como para mujeres (entre 0,30 y 0,54), mientras que las menores se obtuvieron con la escala de expresión física de la ira con valores entre 0,09 y 0,38.

**Tabla 7.9. Correlaciones entre las puntuaciones totales del ST-DEP (escalas y subescalas) con las puntuaciones totales del BDI, CBD, STAI y STAXI-2 con una muestra de población general (n=1041)**

	<b>T- Distimia</b>	<b>T-Eutimia</b>	<b>S-Distimia</b>	<b>S-Eutimia</b>
BDI	0,63**	0,54**	0,60**	0,53**
CBD	0,56**	0,51**	0,56**	0,46**
STAIT-S			0,68**	0,66**
STAIT-T	0,67**	0,67**		
IRA ESTADO			0,44**	0,30**
Sentimiento de Ira			0,51**	0,37**
Expresión Verbal de Ira			0,35**	0,21**
Expresión Física de Ira			0,34**	0,21**
IRA RASGO	0,32**	0,24**		
Temperamento de Ira	0,32**	0,24**		
Reacción de Ira	0,23**	0,18**		
EXPRESIÓN EXTERNA	0,21**	0,14**	0,14**	0,13**
EXPRESIÓN INTERNA	0,29**	0,24**	0,28**	0,24**
CONTROL EXTERNO	-0,14**	-0,20**	-0,11**	-0,16**
CONTROL INTERNO	-0,07*	-0,21**	-0,04	-0,16**
INDICE DE EXPRESIÓN DE IRA	0,27**	0,31**	0,21**	0,27**

\* p<0,05; \*\* p<0,01

**Tabla 7.10. Correlaciones entre las puntuaciones totales del ST-DEP (escalas y subescalas) con las puntuaciones totales del BDI, CBD, STAI y STAXI-2 por sexo, con una muestra de población general (n= 1041)**

	T- Distimia		T-Eutimia		S-Distimia		S-Eutimia	
	M	V	M	V	M	V	M	V
BDI	0,64**	0,59**	0,52**	0,55**	0,64**	0,51**	0,52**	0,55**
CBD	0,60**	0,46**	0,52**	0,47**	0,59**	0,46**	0,48**	0,40**
STAIT-S					0,71**	0,60**	0,67**	0,66**
STAIT-T	0,69**	0,60**	0,68**	0,64**				
IRA ESTADO					0,48**	0,35**	0,34**	0,21**
Sentimiento de Ira					0,54**	0,43**	0,40**	0,30**
Expresión Verbal de Ira					0,39**	0,26**	0,26**	0,13**
Expresión Física de Ira					0,38**	0,23**	0,26**	0,09
IRA RASGO	0,29**	0,35**	0,23**	0,25**				
Temperamento de Ira	0,32**	0,29**	0,23**	0,24**				
Reacción de Ira	0,19**	0,31**	0,17**	0,19**				
EXPRESIÓN EXTERNA	0,22**	0,19**	0,14**	0,15**	0,13**	0,19**	0,10*	0,20**
EXPRESIÓN INTERNA	0,31**	0,30**	0,26**	0,19**	0,30**	0,26**	0,27**	0,19**
CONTROL EXTERNO	-0,13**	-0,09	-0,20**	-0,16**	-0,11**	-0,09	-0,12**	-0,20**
CONTROL INTERNO	-0,07	-0,06	-0,23**	-0,17	-0,08*	-0,04	-0,16**	-0,15**
INDICE DE EXPRESIÓN DE IRA	0,28**	0,24**	0,33**	0,27**	0,23**	0,17**	0,26**	0,29**

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; M: Mujeres, V: Varones.

Finalmente, con respecto a las escalas de Expresión y Control de la Ira, los datos por sexo permiten observar correlaciones menores que con el resto de las escalas e incluso negativas, como en el caso de la Escala de Control de la Ira, con valores entre  $-0,04$  y  $-0,20$ . Mientras que con las subescalas de Expresión de Ira, las correlaciones fueron, también menores, pero positivas y significativas (entre  $0,10$  y  $0,30$ ), siendo mayores para las mujeres, en la subescala de Expresión Interna y menores con la subescala de Expresión Externa, donde los varones obtuvieron los valores más altos.

### ***Escala de Rasgo (T/DEP)***

Las correlaciones entre el T/DEP y las demás medidas empleadas en el estudio se muestran en las tablas 7.9, para la muestra conjunta, y en la tabla 7.10 para la muestra diferenciada por sexo.

Con relación a las correlaciones entre el T/DEP y las medidas de depresión, se puede observar, en la tabla 7.9, que fueron altas, significativas y en la dirección esperada, con valores entre  $0,51$  y  $0,63$ , siendo mayores con el BDI que con el CBD y mayores también a las observadas con el S/DEP, sugiriendo, probablemente, una mayor cercanía del BDI y el CBD a la evaluación del rasgo de depresión. En cuanto a las correlaciones con el STAI/T, también se mantienen los valores en la dirección esperada, siendo altas y significativas para ambas subescalas del T/DEP, con un valor de  $0,67$  tanto para Distimia como para Eutimia, valor incluso superior a los obtenidos con respecto a las medidas de

depresión. Por su parte, las correlaciones con el STAXI-2 (Escala de Rasgo), muestran valores significativos y altos, pero menores a los observados con las medidas de depresión y el STAI/T, con valores entre 0,18 y 0,32, siendo mayores con la subescala de Temperamento de Ira, más que con Reacción de Ira.

Por último, las correlaciones con las escalas de Expresión y Control de la Ira mostraron valores, en general, menores a los presentados entre el T/DEP y otras escalas aunque significativos y altos (entre 0,14 y 0,31), en el caso de las escalas de Expresión de Ira y menores y negativos con las escalas de Control de Ira (entre -0,04 y -0,21). En ambos casos, las correlaciones fueron mayores a las observadas entre estas escalas y el S/DEP, sugiriendo una mayor cercanía con la escala de Rasgo.

Por su parte, en cuanto a la diferencia por sexo, en la tabla 7.10 se recogen los datos de manera diferenciada, mostrando que, con respecto a las medidas de depresión, que las correlaciones fueron mayores para el caso de las mujeres (entre 0,52 y 0,64), excepto en la subescala de Eutimia, donde la correlación con el BDI fue mayor para el caso de los varones (0,55), al igual que sucedió con el S/DEP. En cuanto al STAI/T, las correlaciones fueron altas y significativas tanto para varones como para mujeres con valores entre 0,60 y 0,69, siendo mayores para las mujeres y también mayores a las obtenidas entre el T/DEP y las escalas de depresión.

Con relación a las escalas de Ira, las correlaciones del T/DEP se encontraron en la dirección esperada, siendo significativas, pero menores a las observadas con las escalas de depresión y el STAI/T. Con respecto a la escala de Rasgo de Ira, los valores fueron entre 0,17 y 0,32 para las mujeres, y entre 0,19 y 0,35 para varones, siendo mayores en el caso de las mujeres con respecto a la subescala de Temperamento de Ira, y mayores para los varones, en la subescala de Reacción de Ira. Por su parte, con las escalas de Expresión y Control de la Ira, las correlaciones fueron menores e incluso negativas con el Control de la Ira, con valores que oscilaron entre -0,06 y -0,20, mientras que en la escala de Expresión los valores se encontraron entre 0,14 y 0,31, en el caso de las mujeres, y entre 0,15 y 0,30 en el caso de los varones, siendo mayores en la escala de Expresión Externa, para los varones y en la de Expresión Interna para las mujeres.

### **7.3.2.6. Discusión**

#### **A. Análisis de Ítems**

La construcción y/o adaptación de una escala, como bien se ha señalado, requiere de un proceso riguroso, dentro del cual, la fase de análisis de ítems reviste un especial interés.

La idoneidad de los elementos que se espera que compongan el cuestionario es

determinante para garantizar que se mide lo que se pretende medir. Para el caso que ocupa la presente investigación, es de indicar que el proceso de análisis de ítems, se ha seguido de manera rigurosa y como puede comprobarse, da cuenta de unas adecuadas propiedades psicométricas de los ítems. Así por ejemplo, se resalta cómo la distribución de las respuestas, muestra valores de medias que son adecuados, aunque en algunos de ellos dichos valores fueron bajos, lo cual puede explicarse por el tipo de muestra utilizada; además, las desviaciones típicas fueron altas y cercanas a 1 en la mayoría de los casos, dando cuenta de la capacidad de la escala para discriminar las respuestas de los participantes. Asimismo, las correlaciones ítem-total, mostraron valores aceptables y altos para el caso de los ítems definitivos. En la misma línea, los pesos factoriales encontrados en el análisis factorial exploratorio, mostraron una adecuada correspondencia de los ítems al respectivo factor, mantenida a través de los análisis sucesivos e indicando, en el caso de la solución rotada, la pertenencia exclusiva de cada ítem a un único factor, hasta obtener una solución factorial bastante ajustada, con pesos altos, que dan cuenta de la consistencia de la escala y de la adecuación de los ítems a los factores esperados.

Otro aspecto a destacar del análisis de ítems es el criterio de correlación de cada ítem con criterios externos, en este caso, con la puntuación en otras medidas. Aquí es necesario enfatizar en cómo la totalidad de los ítems seleccionados tras los sucesivos análisis, mostraron correlaciones altas y significativas con las medidas de depresión utilizadas, tanto para la escala de Estado como para la de Rasgo. En el caso del BDI, conviene señalar, que las correlaciones fueron altas y significativas para ambas escalas (Estado y Rasgo), lo cual, por un lado, daría cuenta del ajuste de los ítems con relación a otra medida de depresión, pero por otro lado, también estaría señalando lo indicado por Ritterband y Spielberger (1996) y Spielberger et al. (2002a), acerca de cómo la presencia de las altas correlaciones tanto con los ítems de la Escala de Estado como con los de la Escala de Rasgo, podría indicar el carácter confuso del BDI como una medida de la depresión tanto como síndrome que como rasgo. Aunque es de recordar que Beck y Steer (1987) planteaban, con respecto al BDI, cómo se ha producido una modificación en cuanto a la evaluación de un estado o de un rasgo. Así, el BDI original, sí evaluaba estado al incluir, dentro de su formulación, la pregunta por *cómo se siente ahora*, sin embargo, la versión revisada utilizada en este trabajo, al modificar las instrucciones y preguntar por *cómo se ha sentido la semana pasada, incluido el día de hoy* podría estar evaluando “una característica más persistente. Esta opinión es compartida por Vázquez y Sáenz (1999) en los trabajos de adaptación española del BDI.

De acuerdo con lo anterior, podría esperarse entonces que al utilizar una medida más cercana a la noción de rasgo, como sería el caso del CBD, (considerando las respuestas de los sujetos al menos en las opciones de meses y años), las correlaciones del T/DEP fueran más altas con el CBD que con el BDI, sin embargo, los resultados muestran correlaciones bastante similares entre los ítems y ambas escalas (BDI y CBD), aunque menores para el caso del CBD, confirmando por lo tanto, el carácter confuso del BDI como medida de la depresión en sus dos dimensiones (estado y rasgo).

Por su parte, con respecto a las correlaciones del ST/DEP con el STAI, en ambas escalas (Estado/Rasgo), se observa la presencia de valores altos y significativos para el total de los ítems, llegando a ser incluso superiores, en algunos casos a las correlaciones encontradas con las medidas de depresión, lo cual daría soporte a lo indicado por Spielberger (1983) y Spielberger, et al. (2003), acerca de la tendencia de los sujetos con depresión a puntuar alto en las medidas de ansiedad, pero también podría estar mostrando la dificultad para diferenciar entre ansiedad y depresión dada la presencia de síntomas comunes y la experimentación de estados emocionales negativos compartidos por ambos cuadros clínicos como ya lo indicaran Watson, Clark y Carey (1988). Otra de las razones que podría explicar las altas correlaciones entre el ST/DEP y el STAI se refiere a la selección de los ítems, que como señalaran Caci, Baylé, Dossois, Robert y Boyer (2003), para el caso de muchas escalas de ansiedad, incluyen ítems de depresión. Esto lo confirma el dato observado en relación con el ítem “*Estoy triste*” cuyo contenido, claramente podría estar evaluando el afecto negativo, aspecto compartido entre la depresión y la ansiedad. En la misma línea, sugieren que también influye, en cuanto a la evaluación diferencial de ambos cuadros, el uso de escalas unidimensionales, cuando se miden constructos que se consideran multidimensionales (Endler, Cox, Parker y Bagby, 1992).

Por su parte, las correlaciones de ambas escalas con las subescalas de Ira, fueron en general, menores y en la dirección esperada. Es de señalar, que en todo caso fueron mayores para la escala de Estado y especialmente, con los ítems de distimia, siendo la subescala de sentimiento de ira, la que mostró las correlaciones más altas. Esto podría explicarse a partir de lo indicado por Ritterband y Spielberger (1996) y Agudelo, Spielberger, et al. (en prensa) acerca de una mayor tendencia en los sujetos depresivos hacia la “represión” de la ira, lo cual no excluye que esta emoción aparezca, como sentimiento, en los individuos. Llama la atención que, de igual manera que en la subescala de sentimiento de ira, en las de expresión física y expresión verbal de la ira, también las mujeres hayan obtenido las correlaciones más altas, significativas y positivas, al igual que en la puntuación global de la escala de estado de



ira. Probablemente, la presencia de las correlaciones mayores con la emoción de la ira se encuentran en la escala de estado y no en la de rasgo, porque la ira es una emoción difícil de mantener en el tiempo, es decir, es más episódica y en este sentido, más cercana a la noción de estado. Por lo tanto, la ira sigue el curso natural de cualquier emoción primaria, a diferencia de las emociones secundarias, como por ejemplo la ansiedad o la depresión, que al estar fuertemente influenciadas por la cognición, se mantienen en el tiempo y pueden constituir características más estables dentro del repertorio del individuo.

Los datos anteriores permiten confirmar las adecuadas propiedades de los ítems seleccionados, mostrando un cuestionario que recoge ítems que evalúan claramente, el contenido previsto en la formulación inicial de la escala, es decir: el componente afectivo de la depresión bajo la forma de afectividad negativa (Distimia) y afectividad positiva (Eutimia). Es importante destacar que a pesar de identificar en la formulación de los ítems, la utilización de adjetivos similares, es claro también que corresponden a criterios de mayor o menor intensidad, respondiendo al interés de que el cuestionario favorezca la discriminación de niveles de afectación. Esto es aún más evidente en el caso de los ítems de Eutimia, cuya puntuación inversa, permitiría identificar bajos niveles de afectación, que en las escalas convencionales suelen pasar desapercibidos.

Otro aspecto que merece ser comentado, es cómo la forma de redacción de los enunciados así como las instrucciones y la escala de respuesta utilizada, favorecen la evaluación diferenciada del estado y el rasgo. Así, en la subescala S/DEP, puede identificarse, cómo los ítems preguntan por *cómo se siente, o cómo está* el entrevistado con respecto a determinadas emociones y “*estados*” que reflejan el ánimo, acompañados de instrucciones donde claramente se solicita que se registre información acerca de *cómo se siente en este momento*, mediante una escala de respuesta que sugiere *intensidad* (Nada, Algo, Bastante y Mucho). Por su parte, en los ítems de la escala T/DEP, puede observarse, de manera general -aunque hay algunos ítems compartidos con la escala de Estado-, cómo los ítems están redactados y preguntan por *condiciones más estables* y sentimientos más globales, al mismo tiempo que las instrucciones se dirigen a *cómo se siente el entrevistado generalmente*, con unas opciones de respuesta que reflejan frecuencia (Casi nunca, A veces, A menudo y Casi siempre) (Ver anexo 3).

En resumen, puede decirse que el cuestionario resultante del análisis de ítems cumple los objetivos para los cuales fue diseñado, ofreciendo una alternativa a algunas de las limitaciones señaladas a los instrumentos disponibles para evaluar la depresión.

## **B. Análisis factorial**

De acuerdo con los resultados presentados anteriormente, puede indicarse cómo los datos de fiabilidad, así como la estructura factorial exploratoria y los datos del análisis factorial confirmatorio, permiten concluir sobre las adecuadas propiedades del ST/DEP con una muestra no clínica. Así, los datos de fiabilidad, mediante los valores de alfa de Cronbach, tanto para la escala de Estado como para la escala de Rasgo, son consistentes con los estudios previos, realizados con muestras españolas, en los cuales también la fiabilidad fue alta, con valores superiores a 0,75, considerados como adecuados, en tanto permiten concluir acerca de la validez de un constructo (Cortina, 1993). Por lo tanto, no se trata de obtener valores extremadamente altos, ya que ello sería indicativo de ítems con muy alta intercorrelación, pero eso muchas veces indica que son muy similares y por lo tanto, más que dar cuenta de la fiabilidad, lo que expresa es la infravaloración del constructo, al dejar fuera de representación componentes que, aún estando menos intercorrelacionados, sí son representativos del constructo que se quiere medir.

Por otra parte, de acuerdo con los datos indicados en el análisis factorial exploratorio, en relación con el porcentaje de varianza explicada, es de resaltar que un alto porcentaje de la misma es explicada por la solución factorial obtenida, en especial para la escala de Estado, donde los valores fueron superiores al 57% tanto para mujeres como para varones.

En cuanto al AFC, los resultados, permiten la comprobación de la estructura bifactorial tal como se había indicado mediante el procedimiento de análisis factorial exploratorio y de acuerdo con la propuesta teórica de Ritterband y Spielberger (1996), según la cual, los ítems del ST/DEP conforman dos subescalas independientes: Distimia y Eutimia.

El modelo de ajuste indica valores adecuados en los índices utilizados. Así, para el caso del S/DEP, todos los índices mostraron un nivel de ajuste adecuado (RMSEA y GFI) e incluso excelente (NFI y NNFI), con excepción del AGFI que estuvo por debajo del punto de corte (0,87), de acuerdo con los criterios de Browne y Cudeck (1993). Por lo tanto, y siguiendo las recomendaciones de Batista-Foguet y Coenders (2000), acerca de la precaución a la hora de tomar decisiones sobre el ajuste de un modelo, sugiriendo la utilización de varios índices, antes que en función de un único criterio y considerando que el NNFI es estimado como uno de los índices más relevante (Marsh, Balla y Hau, 1996), y que también el GFI y el NFI, así como el índice RMSEA mostraron valores adecuados,

puede concluirse cómo la estructura interna presentada es consistente con la predicha en el plano teórico.

Por su parte, con respecto a la escala de Rasgo, la totalidad de los índices empleados mostraron valores de ajuste entre adecuados (superiores a 0,90 para el AGFI, NNFI y NFI y menor de 0,08 en el caso de RMSEA) e incluso excelente, para el caso de GFI (superior a 0,95), de acuerdo con Browne y Cudeck (1993).

Teniendo en cuenta, conjuntamente, todos los índices usados para este análisis confirmatorio, y recordando la insistencia de algunos autores acerca de la consideración del NNFI como el índice de referencia y de mayor importancia para concluir sobre el ajuste del modelo sometido a prueba (Marsh et al. 1996), puede concluirse que la estructura interna del TDEP se ve confirmada a través de los distintos índices analizados y, de la misma manera que con el S/DEP, los resultados permiten continuar con los siguientes estudios de validación cruzada y de búsqueda de evidencias de validez externa.

### **C. Validez convergente y discriminante de los ítems del ST/DEP**

Los resultados presentados anteriormente aportan evidencias de validez al ST/DEP al confirmar las relaciones predichas entre depresión, ansiedad e ira en la dirección planteada en el apartado 4.6. Así, se muestra la validez convergente del ST/DEP con el BDI y el CBD. Las altas correlaciones encontradas permiten concluir la estrecha relación entre las puntuaciones de los tres cuestionarios. En la misma línea, aunque las correlaciones fueron altas y significativas en ambas escalas (Estado y Rasgo), es de indicar que los valores fueron mayores en el caso de la escala de Rasgo, lo cual podría estar indicando, en el caso del BDI y tal como lo indicaran Beck y Steer (1993) y Vázquez y Sáenz (1997, 1999), la capacidad del inventario para evaluar características más estables dentro de la depresión, y en este caso, por lo tanto, más cercanas a la idea de rasgo. Sin embargo, y de acuerdo con Dozois et al. (1998) y Spielberger et al. (2002a, 2002b), también podría entenderse la presencia de altas y significativas correlaciones entre el BDI y el ST/DEP como una evidencia del carácter confuso del primero para evaluar de manera diferenciada, entre rasgo y estado, en especial por la formulación de la escala de respuesta cuyo carácter temporal indica más propiamente la medición de un estado que de un tipo de predisposición más duradera.

Con respecto al CBD, los datos permiten indicar también altas correlaciones con las medidas de estado y de rasgo, lo cual puede entenderse en función de la escala de respuesta utilizada, de tal forma, que probablemente, cuando las respuestas se centran en el período

de tiempo de días y semanas, se estaría indicando una medida de estado y cuando las respuestas se centran en la escala de meses y años, se estaría evaluando un rasgo más estable.

Por otro lado, los resultados obtenidos con el STAI, tanto para con el S/DEP como con el T/DEP, apoyan la idea de Spielberger (1983) acerca de la tendencia de las personas con depresión a puntuar alto en las medidas de ansiedad. Esto podría explicar las altas correlaciones observadas, con valores que superan incluso, los obtenidos con las medidas de depresión. Sin embargo, no puede olvidarse también que dadas las características del STAI, algunos de cuyos ítems reflejan un contenido más cercano a la depresión que a un trastorno de ansiedad, lo que podría suceder es que en ambas pruebas se solapen los contenidos, dando cuenta de la dificultad ya suficientemente documentada para establecer diagnósticos diferenciales entre depresión y algunos trastornos de ansiedad, en especial con la ansiedad generalizada (Beuke et al., 2003; Frances, 1990; Katon and Roy-Byrne, 1991; Levine et al., 2001; Ninan y Berger, 2001). Otra explicación alternativa podría encontrarse a partir de las observaciones de Clark et al. (1994); Clark y Watson (1988, 1991, 2003); Watson y Clark (1984, 1991); Watson et al. (1984); Watson, Clark y Carey (1988), en relación con la presencia de un componente común a los trastornos de ansiedad y depresión (la afectividad negativa) y que daría cuenta del solapamiento de los síntomas. De tal forma, que buena parte de los cuestionarios disponibles en la actualidad, para evaluar la depresión, contendrían un significativo número de ítems que evalúan este aspecto y, por tanto, son sensibles para evaluar tanto el componente afectivo de la ansiedad como el de la depresión.

Por otro lado Caci et al. (2003) plantean que la existencia de ítems ambiguos en las escalas de ansiedad y depresión puede ser otra explicación al solapamiento entre los cuadros clínicos. Así, hay ítems dentro de las escalas de ansiedad que pueden estar midiendo constructos de depresión y viceversa, lo cual explicaría las altas correlaciones entre el STAI y el ST/DEP en el caso que ocupa la presente investigación.

Por otro lado, en cuanto a las evidencias de validez divergente, los datos aportados por las correlaciones entre el STAXI-2 y el ST/DEP, indican las diferencias en la medición de estos dos constructos, aunque no puede olvidarse lo indicado en la investigación científica en relación con la presencia de ira en la depresión.

De acuerdo con las estimaciones previstas, las correlaciones fueron menores, aunque significativas y en la dirección esperada entre ambos cuestionarios. Destacan las altas correlaciones observadas entre el S/DEP y la subescala de Sentimiento de Ira, mientras que

dichos valores fueron menores con la subescala de Expresión Física de la Ira, confirmando lo descrito por Spielberger et al. (1995), en relación con la presencia de sentimientos de ira en la depresión, aunque muchas veces tiendan a permanecer ocultos. De ahí la estrecha relación con los valores obtenidos en la subescala de Expresión Interna de Ira, que en el presente estudio fueron especialmente altas en el caso de las mujeres. Estos datos confirman los hallazgos de Newman et al. (1999), con respecto a la mayor propensión de las mujeres a internalizar la expresión de la ira como consecuencia, en gran medida, de los roles sociales de género, que ven poco femenina, la expresión de este tipo de emociones. En cambio, los varones obtuvieron puntuaciones más altas en la escala de Expresión Externa de la Ira tal como se ha reportado en el estudio de Newman et al. (1999). También es de indicar que en cuanto a las correlaciones entre el T/DEP y la escala de Rasgo de Ira, los valores mayores, para el caso de las mujeres, se encontraron con la subescala de Temperamento de Ira, mientras que para los varones las correlaciones más altas se encontraron con la subescala de Reacción de Ira. Estos resultados siguen la línea de lo observado con respecto al S/DEP y sus relaciones con la escala de Estado de Ira, según los cuales, aunque tanto varones como mujeres experimentan la ira como emoción, difieren fundamentalmente, en la forma de expresión de la misma, siendo las últimas, más propensas a internalizar la emoción.

Otro aspecto a resaltar de los resultados obtenidos entre el ST/DEP y el STAXI-2 son las relaciones encontradas con las subescalas de Expresión y Control de la Ira, cuyos valores, como se ha indicado, fueron altos y significativos tanto para el S/DEP como para el T/DEP, pero, sin embargo, mayores con este último, sugiriendo una mayor asociación de estas subescalas con rasgos más estables. Para el caso de la Expresión Interna, esto iría en la línea de lo descrito por Newman et al. (1999) sobre el factor de internalización de la ira y la propensión a desarrollar síntomas de depresión y también confirmaría los hallazgos de Troisi y D'Argenio (2004), sobre la fuerte asociación entre la depresión recurrente y las medidas de Rasgo de Ira.

En conclusión, los datos aportados anteriormente, permiten demostrar las adecuadas propiedades psicométricas del ST/DEP, el cual se constituye en una herramienta breve y útil para evaluar distintos niveles de afectación en la depresión, sin olvidar la necesidad de realizar procesos diagnósticos que integren distintas técnicas. En la misma línea y a pesar de la evidencia aportada sobre la estructura interna se sugiere la realización de procesos de validación cruzada con el objetivo de someter a prueba empírica la estabilidad de dicha estructura considerando su variabilidad a través de las muestras

empleadas. Por último, los resultados de las correlaciones entre los ítems del ST/DEP, así como de las puntuaciones totales y las demás medidas empleadas dan cuenta de algunas evidencias de validez externa del ST/DEP, sugiriendo la utilidad del mismo para evaluar la depresión en cuanto identifica los ítems que mejor se correlacionan con el constructo de depresión en función de otros criterios. No obstante, se sugieren futuros estudios con otras medidas y otras muestras, que permitan confirmar los hallazgos aquí indicados. Concretamente, y dada la confluencia entre el ST/DEP y el STAI, sería conveniente llevar a cabo un estudio comparando los resultados con la Escala PANAS como medida útil para estimar la medición en ambos cuestionarios, del componente de afectividad negativa y aportar, de esta manera, los datos que apoyen la capacidad del ST/DEP para evaluar, de manera diferencial, la depresión de la ansiedad.

## **7.4. ESTUDIOS 2 Y 3: VALIDACIÓN CRUZADA DEL ST/DEP: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS CON UNA MUESTRA DE UNIVERSITARIOS Y UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES**

### **7.4.1. Introducción**

Dentro del proceso de creación o adaptación de instrumentos de medición, una fase fundamental, aunque muchas veces descuidada, es la verificación de la estructura interna. Aunque como ya se ha señalado previamente, la técnica que con mayor frecuencia se ha utilizado para este propósito es el análisis factorial, mediante la utilización de procesos exploratorios, los cuales son útiles como una primera aproximación (Carretero-Dios y Pérez, en prensa). No obstante, y como paso posterior, se requiere el empleo de técnicas de replicación con el objetivo de interpretar los resultados en cuanto a la dimensionalidad del cuestionario se refiere. Este aspecto es fundamental, sobre todo porque no puede olvidarse que el análisis factorial es un procedimiento matemático que, por lo tanto, carece de significado psicológico, de tal forma que la determinación de factores o dimensiones de un cuestionario inferidas únicamente a partir de la agrupación ofrecida por las correlaciones arrojadas por el análisis factorial exploratorio, resulta ser poco rigurosa y sobre todo vacía de valor conceptual (Carretero-Dios y Pérez, en prensa).

De acuerdo con lo anterior, es la indagación teórica la que debe guiar el proceso de conformación de las dimensiones que se espera que conformen un cuestionario y por lo tanto, el análisis factorial debe dirigirse a confirmar si la estructura empírica se corresponde con la teórica. Para este objetivo, el procedimiento más adecuado es el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), aunque su uso sigue siendo relativamente restringido (Batista-Foguet, Coenders y Alonso, 2004).

Otro aspecto que justifica la realización de análisis factoriales confirmatorios, con distintas muestras, es la variabilidad de la estructura interna en función del tipo de muestra empleada, de tal forma, que la mejor manera para verificar si dicha estructura se mantiene, es decir, si es congruente y similar, es mediante la utilización de la validación cruzada. En la presente investigación este aspecto cobra especial relevancia puesto que el análisis de la estructura interna se llevó a cabo con la misma muestra con la que se realizó el análisis de ítems, de tal manera, que los datos se esperan coherentes en la dirección del comportamiento psicométrico de los ítems para dicha muestra.

Los estudios previos con el ST/DEP con muestras españolas, han seguido los procedimientos de la versión original de Ritterband y Spielberger (1996) y Spielberger et al. (2003), en los cuales se emplearon procedimientos exploratorios cuyos resultados se han comentado previamente. Sin embargo, y dado que desde la construcción misma de la escala, se planteaba la presencia de dos factores claramente diferenciados (Distimia y Eutimia), como componentes de la escala, el procedimiento a seguir es la comprobación de dicha estructura bifactorial con muestras diferentes a la utilizada en el proceso de análisis de ítems, con el objetivo de verificar si dicha estructura se mantiene a pesar de la variabilidad de la muestra.

Por tanto, en el presente estudio se procederá a realizar el AFC siguiendo el modelo de ecuaciones estructurales (SEM), sobre dos muestras diferentes: una muestra de adolescentes y una muestra de estudiantes universitarios.

#### **7.4.2. Estudio 2: Validación cruzada del ST/DEP con una muestra de estudiantes universitarios**

##### **7.4.2.1. Método**

###### **7.4.2.1. 1. Tipo de estudio**

El presente trabajo corresponde a un estudio es de tipo Instrumental, de acuerdo con la clasificación propuesta por Montero y León (2005). En cuanto a la estructura general del texto se siguen los criterios planteados por Bobenrieth (2002). Esta investigación se ajusta a los criterios del Colegio Oficial de Psicólogos y la Comisión Internacional de Test (TIC) (2000) y la normativa de AERA, APA, NCME (1999) y Eignor (2001), en cuanto a la construcción de test psicológicos y educativos.

###### **7.4.2.1.2. Participantes**

La muestra estuvo compuesta por 400 estudiantes universitarios de distintas licenciaturas, de los cuales 133 eran varones y 267 mujeres con edades comprendidas entre los 19 y los 38 años. La media de edad para los varones fue 21,62 y la desviación típica fue 3,65, con un rango entre 18 y 38. Para las mujeres la media de edad fue 21,13 y la desviación típica fue 2,95, con un rango entre 19 y 34 años.



#### **7.4.2.1.3. Instrumentos**

Los instrumentos utilizados en el presente estudio fueron los mismos empleados en el estudio 1. Dichos instrumentos fueron:

- Inventario de Depresión de Beck, BDI, (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983).
- Cuestionario Básico de Depresión (Peñate, 2001).
- Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo, STAI (Spielberger, 1983)
- Inventario de Expresión de Ira, STAXI-2 (Miguel Tobal et al., 2001).

Por su parte, con respecto al ST/DEP, en este estudio y los posteriores se utilizó la versión definitiva resultante de los análisis descritos en el estudio 1. Dicho cuestionario está compuesto por 10 ítems como se especifica a continuación.

#### ***- Versión definitiva del Cuestionario de Depresión Estado/Rasgo (ST/DEP)***

Dado que el objetivo del análisis de ítems era depurar la versión experimental limitando al mínimo posible la cantidad de ítems de la versión definitiva del ST/DEP, las especificaciones generales del test se mantienen así como las instrucciones para responder el cuestionario de acuerdo con la escala (rasgo y estado) y sólo se modifican las especificaciones de los ítems como se muestra a continuación.

#### ***Especificaciones de los ítems***

Tras el análisis de ítems y la observación del comportamiento de los mismos en la solución factorial, se fueron eliminando aquellos con menores propiedades psicométricas y/o aquellos que teóricamente se consideraban menos representativos del constructo, quedando la escala conformada por 20 ítems, 10 para Estado y 10 para Rasgo distribuidos en las dos subescalas de Distimia y Eutimia (5 ítems para cada una).

Los ítems seleccionados fueron:

***Distimia Estado:*** pena (1), decaimiento (2), desdicha (3), hundimiento (4) y tristeza (5).

***Eutimia Estado:*** bienestar (1), ánimo (2), contento (3), entusiasmo (4) y energía (5).

***Distimia Rasgo:*** desgracia (1), decaimiento (2), desgana (3), hundimiento (4) y tristeza (5).

***Eutimia Rasgo:*** disfrutar de la vida (1), plenitud (2), dicha (3), esperanza en el futuro (4) y energía (5).

#### **7.4.2.1.4. Procedimiento**

La muestra fue obtenida mediante un muestreo incidental, a través del contacto con profesores de distintas áreas del conocimiento de varias universidades españolas (Universidad de Vigo, Universidad Autónoma de Barcelona, Universidad de Valencia, Universidad de Granada y Universidad Complutense de Madrid). La recolección de los datos se realizó a través de varios investigadores quienes recibieron las mismas instrucciones para la aplicación de los cuestionarios, previa información a los participantes acerca de la investigación y el carácter voluntario de participación, de acuerdo con las instrucciones incluidas en el cuadernillo (ver anexo 3). En todos los casos fueron aplicaciones colectivas dentro de las aulas de clase.

Los análisis estadísticos se realizaron a través de los paquetes estadísticos SPSS 12 (*Statistical Package for the Social Sciences*) y LISREL (Du Toit, Du Toit, Jöreskog y Sörbom, 1999).

#### **7.4.2.1.5. Resultados**

El procedimiento empleado para el AFC fue el de ecuaciones estructurales mediante el programa LISREL (Du Toit et al., 1999). Tras la comprobación de que los ítems no siguen una distribución normal multivariante, se eligió como método de estimación el denominado Mínimos Cuadrados no Ponderados (llamado *USL* en el programa LISREL). Este estimador es el recomendado para los casos en los que la muestra tiene entre 200 y 500 participantes, y está trabajándose con variables ordinales que no siguen una distribución normal multivariante (Batista-Foguet y Coenders, 2000).

Al igual que en el estudio con muestra de población general, las medidas globales de ajuste que se emplearán en el presente estudio son el RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*) GFI (*Goodness of Fit Index*), AGFI (*Adjusted Goodness of Fit Index*), NFI (*Normed Fit Index*) y NNFI (*No-normed Fit Index*). De acuerdo con Browne y Cudeck (1993), para concluir sobre el ajuste de los modelos, los valores de GFI y AGFI iguales o superiores a 0,90 serían indicativos de un ajuste adecuado, y los situados por encima de 0,95, señalarían un ajuste excelente. Para las estimaciones a través de NFI, NNFI y RMSEA, se considera que el modelo se ajusta adecuadamente cuando se obtienen valores de 0,90 o superiores para el caso de NFI y NNFI (Bollen y Long, 1993), y de 0,08 o inferiores para RMSEA (Browne y Cudeck, 1993), indicando un ajuste excelente valores superiores a 0,95 de NFI y NNFI, e inferiores a 0,05 de RMSEA (Tanaka, 1993).

Con respecto a la estimación de la fiabilidad, se utilizará como criterio el alfa de Cronbach, como se ha venido utilizando hasta el momento en los estudios previos con el ST/DEP.

Los resultados se presentan de manera diferenciada para las dos escalas del ST/DEP (Estado y Rasgo).

### ***Escala de Estado (S/DEP)***

En las tablas 7.11 y 7.12 se muestran las medias, desviaciones típicas y coeficientes alfa para el S/DEP, tanto para la muestra conjunta como diferenciada por sexo.

De acuerdo con los datos, en la tabla 7.11 se puede observar que la media de la subescala de Eutimia (13,89) es superior a la de Distimia (8,37), lo cual puede entenderse considerando que la muestra analizada no es clínica. Estos datos se corroboran en la tabla 7.12 donde el análisis por sexo indica que en la subescala de Distimia las puntuaciones son mayores para las mujeres (7,54), llegado incluso a ser significativas ( $p < 0,05$ ). En cambio en las subescala de Eutimia las puntuaciones son significativas ( $p < 0,001$ ) y mayores para el caso de los varones (14,66). Para el total de la escala, las diferencias también fueron significativas entre varones y mujeres, siendo los primeros los que obtuvieron las mayores puntuaciones (23,15).

Por su parte, en la tabla 7.11 también se presentan los datos de fiabilidad, con valores de 0,77 para la subescala de Distimia y 0,86 para la subescala de Eutimia. Mientras que los datos de fiabilidad, diferenciados por sexo, muestran valores para la subescala de Distimia de 0,78 y 0,76 para varones y mujeres, respectivamente, mientras para la subescala de Eutimia fueron de 0,83 para los varones y 0,87 para las mujeres.

**Tabla 7.11. Medias, Desviaciones Típicas y coeficiente Alfa para el S-DEP (Distimia y Eutimia y Total) con una muestra de estudiantes universitarios (n=400)**

	Media	Desviación típica	Coefficiente alfa
S-DEP Distimia	8,37	2,69	0,77
S-DEP Eutimia	13,89	3,69	0,86
S-DEP Total	22,94	7,86	-----

**Tabla 7.12. Media, Desviación típica, coeficiente Alfa y valor de F para el S-DEP (Distimia y Eutimia y Total) por sexo, con una muestra de estudiantes universitarios (n=400)**

		Media	Desviación Típica	Coeficiente Alfa	F Sig.
S-DEP Distimia	Varones	7,04	2,70	0,78	4,80*
	Mujeres	7,54	2,67	0,76	
S-DEP Eutimia	Varones	14,66	3,54	0,83	8,69**
	Mujeres	13,51	3,71	0,87	
S-DEP Total	Varones	23,15	8,38	-----	5,30*
	Mujeres	22,81	7,54		

F: Valor de F; Sig: Nivel de significación: \* p< 0,05, \*\* p< 0,001

Con respecto al AFC, en la tabla 7.13 se presentan los valores correspondientes a los índices globales de ajuste, según los cuales sólo el RMSEA muestra un valor inadecuado (0,19), los demás índices muestran niveles de ajuste excelente, indicados por ejemplo, en el valor de GFI y AGFI de 0,97 y 0,95, respectivamente, y en los valores de NFI y NNFI de 0,96 para ambos casos. Por lo tanto y siguiendo las indicaciones de Batista-Foguet y Coenders (2000), se puede concluir sobre el ajuste del modelo factorial, puesto que los índices empleados son independientes entre sí y la bondad de ajuste se estima considerando índices que toman en consideración aspectos diferentes del modelo.

Por su parte, en la gráfica 3 se puede observar el *path diagram* resultante del AFC llevado a cabo. Como puede apreciarse, las relaciones que unen a cada ítem con su respectivo factor oscilan entre 0,71 y 0,89, para la subescala de Distimia y entre 0,68 y 0,90 para la subescala de Eutimia, mientras que la intercorrelación entre ambos factores fue de – 0,84.

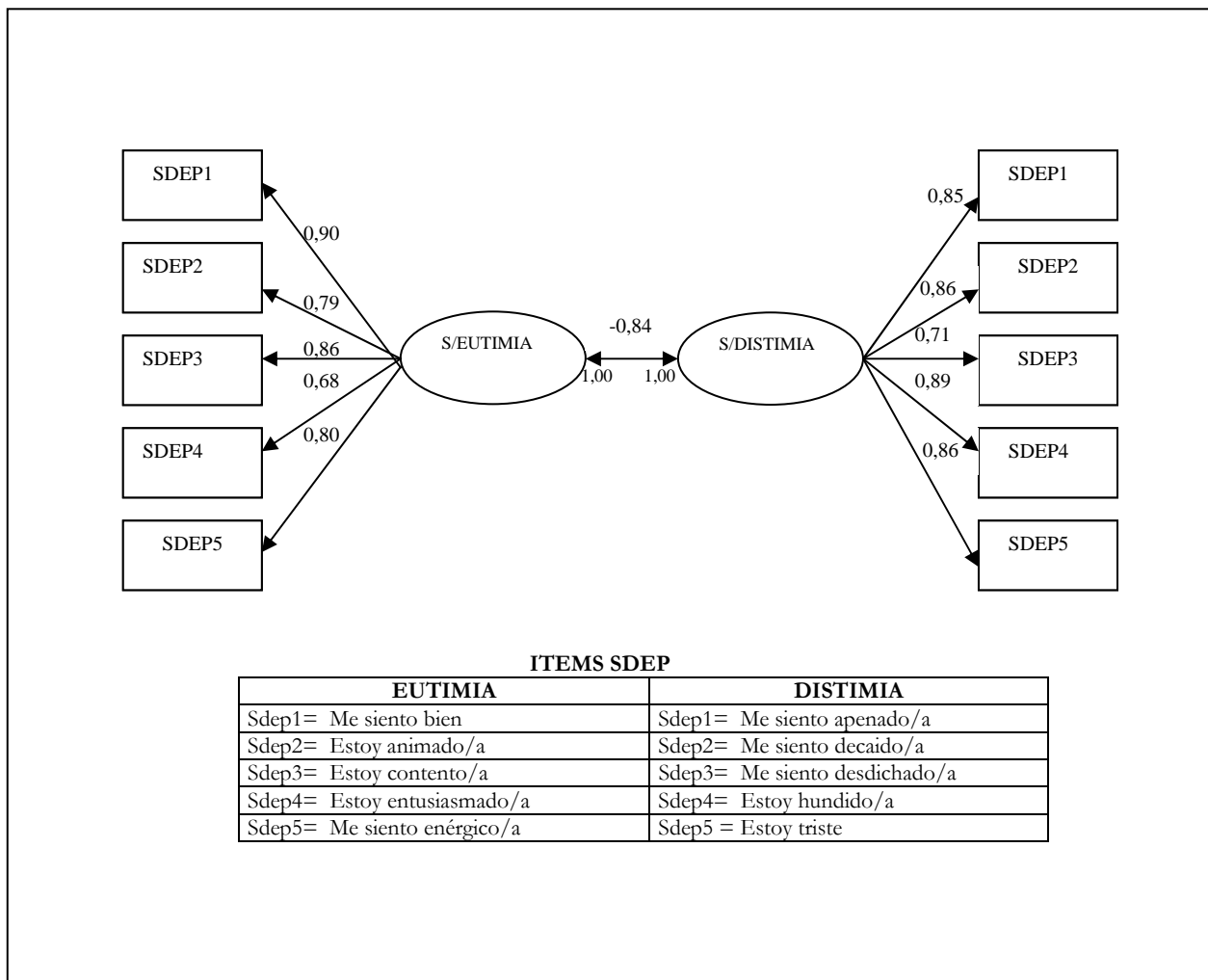
**Tabla 7.13. Modelo de Indices de Ajuste para el S/DEP con una muestra de estudiantes universitarios (n=400)**

	$\chi^2$	gl	RMSEA	GFI	AGFI	NFI	NNFI
<b>SEP</b>	568,47	34	0,19	0,97	0,95	0,96	0,96

$\chi^2$ = Chi cuadrado; RMSEA= error cuadrático medio de aproximación; GFI= índice de bondad de ajuste; AGFI= índice ajustado de bondad de ajuste; NFI= Índice de ajuste normado; NNFI= índice de ajuste no normado.

Figura 3

**DIAGRAMA DEL MODELO ESTADO (S-DEP)(MUESTRA UNIVERSITARIOS N= 400)  
(SOLUCIÓN ESTANDARIZADA)**



**ITEMS SDEP**

<b>EUTIMIA</b>	<b>DISTIMIA</b>
Sdep1= Me siento bien	Sdep1= Me siento apenado/a
Sdep2= Estoy animado/a	Sdep2= Me siento decaído/a
Sdep3= Estoy contento/a	Sdep3= Me siento desdichado/a
Sdep4= Estoy entusiasmado/a	Sdep4= Estoy hundido/a
Sdep5= Me siento enérgico/a	Sdep5 = Estoy triste

***Escala de Rasgo (T/DEP)***

En las tablas 7.14 y 7.15 se presentan los descriptivos del T/DEP, tanto para la muestra conjunta como diferenciada por sexo y en función de cada subescala (Distimia y Eutimia) y con la puntuación total, así como los coeficientes de fiabilidad mediante el cálculo del alfa de Cronbach.

Como puede observarse en la tabla 7.14, la media de la subescala de Eutimia (14,32) es bastante mayor que la Distimia (7,87) para el total de la muestra y también en la muestra diferenciada por sexo, mostrando diferencias significativas ( $p < 0,05$ ), siendo, como en la escala de Estado, mayores las puntuaciones en Distimia para las mujeres (8,16) y en Eutimia, para los varones (14,86). También en la puntuación total, las diferencias fueron significativas, siendo las mujeres las que obtuvieron las puntuaciones más altas (30,14), a diferencia de lo observado en la escala de Estado donde las mayores puntuaciones totales fueron obtenidas por los varones.

Por su parte, en la tabla 7.14 también se indican los datos de fiabilidad para la muestra conjunta, siendo de 0,81 para la subescala de Distimia y 0,82 para la subescala de Eutimia. Por sexo, en la tabla 7.15 se muestra que para la subescala de Distimia, los valores de alfa fueron de 0,78 y 0,81, para varones y mujeres, respectivamente y de 0,79 para varones y 0,84 para mujeres en la subescala de Eutimia.

**Tabla 7.14. Medias, Desviaciones Típicas y coeficientes alfa para el T-DEP (Distimia, Eutimia y Total) con una muestra de estudiantes universitarios (n=400)**

	Media	Desviación típica	Coefficiente alfa
T-DEP Distimia	7,87	2,63	0,81
T-DEP Eutimia	14,32	3,41	0,82
T-DEP Total	29,28	8,34	-----

**Tabla 7.15. Media, Desviación típica, coeficiente Alfa y valor de F para el T-DEP (Distimia y Eutimia y Total) por sexo, con una muestra de estudiantes universitarios (n=400)**

		Media	Desviación Típica	Coefficiente Alfa	F Sig.
T-Dep Distimia	Varones	7,30	2,47	0,78	9,51*
	Mujeres	8,16	2,66	0,81	
T-Dep Eutimia	Varones	14,86	3,34	0,79	6,14*
	Mujeres	14,04	3,42	0,84	
T-Dep Total	Varones	27,59	7,88	-----	8,36*
	Mujeres	30,14	8,45		

F: Valor de F; Sig: Nivel de significación: \*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,001$

Por otra parte, los resultados del AFC que se presentan en la tabla 7.16. permiten observar índices de ajuste del modelo con valores excelentes (por encima del punto de corte superior, de acuerdo con Bollen y Long, 1993; Tanaka, 1993), en el caso de los índices GFI, AGFI, NFI y NNFI, cuyo valor fue de 0,99 en todos los casos. En cambio, el RMSEA mostró un valor inadecuado (0,09), según lo sugerido por Browne y Cudeck (1993), indicando un ajuste excelente valores superiores a 0,95 de NFI y NNFI, e inferiores a 0,05 de RMSEA (Tanaka, 1993). En este caso, al igual que en la escala de Estado, la decisión sobre la bondad de ajuste del modelo se toma en función de la totalidad de los criterios, con lo cual y a pesar del valor de RMSEA, puede concluirse favorablemente sobre la consistencia del T/DEP con la muestra universitaria, haciendo pertinentes los siguientes análisis.

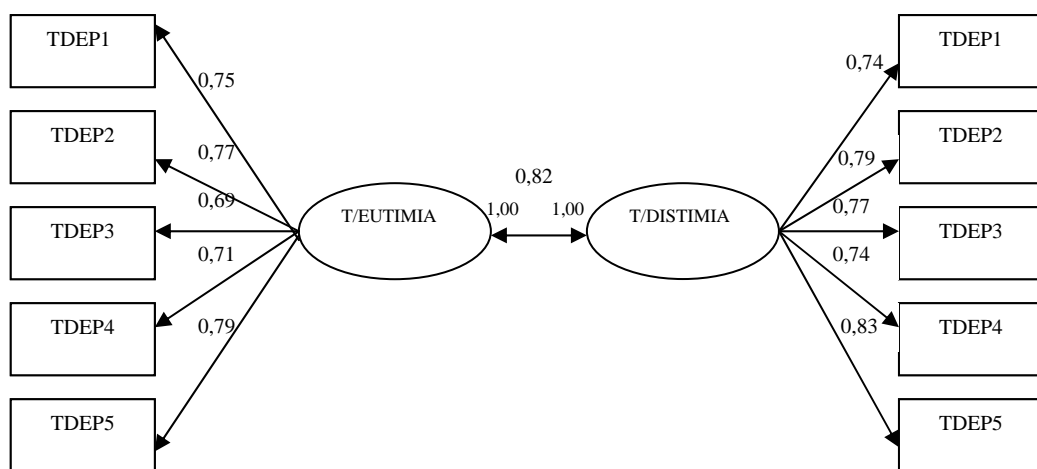
Por último, en la Figura 5 se muestra el *path diagram* que representa el AFC realizado. Como puede observarse los ítems se encuentran altamente intercorrelacionados, con valores que oscilan entre 0,74 y 0,83, para la subescala de Distimia, mientras que los de Eutimia, muestran valores de intercorrelación entre 0,69 y 0,79. La correlación entre ambos factores (Distimia y Eutimia) fue de 0,82.

**Tabla 7.16. Modelo de Índices de Ajuste para el T/DEP con una muestra de estudiantes universitarios (n=400)**

	$\chi^2$	gl	RMSEA	GFI	AGFI	NFI	NNFI
<b>TDEP</b>	146,69	34	0,09	0,99	0,99	0,99	0,99

$\chi^2$ = Chi cuadrado; RMSEA= error cuadrático medio de aproximación; GFI= índice de bondad de ajuste; AGFI= índice ajustado de bondad de ajuste; NFI= Índice de ajuste normado; NNFI= índice de ajuste no normado.

Figura 4  
 DIAGRAMA DEL MODELO RASGO (T-DEP) (MUESTRA UNIVERSITARIOS N=400)  
 (SOLUCIÓN ESTANDARIZADA)



ITEMS TDEP

EUTIMIA		DISTIMIA	
Tdep1=	Disfruto de la vida	Tdep1=	Me siento desgraciado/a
Tdep2=	Me siento pleno/a	Tdep2=	Estoy decaído/a
Tdep3=	Me siento dichoso/a	Tdep3=	No tengo ganas de nada
Tdep4=	Tengo esperanzas sobre el futuro	Tdep4=	Estoy hundido/a
Tdep5=	Me siento enérgico/a	Tdep5=	Estoy triste



### **7.4.3. Estudio 3: validación cruzada del ST/DEP con una muestra de adolescentes**

#### **7.4.3.1. Método**

##### **7.4.3.1.1. Tipo de estudio**

El estudio que se presenta aquí es de tipo Instrumental, según la clasificación propuesta por Montero y León (2005) y se ajusta a los criterios del Colegio Oficial de Psicólogos y la Comisión Internacional de Test (TIC) (2000) y la normativa de AERA, APA, NCME (1999) y Eignor (2001), en cuanto a la construcción de test psicológicos y educativos. La estructura general del texto sigue los criterios planteados por Bobenrieth (2002).

##### **7.4.3.1.2. Participantes**

La muestra estuvo compuesta por 430 adolescentes pertenecientes a centros de educación pública y privada de Córdoba y Granada. Dentro de la muestra se encontraron 183 varones y 247 mujeres. La media de edad para varones fue 15,38 y la desviación típica fue 1,75, con un rango entre 13 y 18 años. Para mujeres la media fue de 15,79 y la desviación típica fue 1,79, con un rango entre 13 y 18 años.

##### **7.4.3.1.3. Instrumentos**

Para el presente estudio se utilizaron los mismos instrumentos que en el estudio con estudiantes universitarios, incluida la versión definitiva del ST/DEP (el cuadernillo con las instrucciones de aplicación puede consultarse en el anexo 3 y la versión definitiva del ST/DEP, en el anexo 8). Dichos instrumentos fueron:

- ST/DEP (versión definitiva)
- Inventario de Depresión de Beck, BDI, (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983).
- Cuestionario Básico de Depresión (Peñate, 2001).
- Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo, STAI (Spielberger, 1983)
- Inventario de Expresión de Ira, STAXI-2 (Miguel Tobal et al., 2001).

#### **7.4.3.1.4. Procedimiento**

La muestra fue recogida por dos investigadoras, ambas entrenadas en las mismas condiciones con el fin de disminuir el riesgo de sesgos debido a la situación de la aplicación. Los adolescentes respondieron a los cuestionarios en las horas de clase, de tal forma que la aplicación fue colectiva. Previamente se obtuvo la autorización por parte de las directivas de los centros y se hizo la presentación de los objetivos de la investigación haciendo énfasis en el carácter voluntario de participación, tal como se indica en las instrucciones iniciales del cuestionario (ver anexo 3).

El procesamiento estadístico de los datos se realizó mediante la utilización del SPSS 12 (*Statistical Package for the Social Sciences*) y LISREL (Du Toit, Du Toit, Jöreskog y Sörbom, 1999).

#### **7.4.3.1.5. Resultados**

El análisis factorial confirmatorio se llevó a cabo mediante el modelo de ecuaciones estructurales y a través del programa LISREL (Du Toit et al., 1999). El método de estimación elegido fue el de Mínimos Cuadrados no Ponderados (USL), dado que los ítems no siguen una distribución multivariante y, además, considerando el tamaño de la muestra, que se acoge a lo planteado por Batista-Foguet y Coenders (2000), quienes estiman que este el modelo más adecuado con muestras entre 200 y 500 participantes.

Las medidas globales de ajuste empleadas en este estudio son las mismas de los estudios precedentes, es decir, se utilizarán el RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*) GFI (*Goodness of Fit Index*), AGFI (*Adjusted Goodness of Fit Index*), NFI (*Normed Fit Index*) y NNFI (*No-normed Fit Index*). El ajuste de los modelos se determina, de acuerdo con Browne y Cudeck (1993), con valores de GFI y AGFI iguales o superiores a 0,90, los cuales serían indicativos de un ajuste adecuado, y los situados por encima de 0,95, señalarían un ajuste excelente. En cuanto al ajuste mediante el NFI, NNFI y RMSEA, se considera que el modelo se ajusta adecuadamente cuando se obtienen valores de 0,90 o superiores para el caso de NFI y NNFI (Bollen y Long, 1993), y de 0,08 o inferiores para RMSEA (Browne y Cudeck, 1993), indicando un ajuste excelente valores superiores a 0,95 de NFI y NNFI, e inferiores a 0,05 de RMSEA (Tanaka, 1993).

Con respecto a la estimación de la fiabilidad, tal como se ha venido realizando en los estudios previos, se recurrirá al cálculo del alfa de Cronbach.

Los resultados se presentan de manera diferenciada para las dos escalas del ST/DEP (Estado y Rasgo).

**Escala de Estado(S/DEP)**

En las tablas 7.17 y 7.1.8 se muestran los resultados de las medidas descriptivas del S/DEP junto con la estimación de la fiabilidad, tanto para la muestra conjunta como diferenciada por sexo. Tal como puede apreciarse en la tabla 7.17.7 y de manera similar a lo observado en la muestra de universitarios, la media para la subescala de Eutimia (14,46) fue superior a la de Distimia (7,42), tal como podría esperarse tratándose de una muestra no clínica. Por su parte, en la tabla 7.18, pueden observarse las diferencias de medias entre varones y mujeres, que para el caso de la Distimia, indican cómo las mujeres obtienen las puntuaciones más altas (7,74), ( $p < 0,05$ ), mientras que en la Eutimia, dichas puntuaciones fueron mayores para los varones (15,25), ( $p < 0,001$ ). También en la puntuación total los resultados fueron más altos y mostraron diferencias significativas (18,88), ( $p < 0,001$ ) a favor de las mujeres, contrario a lo observado en la escala Estado para la muestra de universitarios.

Por otra parte, en la tabla 7.17 también puede apreciarse el índice de fiabilidad del S/DEP para la muestra conjunta, con valores de 0,83 y 0,85 para las subescalas de Distimia y Eutimia, respectivamente. Por sexo, en Distimia, el valor de alfa para las mujeres fue de 0,85 y para los varones de 0,79, mientras que para la subescala de Eutimia, los valores fueron de 0,87 y 0,82 para mujeres y varones, respectivamente.

**Tabla 7.17. Medias, Desviaciones Típicas y coeficiente Alfa para el S-DEP (Distimia, Eutimia y Total) con una muestra de adolescentes (n=430)**

	Media	Desviación típica	Coeficiente alfa
S-DEP Distimia	7,42	2,93	0,83
S-DEP Eutimia	14,46	3,53	0,85
S-DEP Total	18,02	5,83	-----

**Tabla 7.18. Medias, Desviaciones típicas, coeficientes Alfa y valor de F para el S-DEP (Distimia, Eutimia y Total) por sexo, con una muestra de adolescentes (n=430)**

		Media	Desviación Típica	Coeficiente Alfa	F Sig.
S-DEP Distimia	Varones	6,94	2,66	0,79	3,93*
	Mujeres	7,74	3,06	0,85	
S-DEP Eutimia	Varones	15,25	3,33	0,82	8,25**
	Mujeres	13,90	3,57	0,87	
S-DEP Total	Varones	16,78	5,17	-----	7,03**
	Mujeres	18,88	6,09		

F: Valor de F; Sig: Nivel de significación: \*  $p < 0,05$   $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,001$

Con relación al AFC, el valor de los índices empleados puede observarse en la tabla 7.19. Así, puede indicarse, que tal como ya se había señalado en el caso de la muestra de universitarios, también para los adolescentes el valor del RMSEA resultó inadecuado (0,12), de acuerdo con lo sugerido por Browne y Cudeck (1993), mientras los demás índices (GFI, AGFI, NFI y NNFI), mostraron un nivel de ajuste excelente (0,99 en todos los casos), siguiendo los criterios de Bollen y Long (1993). Así, puede considerarse que en conjunto, el modelo muestra un nivel de ajuste adecuado a pesar del valor de RMSEA.

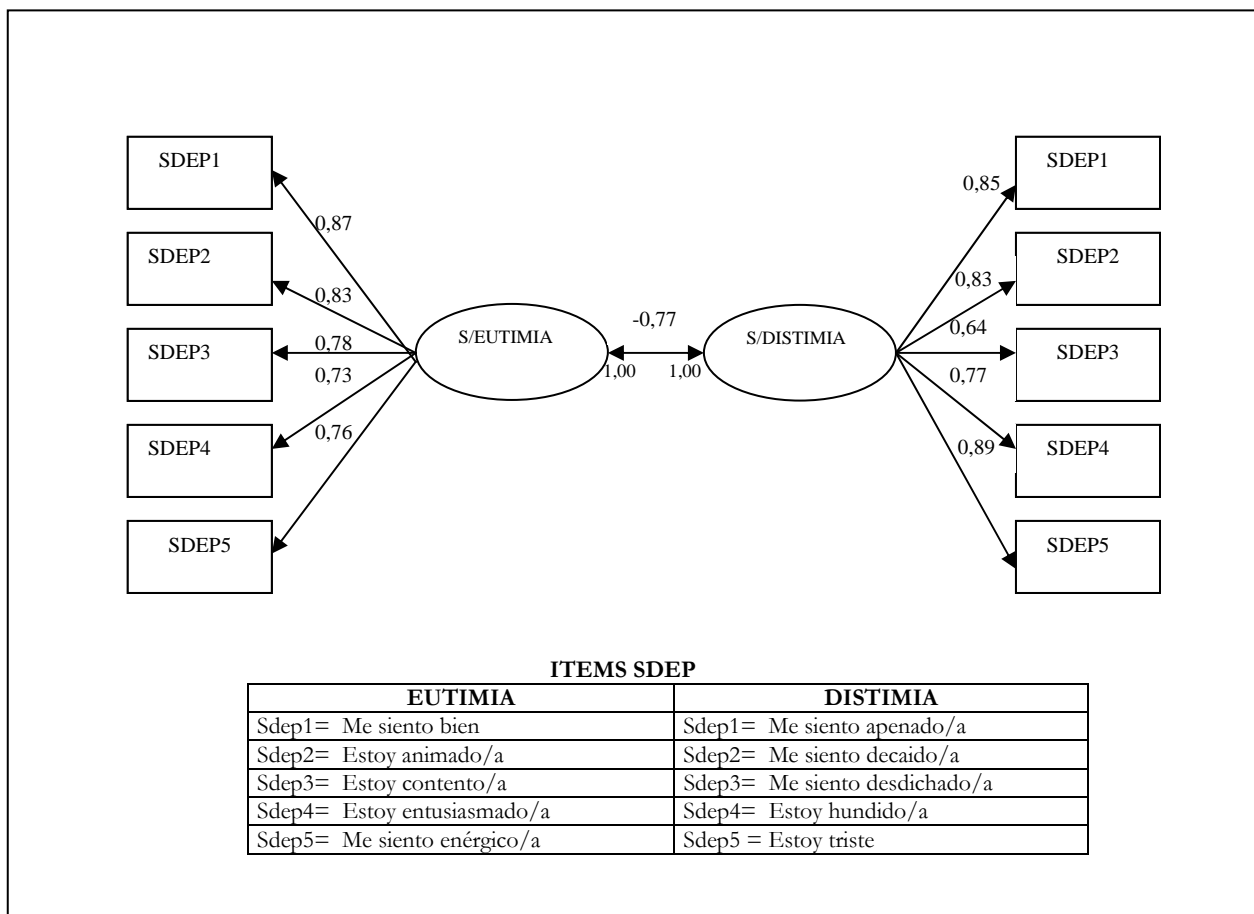
Finalmente, en la figura 5 se muestra el *path diagram* correspondiente al AFC. Los datos representados en la figura permiten comprobar la alta intercorrelación entre los ítems de cada factor, con valores entre 0,64 y 0,89, para la subescala de Distimia, y entre 0,73 y 0,87, para la subescala de Eutimia. La correlación entre ambos factores fue de  $-0,77$ .

Tabla 7.19. Modelo de Índices de Ajuste para el S/DEP

	$\chi^2$	gl	RMSEA	GFI	AGFI	NFI	NNFI
SEP	237,93	34	0,12	0,99	0,99	0,99	0,99

$\chi^2$ = Chi cuadrado; RMSEA= error cuadrático medio de aproximación; GFI= índice de bondad de ajuste; AGFI= índice ajustado de bondad de ajuste; NFI= Índice de ajuste normado; NNFI= índice de ajuste no normado.

Figura 5  
DIAGRAMA DEL MODELO ESTADO (S-DEP) (MUESTRA ADOLESCENTES N=430)  
(SOLUCIÓN ESTANDARIZADA)



**Escala de Rasgo (T/DEP)**

Los resultados de las medidas descriptivas del T/DEP con la muestra de adolescentes, se encuentran recogidos en las tablas 7.20 y 7.21, tanto para la muestra conjunta como para la muestra diferenciada por sexo y de acuerdo con las subescalas (Distimia y Eutimia) y para la puntuación total.

Tal como puede apreciarse en la tabla 7.20, la media de Eutimia es también mayor (14,13) que la distimia (8,30), al igual que en la escala de Estado y que en la muestra de universitarios, lo cual, como ya se ha indicado, puede explicarse por las características no clínicas de la muestra. Por su parte, en la tabla 7.21, se muestran las medias en las puntuaciones de las subescalas y de la escala total de acuerdo con el sexo y según las cuales, hay diferencias significativas en los tres niveles. Así, en el caso de la subescala de Distimia, las mayores puntuaciones fueron obtenidas por las mujeres (8,53), mientras que en la subescala de Eutimia el valor superior fue para los varones (14,78). En cuanto a la puntuación total, también hubo diferencias significativas, siendo las mujeres quienes obtuvieron la media superior (19,79), al igual que en la escala Estado de esta muestra y en la escala Rasgo de la muestra de universitarios.

Por otra parte, en la tabla 7.20 se muestran los datos de fiabilidad del T/DEP, siendo de 0,74 en la subescala de Distimia y 0,72 en la de Eutimia. De manera diferenciada por sexo, en la tabla 7.21, se indica cómo el valor del alfa de Cronbach fue de 0,66 para los varones y 0,79 para las mujeres, en el caso de la subescala de Distimia y de 0,66 y 0,79 para varones y mujeres respectivamente, en la subescala de Eutimia.

**Tabla 7.20. Medias, Desviaciones Típicas y coeficiente Alfa para el T-DEP (Distimia, Eutimia y Total) con una muestra de adolescentes (n=430)**

	Media	Desviación típica	Coefficiente alfa
T-DEP Distimia	8,30	2,76	0,74
T-DEP Eutimia	14,13	3,10	0,72
T-DEP Total	19,11	5,10	-----

**Tabla 7.21. Medias, Desviaciones típicas, coeficiente Alfa y valor de F para el T-DEP (Distimia, Eutimia y Total) por sexo, con una muestra de adolescentes (n=430)**

		Media	Desviación Típica	Coefficiente Alfa	F Sig.
T-DEP Distimia	Varones	7,93	2,93	0,66	3,26*
	Mujeres	8,53	2,85	0,79	
T-DEP Eutimia	Varones	14,78	2,88	0,66	6,93**
	Mujeres	13,66	3,19	0,76	
T-DEP Total	Varones	18,12	4,64	-----	5,10**
	Mujeres	19,79	5,35		

F: Valor de F; Sig: Nivel de significación: \*  $p < 0,05$   $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,001$

Por otro lado, los resultados del AFC llevado a cabo con la muestra de adolescentes, se recogen en la tabla 7.22. Los índices utilizados permiten concluir acerca de la bondad de ajuste del T/DEP con esta muestra. Así, el RMSEA mostró un valor de 0,07, considerado indicativo de buen ajuste de acuerdo con Browne y Cudeck (1993). En la misma línea, los índices de GFI y AGFI con valores de 0,99 y 0,98, respectivamente, así como los de NFI y NNFI (0,98 y 0,99, respectivamente) indican un ajuste excelente, en relación con lo indicado por Bollen y Long (1993).

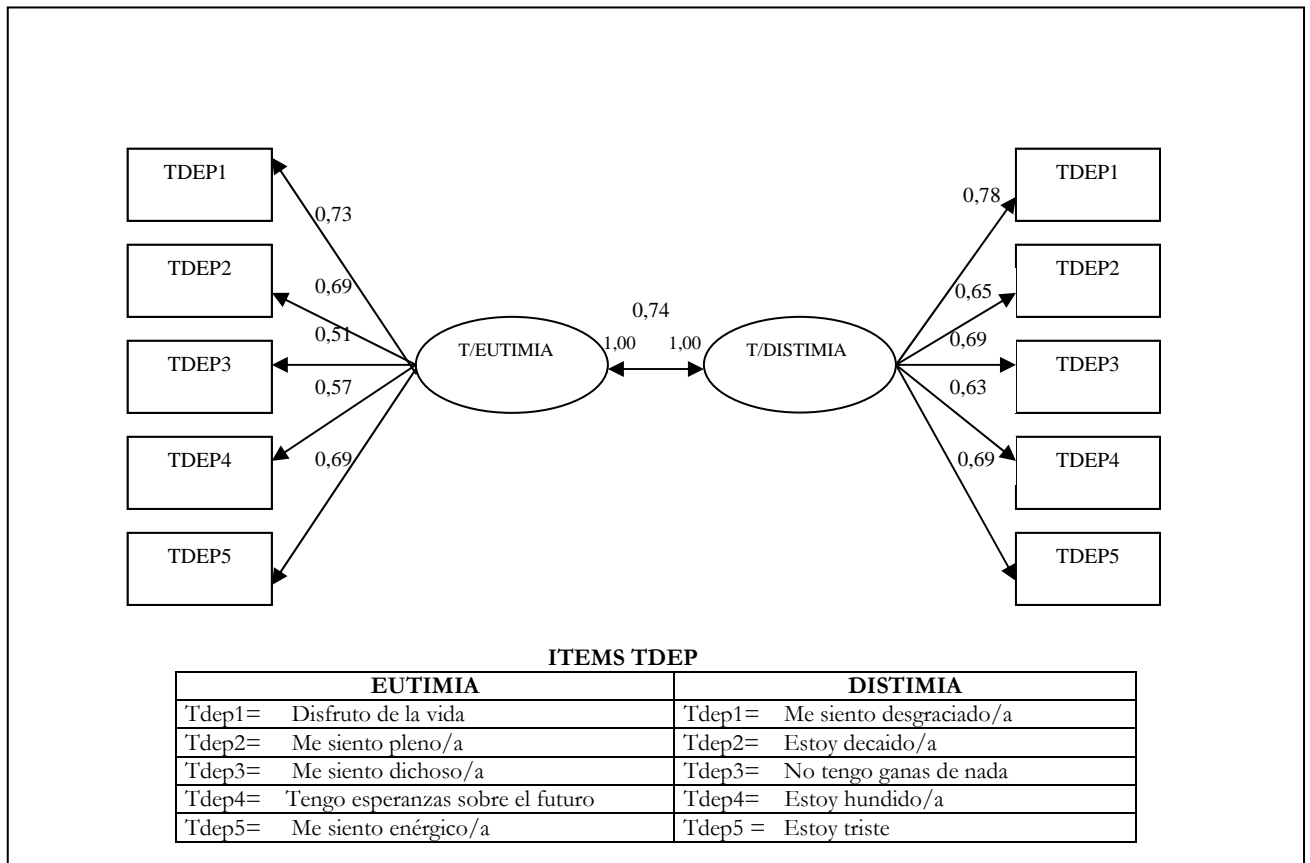
Por último, la figura 6 muestra el *path diagram* resultante del AFC. Los valores de las intercorrelaciones de los ítems oscilaron entre 0,63 y 0,78, para el caso del factor de Distimia y entre 0,51 y 0,73 en el factor de Eutimia, mientras que la intercorrelación entre ambos factores fue de 0,74.

**Tabla 7.22. Modelo de Índices de Ajuste para el T/DEP, con una muestra de adolescentes (n=430)**

	$\chi^2$	gl	RMSEA	GFI	AGFI	NFI	NNFI
<b>TDEP</b>	101,97	34	0,07	0,99	0,98	0,98	0,99

$\chi^2$ = Chi cuadrado; RMSEA= error cuadrático medio de aproximación; GFI= índice de bondad de ajuste; AGFI= índice ajustado de bondad de ajuste; NFI= Índice de ajuste normado; NNFI= índice de ajuste no normado.

**Figura 6**  
**DIAGRAMA DEL MODELO RASGO (T-DEP) (MUESTRA ADOLESCENTES N= 430)**  
**(SOLUCIÓN ESTANDARIZADA)**



#### **7.4.4. Discusión**

Los datos anteriores, tanto en relación con la muestra de adolescentes, como con la muestra de universitarios, son consistentes con lo hallado en los estudios previos. Así, de manera similar a lo encontrado en el estudio con población general, presentado en el primer apartado de resultados de la presente investigación, al igual que en los estudios previos llevados a cabo con población universitaria española (Spielberger et al., 2002a; 2002b; Spielberger et al., 2004), los resultados permiten concluir cómo las mayores puntuaciones se obtienen para la subescala de Eutimia, lo cual puede explicarse a partir de las condiciones no clínicas de la muestra. Al hacer el análisis por sexo, puede observarse cómo a través de los estudios citados, se muestra las mujeres obtienen las mayores puntuaciones tanto en la subescala de Distimia como en la puntuación total y de igual manera en la escala de Rasgo que en la de Estado. Por su parte, en todas las muestras empleadas, las mayores puntuaciones en Eutimia son obtenidas por los varones. En la mayoría de los casos, las diferencias por sexo son estadísticamente significativas ( $p < 0,05$  ó  $p < 0,001$ ).

Los datos anteriores permiten concluir que, de acuerdo con el ST/DEP, puede indicarse que en las muestras de población universitaria y adolescente utilizadas, se observa el patrón de mayor presencia de depresión en las mujeres que en los varones, tal como lo reportan los datos epidemiológicos. Sin embargo, al comparar los resultados obtenidos por las muestras españolas con lo indicado por Spielberger et al. (2003), en su estudio con población universitaria estadounidense, los datos indican que aunque se mantiene la tendencia hacia las mayores puntuaciones en Eutimia que en Distimia y tanto en la escala de Estado como en la de Rasgo, al realizar el análisis por sexo puede observarse una tendencia contraria a la observada con las muestras españolas, de tal forma que los varones obtuvieron las mayores puntuaciones tanto en cada subescala como en la puntuación total a ambas escalas. Podría pensarse que obviamente, el efecto de las características de las muestras empleadas influyó en los resultados, por lo que de ninguna manera, éstos podrían ser concluyentes y remiten a futuras investigaciones en la dirección de la comprobación de los diferentes hallazgos.

Por otra parte, es conveniente mencionar el efecto observado en relación con el índice de fiabilidad, indicando que, como puede observarse a través de los diferentes estudios llevados a cabo tanto con población española como estadounidense, fueron obtenidos valores de alfa de Cronbach bastante altos (cerca e incluso superiores a 0,90), en especial en los estudios preliminares. Esto puede ser explicado por la cantidad de ítems

del cuestionario inicial (40), ya que tal como se ha indicado, el alfa de Cronbach es un índice altamente influido por el número de componentes de la escala (Cortina, 1993). Además del número de ítems, también puede entenderse un elevado valor de alfa, puesto que al tratarse de una medida de intercorrelación es bastante lógico que los componentes de una escala puedan estar muy correlacionados, especialmente, como en el caso que ocupa este análisis, donde se emplearon ítems muy similares, durante el proceso de construcción y análisis previos de la escala. Sin embargo, dichos valores fueron disminuyendo en la medida que se fue depurando la prueba hasta situarse sobre 0,80, valores que de acuerdo con Cortina (1993), son mucho mejor ajustados. Por lo tanto y de acuerdo con Carretero-Dios y Pérez (en prensa), no puede olvidarse que los valores elevados de alfa, no sólo no representan mayor validez, sino que pueden ser indicativo de la sobrerepresentación de unos componentes de la escala y la infravaloración de otros, puesto que, siguiendo los criterios psicométricos solamente, se tiende a eliminar aquellos ítems cuya contribución a la escala baja el valor de alfa, aunque por sus características, probablemente sean fundamentales en el constructo, ya que miden otras dimensiones, que aunque no estarán intercorrelacionadas, sí pueden ser determinantes del constructo que se quiere medir. Así, es necesario insistir en los criterios teóricos para la construcción y/o adaptación de un instrumento, considerando relevante representar, a través de los ítems, todos los componentes del constructo que se quiere medir, aunque su inclusión pueda bajar la fiabilidad.

Con relación al AFC, objetivo fundamental del presente estudio, en primer lugar, es importante señalar que se ha calculado el  $\chi^2$ , aunque la decisión tradicional basada en este índice, no es recomendada por tratarse de un índice que es muy dependiente de las variaciones en función del tamaño de la muestra. Por lo anterior se recomienda el uso de otros estimativos que se ven menos afectados por los grados de libertad y por el tamaño muestral tales como los utilizados en el presente estudio.

Los resultados obtenidos permiten concluir acerca de la bondad de ajuste del modelo, tanto para la muestra de universitarios como para la de adolescentes, indicándose por ejemplo, cómo los valores obtenidos en la mayoría de los índices indican un ajuste excelente del modelo tanto en la escala de Estado como en la de Rasgo. Solamente el RMSEA, mostró valores no aceptables en la muestra de universitarios tanto en la escala de estado como en la de Rasgo y en la escala Estado para la muestra de adolescentes. Sin embargo, y considerando que este índice, al igual que sucede con las demás medidas descriptivas, se calcula tomando en cuenta aspectos diferentes del modelo y que la decisión



sobre la bondad de ajuste, finalmente, debe adoptarse tomando en cuenta distintos índices, se puede concluir diciendo que el modelo factorial confirmatorio sometido a prueba en el presente estudio, confirma, de manera bastante ajustada, cómo la estructura factorial prevista se corresponde con la teórica. Adicionalmente, y tal como se había sugerido atrás, el principal objetivo de los AFC es someter a prueba la estructura interna de un cuestionario, en este caso, dado que es suficientemente conocido que se trata de un aspecto que presenta una gran variabilidad, por ejemplo, en función de la muestra. Así, mediante el procedimiento de validación cruzada presentado aquí, se pone de manifiesto la confirmación de dicha estructura a través de muestras diferentes, aportando evidencias de validez interna, necesarias para continuar con las fases siguientes en búsqueda de nuevos apoyos empíricos acerca de la validez de una herramienta de evaluación, como sería el ST/DEP.

## **7.5. ESTUDIO 4: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL ST/DEP CON UNA MUESTRA CLÍNICA Y COMPARACIÓN CON UNA MUESTRA DE POBLACIÓN GENERAL**

### **7.5.1. Introducción**

La construcción de escalas de medida es una práctica muy extendida dado el interés por la obtención de herramientas que ayuden en los procesos de evaluación y diagnóstico. Tal como se ha mencionado previamente, es fundamental que dichos instrumentos estén validados de forma rigurosa, puesto que los tratamientos se derivan de los juicios diagnósticos y por lo tanto, si éstos no se han llevado a cabo con el suficiente cuidado puede conducir hacia prácticas equivocadas.

Por otro lado, también se comentó previamente, cómo los instrumentos de evaluación deben estar amparados por un marco conceptual de referencia, es decir, no surgen en el vacío conceptual. En relación con la depresión, por ejemplo, Spielberger et al. (2003), plantean que la definición de la depresión y los criterios para su diagnóstico como un síndrome clínico están reflejados en el contenido de los ítems de los test psicométricos que se utilizan para evaluarla (p. 212). En el mismo sentido, Hamilton y Shapiro (1990), también indicaron que el marco teórico que sustenta al investigador así como su orientación clínica influye en gran medida en la composición de los ítems de la escala. Este último aspecto sugiere, tal como lo ha indicado Snaith (1990), que, con respecto a la depresión, el problema más importante es que dada la variedad de sintomatología que acompaña al paciente, los cuestionarios sólo suelen evaluar un aspecto privilegiado desde el marco conceptual que guía la construcción de la escala, dejando por fuera otros componentes importantes. Este es un problema complejo, sobre todo si se considera, que muchas veces se toman decisiones en función de las puntuaciones obtenidas por un sujeto en una escala.

De acuerdo con lo anterior, es importante insistir en el carácter de “herramientas” que caracteriza a las pruebas de evaluación clínica y dado que existe una gran variedad de ellas, de acuerdo con Friedman y Thase (1995) y Nezu et al. (2000), además de la variedad de contenidos que evalúan (Snaith, 1993), es conveniente tener presente que el proceso de evaluación y diagnóstico debe combinar técnicas y corroborar los hallazgos antes de tomar cualquier decisión clínica.

Otro aspecto que merece ser comentado es cómo además de la utilización clínica de las herramientas diagnósticas, también se utilizan con fines de cribaje, en estudios

epidemiológicos de prevalencia y en múltiples trabajos con muestras no clínicas, con fines de investigación. Así, no puede dejar de indicarse que a pesar de que la mayoría de los instrumentos han surgido desde intereses de la clínica y a partir de la observación de los síntomas, su utilización en contextos no clínicos es cada vez más extendida. Por lo anterior, es fundamental disponer de validaciones con diferentes muestras que permitan una utilización confiable de los test y cuestionarios.

Para el caso que ocupa la presente investigación, es fundamental tomar como referencia el Inventario de Depresión de Beck (BDI), considerado como la herramienta más utilizada en los contextos clínico y de investigación (Friedman y Thase, 1995; Vázquez, 1995) y también la más citada (Ritterband, 1995). Como bien se conoce, el BDI surgió de las observaciones clínicas del comportamiento y síntomas en general, más recurrentes, de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de depresión y su objetivo era evaluar fundamentalmente, la severidad de los síntomas depresivos. Sin embargo, su utilización se ha extendido hacia fines de cribaje en población normal (Beck et al., 1988; Lasa et al., 2000), además de haber sido empleada en múltiples estudios con población general (no clínica), con fines de investigación. La mayoría de las investigaciones donde la depresión es considerada como variable, recurren al BDI como la herramienta para tomar los datos. Estos hechos, justifican, ampliamente, la búsqueda de evidencias de validez de este instrumento, a través de diferentes muestras con el objetivo de hacerla mucho más sensible en cuanto a la detección de bajos niveles de afectación, que serían los esperables cuando se trata de la evaluación de muestras no clínicas. Sin embargo, este es el primer escollo y quizás el más importante con que tropieza la investigación en depresión, como ya lo indicaran Agudelo, Spielberger et al. (en prensa); Ritterband y Spielberger (1996); Spielberger et al. 2002a; 2002b; Spielberger et al. (2003); Spielberger et al. 2004.

La propuesta del Cuestionario de Depresión Estado/Rasgo (ST/DEP), se refiere a la aportación de una herramienta sensible en la detección de bajos niveles de afectación, obtenida mediante la introducción de ítems que evalúan afectividad positiva. Este es un importante apoyo clínico, puesto que las herramientas más sensibles conducen a la identificación de diferentes grados de severidad, además de permitir, dentro de los contextos clínicos, por ejemplo, la observación de cambios leves, fundamentales en el seguimiento a los programas de intervención. Por su parte, en cuanto a la frecuente utilización con muestras generales, con objetivos de investigación, el ST/DEP aporta mejores condiciones, también debido a su alta sensibilidad para detectar niveles bajos de depresión. Por lo tanto, y dado que ya se han aportado evidencias de validez con muestras

no clínicas, en el presente estudio se pretende informar acerca de las propiedades psicométricas del cuestionario, con una muestra de población clínica, lo cual permita someter a prueba su utilidad como herramienta de ayuda en los procesos diagnósticos. Asimismo, se realizará una comparación con muestra normal, para ver la capacidad del cuestionario para diferenciar entre ambos tipos de población.

## 7.5.2. Método

### 7.5.2.1. Tipo de estudio

El presente trabajo corresponde a un estudio Instrumental de acuerdo con la clasificación propuesta por Montero y León (2005), sigue las directrices del Colegio Oficial de Psicólogos y la Comisión Internacional de Test (TIC) (2000) y la normativa de AERA, APA, NCME (1999) y Eignor (2001), en cuanto a la construcción de test psicológicos y educativos. La estructura general del texto sigue los criterios planteados por Bobenrieth (2002).

### 7.5.2.2. Participantes

Para este estudio se realizó una comparación entre la muestra no clínica descrita en el Estudio 1 y una muestra clínica. Esta última estuvo conformada por 257 participantes diagnosticados con trastornos del estado de ánimo como diagnóstico principal, donde el 70,82% presentaba depresión, un 24,90% distimia y el 4,28% restante presentaba otros trastornos. Fueron excluidos los participantes con diagnóstico de trastorno psicótico. La Tabla 7.23 recoge las características descriptivas de esta muestra.

Tabla 7.23. Características descriptivas de la muestra clínica (n=257)

Sexo	Edad	Diagnóstico Principal	Diagnóstico Secundario	Criterio Diagnóstico	Tiempo de tratamiento	Tipo de tratamiento	Tratamiento Farmacológico					
Varon.: 81	Media: 37,20* D.T: 11,80 Rango (18-63)	Depresión	60	Ansiedad	26	DSM-IV	36	<1 mes	22	T.Cog.C.	71	Sí: 48 No: 31 Total: 79
		Ep.único	30	T.cond.al.	1	CIE-10	45	>1-3 mes	19	T. Hum.	1	
		Recurrente	23	Pánico/agor.	3	Total:	81	>3-6 mes	14	T.Sist.	3	
		Distimia	17	Trast. pers.	4			>6-12 mes	7	T.Psicoan.	2	
		Trast.man.dep.	1	Alcoh.sust.	8			>12 mes	19	Total:	77	
		Trast. mixto	3	Otro	17			Total	81			
		Total	81	Total	59							
Muj.: 176	Media: 31,86* D.T: 10,61 Rango (13-62)	Depresión	122	Ansiedad	44	DSM-IV	116	<1 mes	50	T.Cog.C.	154	Sí: 107 No: 69 Total: 176
		Ep.único	61	T.cond.al.	35	CIE-10	60	>1-3 mes	39	T. Hum.	1	
		Recurrente	46	Pánico/agor.	10	Total:	176	>3-6 mes	24	T.Sist.	10	
		Distimia	47	Trast. pers.	14			>6-12 mes	22	T.Psicoan.	1	
		Trast.man.dep.	1	Alcoh.sust.	2			>12 mes	39	Total:	166	
		Trast. mixto	6	Otro	21			Total	174			
		Total	176	Total	126							

\*p<0,001 Varon.:varones; Muj: mujeres; D.T: Desviación Típica; Ep.único: Episodio único; Trast. Man.dep: trastorno maníaco depresivo; trast.mixto: trastorno mixto; T.con.al.: trastorno de la conducta alimentaria; Pánico/agor: pánico/agorafobia; Trast.pers: trastorno de personalidad; Alcoh.sust: Abuso de alcohol y otras sustancias; T.Cog.C: Terapia Cognitivo-conductual; T.Hum: Terapia Humanista; T.Sist: terapia sistémica; T.Psicoan: Terapia Psicoanalítica.

### **7.5.2.3. Instrumentos**

Al igual que en los estudios anteriores, con muestra de estudiantes universitarios y muestra de adolescentes, en este estudio se emplearon los mismos instrumentos, los cuales fueron:

Dichos instrumentos fueron:

- ST/DEP (versión definitiva)
- Inventario de Depresión de Beck, BDI, (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983).
- Cuestionario Básico de Depresión (Peñate, 2001).
- Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo, STAI (Spielberger, 1983)
- Inventario de Expresión de Ira, STAXI-2 (Miguel Tobal et al., 2001).

El cuadernillo con las instrucciones de aplicación puede consultarse en el anexo 3 y la versión definitiva del ST/DEP, en el anexo 8.

### **7.5.2.4. Procedimiento**

La muestra fue obtenida a través de la colaboración de distintos psicólogos clínicos de varias ciudades de España (Granada, Sevilla, Valencia, Barcelona, Madrid, Ourense, Vigo, Santiago de Compostela y Santa Cruz de Tenerife). Los psicólogos fueron contactados a través de invitación por correo electrónico, correo postal y contacto telefónico (ver anexo 9). Quienes aceptaron participar recibieron indicaciones acerca de las características requeridas de la muestra a evaluar, así como los cuadernillos e instrucciones de aplicación. Adicionalmente recibieron un formulario para responder indicando datos generales del paciente acerca de su diagnóstico y tratamiento (Ver anexo 10).

Los pacientes fueron informados acerca de la investigación por parte de los psicólogos clínicos y mediante las instrucciones generales incluidas dentro del cuadernillo presentado, garantizando el principio de confidencialidad y anonimato en el tratamiento de la información (ver anexo 3).

Los análisis estadísticos se realizaron a través del SPSS 12 (*Statistical Package for the Social Sciences*) y LISREL (Du Toit, Du Toit, Jöreskog y Sörbom, 1999).

#### **7.5.2.5. Resultados**

A continuación se presentan los resultados de los análisis estadísticos llevados a cabo sobre la muestra clínica y su comparación con la muestra de población general. En primer lugar se hace un comentario general en relación con las características descriptivas de la muestra clínica empleada y que se presentan en la tabla 7.23. A continuación se presentan los datos referidos a las propiedades psicométricas del ST/DEP con la muestra clínica, esto es, los estadísticos descriptivos, las correlaciones con otras escalas y el análisis factorial confirmatorio tanto para la escala de Estado como para la de Rasgo. Posteriormente se presentan los resultados del MANOVA y el Análisis Discriminante que compara las dos muestras en cuanto al poder del ST/DEP y las demás escalas de depresión utilizadas, para clasificar a los participantes en función de su grupo de pertenencia.

##### ***- Características de la muestra***

Los datos generales de la muestra clínica utilizada pueden consultarse en la tabla 7.23 (apartado 7.5.2.2). Es conveniente indicar que el 68,48% de la muestra fueron mujeres frente al 31,52% de los varones. En cuanto a la edad, las mujeres son menores que los varones. Por su parte, en cuanto al diagnóstico principal se observa que un 70,82% presentaba depresión y un 24,90% distimia. Del total de pacientes con diagnóstico de depresión, el 35,41% había presentado un único episodio y el 26,85% tenía episodios recurrentes. En cuanto al diagnóstico secundario, la mayor comorbilidad se observó con trastornos de ansiedad (27,23%), trastornos de la conducta alimentaria (14%); trastorno de pánico con y sin agorafobia (5,06%); trastornos de personalidad (7%); abuso de drogas y alcohol (3,89%) y otros trastornos (14,78%).

La mayoría de los pacientes (59,14%), fueron diagnosticados siguiendo los criterios del DSM-IV (1998) y un 40,85% de acuerdo con los criterios de la CIE-10 (1994b).

En cuanto al tiempo de tratamiento, un 28% de los pacientes sólo tenía menos de 1 mes, el 22,57%, entre 1 –3 meses; el 14,70% entre 3-6 meses y el 11,28% entre 6-12 meses. Un 22,57% de los pacientes tenía un tiempo de tratamiento superior a 12 meses.

La terapia más frecuentemente utilizada fue la cognitivo-conductual (87,55%), mientras que sólo un 7% de los pacientes había sido tratado con otro tipo de terapia. En cuanto a la medicación, el 60,31% de los pacientes estaba recibiendo algún tipo de antidepresivo mientras que el 38,91% no estaba medicado al momento de la evaluación.

### 7.5.2.5.1. Propiedades psicométricas del ST/DEP con una muestra clínica

A continuación se presentan los resultados de los análisis estadísticos llevados a cabo con la muestra clínica, los cuales se presentan de manera diferenciada para las escalas de Estado y rasgo.

#### *Escala Estado (S/DEP)*

En las tablas 7.24 y 7.25 se presentan los estadísticos descriptivos y el valor de alfa de Cronbach para la escala S/DEP, tanto para las subescalas de Distimia y Eutimia, así como para la escala total y de acuerdo con la muestra conjunta como diferenciada por sexo.

Tal como puede apreciarse en la tabla 7.24, los resultados muestran que las puntuaciones en la escala de Distimia, fueron ligeramente superiores a las obtenidas en la escala de Eutimia, lo cual es corroborado por los datos de la tabla 7.25 según los cuales, los varones obtuvieron una mayor puntuación (11,96) en Distimia que las mujeres, al igual que en Eutimia (10,05), sin que llegue a ser significativa en ninguno de los dos casos. También en la puntuación total las puntuaciones fueron mayores en el caso de los varones (30,99).

En las mismas tablas (7.24 y 7.25), se muestran los valores del alfa de Cronbach, los cuales, para el caso de la muestra conjunta, fueron de 0,90 y 0,89 para Distimia y Eutimia, respectivamente. Por sexo, en Distimia los valores de alfa fueron de 0,91 y 0,90 para varones y mujeres, respectivamente, y de 0,91 para los varones y 0,89 para las mujeres, en la subescala de Eutimia.

**Tabla 7.24. Medias, Desviaciones Típicas y coeficiente Alfa para el S-DEP (Distimia, Eutimia y Total), con una muestra clínica (n=257)**

	Media	Desviación Típica	Coeficiente Alfa
S-DEP Distimia	11,59	4,51	0,90
S-DEP Eutimia	10,03	3,85	0,89
S-DEP Total	30,76	6,42	-----

**Tabla 7.25. Media, Desviación típica, coeficiente Alfa y valor de F para el S-DEP (Distimia, Eutimia y Total) por sexo, con una muestra clínica (n=257)**

		Media	Desviación Típica	Coeficiente Alfa	F Sig.
S-DEP Distimia	Varones	11,96	4,56	0,91	0,83
	Mujeres	11,41	4,49	0,90	
S-DEP Eutimia	Varones	10,05	4,19	0,91	0,04
	Mujeres	10,02	3,68	0,89	
S-DEP Total	Varones	30,99	6,52	-----	0,54
	Mujeres	30,65	6,39		

F: Valor de F.

Por otra parte, en las tablas 7.26 y 7.27 se muestran los resultados de las correlaciones entre S/DEP y las demás escalas empleadas en el estudio. Tal como puede apreciarse, para la muestra conjunta, las correlaciones con las medidas de depresión, (BDI y CBD) fueron altas, positivas y significativas, con valores entre 0,45 y 0,67, siendo mayores con la subescala de Distimia (0,67 y 0,60 con el BDI y el CBD, respectivamente) (tabla 7.26). En cuanto a la diferencia por sexo, en la tabla 7.27 se puede observar que con las medidas de depresión, las mayores correlaciones fueron obtenidas por las mujeres. Por su parte, en cuanto a las correlaciones con el STAI/S, los valores indican que tanto para Distimia como para Eutimia, para la muestra conjunta, fueron altos (0,62 y 0,59, respectivamente), además de significativos y mayores como puede apreciarse, para la subescala de Distimia. En cuanto al sexo, en la tabla 7.27, se puede apreciar que, contrario a las correlaciones con las escalas de depresión, las correlaciones con ansiedad fueron mayores en el caso de los varones.

En cuanto a las correlaciones con las medidas de Ira Estado empleadas, en la tabla 7.26 puede apreciarse cómo las correlaciones fueron en la dirección esperada, siendo positivas y significativas en casi la totalidad de los casos ( $p < 0,001$ ), excepto en la subescala de Expresión Física de la Ira donde el nivel de significación fue  $p < 0,05$ . En todo caso estas correlaciones fueron menores a las observadas con las medidas de depresión y con el STAI/S. Los valores oscilaron entre 0,15 y 0,46, siendo la mayor con la subescala de Sentimiento de Ira y la menor con la subescala de Expresión Física de la Ira. Es de señalar que las mujeres obtuvieron las correlaciones más altas con la subescala de Sentimiento de Ira (tabla 7.27). En la misma línea, las correlaciones con las subescalas de Expresión y Control de la Ira, así como con el índice de Expresión de la Ira, fueron bastante menores que las obtenidas con la subescala de Estado de Ira, significativas sólo en algunos casos y también negativas en el caso de las subescalas de Control Interno y Control Externo de la Ira. Tal como puede apreciarse, los valores oscilaron entre 0,05 y 0,28, destacando el valor de la subescala de Expresión Interna con valores de 0,31 y 0,22 ( $p < 0,001$ ) para Distimia y Eutimia, respectivamente, para la muestra conjunta y mayores para los varones, como puede apreciarse en la tabla 7.27.



**Tabla 7.26. Correlaciones entre las puntuaciones totales del ST-DEP (escalas y subescalas) con las puntuaciones totales del BDI, CBD, STAI y STAXI-2, con una muestra clínica (n=257)**

	T- Distimia	T-Eutimia	S-Distimia	S-Eutimia
BDI	0,66**	0,48**	0,67**	0,48**
CBD	0,63**	0,45**	0,60**	0,45**
STAIT-S			0,62*	0,59*
STAIT-T	0,72**	0,71*		
IRA ESTADO			0,40**	0,25**
Sentimiento de Ira			0,46**	0,31**
Expresión Verbal de Ira			0,37**	0,19**
Expresión Física de Ira			0,31**	0,15*
IRA RASGO	0,34**	0,23**		
Temperamento de Ira	0,37**	0,24**		
Reacción de Ira	0,24**	0,18**		
EXPRESIÓN EXTERNA	0,18**	0,06	0,17*	0,05
EXPRESIÓN INTERNA	0,33**	0,19**	0,31**	0,22**
CONTROL EXTERNO	-0,09	-0,08	-0,09	-0,06
CONTROL INTERNO	-0,13*	-0,19*	-0,14*	-0,15*
INDICE DE EXPRESIÓN DE IRA	0,30**	0,20**	0,28**	0,21**

\* p<0,05; \*\* p<0,001

**Tabla 7.27. Correlaciones entre las puntuaciones totales del ST/DEP (escalas y subescalas) con las puntuaciones totales del BDI, CBD, STAI y STAXI-2, por sexo, con una muestra clínica (n=257)**

	T- Distimia		T-Eutimia		S-Distimia		S-Eutimia	
	M	V	M	V	M	V	M	V
BDI	0,68**	0,65**	0,54**	0,36**	0,68**	0,64**	0,53**	0,40**
CBD	0,66**	0,57**	0,56**	0,25**	0,60**	0,59**	0,49**	0,39**
STAIT-S					0,13	0,67**	0,08	0,63**
STAIT-T	0,76**	0,63**	0,76**	0,60**				
IRA ESTADO					0,41**	0,38**	0,30**	0,17
Sentimiento de Ira					0,48**	0,41**	0,33**	0,28**
Expresión Verbal de Ira					0,39**	0,34**	0,24**	0,10
Expresión Física de Ira					0,31**	0,32**	0,19*	0,09
IRA RASGO	0,35**	0,34**	0,22**	0,25**				
Temperamento de Ira	0,27**	0,19	0,17**	0,20				
Reacción de Ira	0,36**	0,39**	0,24**	0,23**				
EXPRESIÓN EXTERNA	0,21**	0,10	0,07	0,01	0,23**	0,05	0,11	-0,08
EXPRESIÓN INTERNA	0,27**	0,46**	0,12	0,34**	0,23**	0,45**	0,18*	0,31**
CONTROL EXTERNO	-0,15	-0,02	-0,12	0,08	-0,17*	-0,07	-0,10	0,01
CONTROL INTERNO	-0,16*	-0,07	-0,21**	-0,15	-0,18*	-0,10	-0,17*	-0,11
INDICE DE EXPRESIÓN DE IRA	0,29**	0,33**	0,16	0,29**	0,26**	0,32**	0,21**	0,21

\* p<0,05; \*\* p<0,01. M: Mujeres, V: Varones.

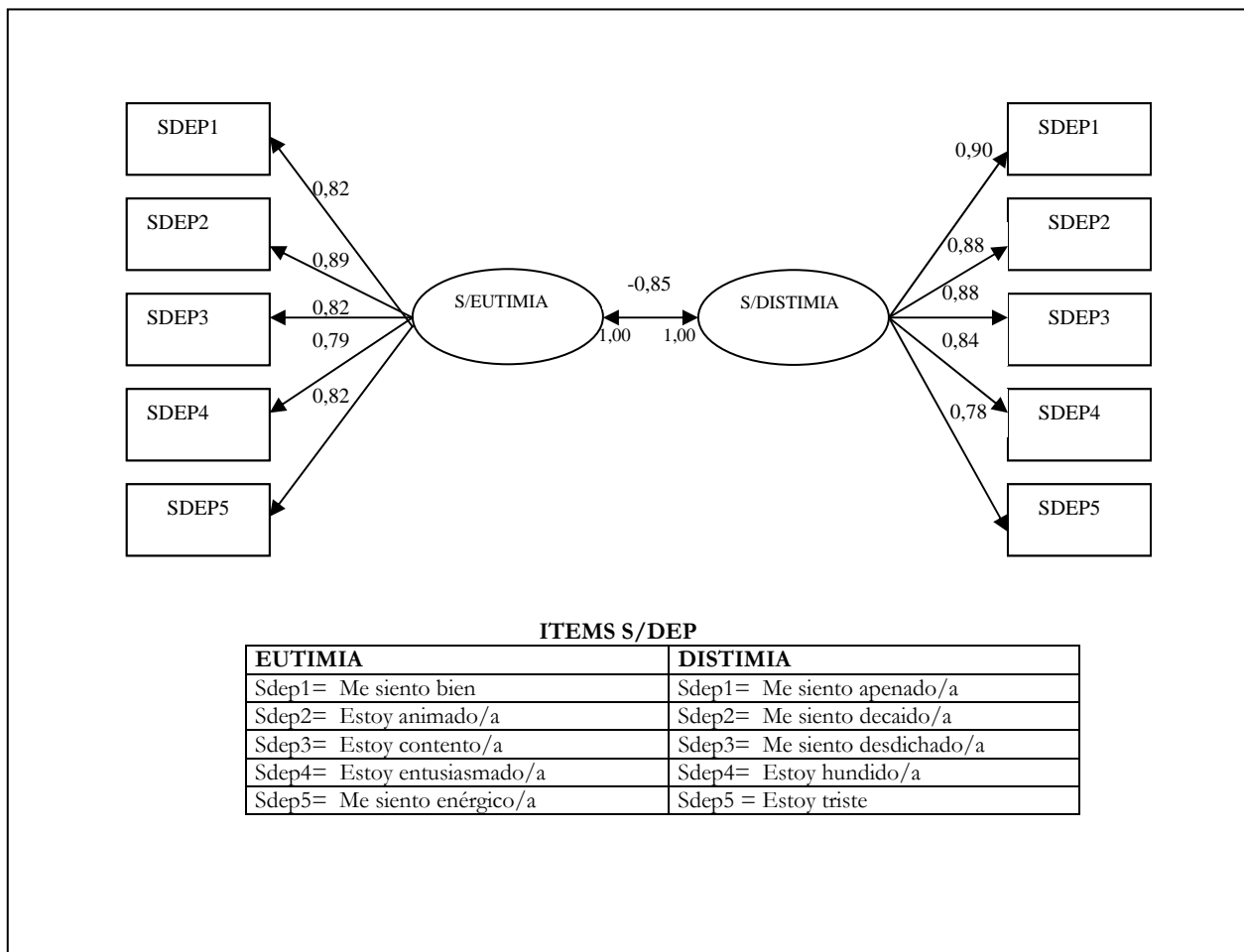
Por otro lado, los resultados del análisis factorial confirmatorio (AFC) se muestran en la tabla 7.28. Como puede observarse, el índice de RMSEA, mostró un valor inadecuado (0,13), mientras que los demás índices (GFI, AGFI, NFI y NNFI), con valores de 0,99, mostraron un ajuste excelente (Browne y Cudeck, 1993; Bollen y Long, 1993). En la figura 7 se representa el *path diagram* correspondiente al AFC, indicando intercorrelaciones entre los ítems y el factor correspondiente, que para el caso del factor de Distimia, oscilaron entre 0,78 y 0,90, mientras que para el factor de Eutimia estuvieron entre 0,79 y 0,89. La correlación entre ambos factores fue de  $-0,85$ .

Tabla 7.28. Modelo de Índices de Ajuste para el S/DEP con una muestra clínica (n=257)

	$\chi^2$	gl	RMSEA	GFI	AGFI	NFI	NNFI
SEP	180,64	34	0,13	0,99	0,99	0,99	0,99

$\chi^2$ = Chi cuadrado; RMSEA= error cuadrático medio de aproximación; GFI= índice de bondad de ajuste; AGFI= índice ajustado de bondad de ajuste; NFI= Índice de ajuste normado; NNFI= índice de ajuste no normado.

Figura 7  
DIAGRAMA DEL MODELO ESTADO (S-DEP) (MUESTRA CLÍNICA N=257)  
(SOLUCIÓN ESTANDARIZADA)



**Escala Rasgo (T/DEP)**

En las tablas 7.29 y 7.30 se muestran las medias, desviaciones típicas y valor de coeficiente Alfa para el T/DEP, tanto en la subescala de Distimia como para la de Eutimia y para la puntuación total, índices calculados tanto para la muestra conjunta (tabla 7.29), como diferenciada por sexo (tabla 7.30). De acuerdo con los resultados puede apreciarse en la tabla 7.29 que las puntuaciones de Distimia fueron superiores a las de Eutimia (12,01 y 10,95, respectivamente). Estas diferencias se hacen evidentes en la tabla 7.30, donde se puede observar que los varones obtuvieron, al igual que en la escala de Estado, mayores puntuaciones tanto en Distimia como en Eutimia (12,13 y 10,37), aunque dichas diferencias no llegan a ser significativas. También en la puntuación total hay diferencia entre varones y mujeres, siendo los primeros los que obtuvieron la mayor puntuación, aunque tampoco llega a ser significativa.

En las mismas tablas (7.29 y 7.30) se indica el valor de alfa de Cronbach, que, para el caso de la muestra conjunta, fue de 0,83 y 0,84, para Distimia y Eutimia respectivamente (tabla 7.29). En función del sexo, puede observarse cómo el valor de alfa fue de 0,83 para varones y mujeres en la subescala de Distimia y de 0,84 y 0,85 en la subescala de Eutimia, para varones y mujeres, respectivamente (tabla 7.30).

**Tabla 7.29. Medias, Desviaciones Típicas y coeficiente alfa para el T-DEP (Distimia, Eutimia y Total) con una muestra clínica (n=257)**

	Media	Desviación típica	Coficiente Alfa
T-DEP Distimia	12,01	4,04	0,83
T-DEP Eutimia	10,30	3,76	0,84
T-DEP Total	26,73	7,18	-----

**Tabla 7.30. Medias, Desviaciones Típicas, coeficiente Alfa y valor de F para el T-DEP (Distimia, Eutimia y Total) por sexo, con una muestra clínica (n=257)**

		Media	Desviación Típica	Coficiente Alfa	F Sig.
T-DEP Distimia	Varones	12,13	4,19	0,83	0,10
	Mujeres	11,95	3,98	0,83	
T-DEP Eutimia	Varones	10,37	3,91	0,84	0,04
	Mujeres	10,26	3,70	0,85	
T-DEP Total	Varones	26,73	7,23	-----	0,01
	Mujeres	26,63	7,10		

F: Valor de F.

Con respecto a las correlaciones entre el T/DEP y las demás escalas empleadas en el estudio, los resultados se muestran en las tablas 7.26 y 7.27, para la muestra conjunta y diferenciada por sexo, respectivamente. De acuerdo con los datos, las correlaciones entre

el T/DEP y las escalas de depresión, fueron positivas, altas y significativas, con valores entre 0,45 y 0,66, siendo mayores para el BDI y con la subescala de Distimia. Por sexo, en la tabla 7.27, se observa que las mayores correlaciones con las medidas de depresión, fueron obtenidas por las mujeres. En cuanto a las correlaciones con el STAI-T, es de indicar que también se encontraron en la dirección esperada, siendo de 0,72 y 0,71 para Distimia y Eutimia, respectivamente, para la muestra conjunta (tabla 7.26), mientras que al hacer las comparaciones por sexo se puede observar que, contrario a lo observado en la escala de Estado, en esta escala, las mayores correlaciones fueron obtenidas por las mujeres.

Con relación a las correlaciones con la escala de Rasgo de Ira, los datos indican que, al igual que con las medidas de depresión y ansiedad, el T/DEP correlaciona, positiva y significativamente, aunque con valores menores, con la escala de Rasgo de Ira. Los valores de las correlaciones oscilaron entre 0,18 y 0,34, siendo mayores con temperamento de Ira (0,37 y 0,24, para Distimia y Eutimia, respectivamente) y menores con Reacción de Ira (0,18 y 0,24, para Distimia y Eutimia, respectivamente), en el caso de la muestra conjunta (tabla 7.26). Por su parte, las correlaciones con las escalas de Expresión y Control de la Ira y con Índice de Expresión de Ira, fueron menores a las obtenidas con la escala de Rasgo de Ira, siendo negativas con las escalas de Control Externo e Interno de la Ira, con valores que oscilaron en  $-0,08$  y  $0,33$ . Destacan las correlaciones con la escala de Expresión Interna de la Ira, en especial con la subescala de Distimia, cuya correlación fue de  $0,33$  (tabla 7.26). De manera diferenciada por sexo, al igual que en la escala de Estado, en la escala de Rasgo, las mayores correlaciones fueron obtenidas por los varones en la escala de Expresión Interna de la Ira.

Por otro lado, con respecto al AFC, los resultados que se muestran en la tabla 7.31, son similares a los obtenidos en la escala de Estado. Así, el valor de RMSEA ( $0,11$ ), se encuentra por encima del punto de corte planteado por Browne y Cudeck (1993) para indicar ajuste del modelo. En cambio los demás índices (GFI, AGFI, NFI y NNFI) con valores de  $0,99$ ,  $0,98$ ,  $0,99$  y  $0,99$ , respectivamente, mostraron un nivel de ajuste excelente al encontrarse por encima del punto de corte establecido por Bollen y Long (1993), permitiendo así concluir, de manera global sobre la bondad de ajuste del modelo.

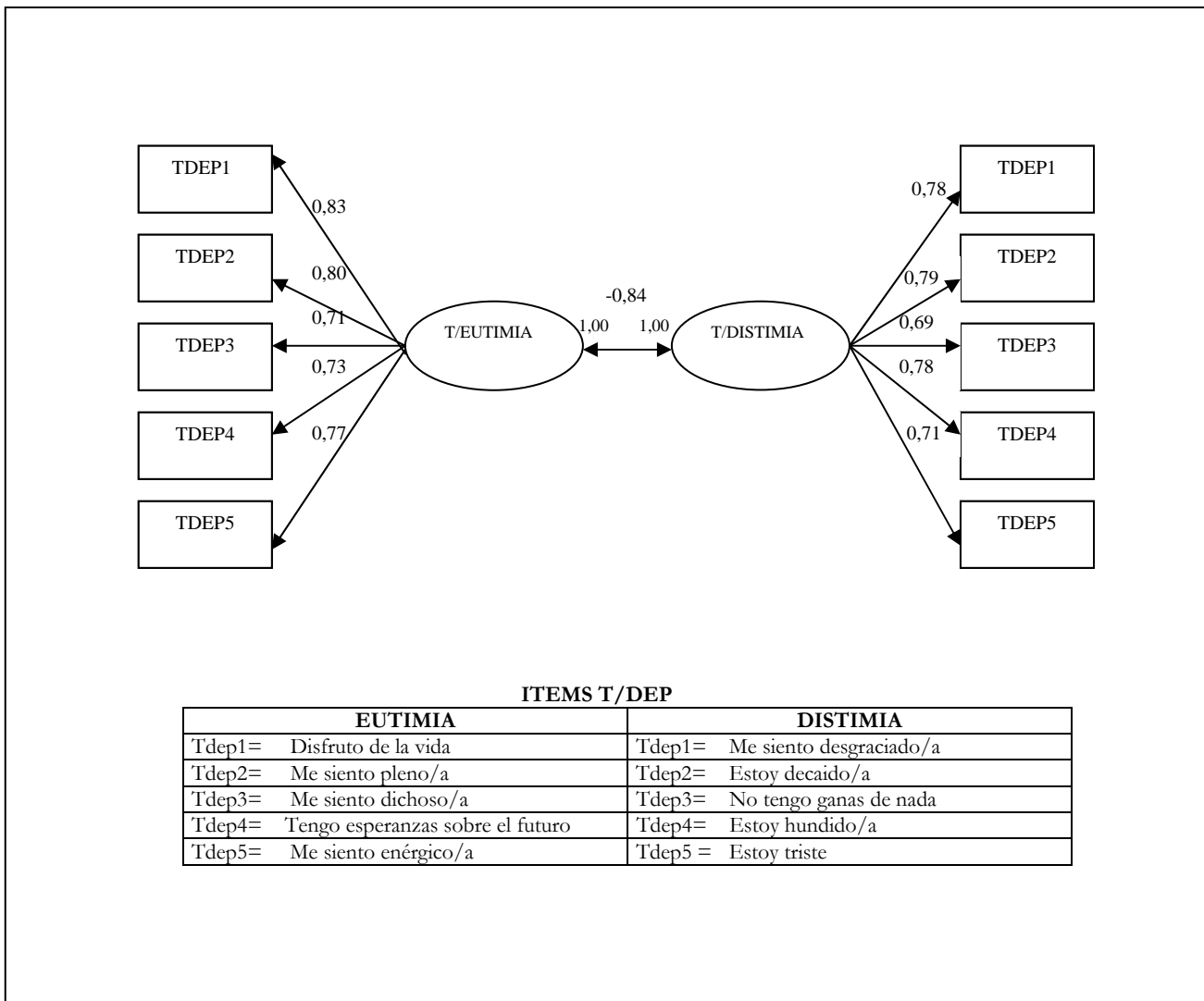
En la figura 8, se muestra el *path diagram* correspondiente al AFC realizado, indicando intercorrelaciones entre  $0,69$  y  $0,79$  entre los ítems y el factor de Distimia y entre  $0,71$  y  $0,83$  con el factor de Eutimia. La correlación entre ambos factores fue de  $-0,84$ .

Tabla 7.31. Modelo de Índices de Ajuste para el T/DEP, con una muestra clínica (n=257)

	$\chi^2$	GI	RMSEA	GFI	AGFI	NFI	NNFI
<b>TDEP</b>	139,65	34	0,11	0,99	0,98	0,99	0,99

$\chi^2$ = Chi cuadrado; RMSEA= error cuadrático medio de aproximación; GFI= índice de bondad de ajuste; AGFI= índice ajustado de bondad de ajuste; NFI= Índice de ajuste normado; NNFI= índice de ajuste no normado.

Figura 8  
**DIAGRAMA DEL MODELO RASGO (T-DEP) (MUESTRA CLÍNICA N=257)**  
**(SOLUCIÓN ESTANDARIZADA)**



#### **7.5.2.5.2. Comparación entre la muestra clínica y la muestra de población general**

A continuación se presentan los resultados de la comparación entre la muestra clínica y la muestra de población general, diferenciados para las escalas de Estado y Rasgo.

##### ***Escala Estado (S/DEP)***

En la tabla 7.32 se pueden apreciar los resultados del MANOVA llevado a cabo entre la muestra normal y la muestra clínica de acuerdo con las medidas de depresión empleadas en el estudio, así como los descriptivos para ambas muestras y la diferencia de medias entre grupos. De acuerdo con los resultados puede observarse cómo los grupos (normal y clínico, difieren en las puntuaciones obtenidas en la totalidad de las escalas, siendo mayores las puntuaciones para la muestra clínica excepto en la subescala de Eutimia donde dichas puntuaciones fueron menores (10,03), como cabría esperar, considerando que en esta escala se invierten las respuestas, de tal forma que a mayor puntuación en Eutimia, menor presencia de depresión. Para el caso del BDI, claramente se observa una diferencia significativa ( $p < 0,001$ ) en la media de la puntuación entre ambas muestras (8,13 para la muestra normal y 22,15 para la muestra clínica), así como una gran variabilidad en las respuestas, tal como lo indican los valores de las desviaciones típicas (6,77 y 11,83 para la muestra normal y clínica, respectivamente). Estas diferencias también se observan en las puntuaciones del CBD, donde también son estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ), siendo mayor para la muestra clínica (29,45) y donde también las desviaciones típicas difieren entre ambos grupos. Por su parte, las diferencias en función de la subescala de Distimia también fueron significativas ( $p < 0,001$ ), con un valor de 11,59, para la muestra clínica. Sin embargo, en esta subescala la variabilidad de las respuestas no fue tan grande como la observada en el BDI y el CBD.

Por otra parte, el tamaño del efecto, medido a través del estadístico de Eta cuadrado ( $R^2$ ), indica que la subescala de Eutimia es la variable que más porcentaje de varianza explica en el análisis (0,55), seguida de la puntuación total de la Escala (S/DEP) con un valor de 0,47, aunque en este caso no puede olvidarse que esta puntuación es obtenida mediante la sumatoria de las dos subescalas (Distimia y Eutimia) y por lo tanto, quizás sea más útil analizar el tamaño del efecto de cada subescala más que de la puntuación total. Por su parte, para el BDI y el CBD el tamaño del efecto fue de 0,34 y 0,31, respectivamente, de tal manera que la variable que menor porcentaje de varianza explica es la subescala de Distimia, cuyo valor de  $R^2$  fue de 0,26.

Es conveniente indicar que dado el tamaño diferencial de la muestra en función del sexo, como se indica en el apartado de Participantes (7.5.2.2.), esta variable fue considerada como covariado dentro del MANOVA, sin embargo, los datos mostraron que esta variable no produjo efecto diferencial en los resultados.

**Tabla 7.32. Manova para el S/DEP (Distimia y Eutimia y Total) el BDI y el CBD, entre la muestra clínica y la muestra normal**

Escala*	Normal		Clínica		F	R <sup>2</sup>
	Media	D.T	Media	D.T.		
S/Eutimia	14,38	3,49	10,03	3,85	1306,70**	0,55
S/DEP	17,70	5,59	30,76	6,42	971,22**	0,47
BDI	8,13	6,77	22,15	11,83	551,69**	0,34
CBD	12,19	9,09	29,45	15,01	488,67**	0,31
S/Distimia	7,15	2,73	11,59	4,51	370,12**	0,26

\* Las variables se han ordenado de acuerdo al tamaño del efecto. D.T. Desviación Típica; F: Valor de F; R<sup>2</sup>: Eta cuadrado. \*\*  $p < 0,001$ .

Por otra parte, en las tablas 7.33 y 7.34 se presentan los resultados del análisis discriminante llevado a cabo con el objetivo de establecer la capacidad de las variables empleadas en el estudio para clasificar a los participantes en función del grupo de pertenencia (normal y clínico).

El procedimiento llevado a cabo fue el del Análisis Discriminante Descriptivo por pasos, descrito por Catena, Ramos y Trujillo (2003).

En la tabla 7.33 se presentan los coeficientes de correlación de la función discriminante para las escalas incluidas en el análisis, así como el recuento y el porcentaje de casos clasificados en cada grupo de acuerdo con dicha función y asumiendo igualdad de probabilidades previas de pertenencia a cada grupo. Tal como puede observarse en la tabla 7.33, la función discriminante está ordenada de acuerdo con el coeficiente de correlación de cada escala utilizada. Conviene indicar que dado que la puntuación total del S/DEP es el resultado de la sumatoria de las subescalas de Distimia y Eutimia, esta variable no fue incluida en el análisis puesto que sería eliminada por encontrarse representada en las subescalas de manera individual. Los resultados indican que la subescala de Eutimia es la que correlaciona en mayor medida, con la función discriminante con un coeficiente de 0,95 seguida del BDI y el CBD con una correlación de 0,62 y 0,58, respectivamente. En último lugar, aunque con un valor no muy distante del CBD aparece la subescala de Distimia (0,51).

Al observar el recuento y el porcentaje de clasificación de los casos de acuerdo con la función discriminante, puede observarse en la tabla 7.33 que el 89,7% (765 casos) de los participantes incluidos dentro del grupo normal fueron clasificados correctamente, sin embargo, un 10,3% (88 casos), fue clasificado dentro del grupo clínico. Por su parte, del total de los participantes del grupo clínico, el 94,6% (229 casos), fue clasificado correctamente y un 5,4% (13 casos) se clasificó dentro del grupo normal. En general, mediante este análisis fueron clasificados correctamente el 90,8% de los casos en sus grupos originales.

**Tabla 7.33. Clasificación de los casos de acuerdo con la función discriminante asumiendo igualdad de probabilidades para los grupos normal y clínico (Escala S/DEP)**

Escala*	Correlac. Función	Grupo	Grupo de pertenencia pronosticado**		Total
			Normal	Clínico	
S/DEP Eutimia	0,95	Recuento	765	88	853
BDI	0,62	Normal %	89,7	10,3	100
CBD	0,58	Recuento	13	229	242
S/DEP Distimia	0,51	Clínico %	5,4	94,6	100

Variables ordenadas por el tamaño de la correlación con la función. \*\* Clasificados correctamente el 90,8% de los casos originales

No obstante, y dado que las muestras difieren en el tamaño de manera considerable (1.041 participantes en el grupo normal y 257 en la muestra clínica), se repitió el análisis considerando probabilidades previas de clasificación teniendo en cuenta el tamaño de los grupos. Tal como puede observarse en la tabla 7.34 el porcentaje de casos del grupo normal bien clasificados aumenta hasta un 95,9% (818 casos) y sólo un 4,1% (35 casos) fueron clasificados incorrectamente, es decir, en el grupo clínico. Por el contrario, con respecto al grupo clínico, el porcentaje de casos bien clasificados disminuye hasta un 84,7% (205 casos) y un 15,3% (37 casos) fue clasificado dentro del grupo normal. El porcentaje de casos clasificados correctamente, con respecto al grupo original de pertenencia, fue el 93,4%.



**Tabla 7.34. Clasificación de los casos de acuerdo con la función discriminante asumiendo diferencias en la probabilidad para los grupos de acuerdo con el tamaño (Escala S/DEP)**

Escala*	Correlac. Función	Grupo	Grupo de pertenencia pronosticado**		Total
			Normal	Clínico	
S/DEP Eutimia	0,95	Recuento	818	35	853
BDI	0,62	Normal			
CBD	0,58	%	95,9	4,1	242
S/DEP Distimia	0,51	Recuento	37	205	
		Clínico			
		%	15,3	84,7	

\*Variables ordenadas por el tamaño de la correlación con la función. \*\* Clasificados correctamente el 93,4% de los casos originales.

### ***Escala Rasgo (T/DEP)***

En la tabla 7.35 se muestran las diferencias de medias así como los resultados del MANOVA llevado a cabo entre el T/DEP y las demás medidas de depresión empleadas en el presente estudio (BDI y CBD).

Los resultados permiten observar que, de manera similar a lo obtenido para la escala de Estado, en el total de las escalas y subescalas empleadas, las medias fueron diferentes y estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ) entre ambas muestras, siendo la muestra clínica la que obtuvo los valores mayores, excepto en la subescala de Eutimia donde, como cabría esperar, la media en la puntuación fue mayor para la muestra normal (14,35). Como puede observarse en la tabla 7.35, las escalas y subescalas están ordenadas de acuerdo con el valor de F. Así, las mayores diferencias se encuentran con el BDI, donde la muestra clínica obtiene una media de puntuación casi tres veces mayor a la muestra normal (22,14 frente a 8,25), además, la variabilidad en las puntuaciones, medida a través de la desviación típica, indica una mayor variabilidad en la muestra clínica (11,83). En la misma línea, las diferencias también son amplias en las puntuaciones del CBD (29,44 para la muestra clínica y 12,26 para la muestra normal), asimismo, la desviación típica es mayor en la muestra clínica (15,03 frente a 9,01). En tercer lugar se muestran las diferencias en la puntuación total a la escala de Rasgo (T/DEP), aunque, igual que se planteó en el caso de la escala de Estado, esta puntuación es resultado de la sumatoria de las dos subescalas (Distimia y Eutimia), con lo cual puede ser más útil y pertinente considerar las puntuaciones individuales de las subescalas. Así, en la puntuación de Distimia ambos grupos difieren, siendo mayor la puntuación para la población clínica (12,01 frente a 7,98), como puede verse, en esta subescala, dicha diferencia es menor a la observada por ejemplo, con el BDI.

Con relación a los resultados del MANOVA, es de señalar, que al igual que en la escala de Estado (S/DEP), se incluyó el covariado del sexo considerando el tamaño diferencial de las muestras en función de esta variable como se describe en el apartado 7.5.2.2. Sin embargo, los datos no permiten establecer que esta variable produzca algún efecto diferencial sobre los resultados. El tamaño del efecto, medido a través del estadístico Eta cuadrado ( $R^2$ ), permite concluir que la variable que mejor explica la varianza es el BDI con un valor de 0,34, seguida del CBD, el T/DEP y las subescalas de Distimia y Eutimia con valores de 0,31, 0,27, 0,25 y 0,20, respectivamente.

**Tabla 7.35. Manova para el T/DEP (Distimia y Eutimia y Total) el BDI y el CBD para la muestra normal y clínica**

Escala*	Normal		Clínica		F	R <sup>2</sup>
	Media	D.T	Media	D.T.		
<b>BDI</b>	8,25	6,83	22,14	11,83	545,74**	0,34
<b>CBD</b>	12,26	9,01	29,44	15,03	494,67**	0,31
<b>TDEP</b>	18,62	5,23	26,73	7,18	401,94**	0,27
<b>T/Distimia</b>	7,98	2,65	12,01	4,04	365,70**	0,25
<b>T/Eutimia</b>	14,35	3,29	10,30	3,76	278,81**	0,20

\* Las variables se han ordenado de acuerdo al tamaño del efecto. D.T. Desviación Típica; F: Valor de F; R<sup>2</sup>: Eta cuadrado. \*\* p<0,001.

Posteriormente y tal como se procedió con la escala de Estado (S/DEP), se llevó a cabo el Análisis Discriminante sobre el T/DEP y las escalas de depresión (BDI y CBD), con el objetivo de identificar la función que permite clasificar a los participantes en cada grupo (normal y clínico). En las tablas 7.36 y 7.37 se recogen estos resultados.

En la tabla 7.36 se muestra la función discriminante para el T/DEP obtenida tras la inclusión de las variables por pasos. Es de indicar, que dado que la escala Rasgo (T/DEP) es la sumatoria de las subescalas de Distimia y Eutimia, sólo se incluyeron estas dos puntuaciones de manera individual y no la de la escala global como ya se indicara para la escala de Estado. Así, tras el primer paso, fue eliminada del análisis la subescala de Distimia, que como bien se sabe, se puede explicar porque el procedimiento llevado a cabo, supone que se incluyen aquellas variables que cumplen la prueba de tolerancia (coeficiente de correlación de al menos 0,01) y en este caso no se cumple dicho supuesto. Tal como puede apreciarse, las escalas fueron ordenadas de acuerdo con el coeficiente de la correlación, siendo la variable que mayor correlación tiene con la función discriminante el BDI (0,87), seguida por el CBD (0,75) y la subescala de Eutimia con un coeficiente de correlación de 0,73.

Por su parte, en la tabla 7.36 se pueden apreciar los resultados de la clasificación de los casos de acuerdo con la función discriminante asumiendo igualdad en las probabilidades previas de clasificación. Así, puede observarse que el 86,9% de los casos pertenecientes al grupo normal (745) fueron clasificados correctamente, mientras que un 13,1% (112 casos) fue clasificado incorrectamente, esto es, en el grupo clínico. En tanto que, del total de casos del grupo clínico el 72,3% de los casos (175) fue clasificado correctamente y el 27,7% (67 casos), fue clasificado dentro del grupo normal. El porcentaje de casos clasificados correctamente fue del 83,7%.

**Tabla 7.36. Clasificación de los casos de acuerdo con la función discriminante asumiendo igualdad de probabilidades para los grupos (normal y clínico) (Escala T/DEP)**

Escala*	Correlac. Función	Grupo	Grupo de pertenencia pronosticado**		Total
			Normal	Clínico	
BDI	0,87	Recuento	745	112	857
CBD	0,75	Normal	% 86,9	13,1	100
Eutimia	0,73	Recuento	67	175	242
		Clínico	% 27,7	72,3	100

Variables ordenadas por el tamaño de la correlación con la función. \*\* Clasificados correctamente el 83,7% de los casos originales

Por otro lado, al realizar el análisis considerando las probabilidades previas en función del tamaño de los grupos, dada la diferencia entre ellos, señalada previamente, los resultados que se muestran en la tabla 7.37, permiten indicar que con la misma función discriminante, el porcentaje de casos del grupo normal que son clasificados correctamente, aumenta hasta un 94,2% (807 casos) con respecto a la estimación anterior. Mientras que sólo un 5,8% (50 casos) es clasificado incorrectamente, es decir, en el grupo clínico. Para el caso del grupo clínico, el porcentaje de casos correctamente clasificados, con respecto al grupo original, disminuye con relación al cálculo anterior. Así, sólo el 44,6% (108) son clasificados correctamente y un 55,4% (134 casos) son clasificados dentro del grupo de normales. Sin embargo, el porcentaje total de casos clasificados correctamente aumenta con relación al indicado en la tabla 7.36, siendo, para este caso, del 85,6%.

**Tabla 7.37. Clasificación de los casos de acuerdo con la función discriminante asumiendo diferencias en la probabilidad para los grupos (normal y clínico) de acuerdo con el tamaño (Escala T/DEP)**

Escala*	Correlac. Función	Grupo	Grupo de pertenencia pronosticado**		Total
			Normal	Clínico	
BDI	0,87	Recuento	807	50	857
CBD	0,75	Normal	94,2	5,8	100
Eutimia	0,73	Recuento	108	134	242
		Clínico	44,6	55,4	100

Variables ordenadas por el tamaño de la correlación con la función. \*\* Clasificados correctamente el 85,6% de los casos originales

### 7.5.2.6. Discusión

Antes de discutir los resultados más relevantes de los presentes análisis es necesario comentar los aspectos más destacados de la muestra utilizada. En primer lugar conviene indicar que el porcentaje de mujeres con depresión fue algo más de dos veces superior al de los varones, confirmando los datos de prevalencia presentados por autores como Bell et al. (2004); McAlpine y Wilson (2004). En cuanto al diagnóstico principal, se encuentra cómo la depresión (trastorno depresivo mayor) se presentó hasta tres veces más que la distimia y a pesar de que los porcentajes por número de episodios (único o recurrente) fueron relativamente cercanos (35,41% y 26,85%, respectivamente), es llamativo el porcentaje de casos recurrentes. Esto se podría asociar con los porcentajes de tiempo de tratamiento, según los cuales, un importante porcentaje de los pacientes (22,57%), se encontraba al momento de la evaluación en tratamiento por un período de tiempo superior a un año. Estos datos podrían confirmar lo planteado por Kessing et al. (2004) y Del Río (2004) acerca de la posibilidad de recurrencia en la depresión en función del número de episodios previos, tanto en presencia, como, especialmente en ausencia de tratamiento. En la misma línea, Del Río (2004) indica que el uso incontrolado de antidepresivos también puede acelerar la cronicidad de la depresión y no puede dejar de considerarse que, al momento de la evaluación, el 60,31% de los pacientes se encontraba medicado, fundamentalmente, con inhibidores de la recaptación de serotonina, lo cual obviamente, no quiere indicar que fuera ni incontrolado ni contraindicado, pero que en todo caso sí merece ser tenido en cuenta para análisis futuros.

Con respecto al diagnóstico secundario es importante mencionar el alto porcentaje de comorbilidad presente en los pacientes. Tal como se indica en los estudios

epidemiológicos, los resultados mostraron que la mayor comorbilidad se dio con trastornos de ansiedad (27,23%), dentro de los cuales la ansiedad generalizada y las fobias simples fueron los más prevalentes, a esto se une el trastorno de pánico con y sin agorafobia que estuvo presente en un 5,06% de los casos, lo cual confirma lo descrito por Alonso et al. (2004b), en relación con la comorbilidad entre estos dos tipos de trastornos. También conviene mencionar el importante porcentaje de comorbilidad con trastornos de la conducta alimentaria (14%), lo cual confirma lo encontrado por Fava et al. (1995) acerca de la comorbilidad entre ambos trastornos.

Por último, y como referencia para posteriores estudios es importante señalar cómo el tipo de terapia más utilizada por los psicólogos y psiquiatras colaboradores en el presente estudio fue la terapia cognitivo-conductual con un 87,55% de uso frente a un 7% del resto de las terapias, lo cual confirma la alta preferencia por esta terapia que, además, ha mostrado ser bastante eficaz en el tratamiento de la depresión. En la misma línea, es conveniente indicar que la mayoría de los clínicos (59,14%), realizaron su diagnóstico a través de los criterios del DSM-IV (1998) y un 40,85% de acuerdo con los criterios de la CIE-10 (1994b). Estos datos podrían sugerir interesantes líneas de investigación considerando que estos criterios, a pesar de estar bastante consensuados difieren en cuanto a la restricción, de tal forma que se puede clasificar a alguien como depresivo bajo unos criterios y en cambio no, con respecto a los otros criterios.

Por su parte, en cuanto a los análisis comparativos entre ambas muestras los resultados presentados anteriormente, permiten comprobar, como era de esperar, que la muestra clínica difiere de la normal en cuanto a las puntuaciones obtenidas en las distintas escalas. Esto se corrobora mediante la diferencia de medias, que es significativa en todas las escalas y subescalas utilizadas, tanto para el S/DEP como para el T/DEP, de tal forma que los participantes del grupo clínico mostraron mayores puntuaciones que el grupo normal, excepto en la subescala de Eutimia, como también puede entenderse, considerando que las personas con depresión tienden a obtener menos puntuación en afectividad positiva. Este dato estaría apoyando el planteamiento de Clark y Watson (1991; 1993); Watson, Clark y Carey (1988) y Watson, Clark y Tellegen, 1988, en relación con el modelo tripartito como alternativa de explicación para la diferenciación entre ansiedad y depresión. Así, la depresión se entendería a partir de la ausencia de afectividad positiva (baja Eutimia, en este caso) y no sólo de acuerdo con la alta afectividad negativa (Distimia, en este caso), puesto que ésta también es característica de la ansiedad.

A diferencia de lo observado a través de los análisis presentados previamente con muestras no clínica, dentro de las cuales se incluyen muestras de adolescentes, universitarios y de población general, se puede indicar que en la muestra clínica, las puntuaciones mayores fueron obtenidas por los varones, aunque la variable sexo fue controlada en el MANOVA y no mostró ningún efecto sobre el resultado. Este dato es llamativo puesto que podría estar indicando que, mientras la prevalencia de la depresión en población general, se estima hasta tres veces superior en las mujeres que en los varones (Alonso et al., 2004a; 2004b; Aragonés et al., 2004; Bell et al., 2004), una vez que se presenta el cuadro, la severidad puede afectar a ambos sexos de manera diferencial, aunque no necesariamente mayor para las mujeres. En este caso, también es necesario indicar que de acuerdo con lo señalado desde distintas fuentes, la posible mayor prevalencia de la depresión en las mujeres puede ser explicada por un sesgo en la búsqueda de atención (Simonds y Whiffen, 2003; Kessler, 2003); por asuntos debidos a los mismos cuestionarios de medida que pueden mostrar un tipo de sesgo hacia las actitudes y comportamientos femeninos (Newman et al., 1999; Salokangas et al., 2002) e incluso a los mismos criterios diagnósticos que pueden ser muy restrictivos en el caso de los varones y dejar fuera casos que bien podrían considerarse clínicos mediante la atención a síntomas como la irritabilidad, que podría ser una manifestación masculina de la depresión, pero que actualmente sólo es recogida por los manuales diagnósticos, en el caso de los niños y los adolescentes (Benazzi, 2003a; Biondi et al., 2005; Kessler, 2003).

Con relación al tema de la irritabilidad como posible síntoma útil para diagnosticar la depresión en los varones, es importante anotar que los resultados encontrados a través de los análisis aquí presentados, indican una correlación positiva y significativa entre el ST/DEP y las escalas de Estado y Rasgo de Ira del STAXI-2. Llamando de manera especial la atención, la relación encontrada entre la escala de Expresión Interna de la Ira y las puntuaciones de Distimia, tanto en la escala de Estado como en la de Rasgo. Esto coincide, para el caso de la escala de Estado, con correlaciones más altas con la subescala de Sentimiento de Ira y, para el caso de la escala de Rasgo, con la subescala de Temperamento de Ira. Los datos anteriores corroboran lo indicado por Newman et al. (1999), acerca de la tendencia de las personas con depresión a puntuar alto en medidas de ira, en especial, con la Ira Interna, asunto que ya desde el psicoanálisis se había hipotetizado como posible reacción ante la situación de pérdida (real o simbólica) que acompaña el establecimiento de la depresión (Freud, 1973).

Por otro lado, Troisi y D'Argenio (2004), concluyeron acerca de la mayor asociación entre Ira Interna y depresión crónica, hasta el punto que se considera el Rasgo de Ira como predictor del curso recurrente de la depresión. Por su parte, Spielberger et al. (1995) indicaron los efectos de la ira sobre la depresión y sobre la salud en general. Además, pusieron en evidencia los problemas en la evaluación de la ira, dada la confusión entre emociones como la ira, la agresividad y el enojo, mostrando el carácter confuso de las medidas empleadas para su diagnóstico.

Todo lo anterior permite concluir, cómo en la línea de lo planteado por (Benazzi, 2003a; Biondi et al., 2005; Fava et al., 1986; Field et al., 2003; Pasquín et al., 2004; Robin et al., 2001; Sayar et al., 2000), en el presente estudio, se encuentra una fuerte asociación entre la ira y la depresión, lo cual deja abierta la puerta a nuevos estudios en la vía de aportar datos adicionales en este importante tópico de la práctica clínica.

Por otra parte, los resultados del AFC llevado a cabo permiten establecer cómo de nuevo, con una muestra diferente (clínica, en este caso), se confirma la estructura factorial predicha con la teórica, de tal forma que los factores de Distimia y Eutimia se mantienen estables, agrupando los ítems que miden afectividad negativa por un lado, y los que miden afectividad positiva, por el otro lado. Adicionalmente, los resultados permiten concluir acerca de la bondad de ajuste del modelo, dando evidencias de validez interna al ST/DEP.

Con relación a la comparación entre la población normal y la población clínica, es de señalar cómo las puntuaciones obtenidas por ambas muestras difieren entre sí, tanto para la escala Estado como para la escala Rasgo del ST/DEP, siendo mayores para la muestra clínica en el caso del BDI, que, además, es la escala que mayor diferencia hace entre los grupos; el CBD y la subescala de Distimia. En cambio, la diferencia con la subescala de Eutimia, es mayor para el caso de la muestra normal, que como ya se había indicado previamente, es un resultado esperable, dado que la mayor puntuación en Eutimia es indicador de baja depresión, con lo cual es razonable que este valor sea menor en la muestra clínica. Los resultados del MANOVA mostraron que, en el caso del S/DEP, la puntuación en la subescala de Eutimia fue la variable que mayor porcentaje de varianza explicó en el análisis, mientras que la puntuación en la subescala de Distimia, fue la que explicó menor porcentaje de varianza. Por su parte, con respecto al T/DEP, fueron el BDI y la subescala de Eutimia, respectivamente, las variables que explicaron el mayor y menor porcentaje de la varianza.

Ahora bien, al efectuar el Análisis Discriminante, los resultados de la función indican diferencias entre la escala de estado y la escala de Rasgo. Para ambos casos, se

incluyeron como variables las puntuaciones totales del BDI, el CBD, la subescala de Distimia y la subescala de Eutimia. Por razones obvias, ya mencionadas previamente, no se incluyó la puntuación total a cada escala (S/DEP y T/DEP), por tratarse de una sumatoria de las dos subescalas, cuyo cálculo por separado, puede ser mucho más útil. Para el caso del S/DEP, tras la inclusión de las variables por pasos, la función discriminante mantiene todas las variables, siendo la subescala de Eutimia la que presenta el mayor coeficiente de correlación, mientras que la subescala de Distimia presenta el menor coeficiente. En cambio en la escala de Rasgo, la función discriminante excluye la variable Distimia y muestra coeficientes de correlación con la función, muy similares entre el BDI, el CBD y la subescala de Eutimia, siendo el BDI la variable con mayor coeficiente de correlación. Estos datos podrían indicar varias cosas. Por un lado, cómo la subescala de Distimia no parece aportar mucho más a la función discriminante, lo cual, siguiendo la lógica del análisis, lo que explicaría, es que el constructo evaluado por esta dimensión, ya es recogido por las otras variables, en pasos previos. Este asunto es pertinente si se recuerda que, como medida del componente de afectividad negativa, también este componente es recogido de alguna manera por el BDI, lo cual, daría cuenta de su poco peso dentro de la función discriminante tanto para el S/DEP, como, especialmente, para el T/DEP donde ni siquiera pasa la prueba de tolerancia exigida para ingresar en el análisis.

Otro asunto que puede deducirse de los resultados de la función discriminante, es cómo la Eutimia, muestra su valor como medida importante en la clasificación de los casos de depresión, dando soporte de nuevo a Clark y Watson (1991;1993) acerca de la importancia de este constructo para diferenciar la ansiedad de la depresión. Así, la Eutimia fue la variable que más porcentaje de la función explicó para el caso de la escala de Estado, aunque no para la de Rasgo donde el BDI fue la variable más importante, sugiriendo, en el último caso, cómo el BDI podría considerarse una medida más cercana a la idea de Rasgo como lo indicaran Beck y Steer (1993) y Vázquez y Sanz (1999).

Finalmente, los resultados de la clasificación de los casos, de acuerdo con la función discriminante, permiten concluir, que al considerar igualdad de probabilidades previas de clasificación para ambos grupos, para la escala de Estado (S/DEP), los participantes del grupo clínico fueron mejor clasificados que los sujetos del grupo normal, sin embargo, al estimar las probabilidades previas en función del tamaño de los grupos, el porcentaje de casos clínicos bien clasificados (en el grupo original), disminuye, pero aumenta para el caso de los casos de los participantes normales. Es decir, que, asumiendo igualdad de probabilidades, aumenta la especificidad en la clasificación pero disminuye la sensibilidad,



contrario a lo que sucede cuando se consideran las probabilidades en función del tamaño de los grupos, en donde aumenta la sensibilidad, pero disminuye la especificidad. Por su parte, para el caso del T/DEP, los resultados fueron a la inversa. Así, asumiendo igualdad de probabilidades para la clasificación, fueron mejor clasificados los normales, es decir, aumenta la sensibilidad pero disminuye la especificidad y cuando se consideró el tamaño de los grupos, mejoró aún más la sensibilidad en la clasificación al diagnosticar mejor al grupo de los normales, pero en cambio, disminuyó la especificidad, pues menos casos clínicos fueron clasificados dentro de este grupo.

Los anteriores resultados abren una serie de interrogantes y permiten plantear algunas hipótesis. La pregunta más importante sería en relación con las implicaciones de las decisiones basadas en los criterios empleados. Es decir, ¿qué sería menos grave: diagnosticar personas pertenecientes al grupo normal como sujetos clínicos ó, asumir que algunos sujetos clínicos sean tratados como personas no afectadas?. Evidentemente, la decisión no es fácil de tomar, considerando que un diagnóstico conduce a la administración o no de un tratamiento, lo cual acarrea consecuencias en las dos direcciones, bien si se administra un tratamiento a alguien que no lo requiere o bien si se priva de él a alguien que en realidad sí lo necesita. Por lo anterior, la decisión clínica, siempre debe basarse en un riguroso y sistemático proceso de evaluación y no sólo en los resultados obtenidos en una escala. Por tanto, se requiere de una gran experiencia clínica y de un adecuado nivel de manejo de las técnicas para disminuir el efecto del error en un proceso tan complejo como es la evaluación psicológica.

En cuanto a las hipótesis que pueden explicar los hallazgos presentados aquí, pueden señalarse varios puntos. En primer lugar, una posible explicación a la presencia de casos del grupo normal que se clasifican como casos clínicos, puede encontrarse en el hecho de que, al tratarse el grupo normal, de una muestra de población general, donde no se hizo un cribaje para detectar posibles casos de depresión o cualquier otro trastorno del estado del ánimo, se asumió la no-depresión como característica de esta muestra. Sin embargo, y recordando que este trastorno tiene una gran prevalencia en la población general, estimada entre un 6,25% (OMS, 2003) y hasta un 26,4 (Kessler, 2004); podría entenderse que la presencia de casos del grupo normal, clasificados como clínicos, estaría dando cuenta de dicho porcentaje de prevalencia en la población general a la cual pertenece la muestra empleada. En segundo lugar, también podría justificarse la inclusión de sujetos normales dentro del grupo clínico a partir de las características del ST/DEP, específicamente mediante la subescala de Eutimia, pues siguiendo lo planteado por

Ritterband y Spielberger (1996) y Spielberger et al. (2003), la presencia de ítems que evalúan afectividad positiva aumenta la sensibilidad del instrumento para identificar bajos niveles de afectación, que, de acuerdo con otras escalas podrían pasar desapercibidos.

Por su parte, el porcentaje de casos clínicos clasificados como pertenecientes al grupo normal, podría explicarse de diversas maneras. Por un lado, es necesario indicar que la muestra clínica fue obtenida mediante la colaboración de diversos profesionales (psicólogos y psiquiatras), con lo cual es posible encontrar diferencias en el criterio para establecer el diagnóstico. De hecho, tal como se indica en el apartado 7.5.2.2., al hacer la descripción de la muestra clínica, se indica que un 59,14% de los pacientes (152) fueron clasificados siguiendo los criterios DSM-IV (1995), mientras que un 40,86% (105 pacientes) obtuvieron su diagnóstico mediante la CIE-10 (1995). Este dato tiene especial relevancia, puesto que siguiendo estrictamente los criterios diagnósticos y tal como apuntara Peñate (2001) es posible obtener un diagnóstico con un sistema y en cambio no con el otro, de tal forma, que, es posible que la mayor restricción de un sistema sobre el otro, también pueda influir en la estimación del número de casos correcta o incorrectamente clasificados.

Otro aspecto que hay que considerar como posible explicación al número de casos clasificados incorrectamente, con relación al grupo original, es el referido a las características propias de la muestra. Así, a pesar de que se obtuvieron los datos, para la mayoría de los casos, en cuanto al tiempo de tratamiento, por ejemplo, a la hora de realizar los análisis la muestra se trató de manera uniforme y por supuesto puede influir el estado del paciente al momento de la evaluación, pero también el momento del proceso terapéutico, pues no es igual la estimación de los síntomas que puede hacer un paciente en pleno episodio depresivo, que aquel otro en quien la depresión ha remitido y está próximo al alta.

Los mismos efectos pueden esperarse en función del tratamiento recibido, en especial, el referido a la administración de fármacos, los cuales afectan directamente, no sólo la sintomatología en sí misma, sino la percepción que el paciente tiene de sus síntomas. De igual manera, pueden influir el número de episodios depresivos, así como el tipo de trastorno (depresión o distimia), puesto que la recurrencia y cronicidad, pueden ser factores que marquen diferencias con respecto a los casos de primera ocurrencia.

Todo lo anterior sugiere la necesidad de llevar a cabo estudios posteriores donde se sometan a prueba las hipótesis aquí planteadas y se permita arrojar luz sobre los datos aquí presentados. De lo que sí queda constancia es de la capacidad del ST/DEP para diferenciar entre muestra normal y muestra clínica, apoyando la especificidad de la subescala de

Eutimia para detectar distintos niveles de afectación. Además, se han confirmado las propiedades psicométricas del cuestionario que hacen que se constituya en una herramienta útil y fiable para evaluar la depresión, en conjunto con otros instrumentos y dentro del respectivo proceso de evaluación conducente a la obtención de un diagnóstico preciso y confiable, tal como se demanda desde las buenas prácticas clínicas que abogan por el bienestar de los usuarios.



**CONSIDERACIONES FINALES**

**8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES  
GENERALES**



## **8.1. DISCUSIÓN GENERAL**

Los resultados de la presente investigación aportan importantes elementos al campo de investigación de la depresión. Dichos aportes pueden enmarcarse dentro del contexto teórico en cuanto a los apoyos conceptuales y empíricos que pueden derivarse de la investigación realizada, y dentro del contexto metodológico en cuanto a la aportación de una herramienta nueva y útil herramienta para el trabajo diagnóstico de la depresión. Desde la perspectiva teórica, una de las principales aportaciones es el apoyo empírico al debate actual (no por reciente, sino por relevante en el momento), con respecto a la consideración de la depresión como una entidad dimensional, más que como un trastorno categorial, como viene siendo tratada en los manuales diagnósticos vigentes. Así, las evidencias de la diferenciación de dos medidas de depresión (Estado y Rasgo), permiten considerar la depresión como un continuo dentro del cual pueden encontrarse los episodios depresivos y el trastorno depresivo mayor, pero también la distimia e incluso el trastorno depresivo de la personalidad. Este aporte es relevante puesto que una de las entidades clínicas que en la actualidad se encuentran en estudio es justamente el trastorno depresivo de la personalidad y por lo tanto, las evidencias aquí presentadas, van en la línea de la defensa de la existencia de dicho trastorno.

La utilización de los datos aquí indicados para guiar futuros estudios que intenten la evaluación de los síntomas depresivos en muestras de pacientes más amplias, donde estén representados tanto los casos de distimia como los de depresión mayor y para ésta última, se hagan diferencias en función del número de episodios, quizás permita concluir algo en relación con los patrones de la personalidad que podrían predecir el desarrollo de un trastorno depresivo. Esta línea puede llevarse a cabo mediante la utilización conjunta de las herramientas empleadas en el presente trabajo, dentro de las cuales cabe resaltar la utilidad del Cuestionario Básico de Depresión (CBD), cuya escala de respuesta podría permitir hacer un estimativo de la recurrencia del trastorno en función de las respuestas de los participantes y cuando no se disponga de información clínica acerca del número de episodios presentados por el paciente.

El asunto del carácter dimensional de la depresión, como ha sido tratado por muchos autores (Beach y Amir, 2003; Phillips et al. 1998; Rucio y Rucio, 2000; Widiger, 1999), los cuales confluyen en establecer que, al menos ciertas formas de depresión son más dimensionales que categoriales (Ramklint y Ekselius, 2003), en función de los criterios diagnósticos empleados, bien sea, emocionales, para el primer caso, y vegetativos para el segundo, estaría marcando diferentes subtipos de trastornos afectivos y por lo tanto, con

respecto a los hallazgos de la presente investigación, permitiría entender porqué se dan tan altas correlaciones entre el STAI y las medidas de depresión empleadas en el presente trabajo. Dadas las características del ST/DEP, cuyos ítems están formulados en la dirección de la presencia o ausencia de depresión, pero en el plano cognitivo y afectivo, más que en el plano vegetativo, es razonable que las correlaciones sean más altas con el STAI, que por ejemplo con el BDI, lo cual va en la línea de lo encontrado por McWilliams et al. (2001). De aquí que una buena línea de investigación implique replicar el estudio de McWilliams et al. (2001) comparando los grupos de ítems del STAI y el BDI con las escalas del ST/DEP, lo cual podría aportar muchos elementos al debate actual sobre la distinción entre ansiedad y depresión. Además, soportaría la insistencia que se hace a lo largo del presente trabajo en no considerar ninguna herramienta como suficiente para hacer un diagnóstico, sino por el contrario, la utilidad de disponer de diversos instrumentos, de probada validez, para soportar el desarrollo de una entrevista diagnóstica fiable.

Por su parte, los planteamientos acerca de la importancia de la recurrencia y la cronicidad como mecanismo para arrojar luz sobre el posible carácter dimensional de la depresión, se sustentan en los mismos datos de prevalencia que indican, por ejemplo, que más del 15% del total de los casos de depresión en población clínica cumplen criterios de cronicidad, es decir, el episodio persiste por dos años o más (Lara y Klein, 1999). Adicionalmente y de acuerdo con Bondolfi, (2002), a pesar de que cerca 80% de los pacientes responden a los tratamientos, sólo cerca del 50% consigue una remisión total del cuadro depresivo (Bondolfi, 2002). Entre los que se recuperan se estima que cerca del 50% recae durante los dos años siguientes, además, el riesgo de recaída aumenta en función de la edad temprana de inicio y del número de episodios depresivos previos (Segal et al., 2003). Todo lo anterior hace suponer que la depresión escapa como constructo al esquema taxonómico tradicional y requiere una mirada en la que, probablemente, el enfoque dimensional pueda ser de gran utilidad. Por su parte, los datos observados a través de las distintas muestras presentados en los estudios precedentes permiten concluir sobre las diferencias en las puntuaciones obtenidas entre las escalas de Rasgo y Estado, lo cual podría estar aportando importantes elementos de discusión a este importante tema de investigación.

De acuerdo con lo anterior, una consecuencia derivada de la consideración dimensional de la depresión se refiere a la clasificación dentro del sistema diagnóstico, puesto que la admisión de la existencia de un trastorno depresivo de la personalidad abriría la pregunta por su ubicación, bien dentro del eje I o bien dentro del eje II. Aunque no



puede olvidarse que al pensar en un concepto dimensional, la significación de la clasificación diagnóstica se modifica y por supuesto un sistema categorial como el vigente no sería el más apropiado.

La aportación de una medida diferencial de Estado y Rasgo, también tiene importantes aportaciones clínicas puesto que la presencia de rasgos de personalidad determinados puede ser un importante factor predictor para el desarrollo de trastornos del estado de ánimo, como ya lo indicaran Bienvenu et al. (2004); Lozano y Johnson (2001); Segal et al. (2003) con respecto a la relación entre alto neuroticismo y la presencia de síntomas depresivos. Otros estudios como el de Ramklint y Ekselius (2003) indican que la proporción de trastornos de personalidad es mayor en personas deprimidas que en población general. Así, la relevancia de este asunto, a nivel clínico, tiene que ver con el diagnóstico en función de la comorbilidad con otros trastornos del Eje I y el Eje II, pero muy probablemente, con la puesta en marcha de medidas preventivas, ya que si se conoce cierta forma de predisposición, a partir de la personalidad, para desarrollar trastornos depresivos, tal vez sea posible establecer programas de entrenamiento en habilidades que permitan a los "pacientes potenciales" hacer frente a las demandas ambientales, con una mayor eficacia, reduciendo el riesgo de desarrollar síntomas. Todo esto, considerando, evidentemente, el importante peso otorgado a los factores sociales en cuanto a la etiología de los trastornos mentales como ya lo indicaran Lara y Klein (1999), sin que ello suponga, en todo caso, restar importancia a otros factores como los genéticos por ejemplo.

Por lo tanto, la influencia de la personalidad en el desarrollo de trastornos depresivos podría explicar, cierta vulnerabilidad, donde confluyen múltiples factores. Así, los factores sociales, de gran peso, de acuerdo con datos empíricos como los aportados por Lara y Klein (1999), ejercerían una importante influencia sobre la prevalencia de la depresión, pero este efecto no es independiente de determinada vulnerabilidad genética, aumentando de hecho, el riesgo, cuando confluyen ambos tipos de factores (Goldberg, 2001). Así, más que intentar explicaciones contundentes y definitivas, el camino, muy probablemente, sea la búsqueda de interacciones entre los diversos factores intervinientes.

Otro de los aportes teóricos ofrecidos a través de los resultados del presente estudio, es el apoyo al modelo tripartito de Clark y Watson (1991, 1993), en relación con la consideración de la baja Afectividad Positiva como el elemento distintivo de la depresión. Así, los resultados de la presente investigación ponen de manifiesto cómo mientras en las muestras no clínicas, no se presentan diferencias significativas en cuanto a bajos niveles de afectividad positiva, en cuanto se comparan una muestra normal y una muestra clínica,

claramente, la Eutimia es capaz de diferenciar ambos grupos, dejando evidencias de su menor puntuación dentro de la muestra clínica. Así, mientras los participantes no se diferencian especialmente, en cuanto a la presencia de la afectividad negativa, evaluada en este caso, mediante el concepto de Distimia, sí está claro que la medida de Eutimia, permite concluir sobre la presencia de baja afectividad positiva en la muestra clínica, mucho más que en la muestra normal. De tal forma que la depresión podría ser definida, de acuerdo con Clark y Watson (1991, 1993), en función de una alta afectividad negativa y una baja afectividad positiva. Aspecto que, además, va en la línea de diferenciar la ansiedad de la depresión, que como se recordará, el modelo tripartito establece a partir de la activación fisiológica como síntoma determinante en la ansiedad y la baja afectividad positiva en la depresión, con un factor común a ambos trastornos: la afectividad negativa.

Por lo anterior, una futura línea de investigación que se desprende de la evidencia de la utilidad de introducir ítems de afectividad positiva para la diferenciación clínica de la depresión, es la comparación de los resultados obtenidos mediante el ST/DEP y la escala PANAS, ya que los modelos pueden resultar muy complementarios e ir apuntando en la dirección de la diferenciación entre ansiedad y depresión, asunto hasta hoy, motivo de gran dificultad.

En la misma línea, otra de las utilidades derivadas de la introducción de ítems que evalúan afectividad positiva es la descrita por Spielberger et al. (1970); Spielberger et al. (2003) y Anastasi (1988), en cuanto a la ventaja de algunos ítems individuales (los positivos, en este caso), para evaluar un constructo en unos niveles de afectación y en cambio, no en otros. Concretamente, esta utilidad se manifiesta en la posibilidad de utilizar la medida de Eutimia como alternativa para identificar bajos niveles de afectación, lo cual, como ya se ha señalado, mejora la sensibilidad del instrumento para evaluar niveles de afectación, que de otro modo, quedarían por fuera de la cobertura de las escalas disponibles por no cumplir los criterios requeridos o por no estar dentro del punto de corte establecido para estimar las puntuaciones. Sin embargo, y aunque estos bajos niveles de afectación, puedan no constituir un cuadro clínico, sí es muy útil identificarlos, puesto que, dentro de la práctica, permite observar los cambios terapéuticos por ejemplo, lo cual es clínicamente relevante, aún cuando la estadística no lo encuentre significativo. Asimismo, estos niveles bajos de afectación tienen gran importancia cuando se trabaja con muestras subclínicas con fines de investigación, como suele hacerse con el BDI.

Los resultados presentados a través de los distintos estudios, pero especialmente en el que se comparan las muestras normal y clínica, dan especial soporte a la idea planteada

anteriormente. De hecho, los resultados del análisis discriminante permiten concluir cómo las puntuaciones en Eutimia muestran el más alto coeficiente de correlación con la función discriminante en el caso de la escala de Estado, y aunque en la de Rasgo, es el BDI, la variable que más correlación muestra con la función, el valor del coeficiente para la subescala de Eutimia, es bastante cercano al obtenido por el BDI, por cuanto también puede estimarse su importancia y aportación a la función discriminante que permitió clasificar a los participantes en ambos grupos (normal y clínico).

Por otra parte y considerando que las evidencias clínicas indican la alta presencia de síntomas de irritabilidad tanto en pacientes con depresión (Benazzi, 2003a; Biondi et al., 2005; Fava et al., 1986; Field et al., 2003; Pasquini et al., 2004; Robin et al., 2001; Sayar et al., 2000), al igual que en población normal (Cheng et al., 2005; Fava y Rosebaum, 1999), la presente investigación también permite arrojar datos que apoyan estas observaciones clínicas, lo cual puede ser de especial relevancia, pues quizás se constituya en un primer paso, para que, siguiendo procesos de replicación de los resultados, tal vez, este importante síntoma, de frecuente aparición en los casos de depresión, sea considerado como un síntoma adicional a los existentes y no exclusivamente, como definitorio de la depresión infantil y de la adolescencia o como síntoma del episodio depresivo mayor, aunque no del trastorno depresivo.

A través de las diferentes muestras empleadas en la presente investigación se pudo constatar la presencia de altas puntuaciones en las subescalas de Ira Interna y Sentimiento de Ira, del STAXI-2, confirmando los hallazgos previos de Newman et al. (1999), según los cuales, no se encuentran diferencias significativas entre varones y mujeres en cuanto a la experiencia de la ira, pero sí en cuanto a su expresión. De tal manera los autores encontraron que las mujeres tienden a internalizar más la ira y esto se ha asociado con la mayor presentación de síntomas depresivos. En el presente estudio esto se confirma, en el caso de las muestras normales, pero, en el caso de la muestra clínica, son los varones los que puntuaron más alto en esta subescala.

Con respecto a las relaciones de la ira con la depresión, también es de indicar que las correlaciones observadas fueron mayores para el caso de la escala de Rasgo del ST/DEP, confirmando lo descrito por Troisi y D'Argenio (2004), acerca de la asociación entre rasgo de ira y la predisposición para desarrollar trastornos del estado de ánimo, además de asociarse a un peor pronóstico, en cuanto a una menor respuesta a los tratamientos y a un mayor número de recaídas. Por lo tanto, los datos aportados en cuanto a la fuerte asociación identificada entre las medidas de depresión y el STAXI-2 sugieren

futuras líneas de investigación. Los trabajos futuros pueden dirigirse, por ejemplo, a la búsqueda de evidencias en relación con la capacidad de las distintas escalas del STAXI-2 para clasificar a los sujetos depresivos, esto con el objetivo de determinar, por ejemplo, si la Expresión Interna de la Ira se constituye en una variable predictora de la depresión crónica o la distimia, lo cual daría un mayor soporte a la necesidad de incluir este importante síntoma dentro de los criterios diagnósticos de la depresión.

Por otra parte, un aspecto relevante de la presente investigación es el referido a las diferencias debidas al sexo en cuanto a la presentación de la depresión. Así, la manifestación de los síntomas es diferente, por ejemplo, dentro de las muestras normales, en función de la Distimia y la Eutimia, siendo más prevalentes las altas puntuaciones de Distimia en las mujeres. Sin embargo, en la muestra clínica, los sujetos difieren en gran medida, en la subescala de Eutimia, es decir, en la afectividad positiva, siendo los varones los que obtuvieron los valores más bajos frente a las mujeres. De tal manera, que podría constatar, cómo las mujeres obtienen las puntuaciones más altas en Distimia, en las muestras normales, aunque ello no necesariamente es un signo de mayor prevalencia de depresión, sobre todo si se recuerda que este componente es compartido como factor general, entre la ansiedad y la depresión como ya lo describieran Clark y Watson (1991, 1993). Sin embargo, cuando se comparan las puntuaciones en la muestra clínica, las diferencias muestran cómo el factor de afectividad positiva, evaluada mediante la subescala de Eutimia, permite identificar a los varones con mayores niveles de depresión (bajas puntuaciones en Eutimia). Así, tal vez podría plantearse la hipótesis de que si bien parece ajustado a la evidencia, que en muestras subclínicas, los varones y las mujeres tienden a diferenciarse en cuanto a la experiencia de la depresión, siendo en éstas más prevalentes las altas puntuaciones, una vez que se instaura el trastorno dichas diferencias muestran un mayor nivel de afectación en los varones. Con lo cual, se refuerza lo descrito previamente en relación con el posible problema a la hora de identificar la depresión en los varones como una explicación a las grandes diferencias en cuanto a la prevalencia de este trastorno.

Asimismo y retomando lo indicado con respecto a la ira, probablemente, las diferencias entre sexo en cuanto a la prevalencia, podrían modificarse si se incluyera la ira como criterio diagnóstico, sin que ello indique que sea solamente una característica masculina, pues como se pudo corroborar, está presente, aunque de manera diferencial en cuanto a la expresión, entre varones y mujeres, siendo los primeros más tendientes a expresar externamente su irritabilidad, mientras que las mujeres tienden a interiorizar dicha emoción.

Todo lo anterior confluye en la necesidad de considerar el probable subregistro de los casos de depresión en los varones como consecuencia de las características de los instrumentos de medida, los roles sociales, los comportamientos que se esperan y se reprobaban de uno y otro sexo y de los sesgos debidos a la búsqueda de ayuda que podrían también explicar, los datos diferenciales en cuanto a la presentación de la depresión.

Por otro lado, los beneficios de la presente investigación en cuanto a la aportación de un instrumento de evaluación adaptado y validado con muestras españolas, siguiendo el procedimiento sugerido y llevado a cabo en la construcción de la escala original, supone un aporte muy valioso no sólo para el campo instrumental sino, dentro del quehacer profesional, es decir, más allá de las fronteras del conocimiento científico e instaurada en el plano de la clínica. En lo que se refiere al aporte como estudio instrumental, su mayor valor radica en el seguimiento de un riguroso y exhaustivo procedimiento de adaptación y validación de acuerdo con los estándares internacionales para la construcción y el uso de los test (Colegio Oficial de Psicólogos y la Comisión Internacional de Test (ITC), 2000; AERA, APA, NCME, 1999 y Eignor, 2001). En cuanto a su valor como herramienta clínica y de investigación, tal como se ha indicado previamente, el ST/DEP se presenta de gran utilidad, puesto que, por un lado, su brevedad y fácil administración, hacen que sea una medida de autoinforme muy asequible tanto para los profesionales como para la población objetivo; por otro lado, la obtención de dos medidas diferenciadas de depresión (como estado y como rasgo), también permite la toma de decisiones clínicas importantes en función de la cronicidad y la severidad de la sintomatología, y en cuanto a la investigación, la obtención de estas medidas diferenciadas puede ser de gran utilidad para establecer comparaciones entre variables que difieren en su carácter temporal y de severidad, que son difíciles de recoger mediante las herramientas disponibles en la actualidad.

Por otro lado, el aporte de datos de validación cruzada, empleando diferentes muestras y recurriendo a análisis confirmatorios arroja mayores evidencias de validez que permiten concluir acerca de la utilidad y fiabilidad del ST/DEP como una herramienta útil dentro del proceso diagnóstico. Adicionalmente, y a diferencia de los estudios llevados a cabo con la escala original, en los realizados para la adaptación y la validación castellana, los análisis realizados comparando la muestra clínica y la muestra normal, permiten aportar importantes elementos de apoyo empírico a la validez y utilidad del ST/DEP, dejando en clara evidencia, la importancia de elegir los criterios necesarios y suficientes a la hora de establecer los diagnósticos. En este sentido, no puede olvidarse que dadas las condiciones de la muestra clínica, y que incluso podrían considerarse como una limitante del estudio, en

cuanto al poco control de las múltiples variables intervinientes, los datos referidos al diagnóstico, por ejemplo, indican que no hubo homogeneidad en los criterios. Así, mientras unos pacientes fueron clasificados a través del sistema DSM-IV (1998), los otros fueron diagnosticados mediante los criterios de la CIE-10 (1994b).

Lo anterior es de gran importancia, puesto que es bien conocido que dadas las condiciones diagnósticas en uno y otro sistema, es incluso posible aparecer como depresivo desde un sistema y en cambio no desde el otro, ya que, en cierta medida el nivel de restricción es diferente. Sin embargo, y para responder a la posible crítica derivada de este asunto, en cuanto al poco control de las variables en la obtención de los datos, es importante considerar, siguiendo a Echeburúa y de Corral (2001), que no puede confundirse la eficacia con la efectividad. Así, la primera se refiere a los resultados favorables dentro del contexto de la investigación y la segunda a los resultados dentro de la práctica clínica habitual, lo cual indica que, es muy difícil hacer un control exhaustivo de las variables que intervienen. Por lo tanto, este mismo hecho, en el caso que ocupa la presente reflexión, puede ser, por el contrario, una ventaja, puesto que se ha demostrado la efectividad de los instrumentos empleados para clasificar a sujetos diagnosticados por distintos clínicos, siguiendo criterios diagnósticos diferentes, en función de parámetros de tratamiento distintos y con historia de depresión variable, así como comorbilidad con otros trastornos, bastante variada. De ahí la importancia de sugerir un estudio futuro donde se estime la mayor o menor probabilidad de ser clasificado dentro de un grupo en función del sistema diagnóstico empleado, lo cual puede ser de gran interés para estimar el porcentaje de falsos positivos y falsos negativos que se pueden clasificar en función de determinados criterios, continuando el debate en cuanto a la especificidad *versus* la sensibilidad de los sistemas diagnósticos y de los instrumentos diseñados para la evaluación de los trastornos.

Siguiendo en la línea de las limitaciones encontradas en el estudio y por lo tanto, la derivación y sugerencia de futuras líneas de investigación, es importante señalar, cómo la riqueza de datos aportados a través de los psicólogos clínicos y los psiquiatras colaboradores en la investigación, mediante el registro de cada paciente (anexo 10), abre un interesante camino de investigación. Así, lo que bien podría ser considerado como una limitante, esto es, la heterogeneidad de la muestra, dado que los pacientes diferían en cuanto a la presencia y tipo de tratamiento farmacológico al momento de la evaluación, así como en cuanto al momento del proceso terapéutico en que se encontraban y la presencia de comorbilidad con otros trastornos, entre otros datos; también podría entenderse como una ventaja dentro del estudio. Esto en cuanto a lo descrito en líneas precedentes ya que

aumenta la validez del estudio al contar con una herramienta capaz de estimar el nivel de afectación a través de sujetos diferencialmente afectados por el trastorno. En este sentido, se sugiere un estudio posterior donde se puedan estimar por ejemplo, las propiedades psicométricas del ST/DEP con otros trastornos, tanto del eje I como del eje II. Esto con el objetivo de evaluar la depresión a través de otros cuadros clínicos, identificando los perfiles clínicos, actualizando los datos de comorbilidad, favoreciendo la ejecución de diagnósticos diferenciales y aportando evidencia en favor del carácter dimensional de la depresión como constructo presente en una serie de condiciones clínicas como síntoma o como predisposición para desarrollar diferentes cuadros.

Otra de las limitaciones encontradas fue en relación con la muestra de población general, en la cual, como ya se indicó, no se realizó ningún tipo de cribaje con el fin de disminuir la presencia de casos clínicos dentro de este grupo, sin embargo, se podría pensar, para análisis futuros, la utilización de alguna de las escalas empleadas para establecer los niveles de depresión dentro de la muestra y excluir estos casos del análisis. No obstante, también habría que recordar, que a diferencia de otros trastornos de menos frecuente aparición, la depresión muestra altos niveles de prevalencia, con lo cual, considerando que la muestra empleada, corresponde a la población general, no habría mucha razón para excluirlos puesto que representan, en todo caso, la realidad de la presencia de este importante trastorno.

Por lo anterior, se sugiere para futuros estudios, la realización de una prueba de cribaje que permita identificar los posibles casos clínicos. Sin embargo, considerando que con frecuencia se trabaja con muestras subclínicas, donde no se cumplen criterios diagnósticos suficientes o donde se desconoce la existencia de un trastorno, podría ser de gran utilidad, formar un grupo mediante la estimación de aquellos casos que sin tener un diagnóstico propiamente dicho, si puntúan alto en las pruebas de depresión elegidas para el cribaje y se conformen entonces tres grupos para hacer comparaciones: un grupo clínico, derivado directamente de las consultas psicológicas o psiquiátricas, un grupo de sujetos sin diagnóstico pero con altas puntuaciones en medidas de depresión y un tercer grupo, conformado por la población general. Este estudio puede ser de gran utilidad para confirmar, además, la potencia del ST/DEP para detectar bajos niveles de afectación.

Otras característica de la muestra de población general utilizada, fue la exclusión de estudiantes universitarios y, por tanto, la separación de estas dos muestras en los análisis. La razón fundamental por la que se procedió de esta forma, fue para disponer de una muestra sólo de universitarios, con la cual realizar la validación cruzada y de esta forma

aportar resultados con una muestra de frecuente utilización. Sin embargo, no puede olvidarse que obviamente, ésta es una parte de la población general y por lo tanto, también debería estar representada en la muestra general.

En cuanto al tamaño de las muestras, si bien es cierto que en general, se cumple el requisito para los análisis que se llevaron a cabo, también es cierto que la distribución por sexo dista de ser equivalente, lo cual suele ser frecuente en la investigación psicológica, por lo tanto este hecho, supone ser cuidadoso en cuanto a las afirmaciones que se hagan sobre las diferencias entre sexo si se consideran los porcentajes de uno y otro grupo. No obstante, para el caso del MANOVA este covariado fue tenido en cuenta pero no mostró ningún efecto sobre los resultados.

Por último, una limitación adicional del estudio pudo ser la utilización del STAXI-2 como medida para establecer la validez divergente del cuestionario (ST/DEP), por cuanto, dadas las relaciones establecidas entre este constructo y la depresión, probablemente, la elección del STAXI-2 no haya sido la más acertada, sugiriendo por lo tanto, que en futuras investigaciones, sea conveniente la utilización por ejemplo, de una medida de optimismo para cumplir este objetivo de búsqueda de validez divergente. Si bien es cierto que la bondad de esta herramienta, al igual que el STAI, está dada por la formulación teórica subyacente a los tres cuestionarios, donde se hace una estimación diferencial de medidas de rasgo y estado, lo cual puede justificar su utilización.

Como bien puede deducirse de la reflexión teórica así como de los resultados que se destacan en el presente trabajo, un aspecto fundamental que atraviesa la investigación es el debate sobre el carácter dimensional de la depresión, lo cual supone una aproximación diferente a la actual, no sólo en cuanto al diagnóstico sino en cuanto al tratamiento. Así, la posibilidad de ver la depresión dentro de un continuo también permitiría recuperar el valor adaptativo de la depresión o más específicamente, de la tristeza como emoción primaria, de tal forma que sólo se considera patológico aquel nivel de afectación que produce marcado deterioro e insatisfacción del paciente y por lo tanto, se pueda reconocer el carácter funcional de la tristeza como movimiento emocional. Este asunto es acorde con los planteamientos aristotélicos clásicos para diferenciar la melancolía, -en sus palabras-, como tipo o disposición del carácter frente a la enfermedad melancólica. En este punto, es necesario insistir en la importancia de considerar cómo la psicología y concretamente, la psicopatología, surge y se desarrolla dentro de un marco social, económico, político y cultural, lo cual se evidencia en los sistemas de clasificación por ejemplo, dando cuenta, bien, de un mayor conocimiento acerca de la patología psicológica, pero también de cierta



forma de pensamiento social que determina una serie de valores que dan lugar a comportamientos considerados adecuados o inadecuados y dónde es innegable que la industria farmacéutica ocupa un lugar relevante.

El anterior es quizá uno de los puntos en que más se quiere insistir en la presente investigación, ya que podría constituir, en parte, una aproximación a los llamados aportes originales. Los cuales, bien es cierto, que constituyen uno de los aspectos en los que más se hace énfasis dentro de la valoración de una tesis doctoral, aunque también es cierto que es uno de los más difíciles de conseguir y no porque todo esté descubierto en la Psicología ni mucho menos, sino porque no es fácil llevar a cabo un estudio sin precedentes que orienten o incluso hagan surgir una idea novedosa.

En el caso que ocupa la presente investigación, desde luego no hay originalidad en cuanto a la idea, ya que el instrumento fue desarrollado por Ritterband y Spielberger (1996), ni en cuanto al modo de aproximarse a la adaptación española del mismo, puesto que se ha seguido un protocolo estandarizado para ello. Por lo tanto, si se quiere hablar de los aportes originales habría que ceñirse a las consideraciones teóricas surgidas del análisis cuidadoso de los datos y de la reflexión sistemática llevada a cabo sobre las publicaciones científicas consultadas. Sin embargo, más que llamarlos aportes originales, se prefiere considerarlos como reflexiones personales en torno a la depresión cuya pretensión, además, es generar una o muchas preguntas en torno al tema general que ocupa el presente trabajo, es decir, la depresión.

Dentro de esta perspectiva, es necesario llamar la atención sobre aspectos como la necesidad de ubicar la depresión dentro de una perspectiva contextual que permita comprender el entramado de circunstancias que ha hecho posible la aparición de este cuadro como enfermedad mental. En este sentido, la idea que aquí se quiere proponer para debatir en futuras investigaciones, puesto que escapa a los alcances de los estudios aquí presentados, es la consideración de cierta forma de carácter-por no decir personalidad-, típicamente depresivo, que explique la posición de muchas personas frente a la vida y a sus acontecimientos vitales, sin que sea considerado como patológico. En cierta medida, lo que se intenta plantear es, de alguna forma, el rescate de la depresión, o de la tristeza, más propiamente dicho, como una manifestación humana similar, en cuanto a función, a otras manifestaciones, aún contrarias, como por ejemplo el optimismo. Este interés surge por la observación de casos y el informe de las propias personas, que muchas veces, expresan que esa es su manera de ver el mundo, la cual, además, no les causa, necesariamente, malestar ni inconformidad superior a la de cualquier otra persona, con una visión más optimista de la

vida. Es la posición de muchas personas que incluso encuentran cierta serenidad y regocijo en su propia tristeza, aún cuando sea el mundo exterior el que les etiqueta como enfermos.

El fundamento para este planteamiento surge de la observación e incluso propuesta de retorno al planteamiento Aristotélico del genio creador de los melancólicos, no como una forma de exaltar la depresión como trastorno, sino como un medio para desmitificar la tristeza y rescatarla del oscuro lugar al que sido desalojada por efecto e incluso por necesidad, de la sociedad moderna y capitalista muy bien representada en la industria farmacéutica.

Finalmente, es importante indicar, que este proceso marca el inicio de una nueva línea de trabajo con una herramienta sencilla y útil cuya utilización se enmarca dentro de las recomendaciones propias de un ajustado proceso diagnóstico donde el objetivo es favorecer las condiciones para que el usuario mejore su calidad de vida y su relación consigo mismo y con el mundo. Para responder, de esta forma a un llamado ético del quehacer clínico y de investigación, en relación con el compromiso social que tiene la academia de propiciar soluciones a los problemas cotidianos que alteran el funcionamiento habitual de las personas y que les impiden su desarrollo y promoción personal.

Sólo resta, para concluir, insistir en la propuesta de “despatologizar” la vida cotidiana y por lo tanto, reconocer el lugar que emociones como la tristeza, cumplen en los procesos adaptativos, sin que ello implique el desconocimiento de las importantes consecuencias que tiene en padecer un trastorno como la depresión, pero sin olvidar tampoco, la necesidad de admitir que la presencia de estados afectivos negativos no es más que la manifestación de la polaridad en que se mueve el ser humano y de la cual muchas veces no es conciente o sólo lo consigue en momentos puntuales, bien de lucidez, o bien de profundo desatino.

## **8.2. CONCLUSIONES**

- Los resultados presentados anteriormente aportan evidencias a favor de la consideración del carácter dimensional de la depresión, o al menos de ciertos tipos de depresión, lo cual podría tener importantes implicaciones de cara al diagnóstico y el tratamiento de este importante trastorno psicológico.
- La disposición de una herramienta de autoinforme, sencilla y de fácil aplicación, capaz de ofrecer dos medidas diferenciadas de estado y rasgo, representa un gran valor a la tarea diagnóstica en el caso de la depresión.
- La estimación de la afectividad positiva permite mayor sensibilidad a la hora de evaluar los niveles de afectación de la sintomatología depresiva, asunto de gran relevancia para la práctica clínica, donde el cambio terapéutico puede darse a niveles muy sutiles, pero también en el ámbito de la investigación con muestras subclínicas donde se recurre a la utilización de los instrumentos que han sido baremados, la mayor parte de las veces con muestras clínicas y por lo tanto, los puntos de corte corresponden a estados de afectación considerados clínicos.
- La consideración de la Eutimia como una medida capaz de establecer diferencias entre muestra de población general y muestra clínica en cuanto a la depresión aporta importantes elementos para el diagnóstico diferencial entre este trastorno y la ansiedad.
- Los resultados permiten insistir en la necesidad de recurrir a las herramientas diagnósticas dentro de procesos integrados de evaluación y no basar el diagnóstico en la aplicación de una medida, aunque haya sido demostrado su valor psicométrico, puesto que sólo constituye una aproximación al complejo que representa cualquier trastorno, que, además, varía en su presentación, entre personas e incluso entre episodios en una misma persona, como ocurre con la depresión.
- Finalmente, concluir diciendo que si bien es cierto que la depresión constituye un trastorno con grandes consecuencias para quien lo sufre y para su entorno, también es necesario recordar que como cualquier emoción primaria, la tristeza cumple un invaluable valor adaptativo y por lo tanto, su manifestación es lícita aún en medio de una sociedad donde priman valores como el optimismo, la actividad y la perspectiva de logro como condiciones para la obtención de la felicidad.



**9. REFERENCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS**



## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agudelo, D., Carretero-Dios, H., Blanco Picabia, A., Pitti, C., Spielberger, C. D. y Buela-Casal, G. (en prensa). El componente afectivo de la depresión. *Salud Mental*.
- Agudelo, D., Spielberger, C. D., Santolaya, F., Carretero-Dios, H. y Buela-Casal, G. (en prensa). Análisis de Validez convergente y discriminante del Cuestionario de Depresión Estado-Rasgo (ST-DEP). *Actas Españolas de Psiquiatría*.
- Akiskal, H.S. (1983). Dysthymic disorder: psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1084-1087.
- Akiskal, H.S., Rosenthal, T.L., Haykal, R.F., Lemmi, H., Rosenthal, L.H. y Scoit-Strauss, A. (1980). Characterological depression-clinical and sleep EEG findings separating “subaffective dysthymias” from “character spectrum disorders”. *Archives of General Psychiatry*, 37, 777-783.
- Al-Musawi, N. (2001). Psychometric properties of the Beck Depresión Inventory-II with university students in Bahrain. *Journal of Personality Assessment*, 77, 568-579.
- Alonso-Fernández, F. (1988). *La depresión y su diagnóstico. Nuevo modelo clínico*. Barcelona: Labor.
- Alonso, J., Angermayer, J.C., Bernert, S., Bruffaerst, T., Brugha, S., Bryson, H., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J., Katz, S., Kessler, R., Kovess, V., Lépine, J., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L., Vilagut, G., Almansa, J., Arbadzadeh-Bouchez, S., Autonell, J., Bernal, M., Alonso, M., Buist-Bouwman, M., Codony, M., Domingo-Salvany, A., Ferrer, M., Joo, S., Martínez-Alonso, M., Matschinger, H., Mazzi, F., Morgan, Z., Morosini, P., Palacín, C., Romera, B., Taub, N. y Vollebergh, W. (2004a). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (Supl. 420), 38- 46.
- Alonso, J., Angermayer, J.C., Bernert, S., Bruffaerst, T., Brugha, S., Bryson, H., de Girolano, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J., Katz, S., Kessler, R., Kovess, V., Lépine, J., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L., Vilagut, G., Almansa, J., Arbadzadeh-Bouchez, S., Autonell, J., Bernal, M., Alonso, M., Buist-Bouwman, M., Codony, M., Domingo-Salvany, A., Ferrer, M., Joo, S., Martínez-Alonso, M., Matschinger, H., Mazzi, F., Morgan, Z., Morosini, P., Palacín, C.,

- Romera, B., Taub, N. y Vollebergh, W. (2004b). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (Supl. 420), 28-37.
- Alonso, J., Angermayer, J.C., Bernert, S., Bruffaerst, T., Brugha, S., Bryson, H., de Girolano, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J., Katz, S., Kessler, R., Kovess, V., Lépine, J., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L., Vilagut, G., Almansa, J., Arbadzadeh-Bouchez, S., Autonell, J., Bernal, M., Alonso, M., Buist-Bouwman, M., Codony, M., Domingo-Salvany, A., Ferrer, M., Joo, S., Martínez-Alonso, M., Matschinger, H., Mazzi, F., Morgan, Z., Morosini, P., Palacín, C., Romera, B., Taub, N. y Vollebergh, W. (2004c). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (Supl. 420), 21-27.
- Ambrosini, P., Bennet, D., Cleland, C. y Haslam, N. (2002). Taxonicity of adolescent melancholia: a categorical or dimensional construct?. *Journal of Psychiatric Research*, 36, 247-256.
- American Educational Research Association, American Psychological Association and National Council on Measurement in Education (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Psychological Association.
- American Psychiatric Association (1983). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (3ª. Ed.)* Barcelona: Masson. (Trabajo original publicado en 1980).
- American Psychiatric Association (1988). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (3ª. Ed. rev.)* Barcelona: Masson. (Trabajo original publicado en 1987).
- American Psychiatric Association (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (4ª. Ed.)* Barcelona: Masson. (Trabajo original publicado en 1994).
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (4ª. Ed. rev.)* Barcelona: Masson. (Trabajo original publicado en 2000).
- Anastasi, A. (1988). *Psychological Testing*. New York: Macmillan Publishing Company.
- Andreasen, N.C. (1985). Conceptos, diagnóstico y clasificación. En E.S. Paykel (Ed.). *Psicopatología de los trastornos afectivos* (pp. 50-82). Madrid: Pirámide.
- Anseau, M., Dierick, M., Buntinkx, F., Cnockaert, P., De Smedt, J., Van den Haute, M. y Vander Mijnsbrugge, D. (2004). High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 78, 49-55.



- Antony, M.M. y Barlow, D.H. (Eds.). (2002). *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders*. New York: Guilford Press.
- Aragónés, E., Benaiges, E., Masdéu Montalá, R.M., Cando, P., Guasch, G. y Coll Borrás, G. (2001). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29, 310-316.
- Aragónés, E., Piñol, J., Labad, A., Masdéu, R., Pino, M. y Cervera, J. (2004). Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 34, 21-35.
- Arnau, R., Meagher, M., Norris, M. y Bramson, R. (2001). Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II with primary care medical patients. *Health Psychology*, 20, 112-119.
- Axelson, D. y Birmaher, B. (2001). Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depression and Anxiety*, 14, 67-78.
- Ayuso-Mateos, J., Vázquez-Barquero, J., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O., Casey, P., Wilkinson, C., Lasa, L., Page, H., Dunn, G. y Wilkinson, G. (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, 179, 308-316.
- Baca Baldomero, E., Sainz Ruiz, J., Aguera Ortiz, L., Caballero Martínez, L., Fern Liria, A., Ramos Brieva, J., Gil Miguel, A., Madrigal Jiménez, M. y Porras Chavar, M. (1999). Prevalence of psychiatric disorders in primary care using the PRIME-MD questionnaire. *Atención Primaria*, 23, 275-279.
- Banco Mundial (1993). *World Development Report: 1993: Investing In Health*. New York: Oxford University Press.
- Barnett, P.A. y Gotlib, I. H. (1988). Psychosocial functioning and depression: distinguishing among antecedents, concomitants and consequences. *Psychological Bulletin*, 104, 97-126.
- Bas, F. y Andrés, V. (1996). Diagnóstico, evaluación de la severidad y análisis funcional de la depresión. En G. Buela-Casal, V. Caballo y J.C. Sierra (Dir.). *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud* (pp. 179-226). Madrid: Siglo XXI.
- Bataglia, M., Przybeck, T.R., Bellodi, L. y Cloninger, R. (1996). Temperament dimensions explain the comorbidity of psychiatric disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 292-298.
- Batista-Foguet, J.M. y Coenders, G. (2000). *Modelos de Ecuaciones Estructurales*. Madrid: La Muralla.

- Batista-Foguet, J.M., Conders, G. y Alonso, J. (2004). Análisis Factorial Confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clínica*, 122, 21-27.
- Baudelaire, Ch. (1974). *Obra completa en poesía*. (E. Parellana, Trad.). Barcelona: Ediciones 29.
- Beach, S.R.H. y Amir, N. (2003). Is depression taxonic, dimensional, or both?. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 228-236.
- Bebbington, P.E. (1996). The origins of sex differences in depressive disorders: bridging the gap. *International Review of Psychiatry*, 8, 295-332.
- Bebbington, P.E., Dunn, G., Jenkins, R., Lewis, G., Brugha, T., Farrei, M. y Meltzer, H. (1998). The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: Report from the National Survey of Psychiatry Morbidity. *Psychological Medicine*, 28, 9-19.
- Bech, P., Stage, K.B., Nair, N.P., Larsen, J.K., Kragh-Sorensen, P. y Gjerris, A. (1997). The Major Depression Rating Scale (MDS). Inter-rater reliability and validity across different settings in randomized moclobemide trials. Danish University Antidepressant Group. *Journal of Affective Disorders*, 42, 39-48.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brower. (Trabajo original publicado en 1979).
- Beck, A. y Steer, R. (1987). *Beck Depression Inventory: Manual*. New York: Psychological Corporation.
- Beck, A. y Steer, R. (1993). *Beck Depression Inventory: Manual*. San Antonio (Texas): Psychological Corporation.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory-Second Edition: Manual*. San Antonio (Texas): Psychological Corporation.
- Beck, A., Steer, R. y Garbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Beekman, A., Copeland, J. y Prince, M. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *British Journal of Psychiatry*, 174, 307-311.

- Bell, B., Chalklin, L., Mills, M., Browne, G., Steiner, M., Roberts, J., Gafni, A., Byrne, C., Wallik, D., Kraemer, J., Webb, M., Jamieson, E., Whittaker, S. y Dunn, E. (2004). Burden of dysthymia and comorbid illness in adults in a Canadian primary care setting: high rates of psychiatric illness in the offspring. *Journal of Affective Disorders*, 78, 73-80.
- Benazzi, F. (2003a). Bipolar II depressive mixed state: finding a useful definition. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 21-27.
- Benazzi, F. (2003b). Depressive mixed state: dimensional versus categorical definitions. *Progress in Neuro-psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 27, 129-134.
- Benazzi, F. (2003c). Frequency of bipolar spectrum in 111 private practice depression outpatients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253, 203-208.
- Benazzi, F. (2003d). Major depressive disorder with anger: a bipolar spectrum disorder?. *Psychoterapy and Psychosomatics*, 72, 300-306.
- Benazzi, F. y Akiskal, H. (2005). Irritable-hostile depression: further validation as a bipolar depressive mixed state. *Journal of Affective Disorder*, 84, 197-207.
- Berganza, C.E., Mezzich, J.E., Otero-Ojeda, A.A., Jorge, M.R., Villasenor-Bayardo, S.J. y Rojas-Malpica, C. (2001). The Latin American guide for psychiatric diagnosis. A cultural overview. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24, 433-446.
- Berlanga, C. (2004). Búsqueda de los genes de la susceptibilidad a la depresión. *Información Clínica*, 15, 7-8.
- Bermúdez, J. (1978a). Análisis funcional de la ansiedad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 153, 617-634.
- Bermúdez, J. (1978b). Ansiedad y rendimiento. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 151, 183-207.
- Berndt, D.J. (1990). Inventories and Scales. En B.B. Wolkman y G. Striker (Eds.). *Depressive Disorders* (pp. 255-274). New York: John Wiley.
- Beuke, C., Fischer, R. y McDowall, J. (2003). Anxiety and depression: why and how measure their separate effects. *Clinical Psychology Review*, 23, 831-848.
- Bhugra, D. y Mastrogianni, A. (2004). Globalisation and mental disorders. Overview with relation to depression. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 10-20.
- Bhui, K., Mohamud, S., Warfa, N., Craig, T.J. y Stansfeld, S. A. (2003). Cultural adaptation of mental health measures: improving the quality of clinical practice and research. *British Journal of Psychiatry*, 183, 184-186.

- Bienvenu, O.J., Samuels, J.F., Costa, P.T., Reti, I., Eaton, W.W. y Nestadt, G. (2004). Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: a higher- and lower-order personality trait investigation in a community sample. *Depression and anxiety*, 20, 92-97.
- Bifulco, A., Moran, P.M., Ball, C. y Bernazzani, O. (2002). Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Epidemiology*, 37, 50-59.
- Bijl, R., Ravelli, A. y Van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatry disorder in the general population: results of the Netherlands Mental health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 33, 587-595.
- Biondi, M., Picardi, A., Pasquini, M., Gaetano, P. y Pancheri, P. (2004). Dimensional psychopathology of depression: detection of an « activation » dimension in unipolar depressed outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 84, 133-139.
- Birnbaum, H., Leong, S. y Greenberg, P. (2003). *Journal of Affective Disorders*, 74, 15-22.
- Bjork, J.M., Dougherty, D.M. y Moller, F.G. (1997). A positive correlation between self-ratings of depression and laboratory measured aggression. *Psychiatry Research*, 69, 33-38.
- Blehar, M.C. y Keita, G.P. (2003). Woman and depression: a millennial perspective. *Journal of Affective Disorders*, 74, 1-4.
- Bobenrieth, M.A. (2002). Normas para la revisión de artículos originales en Ciencias de la Salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/ International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 503-508.
- Bolaños, M. (1996). *Pasajes de la melancolía. Arte y bilis negra a comienzos del siglo XX*. Valladolid: Junta de Castilla y León.
- Bollen, K.A. y Long, J.S. (1993). *Testing Structural Equation Models*. Thousand Oaks: Sage.
- Bondolfi, G. (2002). Recurrent depression and relapse prevention. *Medicine et Hygiene*, 60, 1721.
- Bousoño García, M., Fernández Domínguez, J. M., González-Quiros Menéndez de Luarda, M. y Bobes García, J. (2003). Manifestaciones clínicas de los trastornos depresivos. En J. Bobes, M. Bousoño, M.P. González y P. Sáiz (Eds.). *Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria* (pp. 93-103). Barcelona: Masson.
- Bowlby, J. (1973). *Separation: Anxiety and anger. Attachment and loss*. New York: Basic Books.
- Breslau, N., Schultz, L. y Peterson, E. (1995). Sex differences in depression: a role for preexisting anxiety. *Psychiatry*, 37, 906-914.

- Brown, T.A., Campbell, L., Lehman, C., Grishman, J. y Mancill, R. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 585-599.
- Brown, T. A., Chorpita, B.F. y Barlow, D.H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 179-192.
- Browne, G., Steiner, M., Roberts, J., Gafni, A., Byrne, C., Bell, B., Mills, M., Chalklin, L., Wallik, D., Kraemer, J. y Dunn, E. (1999). Prevalence of dysthymic disorder in primary care. *Journal of Affective Disorders, 54*, 303-308.
- Browne, M.W. y Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. En K.A. Bollen y J.S. Long (Eds.). *Testing Structural Equation Models* (pp. 136-162). Thousand Oaks: Sage.
- Buela-Casal, G., Sierra, J.C. y Cano, M.C. (2001). Evaluación y tratamiento de la depresión. En G. Buela-Casal, J.C. Sierra y M.C. Cano (Dir.). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos* (pp. 271-339). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Buela-Casal, G., Sierra, J.C. Carretero-Dios y de los Santos-Roig, M. (2002). Situación actual de la evaluación psicológica en lengua castellana. *Papeles del Psicólogo, 83*, 27-33.
- Burns, D. y Eidelson, R. (1998). Why are depression and anxiety correlated?. A test of the Tripartite Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 461-473.
- Byrne, B.M. y Baron, P. (1993a). Measuring adolescent depression: test of equivalent factorial structure for English and French versions of the Beck Depression Inventory. *Applied Psychology: An International Review, 42*, 33-47.
- Byrne, B.M. y Baron, P. (1993b). The Beck Depression Inventory: testing and cross-validating an hierarchical factor structure for nonclinical adolescents. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 26*, 164-168.
- Byrne, B.M., Baron, P., Larsson, B. y Melin, L. (1995). The Beck Depression Inventory: Testing and cross-validating a second-order factorial structure for swedish nonclinical adolescents. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 345-356.
- Caci, H., Baylé, F., Dossios, C., Robert, P. y Boyer, P. (2003). The Spielberger trait anxiety inventory measures more than anxiety. *European Psychiatry, 18*, 394-400.

- Cano-Lozano, M.C. (1998). *Efecto de la privación de sueño sobre el estado de ánimo: predictores psicológicos y fisiológicos*. Tesis Doctoral no publicada, Universidad de Granada, España.
- Carretero-Dios, H. y Pérez, C. (en prensa). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
- Catalán, R. (2000). Factores psicosociales. En J. Vallejo Ruiloba y C. Gastó Ferrer (Eds.). *Trastornos Afectivos: ansiedad y depresión* (pp. 227-241). Barcelona: Masson.
- Catena, A., Ramos, M. y Trujillo, H. (2003). *Análisis Multivariado. Un manual para investigadores*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Chambers, J., Power, K. y Durham, R. (2004). The relationship between trait vulnerability and anxiety and depressive diagnoses at long-term follow-up of Generalized Anxiety Disorder. *Anxiety Disorders, 18*, 587-607.
- Cheng, A.T.A., Tien, A.Y. y Chang, C.J. (2001). Cross-cultural implementation of a Chinese version of the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) in Taiwan. *British Journal of Psychiatry, 178*, 567-572.
- Cheng, H.L., Mallinckrodt, B. y Wu, L.Ch. (2005). Anger expression toward parents and depressive symptoms among undergraduates. *Counseling Psychologist, 33*, 72-97.
- Chisholm, D., Diehr, P., Knapp, M., Patrick, D., Treglia, M. y Simon, G. (2003). Depression status, medical comorbidity and resource cost. Evidence from an international study of major depression in primary care. *British Journal of Psychiatry, 183*, 121-131.
- Ciroan, E.M. (1979). *El aciago demiurgo* (F. Savater, Trad.). Madrid: Taurus. (Trabajo original publicado en 1974)
- Clark, L., Steer, R.A. y Beck, A. (1994). Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: implications for the cognitive and tripartite models. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 645-654.
- Clark, L. y Watson, D. (1988). Mood and Mundane: relations between daily life events and self-reported mood. *Journal and Personality and Social Psychology, 54*, 296-308.
- Clark, L. y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 316-336.
- Clark, L. y Watson, D. (2003). Constructing validity: basic issues in objective scale development. En A.E. Kazdin (Ed.). *Methodological issues & strategies in clinical research* (3<sup>rd</sup> ed., pp. 207-231). New York: American Psychological Association.

- Colegio Oficial de Psicólogos de España y Comisión Internacional de Test (ITC) (2000). Directrices Internacionales para el uso de los test. *Infocop*, 77, 21-32.
- Corruble, E. y Guelfi, J.D. (2000). Pain complaints in depressed inpatients. *Psychopathology*, 33, 307-309.
- Cortina, J.M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78, 98-104.
- Coryell, W., Endicott, J. y Keller, M. (1992). Major depression in non-clinical sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 117-125.
- Crawford, J.R. y Henry, J.D. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 245-265.
- Crespo, D., Gil, A. y Porras Chavarino, A. (2001). Prevalencia de los trastornos depresivos en psiquiatría de enlace. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29, 75-83.
- Deckersbach, T., Perlis, R.H., Frankle, W.G., Gray, S.M., Grandin, L., Dougherty, D.D., Nierenberg, A.A. y Sachs, G.S. (2004). Presence of irritability during depressive episodes in bipolar disorder. *CNS Spectrums*, 9, 227-231.
- Del Río, M. (2004). El número de episodios como factor de predicción de recurrencia en los trastornos depresivos y bipolares. Una perspectiva de evaluación a lo largo de la vida. *Información Clínica*, 15, 13-14.
- Dougher, M.J. y Hackbert, L. (1994). A behavior-analytic account of depression and a case report using Acceptance-based procedures. *The Behavior Analyst*, 17, 321-334.
- Down, E.T. (2004). Depression: theory, assessment, and new directions in practice. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 413-423.
- Dowrick, C., Casey, P., Dalgard, O., Hosman, C., Lehtinen, V., Vázquez-Barquero, J.L. y Wilkinson, G. (1998). Outcomes of Depression International Network (ODIN)-Background, methods and field trials. *British Journal of Psychiatry*, 172, 359-363.
- Dozois, D., Covin, R. y Brinker, J. (2003). Normative data on cognitive measures of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 71-80.
- Dozois, D., Dobson, K. y Ahnberg, J. (1998). A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Assessment*, 10, 83-89.
- Druss, B.G., Marcus, S.C., Olfson, M., Tanielian, T., Elinson, L. y Pincus, H.A. (2001). Comparing the national economic burden of five chronic conditions. *Health Affairs (Project Hope)*, 20, 233-241.

- Du Toit, S., Du Toit, M., Jöreskog, K.G. y Sörbom, D. (1999). *Interactive LISREL. User's guide*. Chicago: Scientific Software International.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 181-204.
- Eignor, D. (2001). Standards for the Development and Use of Test: The Standards for Educational and Psychological Testing. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 157-163.
- Elosua, P. (2003). Sobre la validez de los test. *Psicothema*, 15, 315-321.
- Endler, N., Cox, B., Parker, J. y Bagby, R. (1992). Self-reports of depression and state-trait anxiety: evidence for differential assessment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 832-838.
- Evans, D. (2003). Mood disorders and medical illness: a major public health problem. *Biological Psychiatry*, 54, 177-180.
- Eysenck, H. (1970). *The structure of human personality*. London: Methuen.
- Fava, G.A., Kellner, R., Lisansky, P., Perini, G.I. y Zielezny, M. (1986). Hostility and recovery from melancholia. *Journal Nervous and Mental Disorders*, 174, 414-417.
- Fava, M., Rappe, S.M., West, J. y Herzog, D.B. (1995). Anger attacks in eating disorders. *Psychiatry Research*, 56, 205-212.
- Fava, M. y Rosenbaum, J.F. (1999). Anger attacks in patients with depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 21-24.
- Fee, D. (2000). *Pathology and the postmodern. Mental illness as discourse and experience*. Londres: Sage.
- Ferster, C.B. (1981). A functional analysis of behavior therapy. En L.P. Rehm (Ed.). *Behavior therapy for depression* (pp. 181-196). New York: Academic Press.
- Field, T., Diego, M., Hernández-Reig, M., Schamberg, S., Kuhn, C., Yando, R. y Bendell, D. (2003). Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger effects on the fetus and neonate. *Depression and Anxiety*, 17, 140-151.
- Flaherty, J.A., Gaviria, F.M. y Pathak, D. (1988). Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. *Journal of nervous and Mental Disease*, 176, 257-263.
- Fleck, M.P., Poirrier-Littre, M.F., Guelfi, J.D., Bourdel, M.C. y Loo, H. (1995). Factorial structure of the 17-item Hamilton Depression Rating Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 168-172.



- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica* (Vol. II). Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Frances, A., Widiger, T. y Fyer, M. (1990). The influence of classification methods on comorbidity. En J.D. Maser y C.R. Cloninger (Dir.). *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 41-59). Washington: American Psychiatric Press.
- Franklin, C., Strong, D. y Greene, R. (2002). A taxometric analysis of the MMPI-2 Depression Scales. *Journal of Personality Assessment*, 79, 110-121.
- Freud, S. (1973). Duelo y Melancolía. En L. López-Ballesteros (Trad). *Obras completas: vol. II*. (3ª. Ed., pp. 2091-2100). Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1917).
- Friedman, E.S. y Thase, M.E. (1995). Trastornos del estado de ánimo. En V. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carrobbles (Eds.). *Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos*. Madrid: Siglo XXI.
- Furlanetto, L.M., Mendlowicz, M. y Bueno, R. (2005). The validity of the Beck Depression Inventory-Short Form as a screening and diagnostic instrument for moderate and severe depression in medical patients. *Journal of Affective Disorders*, 86, 87-91.
- García del Pozo, J., de Abajo Iglesias, F., Carvajal, A., Montero Corominas, D., Madruga Sanz, M. y García del Pozo, V. (2004). Utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España (1995-2002). *Revista Española de Salud Pública*, 78, 379-387.
- García-Resa, E., Braquehais, D., Blasco, H., Ramírez, A., Jiménez, L., Díaz-Sastre, C., Baca-García, E. y Sáiz, J. (2002). Aspectos sociodemográficos de los intentos de suicidio. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30, 112-119.
- Giddens, A. (1995). *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Península.
- Glied, S. y Pine, D.S. (2002). Consequences and correlates of adolescent depression. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156, 1009-1014.
- Goldberg, D. (2001). Vulnerability factors for common mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 178 (Supl. 40), 69-71.
- Goldberg, D. y Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: a bio-social model*. Londres: Routledge.
- González, M., Herrero, M., Viña, C.M., Ibáñez, I. y Peñate, W. (2004). El modelo tripartito: relaciones conceptuales entre ansiedad, depresión y afecto negativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36, 289-304.

- Goodman, J.M. y Whitaker, R. (2002). A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adult obesity. *Pediatrics*, 110, 497-504.
- Gotlib, L.H. (1984). Depression and general psychopathology in university students. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 19-30.
- Greden, J.F. (2003). Physical symptoms of depression: unmet needs. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64 (Supl. 7), 47-51.
- Griens, A.M.G.F., Jonker, K., Spinhover, Ph. y Blom, M.B.J. (2002). The influence of depressive state features on trait measurement. *Journal of Affective Disorders*, 70, 95-99.
- Grucza, R., Przybeck, T., Spitznagel, E. y Cloninger, C.R. (2003). Personality and depressive symptoms: a multi-dimensional analysis. *Journal of Affective Disorders*, 74, 123-130.
- Hakkaart-van Roijen, L., Hoeijenbos, M.B., Regeer, E.J., Ten Have, M., Nolen, W.A., Veraart, C.P. y Rutten, F. (2004). The societal costs and quality of life of patients suffering from bipolar disorder in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 383-392.
- Hambleton, R.K., Merenda, P.F. y Spielberger, C.D. (Eds.). (2001). *Adapting Educational Test and Psychological Test for Cross-Cultural Assessment*. Mahwah NJ: Erlbaum.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278-296.
- Hamilton, M. y Shapiro, C. (1990). Depression. En D. Peck y C. Shapiro (Eds.). *Measuring human problems* (pp. 25-65). Inglaterra: John Wiley & Sons Ltda.
- Hankin, B., Fraley, C., Lahey, B. y Waldman, I. (2005). Is depression best viewed as a continuum or discrete category? A taxometric analysis of childhood and adolescent depression in a population-based sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 96-110.
- Herreros, G. (2004). El campo de las pasiones. Recuperado el 18 de Octubre de 2004 de [www.edupsi.com/depression](http://www.edupsi.com/depression)
- Huprich, S.K. (1998). Depressive personality disorder: theoretical issues, clinical findings and future research questions. *Clinical Psychology Review*, 18, 477-500.
- Huprich, S.K. (2000). Describing depressive personality disorder analogues and dysthymics on the NEO-Personality Inventory-Revised. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1521-1534.

- Huprich, S.K. (2001). The overlap of depressive personality disorder and dysthymia, revisited. *Harvard Review of Psychiatry*, 9, 158-168.
- Huprich, S.K. (2003a). Depressive personality and its relationship to depressive mood, interpersonal loss, negative parental perceptions, and perfectionism. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 1-7.
- Huprich, S.K. (2003b). Testing facet level predictions and construct validity of depressive personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 17, 219-232.
- Huprich, S.K. (2004). Convergent and discriminant validity of three measures of depressive personality disorder. *Journal of Personality Assessment*, 82, 321-328.
- Huprich, S.K. y Frisch, M.B. (2004). The Depressive Personality Disorder Inventory and its relationship to quality of life, hopefulness and optimism. *Journal of Personality Assessment*, 83, 22-28.
- Ialongo, N.S., Edelson, G. y Kellam, S.G. (2001). A further look at the prognostic power of young children's reports of depressed mood and feelings. *Child Development*, 72, 736-747.
- Iglesias, R. (1982). *La Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) en un grupo clínico (Síndrome tóxico)*. Memoria de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, España.
- Iwata, N. y Buka, S. (2002). Race/ethnicity and depressive symptoms: a cross-cultural/ethnic comparison among university students in East Asia, North and South American. *Social Science and Medicine*, 55, 2243-2252.
- Jackson, S.W. (1989). *Historia de la melancolía y la depresión: desde los tiempos hipocráticos a la época moderna*. Madrid: Turner.
- Jenkins, R., Lewis, G. y Bebbington, P. (1997). The National morbidity Surveys of Great Britain-initial findings from the Household Survey. *Psychological Medicine*, 27, 775-789.
- Joiner Jr, T.E., Steer, R., Beck, A., Schmith, N., Rudd, M.D. y Catanzaro, S.J. (1999). Physiological hiperarousal: construct validity of a central aspect of the tripartite model of depression and anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 290-298.
- Katon, W. (2003). Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biological Psychiatry*, 54, 216-226.
- Katon, W. y Roy-Byrne, P. (1991). Mixed anxiety and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 337-345.

- Katon, W., Sullivan, M. y Walker, E. (2001). Medical symptoms without identified pathology: relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma and personality traits. *Annals of Internal Medicine*, 134, 917-925.
- Katz, R., Shaw, B.F., Vallis, T.M. y Kaiser, A.S. (1995). The assessment of severity and symptom patterns in depression. En E.E. Beckhman y W.R. Leber (Eds.). *Handbook of Depression: treatment, assessment and research* (2<sup>nd</sup> Ed., pp. 61-85). New York: Guilford Press.
- Keller, M.B. y Shapiro, R.W. (1982). "Double Depression": superimposition of acute depressive episodes on chronic depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 139, 438-442.
- Kendler, K.S., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heath, A.C. y Eaves, L.J. (1993). Panic disorder in women: a population-based twin study. *Psychological Medicine*, 23, 397-406.
- Kessing, L.V., Hansen, M. G. y Andersen, P. K. (2004). Course of illness in depressive and bipolar disorders. Naturalistic study, 1994-1999. *The British Journal of Psychiatry*, 185, 372-377.
- Kessler, R. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74, 5-13.
- Kessler, R. (2004). Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA- Journal of the American Medical Association*, 291, 2581-2590.
- Kirmayer, L.J., y Minas, I.H. (2000). The future of cultural psychiatry: an international perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 438-446.
- Klein, D.N. (1964). Delineation of two drug-responsive anxiety disorders. *Psychopharmacologia*, 5, 397-408.
- Klein, D.N. (1999). Depressive personality in relatives of outpatients with dysthymic disorder and episodic major depressive disorder and normal controls. *Journal of Affective Disorder*, 55, 19-27.
- Klein, D.N. y Santiago, N.J. (2003). Dysthymia and chronic depresión: introduction, classification, risk factors and course. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 807-816.
- Klein, D.N. y Vosciano, C. (1999). Depressive and self-defeating (masochistic) personality disorders. En T. Millon, P.H. Blaney y R.D. Davis (Eds.). *Oxford textbook of psychopathology* (pp.653-673). New York: Oxford University Press.

- Koh, K.B., Kim, C.H. y Park, K.P. (2002). Predominance of anger in Depressive Disorders compared with Anxiety Disorders and Somatoform Disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 486-491.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1994). Improving cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: theory and case study. *The Behavior Analyst*, 17, 305-319.
- Kopper, B.A. y Epperson, D.L. (1996). The experience and expression of anger: relationships with gender, gender role socialization, depression and mental health functioning. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 158-165.
- Kornstein, S.G., Schatzberg, A.F., Thase, M.E., Yonkers, K.A., McCullough, J.P., Keitner, G. I., Gelenberg, A.J., Ryan, C.E., Hess, A.L., Harrison, W., Davis, S.M. y Keller, M.B. (2000). Gender differences in chronic major and double depression. *Journal of Affective Disorders*, 60, 1-11.
- Krefetz, D., Steer, R., Gulab, N. y Beck, A. (2002). Convergent validity of the Beck Depression Inventory-II with the Reynolds Adolescent Depression Scale in psychiatric inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 78, 451-460.
- Kumar, G., Steer, R., Teitelman, K. y Villacis, L. (2002). Effectiveness of Beck Depression Inventory-II subscales in screening for major depressive disorders in adolescent psychiatric inpatients. *Assessment*, 9, 164-170.
- Kunitz, S.J. (2000). Globalisation, states and the health of indigenous people. *American Journal of Public Health*, 90, 1531-1539.
- Kyllonen, P.C. (2003). Test designs: developments. En *Encyclopedia of Psychological Assessment: Vol. 2* (pp. 969-975). Oxford: Sage Publications.
- Lara, M.E. y Klein, D.N. (1999). Psychosocial processes underlying the maintenance and persistence of depression: implications for understanding chronic depression. *Clinical Psychological Review*, 19, 553-570.
- Lasa, L., Ayuso-Mateos, J., Vázquez-Barquero, J., Díez-Manrique, F. y Dowrick, C. (2000). The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *Journal of Affective Disorders*, 57, 261-265.
- Lee, K. (2000). The impact of globalisation on public health: implications for the UK faculty of public health medicine. *Journal of Public Health Medicine*, 22, 253-262.
- Lehtinen, V., Michalack, E., Wilkinson, C., Dowrick, C., Ayuso-Mateos, J., Dalgard, O., Casey, P., Vazquez-Barquero, J. y Wilkinson, G. (2003). Urban-rural differences in

- the occurrence of female depressive disorder in Europe-Evidence from the ODIN study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 283-289.
- Levine, J., Cole, D., Chengappa, R. y Gershon, S. (2001). Anxiety disorders and major depression, together or apart. *Depression and Anxiety*, 14, 94-104.
- Lewinshon, P.M., Hoberman, H., Teri, L. y Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. En S. Reis y R.R. Bootzin (Eds.). *Theoretical issues in behavior therapy* (pp.331-359). Orlando: Academic Press.
- Lozano, B.E. y Johnson, S.L. (2001). Can personality traits predict increases in manic and depressive symptoms?. *Journal of Affective Disorders*, 63, 103-111.
- Lutz, W., Sthal, S., Howard, K., Grissom, G. y Joske, R. (2002). Some relationships among assessment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1545-1553.
- Maddux, R.E., Delrahim, K.K. y Rapaport, M.H. (2003). Quality of live in geriatric patients with mood and anxiety disorders. *CNS Spectrums*, 8, 35-47.
- Mallon, L. y Hetta, J. (2002). Detección de la depresión mediante cuestionarios: comparación de una sola pregunta con los datos de la entrevista en una muestra de adultos de edad avanzada. *European Journal of Psychiatry*, 16, 139-148.
- Marcos, T. y Salamero, M. (1990). Factor study of the Hamilton Rating Scale for Depression and the Beck Melancholia Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 178-181.
- Marijnissen, G., Tuinier, S., Sijben, A.E.S. y Verhoeven, W.M.A. (2002). The temperament and character inventory in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 70, 219-223.
- Marsh, H.W., Balla, J.R. y Hau, K. (1996). An evaluation of incremental fit indices: a clarification of mathematical and empirical properties. En G.A. Marcoulides y R.E. Schumacker (Eds.). *Advances in structural equation modeling* (pp. 315-353). Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Marshall, G.N., Sherbourne, C.D., Meredith, L.S., Camp, P. y Hays, R.D. (2003). The tripartite model of anxiety and depression: symptom structure in depressive and hypertensive patient groups. *Journal of Personality Assessment*, 80, 139-153.
- Martínez-Arias, R. (1995). *Psicometría: Teoría de los Test Psicológicos y Educativos*. Madrid: Síntesis.

- Maser, J.D. y Cloninger, C.R. (1990). Comorbidity of anxiety and mood disorders: introduction and overview. En J.D. Maser y C.R. Cloninger (Eds), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 3-12). Washington: American Psychiatric Press.
- McAlpine, D. y Wilson, A. (2004). Screening for depression in primary care: what do we still need to know?. *Depression and Anxiety, 19*, 137-145.
- McDermut, W., Zimmerman, M. y Chelminski, I. (2003). The construct validity of depressive personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 112*, 49-60.
- McCullough, J.P.Jr., Klein, D.N., Keller, M.B., Holzer III, Ch.E., Davis, S.M., Kornstein, S.G., Howland, R.H., Thase, M.E. y Harrison, W.M. (2000). Comparison of DSM-III-R chronic major depression and major depression superimposed on dysthymia (Double Depression): validity of distinction. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 419-427.
- McNair, D.M., Lorr, M. y Droppleman, L.F. (1971). Manual for the profile of mood states. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Services.
- McNair, D.M., Lorr, M. y Droppleman, L.F. (1971). *Manual for the Profile of Mood States (POMS)*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.
- McWilliams, L., Cox, B. y Enns, M. (2001). Self-report differentiation of anxiety and depression in a mood disorders sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 23*, 125-131.
- Meredith, E., Coles, M.A., Brandon, E., Gibb, M.A., Richard, G y Heimberg, P.D. (2001). Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory in adults with social anxiety disorder. *Depression and Anxiety, 14*, 145-148.
- Michaud, C., Murray, C. y Bloom, B. (2001). Burden of disease: Implications for future research. *JAMA- Journal of the American Medical Association, 285*, 535-539.
- Miguel Tobal, J.J., Casado, M.I., Cano Vindel, A. y Spielberger, C.D. (2001). *Manual del Inventario de Expresión de Ira Estado/Rasgo, STAXI-2*. Madrid: TEA Ediciones.
- Mineka, S., Watson, D. y Clarck, L.A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology, 49*, 377-412.
- Montero, I. y León, O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5*, 115-127.
- Muñiz, J. (1998). *Teoría Clásica de los Test*. Madrid: Pirámide.

- Muñiz, J. y Hambleton, R. (1996). Directrices para la traducción y adaptación de los test. *Papeles del Psicólogo*, 66, 63-70.
- Muñoz, R., McBride, M., Brnabic, J., López, C.J., Hetem, L.A., Secin, R. y Dueñas, H. (2005). Major depressive disorder in Latin America: The relationship between depression severity, painful somatic symptoms, and quality of life. *Journal of Affective Disorders*, 86, 93-98.
- Murray, C.J.L. y López, A.D. (1996). Alternative visions of the future: projecting mortality and disability, 1990-2020. En C.J.L. Murray y A.D. López (Eds.). *The Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020* (pp. 325-395). Boston: Harvard University Press.
- Nettle, D. (2004). Evolutionary origins of depression: a review and reformulation. *Journal of Affective Disorders*, 81, 91-102.
- Newman, J., Gray, E. y Fuqua, D. (1999). Sex differences in the relationship of anger and depression: an empirical study. *Journal of Counseling and Development*, 77, 198-203.
- Nezu, A.M., Ronan, G.F., Meadows, E.A. y McClure, K.S. (2000). *Practitioner's guide to empirically-based measures of depression. Clinical Assessment Series: Vol. 1*. New York: Kluwer/Plenum.
- Ninan, P. y Berger, J. (2001). Symptomatic and syndromal anxiety and depression. *Depression and Anxiety*, 14, 79-85.
- Nunnally, J.C. y Bernstein, I.J. (1995). *Teoría Psicométrica*. Madrid: McGraw-Hill.
- Organización Mundial de la Salud (1994a). *CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos y de investigación* Madrid: Meditor. (Trabajo original publicado en 1993).
- Organización Mundial de la Salud (1994b). *CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor. (Trabajo original publicado en 1992).
- Organización Mundial de la Salud (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (10ª rev.)* Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud. (Trabajo original publicado en 1992).
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Global estimates of maternal mortality for 1995: results of an in depth review, análisis and estimation strategy*. Recuperado el 27 de mayo de 2003 de [www.who.org](http://www.who.org)



- Osman, A., Koper, B., Barrios, F., Gutierrez, P. y Bagge, C. (2004). Reliability and validity of the Beck Depression Inventory-II with adolescent psychiatric inpatients. *Psychological Assessment, 16*, 120-132.
- Pakriev, S., Shlik, J. y Vasar, V. (2001). Course of depression: findings for a cross-sectional survey in rural Udmurtia. *Nordic Journal of Psychiatry, 55*, 185-189.
- Pancheri, P., Picardi, A., Pasquini, M., Gaetano, P. y M. Biondi. (2002). Psychopathological dimensions of depression: a factor study of the 17-item Hamilton depression rating scale in unipolar depressed outpatients. *Journal of Affective Disorders, 68*, 41-47.
- Parker, G., Cheah, Y.C. y Roy, K. (2001). Do the Chinese somatize depression? A cross-cultural study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 36*, 287-293.
- Pasquini, M., Picardi, A., Biondi, M., Gaetano, P. y Morosini, P. (2004). Relevance of anger and irritability in outpatients with major depressive disorder. *Psychopathology, 37*, 155-160.
- Patten, S. (2001). Long-term medical conditions and major depression in a Canadian population study at waves 1 and 2. *Journal of Affective Disorders, 63*, 35-41.
- Pedersen, S., Stage, K., Bertelsen, A., Grinsted, P., Kragh-Sorensen, P. y Sorensen, T. (2001). ICD-10 criteria for depression in general practice. *Journal of Affective Disorders, 65*, 191-194.
- Peeters, F., Nicolson, N., Berkhof, J., Delespaul, P. y deVries, M. (2003). Effects of daily events on mood states in major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 112*, 203-211.
- Pelechano, V. (2002). Valoración de la actividad científica en psicología. ¿Pseudoproblema, sociologismo o ideologismo?. *Análisis y Modificación de Conducta, 28*, 323-362.
- Penley, J., Wiebe, J. y Nwosu, A. (2003). Psychometric properties of the spanish Beck Depression Inventory-II in a medical sample. *Psychological Assessment, 15*, 569-577.
- Peñate, W. (2001). Presentación de un cuestionario básico para la evaluación de los síntomas de la depresión. *Análisis y Modificación de Conducta, 27*, 671-869.
- Pérez Alvarez, M. (1996). *Tratamientos Psicológicos*. Madrid: Universitas, S.A.
- Pérez Alvarez, M. (2003). *Las cuatro causas de los trastornos psicológicos*. Madrid: Universitas S.A.
- Pérez Alvarez, M (2004). *Contingencia y drama. La Psicología según el conductismo*. Madrid: Minerva.

- Phillips, K.A., Gunderson, J.G., Triebwasser, J., Kimble, C.R., Faedda, G., Lyoo, I.K. y Renn, J. (1998). Reliability and validity of depressive personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1044-1048.
- Piccinelli, M. y Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depresión. *British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.
- Pichot, P. (1983). Las nosologías psiquiátricas proceden de dos orígenes. En American Psychological Association, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (3ª.ed., pp. XI-XII). Barcelona: Masson. (Trabajo original publicado en 1980).
- Pincus, H.A. y Pettit, A.R. (2001). The societal cost of chronic major depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 5-9.
- Posternak, M.A. y Zimmerman, M. (2002). Anger and aggression in psychiatric outpatients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 665-672.
- Prieto, G. y Muñoz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los test utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 77, 65-75.
- Ramklint, M. y Ekselius, L. (2003). Personality traits and personality disorders in early onset versus late onset major depression. *Journal of Affective Disorders*, 75, 35-42.
- Reinherz, H.Z., Giaconia, R.M., Hauf, A.M., Wasserman, M.S. y Paradis, A.D. (2000). General and specific childhood risk factors for depression and drug disorders by early adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 223-231.
- Reinherz, H.Z., Giaconia, R.M., Pakis, B., Silverman, A.B., Frost, A.K. y Lefkowitz, E.S. (1993). Psychosocial risk for major depression in late adolescence: a longitudinal community study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1155-1163.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141-153.
- Ritterband, L.M. (1995). *Evaluation of the Beck Depression Inventory's Sensitivity and the State/Trait Properties*. Tesis no publicada. University of South of Florida, Tampa, Estados Unidos.
- Ritterband, L.M. y Spielberger, C. D. (1996). Construct validity of the Beck Depression Inventory as a measure of state and trait depression in nonclinical populations. *Depression and Stress*, 2, 123-145.

- Robin, L., Cautin, R., Overholser, J. y Goetz, P. (2001). Assessment of mode of anger expression in adolescent psychiatric inpatients. *Adolescence*, 36, 163-170.
- Rojas, A., Fernández, J. Y Pérez, C. (1998). *Investigar mediante encuestas: fundamentos teóricos y aspectos prácticos*. Madrid: Síntesis.
- Rossi, A., Marinangeli, M.G., Butti, G., Scinto, A., Di Cicco, L., Kalyvoka, A. y Petruzzi, C. (2001). Personality disorders in bipolar and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 65, 3-8.
- Roudinesco, E. y Plon, M. (1998). Melancolía. En *Diccionario de Psicoanálisis* (pp. 692-695). Barcelona: Paidós.
- Ruscio, J. y Ruscio, A.M. (2000). Informing the continuity controversy: a taxometric analysis of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 473-487.
- Ryder, A.G., Bagby, R.M. y Schuller, D.R. (2002). The overlap of depressive personality disorder and dysthymia: a categorical problem with a dimensional solution. *Harvard Review of Psychiatry*, 10, 337-352.
- Saco, W.P. (1981). Invalid use of the Beck Depression Inventory to identify depressed college-students subjects: a methodological comment. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 143-147.
- Salokangas, R., Vaahtera, K., Pacriev, S., Sohlman, B. y Lehtinen, V. (2002). Gender differences in depressive symptoms: an artefact caused by measurement instruments?. *Journal of Affective Disorders*, 68, 215-220.
- Sandín, B. (1981). Consideraciones sobre el Cuestionario BSQ. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 169, 323-327.
- Santor, D. (1998). The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: working paper. Department of Psychology. Dalhousie University. Recuperado el 19 de noviembre de 2004 de: [www.isurvey.ca/dsantor/CES-D.EncyclopediaofPsychology.pdf](http://www.isurvey.ca/dsantor/CES-D.EncyclopediaofPsychology.pdf).
- Sanz, J., Navarro, M.E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239-288.
- Sanz, J., Perdigón, A. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249-280.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10, 303-318.

- Sartorius, N., Davidson, H., Ernberg, G. (1983). *Depressive Disorders in Different Cultures*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Sayar, K., Guzelhan, Y., Solmaz, M., Ozer, O., Ozturk, M., Acar, B. y Arikan, M. (2000). Anger attacks, in depressed Turkish outpatients. *Annals of Clinical Psychiatry*, 12, 213-218.
- Schopenhauer, A. (1998). *El dolor del mundo y el consuelo de la religión*. (D. Sánchez Meca, Trad.). Madrid: Aldebarán. (Trabajo original publicado en 1851).
- Schramm, E. (1998). *Psicoterapia interpersonal*. Barcelona: Masson.
- Scott, J. y Dickey, B. (2003). Global burden of depression: the intersection of culture and medicine. *British Journal of Psychiatry*, 183, 92-94.
- Segal, Z., Pearson, J. y Thase, M. (2003). Challenges in preventing relapse in major depression Report of a National Institute of Mental Health Workshop on state of the science of relapse prevention in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 77, 97-108.
- Shankman, S.A. y Klein, D.N. (2003). The relation between depression and anxiety: an evaluation of the tripartite, approach-withdrawal and valence-arousal models. *Clinical Psychology Review*, 23, 605-637.
- Sharkin, B.S. (1993). Anger and gender: theory, research and implications. *Journal of Counseling and Development*, 71, 386-389.
- Simon, G. (2003). Social and economic burden of mood disorders. *Biological Psychiatry*, 54, 208-215.
- Simon, G.E., Barber, C., Birnbaum, H.G., Frank, R.G., Greenberg, P.E. y Rose, R.M.. (2001). Depression a work productivity: the comparative costs of treatment versus nontreatment. *Occupational and Environmental Medicine*, 43, 2-9.
- Simon, G.E., Chisholm, D., Treglia, M. y Bushnell, D. (2002). Course of depression, health services cost, and work productivity in an international primary care study. *General Hospital Psychiatry*, 24, 328-335.
- Simon, G.E, Revicki, D., Heiligenstein, J., Grothaus, L., VonKorff, M., Katon, W. y Hylan, T. (2000). Recovery from depression, work productivity, and health care costs among primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 22, 153-162.
- Simon, G.E., Von Korff, M., y Picinelli, M. (1999). An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *New England Journal of Medicine*, 341, 1329-1335.

- Simonds, V. y Whiffen, V. (2003). Are difference in depression explained by gender differences in co-morbid anxiety?. *Journal of Affective Disorders*, 77, 197-202.
- Smarr, K. (2003). Measures of depression and depressive disorders. *Arthritis Care & Research*, 49, S134-S146.
- Snaith, P. (1993). What depression rating scales measures?. *British Journal of Psychiatry*, 163, 293-298.
- Spielberger, C.D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory: STAI (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C.D. (1988). *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)*. Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Spielberger, C. D., Agudelo, D., Carretero-Dios, H., De los Santos-Roig, M. y Buela-Casal, G. (2004). Análisis de ítems de la versión experimental castellana del Cuestionario de Depresión Estado-Rasgo (ST-DEP). *Análisis y Modificación de Conducta*, 30, 495-535.
- Spielberger, C.D., Barker, L.R., Rusell, S.F., Crane, R.S., Wetsberry, L.G., Knight, J. y Marks, E. (1979). *The Preliminary Manual for the State-Trait Personality Inventory*. University of South of Florida. Manuscrito no publicado.
- Spielberger, C.D., Carretero-Dios, H., De los Santos-Roig, M. y Buela-Casal, G. (2002a). Spanish experimental version of the State-Trait Depression Questionnaire (ST-DEP): State sub-scale (S-DEP). *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 71-89.
- Spielberger, C. D., Carretero-Dios, H., De los Santos-Roig, M. y Buela-Casal, G. (2002b). Spanish experimental version of the State-Trait Depression Questionnaire (ST-DEP): Trait sub-scale (S-DEP). *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 51-69.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.D. (1970). *STAI: Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Spielberger, C.D., Jacobs, G.A., Russell, S.F. y Crane, R.S. (1983). Assessment of anger: The State-Trait Anger Scale. En J.N. Butcher y C.D. Spielberger (Eds.). *Advances in personality assessment* (Vol. 2, pp.161-189). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Spielberger, C.D., Ritterband, L., Reheiser, E. y Brunner, T. (2003). The nature and measurement of depression. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 209-234.

- Spielberger, C.D., Ritterband, L., Sydeman, S., Reheiser, E. y Unger, K. (1995). Assessment of emotional states and personality traits: Psychological vital signs. En J.N. Butener (Ed.). *Clinical Personality Assessment: Practical Approach* (pp. 42-58). New York: Oxford University Press.
- Stanghellini, G. (2000). Dysphoria, vulnerability and identity: an eulogy for anger. *Psychopathology*, 33, 198-203.
- Stein, M.B., Fuetch, M., Mueller, N., Hofler, M., Lieb, R. y Wittchen, H. (2001). Society anxiety disorder and the risk of depression. *Archives of General Psychiatry*, 58, 251-256.
- Storch, E., Roberti, J. y Roth, D. (2004). Factor structure, concurrent validity, and internal consistency of the Beck Depression Inventory-Second Edition in a sample of college students. *Depression and Anxiety*, 19, 187-189.
- Stotland, N. (2002). Depression: incidence is high but variable. *Journal Watch Women's Health*, 8, 1.
- Suárez, J.C. (2001). Evaluación de la calidad métrica de los elementos del test: análisis de ítems. En M. J. Navas (Ed.). *Métodos, diseños y técnicas de investigación psicológica* (303-336). Madrid: UNED.
- Sullivan, M., Simon, G., Spertus, J. y Russo, J. (2002). Depression-related costs in Health failure care. *Archives of Internal Medicine*, 162, 1860-1866.
- Tanaka, J.S. (1993). Multifaceted conceptions of fit in structural models. En K.A. Bollen y J.S. Long (Eds.). *Testing Structural Equation Models* (pp. 10-39). Thousand Oaks: Sage.
- Tanaka, J. y Hubba, G. (1984). Confirmatory hierarchical factor analysis of psychological distress measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 621-635.
- Telembach, H. (1976). *La melancolía. Visión histórica del problema: endogeneidad, tipología, patogenia y clínica*. Madrid: Morata.
- Tellegen, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. En A.H. Tuma y J.D. Maser (Eds.). *Anxiety and anxiety disorders* (pp. 681-706). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Tellegen, A., Watson, D. y Clark, L.A. (1999a). Further support for a hierarchical model of affect: Reply to Green and Salovey. *Psychological Science*, 10, 307-309.
- Tellegen, A., Watson, D. y Clark, L.A. (1999b). On the dimensional and hierarchical structure of affect. *Psychological Science*, 10, 297-303.
- Ten Have, M., De Graaf, R., Vollebergh, W. y Beekman, A. (2004). What depressive symptoms are associated with the use of care services? Results from the

- Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Journal of Affective Disorders*, 80, 239-248.
- Thomas, C.M. y Morris, S. (2003). Cost of depression among adults in England in 2000. *British Journal of Psychiatry*, 183, 514-519.
- Thurber, S., Snow, M. y Honts, C. R. (2002). The Zung Self-Rating Depression Scale: convergent validity and diagnostic discrimination. *Assessment*, 9, 401-405.
- Tradé Rodríguez, A.L. y Reneses Sacristán, A. (2002). Manejo de los fármacos en el tratamiento de la depresión. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 26, 1-8.
- Troisi, A. y D'Argenio, A. (2004). The relationship between anger and depression in a clinical sample of young men: the role of insecure attachment. *Journal of Affective Disorders*, 79, 269-272.
- Troisi, A. y Moles, A. (1999). Gender differences in depression: an ethological study of nonverbal behavior during interviews. *Journal of Psychiatric Research*, 33, 243-250.
- Urraca, S. (1981). *Actitudes ante la muerte (preocupación, ansiedad y temor) y religiosidad*. Tesis Doctoral, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, España.
- Usall i Rodié, J. (2001). Diferencias de género en los trastornos del estado de ánimo: una revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29, 269-274.
- Üstun, T.B., Ayuso-Mateos, J.L., Chatterji, S. y Murray, C.J.L. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 386-392.
- Üstun, T.B. y Kessler, R.C. (2002). Global burden of depressive disorders: the issue of duration. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 181-183.
- Van de Vijver, F. (2003). Test adaptation/translation methods. En *Encyclopedia of Psychological Assessment* (Vol. 2, pp. 960-964). Oxford: Sage Publications.
- Vázquez, C. (1990). Trastornos del estado de ánimo (I): Aspectos Clínicos. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (Dirs.). *Psicología Médica, psicopatología y psiquiatría*, (Vol. 2, pp. 901-934). Madrid: McGraw-Hill.
- Vázquez, C. (1995). Evaluación de los trastornos depresivos y bipolares. En A. Roa (Ed.). *Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: CEPE.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.

- Vázquez, C. y Sanz, J. (1999). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978, en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud, 10*, 59-81.
- Wang, P.S., Simon, G. y Kessler, R.C. (2003). The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 12*, 22-33.
- Watson, D. (1988). Intraindividual and interindividual analysis of Positive and Negative Affect: their relation to health complaints, perceived stress, and daily activities. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1020-1030.
- Watson, D. y Clark, L. (1984). Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin, 96*, 465-490.
- Watson, D. y Clark, L. (1991). *The Mood and Anxiety Symptom Questionnaire*. Iowa: University of Iowa. Manuscrito no publicado.
- Watson, D., Clark, L. y Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relations to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 97*, 346-353.
- Watson, D., Clark, L. y Tellegen, A. (1984). Cross-cultural convergence in the structure of mood: a Japanese replication and a comparison with U.S. findings. *Journal of Personality and Social Psychology, 47*, 127-144.
- Watson, D., Clark, L. y 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., Clark, L., Weber, K., Assenheimer, J., Strauss, M. y McCormick, R. (1995). Testing a tripartite model: II. Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult, and patient samples. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 15-25.
- Watson, D. y Kendall, P.C. (1989). Understanding anxiety and depression: Their relation to negative and positive affective states. En P.C. Kendall y D. Watson (Eds.). *Anxiety and Depression: Distinctive and overlapping features* (pp. 3-26). San Diego, CA: Academic Press.
- Watson, D. y Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin, 98*, 219-235.



- Watson, D., Weber, K., Assenheimer, J., Clark, L., Strauss, M. y McCormick, R. (1995). Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 3-14.
- Watson, D., Wiese, D., Vaidya, J. y Tellegen, A. (1999). The two general activation systems of affect: Structural findings, evolutionary considerations, and psychobiological evidence. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*, 820-838.
- Wells, K., Sherbourne, C., Schoenbaum, M., Duan, N., Meredith, L. y Unützer, J. (2000). Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA-Journal of the American Medical Association, 283*, 212-230.
- Widiger, T.A. (1999). The categorical distinction between personality and affective disorders. *Journal of Personality Disorders, 3*, 77-91.
- Widiger, T.A. y Anderson, K.G. (2003). Personality and depression in women. *Journal of Affective Disorders, 74*, 59-66.
- Wittchen, H.U., Zhao, S., Kessler, R.C. y Eaton, W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 51*, 355-364.
- Zung, W.W.K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry, 12*, 63-70.
- Zurawski, R.M. y Smith, T.W. (1987). Assessing irrational beliefs and emotional distress: evidence and implications of limited discriminant validity. *Journal of Counseling Psychology, 34*, 224-227.



## **10. ANEXOS**



**ANEXO 1**

**ST/DEP: Escala Original**

**ST/DEP (Form X-1)<sup>ψ</sup>**

**DIRECTIONS:** A number of statements that people have used to describe themselves are given below. Read each statement and then circle the appropriate number to the right of the statement to indicate how you feel **right now**, that is, **at this moment**. There are no right or wrong answers. Do not spend too much time on any one statement but give the answer which seems to best describe your present feelings.

How I feel at this moment	Not at all	Somewhat	Moderately so	Very Much so
1. I feel strong				
2. I feel blue				
3. I feel healthy				
4. I feel downhearted				
5. I feel alive				
6. I feel sad				
7. I feel safe				
8. I feel gloomy				
9. I feel miserable				
10. I feel hopeful about the future				

**DIRECTIONS:** Read each statement and circle the appropriate number to the right of the statement to indicate how you **generally** feel. There are no right or wrong answers. Do not spend too much time on any one statement but give the answer which **best** describes how you **generally** feel.

How I generally feel	Almost Never	Sometimes	Often	Almost Always
11. I feel happy				
12. I feel gloomy				
13. I feel whole				
14. I feel sad				
15. I feel peaceful				
16. I feel low				
17. I feel depressed				
18. I feel safe				
19. I feel hopeless				
20. I enjoy life				

<sup>ψ</sup> Copyright 1995 by C.D. Spielberger. MIND GARDEN and PAR.



## ANEXO 2

### **Versión experimental Castellana del Cuestionario de Depresión Estado/Rasgo (ST/DEP) (Spielberger et al. 2002a, 2002b)**

#### **INSTRUCCIONES GENERALES**

En la Universidad de Granada se está efectuando un estudio sobre las emociones en la población universitaria. Resulta imprescindible contar con su colaboración para conseguir los objetivos de este estudio y por eso esperamos y le agradeceríamos muy sinceramente su participación, ayudándonos así, a saber más sobre las emociones de los universitarios. Debe saber que su **colaboración es totalmente voluntaria**, y es libre de no participar en el estudio, o abandonarlo cuando crea oportuno.

Si participa en este estudio, **se le pasarán varios cuadernillos formados por diferentes cuestionarios. Su tarea será sencilla y consistirá en rellenar cada una de ellos. Le rogamos total sinceridad a la hora de contestar a los cuestionarios. Sus respuestas serán totalmente anónimas y confidenciales.** Le rogamos **concentración** mientras rellena cada una de las pruebas.

Si accede a participar en el estudio descrito, le agradecemos por adelantado su colaboración.

Es muy importante que ponga sus datos personales en cada uno de los cuadernillos de cuestionarios que se le entregan. Para eso habrá un lugar perfectamente indicado. Asegúrese de que no deja nada de lo que se le pide sin poner. Sin estos datos su colaboración sería en vano.

Debido a que se le van a entregar varios cuadernos, sus datos personales será una forma de unir los cuadernillos que corresponden a la misma persona. Esto es sólo una forma unir los cuadernos. De otra forma resultaría bastante complejo e incluso podría provocar la pérdida de datos que impedirían la realización del estudio. De nuevo se le garantiza una total confidencialidad acerca de la información recogida.

**¿Tiene alguna pregunta?. Si es así, hágala por favor**

**NO OLVIDE LEER ANTES DE NADA LAS INSTRUCCIONES QUE SE LE MUESTREN.**

**GRACIAS DE NUEVO POR SU COLABORACIÓN**

## **CUESTIONARIO N° 1**

### **INSTRUCCIONES:**

A continuación se presentan una serie de frases que la gente usa para describirse a sí mismo. Por favor, lea cada una de ellas y rodee con un círculo en la columna de respuestas el número de “1” (Casi Nunca) a “4” (Casi Siempre) que más se aproxime a cómo se siente **GENERALMENTE**. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee demasiado tiempo en una sola frase y trate de dar la respuesta que mejor describa **cómo se siente en la mayoría de las ocasiones**.

<b>ÍTEM</b>	<b>Casi Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>A menudo</b>	<b>Casi siempre</b>
1. Disfruto de la vida	1	2	3	4
2. Estoy desmotivado/a	1	2	3	4
3. Me siento desgraciado/a	1	2	3	4
4. Me siento pleno	1	2	3	4
5. Estoy ilusionado/a	1	2	3	4
6. Soy infeliz	1	2	3	4
7. Me siento bien	1	2	3	4
8. Me siento dichoso/a	1	2	3	4
9. Estoy apenado/a	1	2	3	4
10. Me siento apático/a	1	2	3	4
11. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
12. Estoy decaído/a	1	2	3	4
13. Me siento vivo/a	1	2	3	4
14. Estoy animado/a	1	2	3	4
15. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
16. Soy feliz	1	2	3	4
17. Me siento débil	1	2	3	4
18. Me siento desdichado/a	1	2	3	4
19. Estoy hundido/a	1	2	3	4
20. Estoy contento/a	1	2	3	4
21. Estoy desesperado/a	1	2	3	4
22. Estoy abatido/a	1	2	3	4
23. Hago cosas que me divierten	1	2	3	4
24. Estoy triste	1	2	3	4
25. Estoy entusiasmado/a	1	2	3	4
26. Me siento enérgico/a	1	2	3	4

**SI HA TERMINADO CON ESTA PRUEBA, PASE LA HOJA Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE.**

**GRACIAS**



**CUADERNILLO N° 2****INSTRUCCIONES:**

A continuación se le van a describir un total de **3 situaciones distintas** que pueden ocurrir en la vida diaria y que pueden llevar a las personas a experimentar distintas emociones. Las situaciones se le presentan de una en una, y detrás de cada situación aparecen una serie de cuestionarios numerados (cuestionario n°1, cuestionario n°2, etc.). Su tarea será sencilla. **Lea detenidamente la primera situación, e imagine cómo se sentiría si la situación descrita le ocurre a usted.** Tómese el tiempo suficiente para imaginar como sentiría si le pasara la situación que se le describe. **Después y de acuerdo a esas emociones, conteste a las pruebas que se le presentan detrás de la primera situación en el “cuadernillo hojas de respuestas”.** Cuando finalice con esas pruebas, **lea la segunda situación** y repita el proceso. **Conteste a las pruebas que aparecen detrás de la segunda situación según crea que se sentiría** si le pasase esa segunda situación. Cuando finalice con las pruebas de la segunda situación, **repita lo mismo con la tercera.** Recuerde que debe contestar a las pruebas según Vd. crea que se sentiría si le hubiese ocurrido la situación que se le presenta.

<p style="text-align: center;"><b>PONGA SUS DATOS PERSONALES ANTES DE COMENZAR EN EL CUADERNILLO DE HOJAS DE RESPUESTAS</b></p>
---

**SI NO TIENE NINGUNA DUDA, PASE LA HOJA POR FAVOR. SE LE PRESENTA LA  
PRIMERA SITUACIÓN Y A CONTINUACIÓN LOS CUESTIONARIOS.**

**RECUERDE, LEA DETENIDAMENTE LAS INSTRUCCIONES DE CADA  
CUESTIONARIO.**

**SITUACIÓN 1**

*Cada año a la hora de matricularte en la facultad aprecias una ligera subida en las tasas. Este año al acudir a la formalización de la matrícula encuentras que se mantienen los precios del año anterior.*

**COMIENZE A CONTESTAR A LAS PRUEBAS TAL Y COMO LO HARÍA SI LE HUBIESE OCURRIDO LO QUE SE LE ACABA DE DESCRIBIR.**

**CUESTIONARIO N° 2**

**INSTRUCCIONES:**

A continuación se presentan una serie de frases que la gente usa para describirse a sí mismo. Por favor, lea cada una de ellas y rodee con un círculo el número de “1” (Nada) a “4” (Mucho) que más se aproxime a cómo se siente **EN ESTE MOMENTO**. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee demasiado tiempo en una sola frase y trate de dar la respuesta que mejor describa **sus sentimientos actuales**.

<b>ITEM</b>	<b>Nada</b>	<b>Algo</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
1. Disfruto de la vida	1	2	3	4
2. Estoy desmotivado/a	1	2	3	4
3. Me siento desgraciado/a	1	2	3	4
4. Me siento pleno/a	1	2	3	4
5. Estoy ilusionado/a	1	2	3	4
6. Soy infeliz	1	2	3	4
7. Me siento bien	1	2	3	4
8. Me siento dichoso/a	1	2	3	4
9. Estoy apenado/a	1	2	3	4
10. Me siento apático/a	1	2	3	4
11. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
12. Estoy decaído/a	1	2	3	4
13. Me siento vivo/a	1	2	3	4
14. Estoy animado/a	1	2	3	4
15. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
16. Soy feliz	1	2	3	4
17. Me siento débil	1	2	3	4
18. Me siento desdichado/a	1	2	3	4
19. Estoy hundido/a	1	2	3	4
20. Estoy contento/a	1	2	3	4
21. Estoy desesperado/a	1	2	3	4
22. Estoy abatido/a	1	2	3	4
23. Hago cosas que me divierten	1	2	3	4
24. Estoy triste	1	2	3	4
25. Estoy entusiasmado/a	1	2	3	4
26. Me siento energético/a	1	2	3	4

**SI HA TERMINADO CON ESTA PRUEBA, PASE LA HOJA Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE.**

**SITUACIÓN 2**

*Hace algunos días hiciste una entrevista de trabajo para trabajar temporalmente y así conseguir unos ahorros. Acaban de telefonarte diciendo que desafortunadamente el trabajo se lo han dado a otro.*

**COMIENZE A CONTESTAR A LAS PRUEBAS TAL Y COMO LO HARÍA SI LE HUBIESE OCURRIDO LO QUE SE LE ACABA DE DESCRIBIR.**

---

(A continuación se presentaba el cuestionario N° 2 y demás cuestionarios, ver Spielberger et al. 2002a)

**SITUACIÓN 3**

*Se le ha diagnosticado un cáncer muy avanzado a un familiar bastante próximo a ti y los médicos han dicho que le queda poco tiempo de vida.*

**COMIENZE A CONTESTAR A LAS PRUEBAS TAL Y COMO LO HARÍA SI LE HUBIESE OCURRIDO LO QUE SE LE ACABA DE DESCRIBIR.**

---

(De nuevo se pasaba el cuestionario 2 junto con las demás medidas utilizadas, ver Spielberger et al. 2002a)



### **ANEXO 3**

#### **Cuadernillo de Cuestionarios empleado en la presente investigación**

#### **INSTRUCCIONES GENERALES**

En la Universidad de Granada se está efectuando un estudio sobre las emociones en la población española. Resulta imprescindible contar con su colaboración para conseguir los objetivos de este estudio y por eso esperamos y le agradeceríamos su participación. Debe saber que su **colaboración es muy importante**.

Si participa en este estudio, se le pasarán varios cuestionarios. Su tarea será sencilla y consistirá en responder cada una de ellos. Le rogamos total sinceridad a la hora de contestar. Sus respuestas serán totalmente anónimas. Le rogamos concentración mientras rellena cada una de las pruebas.

**Asegúrese de que no deja nada de lo que se le pide sin responder. Sin estos datos su colaboración sería en vano. De nuevo se le garantiza un total anonimato acerca de la información recogida.**

A continuación se le van a presentar una serie de cuestionarios. **Su tarea consistirá en rellenar cada uno de estos cuestionarios**, en el orden en el que aparecen y sin retroceder a revisar sus respuestas. **Cada uno de los cuestionarios que se le presentan tiene sus propias instrucciones. Léalas detenidamente y haga lo que se le indica.**

**¿Tiene alguna pregunta?. Si es así, hágala por favor.**

**NO OLVIDE LEER ANTES DE NADA LAS INSTRUCCIONES QUE SE LE MUESTREN.**

**GRACIAS DE NUEVO POR SU COLABORACIÓN**

**CUESTIONARIO N° 1**

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_ Profesión/ocupación \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:**

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale rodeando con un círculo el número que corresponde a la afirmación de cada grupo que describe mejor cómo se ha sentido **DURANTE ESTA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY**. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1.	0	No me siento triste	12.	0	No he perdido el interés por los demás
	1	Me siento triste		1	Estoy menos interesado en los demás que antes
	2	Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo		2	He perdido la mayor parte de mi interés por los demás
	3	Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo		3	He perdido todo el interés por los demás
2.	0	No me siento especialmente desanimado respecto al futuro	13.	0	Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho
	1	Me siento desanimado respecto al futuro		1	Evito tomar decisiones más que antes
	2	Siento que no tengo que esperar nada.		2	Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
	3	Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no mejorarán	3	Ya me es imposible tomar decisiones	
3.	0	No me siento fracasado	14.	0	No creo tener peor aspecto que antes
	1	Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas		1	Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo
	2	Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso		2	Siento que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
	3	Me siento una persona totalmente fracasada		3	Creo que tengo un aspecto horrible
4.	0	Las cosas me satisfacen tanto como antes	15.	0	Trabajo igual que antes
	1	No disfruto de las cosas tanto como antes		1	Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo
	2	Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas		2	Tengo que obligarme mucho para hacer todo
	3	Estoy satisfecho o aburrido de todo		3	No puedo hacer nada en absoluto
5.	0	No me siento especialmente culpable	16.	0	Duermo tan bien como siempre
	1	Me siento culpable en bastantes ocasiones		1	No duermo tan bien como antes
	2	Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones		2	Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
	3	Me siento culpable constantemente	3	Me despierto varias horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir	
6.	0	No creo que esté siendo castigado	17.	0	No me siento más cansado de lo normal
	1	Siento que quizá pueda ser castigado		1	Me canso más que antes
	2	Espero ser castigado		2	Me canso en cuanto hago cualquier cosa
	3	Siento que estoy siendo castigado		3	Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa
7.	0	No estoy decepcionado de mí mismo	18.	0	Mi apetito no ha disminuido
	1	Estoy decepcionado		1	No tengo tan buen apetito como antes
	2	Me avergüenzo de mí mismo		2	Ahora tengo mucho menos apetito
	3	Me detesto		3	He perdido completamente el apetito
8.	0	No me considero peor que cualquier otro	19 a.	0	Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
	1	Me autocritico por mis debilidades o por mis errores		1	He perdido más de 2 kilos
	2	Continuamente me culpo por mis faltas		2	He perdido más de 4 kilos
	3	Me culpo por todo lo malo que sucede		3	He perdido más de 7 kilos
9.	0	No tengo ningún pensamiento de suicidio	19 b.	0	Estoy bajo dieta para adelgazar
	1	A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería		1	No estoy bajo dieta para adelgazar
	2	Desearía suicidarme			
	3	Me suicidaría si tuviese la oportunidad			
10.	0	No lloro más de lo que solía	20.	0	No estoy más preocupado por mi salud que lo normal
	1	Ahora lloro más que antes		1	Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento
	2	Lloro continuamente		2	Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más
	3	Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo incluso aunque Quiera		3	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier otra cosa
11.	0	No estoy más irritado de lo normal en mí	21.	0	No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el Sexo
	1	Me molesto o irrito más fácilmente que antes		1	Estoy menos interesado por el sexo que antes
	2	Me siento irritado continuamente		2	Estoy mucho menos interesado por el sexo
	3	No me irrito en absoluto por las cosas que antes solían Irritarme		3	He perdido totalmente mi interés por el sexo

**SI HA TERMINADO CON ESTA PRUEBA, PASE LA HOJA Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE.**

## CUESTIONARIO N° 2

### INSTRUCCIONES:

A continuación se presentan una serie de frases que la gente usa para describirse a sí mismo. Por favor, lea cada una de ellas y rodee con un círculo en la columna de respuestas el número de “1” (Casi Nunca) a “4” (Casi Siempre) que más se aproxime a cómo se siente **GENERALMENTE**. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee demasiado tiempo en una sola frase y trate de dar la respuesta que mejor describa **cómo se siente en la mayoría de las ocasiones**.

ITEM	Casi Nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1. Disfruto de la vida	1	2	3	4
2. Estoy desmotivado/a	1	2	3	4
3. Me siento desgraciado/a	1	2	3	4
4. Me siento pleno	1	2	3	4
5. Estoy ilusionado/a	1	2	3	4
6. Soy infeliz	1	2	3	4
7. Me siento bien	1	2	3	4
8. Me siento dichoso/a	1	2	3	4
9. Estoy apenado/a	1	2	3	4
10. Me siento apático/a	1	2	3	4
11. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
12. Estoy decaído/a	1	2	3	4
13. Me siento vivo/a	1	2	3	4
14. Estoy animado/a	1	2	3	4
15. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
16. Soy feliz	1	2	3	4
17. Me siento débil	1	2	3	4
18. Me siento desdichado/a	1	2	3	4
19. Estoy hundido/a	1	2	3	4
20. Estoy contento/a	1	2	3	4
21. Estoy desesperado/a	1	2	3	4
22. Estoy abatido/a	1	2	3	4
23. Hago cosas que me divierten	1	2	3	4
24. Estoy triste	1	2	3	4
25. Estoy entusiasmado/a	1	2	3	4
26. Me siento enérgico/a	1	2	3	4

**SI HA TERMINADO CON ESTA PRUEBA, PASE LA HOJA Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE.**

**GRACIAS**

**CUESTIONARIO N° 3****INSTRUCCIONES:**

A continuación se presentan una serie de frases que la gente usa para describirse a sí mismo. Por favor, lea cada una de ellas y rodee con un círculo el número de “1” (Nada) a “4” (Mucho) que más se aproxime a cómo se siente **EN ESTE MOMENTO**. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee demasiado tiempo en una sola frase y trate de dar la respuesta que mejor describa **sus sentimientos actuales**.

<b>ÍTEM</b>	<b>Nada</b>	<b>Algo</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
1. Disfruto de la vida	1	2	3	4
2. Estoy desmotivado/a	1	2	3	4
3. Me siento desgraciado/a	1	2	3	4
4. Me siento pleno/a	1	2	3	4
5. Estoy ilusionado/a	1	2	3	4
6. Soy infeliz	1	2	3	4
7. Me siento bien	1	2	3	4
8. Me siento dichoso/a	1	2	3	4
9. Estoy apenado/a	1	2	3	4
10. Me siento apático/a	1	2	3	4
11. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
12. Estoy decaído/a	1	2	3	4
13. Me siento vivo/a	1	2	3	4
14. Estoy animado/a	1	2	3	4
15. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
16. Soy feliz	1	2	3	4
17. Me siento débil	1	2	3	4
18. Me siento desdichado/a	1	2	3	4
19. Estoy hundido/a	1	2	3	4
20. Estoy contento/a	1	2	3	4
21. Estoy desesperado/a	1	2	3	4
22. Estoy abatido/a	1	2	3	4
23. Hago cosas que me divierten	1	2	3	4
24. Estoy triste	1	2	3	4
25. Estoy entusiasmado/a	1	2	3	4
26. Me siento enérgico/a	1	2	3	4

**SI HA TERMINADO CON ESTA PRUEBA, PASE LA HOJA Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE.**

**GRACIAS**



## CUESTIONARIO N° 4

### INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale en la hoja de respuestas la puntuación de “0” (Casi Nunca) a “3” (Casi Siempre) que indique mejor cómo se **SIENTE Ud. EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones**. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente Ud. generalmente.

<b>ITEM</b>	<b>Casi Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>A menudo</b>	<b>Casi siempre</b>
1. Me siento bien	0	1	2	3
2. Me canso rápidamente	0	1	2	3
3. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
4. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
5. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
6. Me siento descansado	0	1	2	3
7. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
8. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
10. Soy feliz	0	1	2	3
11. Me suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
12. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
13. Me siento seguro	0	1	2	3
14. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades	0	1	2	3
15. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
16. Estoy satisfecho	0	1	2	3
17. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
18. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
19. Soy una persona estable	0	1	2	3
20. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

**SI HA TERMINADO CON ESTA PRUEBA, PASE LA HOJA Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE.**

**GRACIAS**

**CUESTIONARIO N° 5****INSTRUCCIONES:**

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale en la hoja de respuestas la puntuación de 0 (Nada) a 3 (Mucho) que indique mejor cómo se **SIENTE Ud. AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

<b>ITEM</b>	<b>Nada</b>	<b>Algo</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Me preocupo ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

**SI HA TERMINADO CON ESTA PRUEBA, PASE LA HOJA Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE.**

**GRACIAS**

## CUESTIONARIO N° 6

### INSTRUCCIONES:

A continuación le presentamos una lista de afirmaciones que se refieren a su modo de actuar y sentir en la vida diaria. La tarea a realizar consiste en elegir, de entre cuatro alternativas, aquella que se corresponda con la que usted siente o piensa. Para responder a cada frase utilice el siguiente criterio. Hay cuatro alternativas de respuesta: NUNCA, SEMANAS, MESES, AÑOS.

NUNCA: Si usted piensa que no se siente nunca según el contenido de la frase o esa forma de sentir o pensar le dura **menos de dos semanas**, o aparece de manera episódica, señale con un círculo en el lugar que corresponda a la casilla “Nunca”.

SEMANAS: Si se siente de esa forma por algún motivo preciso o sin motivo y le dura esa manera de pensar o sentir **más de dos semanas**, marque la casilla correspondiente a “Semanas”.

MESES: Si usted considera que se siente así durante temporadas más largas (con una duración de **3 a 6 meses** o más), en épocas o estaciones del año, marque la casilla “Meses”

AÑOS: Finalmente, si cree que se siente así de forma constante, permanente, al menos **desde hace dos años** para acá, señale la casilla “Años”

ITEM	Nunca	Semanas	Meses	Años
1. Me considero una persona alegre				
2. Los recuerdos me hacen sentir culpable				
3. Me siento fracasado/a				
4. Me siento infeliz				
5. Me cuesta mucho vivir				
6. Me siento triste				
7. Me siento angustiado/a				
8. Me siento culpable				
9. Me considero una persona débil				
10. Siento miedo ante la vida				
11. Me siento sólo/a				
12. Pienso que soy una persona sin suerte				
13. Creo que los demás valen mucho más que yo				
14. Me gustaría ser distinto/a a como soy				
15. Me veo una persona atractiva				
16. Veo más defectos que virtudes en mi persona				
17. Creo que no valgo para nada				
18. Nada me interesa				
19. No disfruto de las cosas que antes disfrutaba				
20. Mi motivación general es mínima o nula				
21. Me siento incapaz de divertirme y pasarlo bien				

**CUESTIONARIO N° 7****Parte 1****INSTRUCCIONES:**

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo una de las letras que encontrará a la derecha, la letra que mejor indique **CÓMO SE SIENTE AHORA MISMO**, utilizando la siguiente escala de valoración: A: No, en absoluto, B: Algo, C: Moderadamente, D: Mucho

**CÓMO ME SIENTO EN ESTE MOMENTO**

ITEM	No, en absoluto	Algo	Moderadamente	Mucho
1. Estoy furioso	A	B	C	D
2. Me siento irritado	A	B	C	D
3. Me siento enfadado	A	B	C	D
4. Le pegaría a alguien	A	B	C	D
5. Estoy quemado	A	B	C	D
6. Me gustaría decir tacos	A	B	C	D
7. Estoy cabreado	A	B	C	D
8. Daría puñetazos a la pared	A	B	C	D
9. Me dan ganas de maldecir a gritos	A	B	C	D
10. Me dan ganas de gritarle a alguien	A	B	C	D
12. Quiero romper algo	A	B	C	D
13. Me dan ganas de gritar	A	B	C	D
14. Tengo ganas de abofetear a alguien	A	B	C	D
15. Me gustaría echarle la bronca a alguien	A	B	C	D

**Parte 2****INSTRUCCIONES:**

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique **CÓMO SE SIENTE NORMALMENTE**, utilizando la siguiente escala de valoración:

A: Casi Nunca B: Algunas veces, C: A menudo, D: Casi siempre

**CÓMO ME SIENTO NORMALMENTE**

ITEM	Casi Nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre
16. Me caliento rápidamente	A	B	C	D
17. Tengo un carácter irritable	A	B	C	D
18. Soy una persona exaltada	A	B	C	D
19. Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen	A	B	C	D
20. Tiendo a perder los estribos	A	B	C	D
21. Me pone furioso que me critiquen delante de los demás	A	B	C	D
22. Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco	A	B	C	D
23. Me cabreo con facilidad	A	B	C	D
24. Me enfado si no me salen las cosas como tenía previsto	A	B	C	D
25. Me enfado cuando se me trata injustamente	A	B	C	D

### Parte 3

#### **INSTRUCCIONES:**

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describir sus reacciones cuando se siente enfadada. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique **CÓMO REACCIONA O SE COMPORTA CUANDO ESTÁ ENFADADO O FURIOSO**, utilizando la siguiente escala:

A: Casi Nunca B: Algunas veces C: A menudo D: Casi siempre

#### **CUANDO ME ENFADO O ME ENFUREZCO**

<b>ÍTEM</b>	<b>Casi Nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>A menudo</b>	<b>Casi siempre</b>
26. Controlo mi temperamento	A	B	C	D
27. Expreso mi ira	A	B	C	D
28. Me guardo para mí lo que siento	A	B	C	D
29. Hago comentarios irónicos	A	B	C	D
30. Mantengo la calma	A	B	C	D
31. Hago cosas como dar portazos	A	B	C	D
32. Ardo por dentro aunque no lo demuestro	A	B	C	D
33. Controlo mi comportamiento	A	B	C	D
34. Discuto con los demás	A	B	C	D
35. Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie	A	B	C	D
36. Puedo controlarme y no perder los estribos	A	B	C	D
37. Estoy más enfadado de lo que quiero admitir	A	B	C	D
38. Digo barbaridades	A	B	C	D
39. Me irrito más de lo que la gente se cree	A	B	C	D
40. Pierdo la paciencia	A	B	C	D
41. Controlo mis sentimientos de enfado	A	B	C	D
42. Rehuyo encararme con aquello que me enfada	A	B	C	D
43. Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira	A	B	C	D
44. Respiro profundamente y me relajo	A	B	C	D
45. Hago cosas como contar hasta diez	A	B	C	D
46. Trato de relajarme	A	B	C	D
47. Hago algo sosegado para calmarme	A	B	C	D
48. Intento distraerme para que se me pase el enfado	A	B	C	D
49. Pienso en algo agradable para tranquilizarme	A	B	C	D

**SI HA TERMINADO CON ESTA PRUEBA, YA HA FINALIZADO, LE AGRADECEMOS SU ESFUERZO Y COLABORACION**



## ANEXO 4

### Análisis de ítems y estructura factorial de la Versión Experimental Castellana de ST/DEP (Escala de 16 ítems Spielberger, Agudelo, Carretero-Dios, De los Santos-Roig y Buela-Casal, 2004)

- Análisis de ítems del ST/DEP con una muestra de población general (n= 1041).

**Tabla 4.1. Medias, Desviaciones Típicas, Correlaciones ítem-total y coeficiente Alfa del S-Dep Distimia con una muestra de población general (n=1041)**

Item	Media	D.T.	IRs	Coef. Alfa
1. Estoy desmotivado/a	1,63	0,71	0,64	0,89
2. Estoy apenado/a	1,50	0,70	0,72	
3. Estoy decaído/a	1,54	0,73	0,73	
4. No tengo ganas de nada	1,40	0,70	0,59	
5. Me siento desdichado/a	1,35	0,65	0,64	
6. Estoy hundido/a	1,23	0,58	0,67	
7. Estoy desesperado/a	1,24	0,57	0,60	
8. Estoy triste	1,51	0,71	0,73	

D.T.: Desviación Típica; IRs: Correlación ítem-Total; Coef. Alfa: Coeficiente Alfa.

**Tabla 4.2. Medias, Desviaciones Típicas, Correlaciones ítem-total y coeficiente Alfa del S-DEP Distimia por sexo con una muestra de población general (n=1041)**

Item	Varones n= 344				Mujeres n= 641				
	Media	D.T.	IRs	Coef. Alfa	Media	D.T.	Irs	Coef. Alfa	F. Sig.
1. Estoy desmotivado/a	1,59	0,68	0,51	0,85	1,66	0,73	0,69	0,90	3,20
2. Estoy apenado/a	1,43	0,62	0,70		1,54	0,74	0,69		6,27*
3. Estoy decaído/a	1,47	0,69	0,67		1,57	0,75	0,73		4,37*
4. No tengo ganas de nada	1,35	0,64	0,51		1,43	0,74	0,76		2,64
5. Me siento desdichado/a	1,29	0,59	0,57		1,38	0,69	0,62		5,20*
6. Estoy hundido/a	1,17	0,51	0,59		1,27	0,61	0,67		5,95*
7. Estoy desesperado/a	1,21	0,57	0,53		1,25	0,57	0,70		0,57
8. Estoy triste	1,44	0,63	0,71		1,55	0,74	0,63		5,39*

D.T.: Desviación Típica; IRs: Correlación ítem-Total; Coef. Alfa: Coeficiente Alfa; F: Valor de F; Sig.: Significación: \*\*p< 0,001; \*p< 0,05.

**Tabla 4.3. Medias, Desviaciones Típicas, Correlaciones ítem-total y coeficiente Alfa del S-DEP- Eutimia con una muestra de población general (n=1041)**

Item	Media	D.T.	IRs	Coef. Alfa
1. Me siento pleno/a	2,68	0,84	0,73	0,91
2. Me siento bien	3,02	0,79	0,73	
3. Tengo esperanzas sobre el futuro	3,07	0,85	0,58	
4. Estoy animado/a	2,90	0,83	0,79	
5. Estoy contento/a	2,95	0,80	0,79	
6. Hago cosas que me divierten	2,96	0,80	0,59	
7. Estoy entusiasmado/a	2,70	0,84	0,78	
8. Me siento enérgico/a	2,80	0,87	0,69	

D.T.: Desviación Típica; IRs: Correlación ítem-Total; Coef. Alfa: Coeficiente Alfa.

**Tabla 4.4. Medias, Desviaciones Típicas, Correlaciones ítem-total y coeficiente Alfa del S-DEP/ Eutimia por sexo con una muestra de población general (n=1041)**

Item	Varones n= 344				Mujeres n= 641				
	Media	D.T.	IRs	Coef. Alfa	Media	D.T.	IRs	Coef. Alfa	F Sig.
1. Me siento pleno/a	2,74	0,83	0,76	0,90	2,64	0,84	0,72	0,91	2,91
2. Me siento bien	3,06	0,78	0,74		3,01	0,79	0,73		1,43
3. Tengo esperanzas sobre el futuro	3,11	0,85	0,54		3,04	0,85	0,60		2,10
4. Estoy animado/a	2,98	0,80	0,73		2,86	0,86	0,82		5,64*
5. Estoy contento/a	3,01	0,77	0,77		2,92	0,82	0,80		2,09
6. Hago cosas que me divierten	3,08*	0,79	0,57		2,90	0,80	0,59		11,34**
7. Estoy entusiasmado/a	2,75	0,85	0,81		2,66	0,84	0,77		3,06*
8. Me siento enérgico/a	2,93**	0,86	0,66		2,72	0,87	0,71		13,25**

D.T.: Desviación Típica; IRs: Correlación ítem-Total; Coef. Alfa: Coeficiente Alfa; F: Valor de F; Sig.: Significación: \*\*p< 0,001; \*p< 0,05.

**Tabla 4.5. Medias, Desviaciones Típicas y coeficiente Alfa para el S-DEP (Distimia, Eutimia y Total) con una muestra de población general (n=1041)**

	Media	Desviación	Coeficiente alfa
S-Dep Distimia	11,40	4,31	0,89
S-Dep Eutimia	23,10	5,20	0,91
S-Dep Total	34,48	4,02	-----

**Tabla 4.6. Media, Desviación Típica y coeficiente Alfa para el S-DEP (Distimia, Eutimia y Total) por sexo, con una muestra de población general (n=1041)**

		Media	Desviación Típica	Coeficiente Alfa
S-DEP Distimia	Varones	10,96	3,48	0,85
	Mujeres	11,67	4,31	0,90
S-DEP Eutimia	Varones	23,65	5,06	0,90
	Mujeres	22,77	5,27	0,91
S-DEP Total	Varones	34,55	4,12	-----
	Mujeres	34,41	3,96	



**Tabla 4.7. Medias, Desviaciones Típicas, Correlaciones ítem-total y coeficiente Alfa del T-DEP- Distimia con una muestra de población general (n=1041)**

Item	Media	Desviación típica	IRs	Coef. Alfa
1. Estoy desmotivado/a	1,89	0,72	0,54	0,82
2. Me siento desgraciado/a	1,45	0,70	0,56	
3. Soy infeliz	1,59	0,85	0,39	
4. Estoy decaído/a	1,84	0,76	0,60	
5. No tengo ganas de nada	1,61	0,77	0,60	
6. Me siento débil	1,65	0,75	0,50	
7. Estoy hundido/a	1,33	0,66	0,59	
8. Estoy triste	1,76	0,70	0,63	

IRs: Correlación ítem-Total; Coef. Alfa: Coeficiente Alfa.

**Tabla 4.8. Medias, Desviaciones Típicas, Correlaciones ítem-total y coeficiente Alfa del T-DEP Distimia por sexo con una muestra de población general (n=1041)**

Item	Varones n= 336				Mujeres n= 646				
	Media	D.T.	IRs	Coef. Alfa	Media	D.T.	IRs	Coef. Alfa	F Sig.
1. Estoy desmotivado/a	1,81*	0,73	0,45	0,77	1,94	0,72	0,59	0,83	7,42**
2. Me siento desgraciado/a	1,35*	0,65	0,43		1,50	0,76	0,60		10,07**
3. Soy infeliz	1,52	0,80	0,38		1,62	0,87	0,39		2,89*
4. Estoy decaído/a	1,69**	0,75	0,55		1,93	0,76	0,62		23,99**
5. No tengo ganas de nada	1,48**	0,70	0,50		1,68	0,80	0,59		15,07**
6. Me siento débil	1,47**	0,65	0,44		1,74	0,78	0,63		30,19**
7. Estoy hundido/a	1,19**	0,53	0,47		1,40	0,71	0,50		23,03**
8. Estoy triste	1,59**	0,67	0,59		1,85	0,70	0,57		31,07**

D.T.: Desviación Típica; IRs: Correlación ítem-Total; Coef. Alfa: Coeficiente Alfa; F: valor de F; Sig.: Significación: \*\*p< 0,001; \*p< 0,05.

**Tabla 4.9. Medias, Desviaciones Típicas, Correlaciones ítem-total y coeficiente Alfa del T-DEP Eutimia con una muestra de población general (n=1041)**

Item	Media	Desviación Típica	IRs	Coef. Alfa
1. Disfruto de la vida	3,09	0,83	0,66	0,87
2. Me siento pleno/a	2,55	0,89	0,66	
3. Estoy ilusionado/a	2,86	0,89	0,64	
4. Me siento dichoso/a	2,77	0,90	0,64	
5. Tengo esperanzas sobre el futuro	3,13	0,90	0,58	
6. Soy feliz	3,11	0,90	0,68	
7. Hago cosas que me divierten	2,97	0,87	0,51	
8. Me siento enérgico	2,79	0,87	0,58	

IRs: Correlación ítem-Total; Coef. Alfa: Coeficiente Alfa.

Tabla 4.10. Medias, Desviaciones típicas, correlaciones ítem-total y coeficiente Alfa del T-DEP Eutimia por sexo con una muestra de población general (n=1041)

Item	Varones n= 336				Mujeres n= 646				
	Media	D.T.	IRs	Coef. Alfa	Media	D.T.	IRs	Coef. Alfa	F Sig.
1. Disfruto de la vida	3,14	0,84	0,61	0,85	3,06	0,83	0,69	0,87	2,32
2. Me siento pleno/a	2,67*	0,88	0,63		2,49	0,90	0,67		8,35*
3. Estoy ilusionado/a	2,89	0,88	0,60		2,83	0,90	0,66		1,13
4. Me siento dichoso/a	2,72	0,94	0,59		2,79	0,89	0,68		1,02
5. Tengo esperanzas sobre el futuro	3,16	0,91	0,55		3,10	0,90	0,59		0,96
6. Soy feliz	3,22	0,83	0,65		3,06	0,93	0,68		6,78*
7. Hago cosas que me divierten	3,11**	0,82	0,49		2,89	0,88	0,51		14,55**
8. Me siento enérgico	2,95**	0,84	0,55		2,71	0,87	0,58		17,07**

D.T: Desviación Típica; IRs: Correlación ítem-Total; Coef. Alfa: Coeficiente Alfa. F: valor de F; Sig.: Significación: \*\*p<0,001; \*p< 0,05.

Tabla 4.11. Medias, Desviaciones Típicas y coeficiente Alfa del T-DEP (Distimia, Eutimia y Total) con una muestra de población general (n=1041)

	Media	Desviación típica	Coeficiente alfa
T-DEP Distimia	13,07	3,93	0,82
T-DEP Eutimia	23,28	5,07	0,87
T-DEP Total	36,28	4,06	-----

Tabla 4.12. Medias, Desviaciones Típicas y coeficiente Alfa por sexo T-DEP (Distimia, Eutimia y Total) con una muestra de población general (n=1041)

		Media	Desviación Típica	Coeficiente Alfa
T-DEP Distimia	Varones	12,11	3,41	0,77
	Mujeres	13,58	4,10	0,83
T-DEP Eutimia	Varones	23,84*	4,78	0,85
	Mujeres	22,96	5,20	0,87
T-DEP Total	Varones	35,88	3,93	-----
	Mujeres	36,47	4,12	-----

\* p< 0,001.

### Análisis Factorial del ST/DEP, con una muestra de población general (n= 1041).

Tabla 4.13. Análisis factorial de ejes principales y con rotación Promax y communalidades para el S/DEP por sexo con una muestra de población general (n=1041)

Items*	Ejes Principales						Rotación Promax			
	Factor 1		Factor 2		h2		Factor 1		Factor 2	
	M	V	M	V	M	V	Distimia M	V	Eutimia M	V
1. Estoy animado/a	0,82	0,74			0,76	0,62			0,87	0,76
2. Estoy contento/a	0,80	0,78			0,71	0,66			0,84	0,75
3. Estoy triste	-0,76	-0,70		0,36	0,65	0,62	0,80	0,75		
4. Estoy decaído/a	-0,76	-0,70		0,32	0,66	0,55	0,81	0,69		
5. Me siento bien	0,75	0,77			0,59	0,63			0,76	0,68
6. Estoy entusiasmado/a	0,73	0,76	0,37	0,42	0,68	0,75			0,82	0,94
7. Estoy apenado/a	-0,71	-0,67	0,30	0,39	0,59	0,61	0,77	0,77		
8. Estoy desmotivado/a	-0,71	-0,55			0,54	0,32	0,73	0,41		
9. Me siento pleno/a	0,70	0,73		0,31	0,56	0,63			0,75	0,81
10. Me siento enérgico/a	0,70	0,64		0,30	0,57	0,50			0,76	0,74
11. Estoy hundido/a	-0,69	-0,52	0,34	0,43	0,58	0,45	0,76	0,74		
12. No tengo ganas de nada	-0,64	-0,53			0,44	0,30	0,66	0,42		
13. Me siento desdichado/a	-0,63	-0,54	0,34	0,37	0,52	0,40	0,72	0,64		
14. Estoy desesperado/a	-0,61	-0,45		0,38	0,45	0,35	0,69	0,65		
15. Tengo esperanzas sobre el futuro	0,58	0,53			0,38	0,31			0,62	0,53
16. Hago cosas que me divierten	0,56	0,56			0,39	0,38			0,62	0,64
% Varianza explicada	49,08	41,34	7,69	9,17						
% Total varianza explicada	56,78	50,52								

Los ítems están ordenados de forma descendente según el mayor peso encontrado en la solución de Ejes Principales para mujeres. Se incluyen pesos  $\geq 0.30$ . h2: Comunalidades. V: Varones, M: Mujeres.

Tabla 4.14. Análisis factorial de ejes principales y con rotación Promax y communalidades para el T/DEP por sexo con una muestra de población general (n=1041)

Items*	Ejes Principales						Rotación Promax			
	Factor 1		Factor 2		h2		Factor 1		Factor 2	
	M	V	M	V	M	V	Distimia M	V	Eutimia M	V
1. Soy feliz	0,73	0,71			0,56	0,52			0,63	0,41
2. Me siento dichoso/a	0,68	0,62	0,32		0,57	0,43			0,80	0,42
3. Me siento pleno/a	0,68	0,67			0,53	0,53			0,73	0,44
4. Disfruto de la vida	0,68	0,62	0,31		0,55	0,47			0,78	0,58
5. Estoy ilusionado/a	0,66	0,62			0,51	0,49			0,73	0,39
6. Estoy triste	-0,65	-0,61			0,52	0,46	0,70	0,44		
7. Estoy decaído/a	-0,64	-0,55		0,39	0,49	0,46	0,68	0,63		
8. Me siento desgraciado/a	-0,63	-0,49			0,44	0,34	0,58	0,50		
9. Estoy desmotivado/a	-0,63	-0,48			0,42	0,26	0,52	0,37		
10. No tengo ganas de nada	-0,62	-0,53	0,37	0,32	0,52	0,39	0,78	0,55		
11. Me siento enérgico/a	0,61	0,58			0,39	0,49			0,53	0,75
12. Tengo esperanzas sobre el futuro	0,61	0,57			0,41	0,36			0,60	0,46
13. Estoy hundido/a	-0,58	-0,49		0,38	0,42	0,39	0,65	0,59		
14. Hago cosas que me divierten	0,53	0,51			0,30	0,38			0,48	0,67
15. Me siento débil	-0,50	-0,46			0,30	0,34	0,54	0,52		
16. Soy infeliz	-0,40	-0,45			0,19	0,28	0,42	0,52		
% Varianza Explicada	38,34	35,69	6,24	5,90						
% Total varianza explicada	44,58	38,02								

\*Los ítems están ordenados de forma descendente según el mayor peso encontrado en la solución de Ejes Principales para mujeres. Se incluyen pesos  $\geq 0.30$ . h2: Comunalidades. V: Varones, M: Mujeres.

- Análisis de correlaciones entre el ST/DEP y otras escalas

Tabla 4.15. Correlaciones entre el S/DEP (Distimia y Eutimia) y el BDI, STAI-S y STAXI-S con una muestra de población general (n=1041)

Items	BDI	STAI-S	STAXI-2			
			ESTADO DE IRA			
			Sentimiento de Ira	Expresión Física	Expresión Verbal	Estado de Ira
1. Estoy desmotivado/a	0,50**	0,52**	0,35**	0,23**	0,24**	0,30**
2. Estoy apenado/a	0,49**	0,56**	0,41**	0,24**	0,24**	0,33**
3. Estoy decaído/a	0,49**	0,59**	0,42**	0,27**	0,29**	0,36**
4. No tengo ganas de nada	0,46**	0,50**	0,36**	0,28**	0,29**	0,35**
5. Me siento desdichado/a	0,48**	0,48**	0,40**	0,27**	0,30**	0,36**
6. Estoy hundido/a	0,47**	0,50**	0,41**	0,27**	0,27**	0,34**
7. Estoy desesperado/a	0,44**	0,48**	0,39**	0,28**	0,28**	0,35**
8. Estoy triste	0,50**	0,61**	0,45**	0,29**	0,29**	0,37**
<b>Eutimia</b>						
1. Me siento pleno/a	-0,44**	-0,55**	-0,27**	-0,14**	-0,15**	-0,21**
2. Me siento bien	-0,49**	-0,59**	-0,37**	-0,22**	-0,21**	-0,30**
3. Tengo esperanzas sobre el futuro	-0,39**	-0,44**	-0,21**	-0,08**	-0,09**	-0,14**
4. Estoy animado/a	-0,49**	-0,60**	-0,34**	-0,17**	-0,16**	-0,26**
5. Estoy contento/a	-0,47**	-0,59**	-0,31**	-0,16**	-0,18**	-0,24**
6. Hago cosas que me divierten	-0,32**	-0,42**	-0,22**	-0,13**	-0,15**	-0,18**
7. Estoy entusiasmado/a	-0,41**	-0,52**	-0,28**	-0,16**	-0,15**	-0,22**
8. Me siento enérgico	-0,38**	-0,49**	-0,27**	-0,16**	-0,16**	-0,23**

\*\*p<0,001.

Tabla 4.16. Correlaciones entre el S-DEP (Distimia y Eutimia) con el BDI, STAI-S y STAXI-S por sexo con una muestra de población general (n= 1041)

Items	BDI		STAI-S		STAXI-2							
					ESTADO DE IRA							
					Sentimiento de Ira		Expresión Física		Expresión Verbal		Estado de Ira	
<b>Distimia</b>	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M
1. Estoy desmotivado/a	0,41**	0,54**	0,42**	0,57**	0,22**	0,40**	0,10	0,29**	0,12*	0,30**	0,17**	0,36**
2. Estoy apenado/a	0,46**	0,49**	0,55**	0,56**	0,35**	0,43**	0,15**	0,28**	0,14**	0,25**	0,24**	0,36**
3. Estoy decaído/a	0,43**	0,51**	0,48**	0,63**	0,30**	0,46**	0,17**	0,33**	0,22**	0,32**	0,27**	0,41**
4. No tengo ganas de nada	0,40**	0,48**	0,43**	0,51**	0,25**	0,41**	0,22**	0,30**	0,23**	0,32**	0,27**	0,38**
5. Me siento desdichado/a	0,34**	0,53**	0,41**	0,51**	0,28**	0,42**	0,15**	0,32**	0,23**	0,33**	0,26**	0,39**
6. Estoy hundido/a	0,29**	0,56**	0,38**	0,54**	0,35**	0,43**	0,14**	0,32**	0,14**	0,33**	0,24**	0,39**
7. Estoy desesperado/a	0,39**	0,47**	0,39**	0,53**	0,35**	0,41**	0,27**	0,29**	0,27**	0,29**	0,34**	0,35**
8. Estoy triste	0,45**	0,52**	0,53**	0,63**	0,36**	0,48**	0,23**	0,33**	0,21**	0,33**	0,31**	0,42**
<b>Eutimia</b>												
1. Me siento pleno/a	-0,48**	-0,42**	-0,55**	-0,59**	-0,22**	-0,30**	-0,12*	-0,15**	-0,13*	-0,16**	-0,19**	-0,23**
2. Me siento bien	-0,48**	-0,42**	-0,60**	-0,59**	-0,33**	-0,39**	-0,14**	-0,25**	-0,12*	-0,25**	-0,22**	-0,34**
3. Tengo esperanzas sobre el futuro	-0,40**	-0,38**	-0,41**	-0,46**	-0,22**	-0,21**	-0,34	-0,10*	-0,04	-0,11**	-0,18**	-0,15**
4. Estoy animado/a	-0,47**	-0,47**	-0,54**	-0,62**	-0,28**	-0,36**	-0,11**	-0,19*	-0,14**	-0,19**	-0,21**	-0,28**
5. Estoy contento/a	-0,51**	-0,45**	-0,60**	-0,58**	-0,28**	-0,32**	-0,09	-0,19*	-0,13*	-0,21**	-0,20**	-0,27**
6. Hago cosas que me divierten	-0,31**	-0,33**	-0,46**	-0,39**	-0,17**	-0,24**	-0,06	-0,17**	-0,17**	-0,14**	-0,16**	-0,20**
7. Estoy entusiasmado/a	-0,43**	-0,40**	-0,51**	-0,52**	-0,22**	-0,31**	-0,05	-0,21**	-0,05	-0,20**	-0,13*	-0,27**
8. Me siento energético	-0,34**	-0,40**	-0,41**	-0,41**	-0,16**	-0,29**	-0,11	-0,25**	-0,03	-0,22**	-0,08	-0,32**

\*p&lt;0,05; \*\*p&lt;0,001; V: Varones; M: Mujeres

Tabla 4.17. Correlaciones entre el T-DEP (Distimia y Eutimia) y el BDI, STAI-T y STAXI-T, con una muestra de población general (n=1041)

Item	BDI	CBD	STAI-T	STAXI-2							
				RASGO DE IRA			EXPRESIÓN DE IRA		CONTROL DE IRA		IEI
Distimia				Temp.	Reac.	Rasgo Ira	E. Ext.	E. Int.	C. Ext.	C. Int.	
1. Estoy desmotivado/a	0,46**	0,40**	0,48**	0,22**	0,22**	0,26**	0,18**	0,20**	-0,12**	-0,05**	0,22**
2. Me siento desgraciado/a	0,51**	0,45**	0,40**	0,23**	0,19**	0,24**	0,12**	0,22**	-0,08**	-0,05	0,19**
3. Soy infeliz	0,33**	0,30**	0,28**	0,13**	0,04	0,10**	0,18	0,18	-0,05	-0,10	0,08*
4. Estoy decaído/a	0,48**	0,40**	0,49**	0,26**	0,20**	0,26**	0,15**	0,15**	-0,09**	-0,04	0,19**
5. No tengo ganas de nada	0,43**	0,37**	0,47**	0,20**	0,12**	0,19**	0,17**	0,17**	-0,13**	-0,05	0,21**
6. Me siento débil	0,44**	0,38**	0,48**	0,20**	0,18**	0,22**	0,14**	0,14**	-0,10**	-0,05	0,19**
7. Estoy hundido/a	0,43**	0,43**	0,43**	0,21**	0,15**	0,21**	0,15**	0,15**	-0,11**	-0,07*	0,19**
8. Estoy triste	0,48**	0,43**	0,56**	0,28**	0,21**	0,29**	0,17**	0,17**	-0,12**	-0,06	0,22**
Eutimia											
1. Disfruto de la vida	-0,44**	-0,42**	-0,53**	-0,21**	-0,18**	-0,23**	-0,09**	-0,09**	0,16**	0,17**	-0,26**
2. Me siento pleno/a	-0,42**	-0,37**	-0,52**	-0,19**	-0,12**	-0,18**	-0,16**	-0,16**	0,16**	0,15**	-0,27**
3. Estoy ilusionado/a	-0,40**	-0,36**	-0,45**	-0,17**	-0,09**	-0,15**	-0,11**	-0,11**	0,08**	0,12**	-0,20**
4. Me siento dichoso/a	-0,40**	-0,39**	-0,48**	-0,18**	-0,16**	-0,20**	-0,10**	-0,10**	0,14**	0,19**	-0,24**
5. Tengo esperanzas sobre el futuro	-0,41**	-0,40**	-0,46**	-0,16**	-0,07**	-0,14**	-0,08**	-0,08**	0,13**	0,14**	-0,21**
6. Soy feliz	-0,44**	-0,43**	-0,55**	-0,19**	-0,12**	-0,18**	-0,12**	-0,12**	0,17**	0,15**	-0,25**
7. Hago cosas que me divierten	-0,34**	-0,30**	-0,38**	-0,18**	-0,08**	-0,15**	-0,04	-0,04**	0,11**	0,12**	-0,16**
8. Me siento enérgico/a	-0,37**	-0,34**	-0,50**	-0,16**	-0,13**	-0,17**	-0,11**	-0,11**	-0,13**	0,11**	-0,20**

\*p<0,05; \*\*p<0,001; Temp.: Temperamento de Ira; Reac. Reacción de Ira; E. Ext.: Expresión Externa; E Int.: Expresión Interna; C. Ext.: Control Externo; C. Int.: Control Interno. IEI: Índice de Expresión de Ira.

Tabla 4.18. Correlaciones entre el T-DEP (Distimia y Eutimia) con el BDI, STAI-T y STAXI-T por sexo, con una muestra de población general (n=1041)

Item	BDI		CBD		STAI-T		STAXI-T															
							RASGO DE IRA						EXPRESIÓN DE IRA				CONTROL DE IRA				AEI	
							Temp.		Reac.		Rasgo Ira		E. Ext.		E. Int.		C. Ext.		C. Int.			
	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M
Distimia																						
1. Estoy desmotivado/a	0,36**	0,51**	0,28**	0,46**	0,35**	0,54**	0,13*	0,25**	0,17**	0,25**	0,18**	0,30**	0,16**	0,19**	0,17**	0,21**	-0,07	-0,12**	0,02	-0,08*	0,14**	0,25**
2. Me siento desgraciado/a	0,40*	0,55**	0,28**	0,57**	0,34**	0,52**	0,15**	0,26**	0,16**	0,19**	0,18**	0,25**	0,03	0,16**	0,16**	0,25**	-0,03	-0,08	-0,09	-0,03	0,13**	0,14**
3. Soy infeliz	0,30**	0,34**	0,26**	0,33**	0,27**	0,27**	0,11*	0,13**	0,06	0,02	0,10	0,08*	-0,01	0,02	0,10	0,09*	-0,02	-0,04	-0,01	-0,01	0,47	0,83*
4. Estoy decaído/a	0,42**	0,51**	0,30**	0,44**	0,41**	0,51**	0,19**	0,28**	0,24**	0,17**	0,25**	0,26**	0,14*	0,16**	0,25**	0,27**	-0,01	-0,10**	0,04	-0,02	0,14**	-0,20**
5. No tengo ganas de nada	0,36**	0,45**	0,31**	0,39**	0,43**	0,48**	0,15**	0,22**	0,20**	0,07	0,21**	0,16**	0,13*	0,20**	0,21**	0,21**	0,11*	-0,11**	-0,07	-0,04	0,20**	-0,21**
6. Me siento débil	0,39**	0,44**	0,36**	0,38**	0,46**	0,46**	0,17**	0,20**	0,21**	0,16**	0,22**	0,21**	0,13*	0,16**	0,21**	0,23**	-0,03	-0,10**	0,03	-0,07	0,13**	0,21**
7. Estoy hundido/a	0,37**	0,45**	0,34**	0,46**	0,34**	0,43**	0,20**	0,21**	0,25**	0,11**	0,26**	0,18	0,17**	0,15**	0,10	0,19**	-0,13*	-0,10**	-0,07	-0,07	0,19**	-0,19**
8. Estoy triste	0,46**	0,48**	0,54**	0,45**	0,36**	0,55**	0,27**	0,27**	0,21**	0,19**	0,28**	0,27**	0,20**	0,16**	0,26**	0,24**	-0,07	-0,11**	-0,03	-0,07	0,19**	0,22**
<b>Eutimia</b>																						
1. Disfruto de la vida	-0,45**	-0,43**	-0,33**	-0,46**	-0,50**	-0,55**	-0,18**	-0,22**	-0,13*	-0,20**	-0,18**	-0,25**	-0,06	-0,10**	-0,20**	-0,26**	0,16**	-0,14**	0,10	0,19**	-0,21**	-0,28**
<b>2. Me siento pleno/a</b>	-0,38**	-0,43**	-0,35**	-0,37**	-0,46**	-0,55**	-0,18**	-0,18**	-0,12**	-0,12*	-0,17**	-0,17**	-0,20*	-0,14**	-0,11*	-0,21**	0,12*	-0,17**	0,12	0,16**	-0,26**	-0,26**
3. Estoy ilusionado/a	-0,43**	-0,38**	-0,32**	-0,39**	-0,42**	-0,49**	-0,17**	-0,16**	-0,09	-0,08*	-0,15**	-0,14**	-0,18**	-0,07**	-0,18**	-0,20**	0,06	0,08	0,10	0,13**	-0,19**	-0,19**
4. Me siento dichoso/a	-0,43**	-0,39**	-0,34**	-0,41**	-0,48**	-0,51**	-0,20**	-0,17**	-0,20**	-0,14**	-0,24**	-0,19**	-0,10	-0,10*	-0,15**	-0,19**	0,14**	-0,14**	0,21**	0,17**	-0,24**	-0,24**
5. Tengo esperanzas sobre el futuro	-0,43**	-0,39**	-0,35**	-0,42**	-0,44**	-0,48**	-0,23**	-0,13**	-0,11**	-0,05	-0,20**	-0,11**	-0,08	-0,08	-0,14**	-0,17**	0,08	0,16**	0,06	0,18**	-0,15**	-0,23**
6. Soy feliz	-0,49**	-0,40**	-0,40**	-0,44**	-0,53**	-0,54**	-0,23**	-0,17**	-0,14**	-0,11**	-0,21**	-0,16**	-0,14**	-0,11**	-0,16**	-0,20**	0,17**	0,15**	0,15**	0,15**	-0,26**	-0,24**
7. Hago cosas que me divierten	-0,34**	-0,34**	-0,23**	-0,33**	-0,38**	-0,35**	-0,17**	-0,18**	-0,08	-0,06	-0,14**	-0,14**	-0,03	-0,04	-0,04	-0,18**	0,09	0,10	0,01	0,17**	-0,06	-0,19**
8. Me siento enérgico/a	-0,35**	-0,38**	-0,26**	-0,37**	-0,44**	-0,51**	-0,09	-0,19**	-0,07	-0,16**	-0,09	-0,20**	-0,09	-0,13**	-0,10**	-0,18**	0,09	0,14**	0,08	0,12**	-0,15*	-0,22**

\*p&lt;0,05; \*\*p&lt;0,001; Temp.:Temperamento de Ira; Reac.: Reacción de Ira; E. Ext.: Expresión Externa; E Int.: Expresión Interna; C. Ext.: Control Externo; C. Int.: Control Interno. IEE: Índice de Expresión Ira. M: Mujeres, V: Varones.





**ANEXO 5**

**Batería de Ítems del ST/DEP (16 ítems)**

**CUESTIONARIO N° 1. (T/DEP)**

ITEM	Casi Nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1. Disfruto de la vida	1	2	3	4
2. Estoy desmotivado/a	1	2	3	4
3. Me siento desgraciado/a	1	2	3	4
4. Me siento pleno	1	2	3	4
5. Estoy ilusionado/a	1	2	3	4
6. Soy infeliz	1	2	3	4
7. Me siento dichoso/a	1	2	3	4
8. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
9. Estoy decaído/a	1	2	3	4
10. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
11. Soy feliz	1	2	3	4
12. Me siento débil	1	2	3	4
13. Estoy hundido/a	1	2	3	4
14. Hago cosas que me divierten	1	2	3	4
15. Estoy triste	1	2	3	4
16. Me siento enérgico/a	1	2	3	4

Ítems eliminados en este análisis: Distimia	Eutimia:
- Estoy apenado/a	-Me siento bien
- Me siento apático/a	- Me siento vivo/a
- Me siento desdichado/a	- Estoy animado/a
- Estoy desesperado/a	- Estoy contento/a
- Estoy abatido/a	- Estoy entusiasmado

**CUESTIONARIO N° 2 (S/DEP)**

<b>ITEM</b>	<b>Nada</b>	<b>Algo</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
1. Estoy desmotivado/a	1	2	3	4
2. Me siento pleno/a	1	2	3	4
3. Me siento bien	1	2	3	4
4. Estoy apenado/a	1	2	3	4
5. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
6. Estoy decaído/a	1	2	3	4
7. Estoy animado/a	1	2	3	4
8. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
9. Me siento desdichado/a	1	2	3	4
10. Estoy hundido/a	1	2	3	4
11. Estoy contento/a	1	2	3	4
12. Estoy desesperado/a	1	2	3	4
13. Hago cosas que me divierten	1	2	3	4
14. Estoy triste	1	2	3	4
15. Estoy entusiasmado/a	1	2	3	4
16. Me siento enérgico/a	1	2	3	4

<b>Ítems eliminados en este análisis:</b>	
<b>Distimia</b>	<b>Eutimia:</b>
- Me siento desgraciado/a	-Disfruto de la vida
- Me siento apático/a	-Estoy ilusionado/a
- Me siento débil	-Me siento dichoso/a
- Estoy abatido/a	-Me siento vivo/a
- Soy infeliz	-Soy feliz

**ANEXO 6****Análisis de ítems y estructura factorial de la Versión Experimental Castellana de ST/DEP (Escala de 12 ítems)****- Análisis Factorial del ST/DEP, con una muestra de población general (n= 1041).****Tabla 6.1. Análisis Factorial de Ejes Principales, y con Rotación Promax, comunalidades y correlaciones ítem-total para el S/DEP por sexo con una muestra de población general (n=1041)**

Ítems*	Ejes Principales						Rotación Promax					
	Factor 1		Factor 2		h2		Factor 1		Factor 2		Irs	
	Distimia		Eutimia				Distimia		Eutimia			
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
1. Estoy animado/a	0,82	0,75			0,76	0,64			0,84	0,80	0,82	0,74
2. Estoy contento/a	0,79	0,78			0,69	0,65			0,76	0,80	0,79	0,76
3. Estoy triste	-0,77	-0,71		0,35	0,66	0,63	0,73	0,79			0,75	0,71
4. Estoy decaído/a	-0,76	-0,66			0,64	0,51	0,73	0,70			0,75	0,62
5. Me siento bien	0,75	0,78			0,59	0,64			0,64	0,79	0,73	0,75
6. Estoy entusiasmado/a	0,73	0,74	0,39	0,41	0,69	0,72			0,91	0,84	0,77	0,80
7. Estoy apenado/a	-0,72	-0,68		0,37	0,58	0,60	0,71	0,77			0,72	0,70
8. Me siento pleno/a	0,71	0,72		0,32	0,56	0,63			0,73	0,79	0,71	0,76
9. Me siento enérgico/a	0,70	0,63	0,31	0,32	0,58	0,50			0,79	0,71	0,72	0,67
10. Estoy hundido/a	-0,68	-0,54	0,34	0,45	0,58	0,49	0,79	0,69			0,70	0,63
11. Me siento desdichado/a	-0,63	-0,54	0,34	0,33	0,51	0,41	0,76	0,64			0,66	0,58
12. Estoy desesperado/a	-0,60	-0,45	0,31	0,37	0,46	0,34	0,70	0,58			0,63	0,52
%varianza explicada	<b>52,49</b>	<b>45,32</b>	<b>8,45</b>	<b>11,06</b>								
% Total varianza explicada	<b>60,94</b>	<b>56,38</b>										

\*Los ítems están ordenados de forma descendente según el mayor peso encontrado en la solución de Ejes Principales para mujeres. Se incluyen pesos  $> \hat{o} = 0.30$ . h2: Comunalidades. M: Mujeres; V: Varones

**Tabla 6.2. Análisis Factorial de Ejes Principales y con Rotación Promax, comunalidades y correlaciones ítem-total para el T/DEP por sexo con una muestra de población general (n=1041)**

Ítems*	Ejes Principales						Rotación Promax					
	Factor 1		Factor 2		h2		Factor 1		Factor 2		Irs	
	Distimia		Eutimia				Distimia		Eutimia			
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
1. Disfrute de la vida	0,68	0,62	0,38	0,36	0,60	0,51			0,83	0,79	0,68	0,60
2. Estoy triste	-0,66	-0,60			0,50	0,41	0,67	0,57			0,62	0,57
3. Estoy decaído/a	-0,66	-0,57		0,37	0,50	0,47	0,67	0,71			0,62	0,56
4. Me siento pleno/a	0,65	0,63			0,50	0,47			0,69	0,68	0,62	0,58
5. Me siento dichoso/a	0,65	0,60	0,31		0,52	0,40			0,73	0,59	0,63	0,55
6. No tengo ganas de nada	-0,63	-0,56	0,38		0,54	0,39	0,79	0,60			0,63	0,48
7. Me siento enérgico/a	0,62	0,58			0,42	0,36			0,56	0,54	0,58	0,54
8. Me siento desgraciado/a	-0,61	-0,42			0,41	0,18	0,53	0,48			0,57	0,34
9. Estoy hundido/a	-0,59	-0,51		0,38	0,43	0,40	0,65	0,69			0,58	0,48
10. Tengo esperanzas sobre el futuro	0,59	0,55			0,38	0,34			0,56	0,54	0,56	0,51
11. Hago cosas que me divierten	0,54	0,53			0,32	0,33			0,50	0,58	0,51	0,50
12. Me siento débil	-0,52	-0,49			0,31	0,28	0,53	0,46			0,50	0,45
%Varianza explicada	<b>38,32</b>	<b>31,18</b>	<b>6,93</b>	<b>6,79</b>								
% Total varianza explicada	<b>45,25</b>	<b>37,97</b>										

Los ítems están ordenados de forma descendente según el mayor peso encontrado en la solución de Ejes Principales para mujeres. Se incluyen pesos  $> \hat{o} = 0.30$ . h2: Comunalidades. M: Mujeres; V: Varones

**Tabla 6.3. Medias, Desviaciones Típicas y coeficiente Alfa para el S-DEP (Distimia, Eutimia y Total) con una muestra de población general (n=1041)**

	Media	Desviación típica	Coficiente alfa
S-DEP Distimia	8,39	3,11	0,87
S-DEP Eutimia	17,06	4,14	0,91
S-DEP Total	21,26	6,51	-----

**Tabla 6.4. Medias, Desviaciones Típicas y fiabilidad por sexo S-DEP (Distimia, Eutimia y Total) con una muestra de población general (n=1041)**

Media, Desviación típica, y coeficiente alfa por género S-Dep ítems definitivos				
		Media	Desviación Típica	Coficiente Alfa
S-DEP Distimia	Varones	8,01	2,71	0,84
	Mujeres	8,60	3,30	0,89
S-DEP Eutimia	Varones	12,53	4,05	0,91
	Mujeres	13,19	4,20	0,91
S-DEP Total	Varones	20,50	5,92	-----
	Mujeres	21,71	6,81	

\* p< 0,001; \*\*p< 0,05

**Tabla 6.5. Medias, Desviaciones Típicas y coeficiente Alfa para el T-DEP (Distimia, Eutimia y Total) con una muestra de población general (n=1041)**

	Media	Desviación típica	Coficiente alfa
T-DEP Distimia	9,63	3,10	0,81
T-DEP Eutimia	17,32	3,80	0,82
T-DEP Total	22,29	6,13	-----

**Tabla 6.6. Media, Desviaciones Típicas y coeficiente Alfa por sexo T-DEP (Distimia, Eutimia y Total) con una muestra de población general (n=1041)**

		Media	Desviación Típica	Coficiente Alfa
T-DEP Distimia	Varones	8,78**	2,61	0,74
	Mujeres	10,09	3,25	0,82
T-DEP Eutimia	Varones	12,23*	3,64	0,79
	Mujeres	12,93	3,87	0,83
T-DEP Total	Varones	21,04**	5,51	-----
	Mujeres	22,96	6,35	

\* p< 0,001; \*\*p< 0,05

**ANEXO 7**

**Batería de Ítems del STDEP (12 ítems)**

**CUESTIONARIO N° 1. (T/DEP)**

<b>ITEM</b>	<b>Casi Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>A menudo</b>	<b>Casi siempre</b>
1. Disfruto de la vida	1	2	3	4
2. Me siento desgraciado/a	1	2	3	4
3. Me siento pleno	1	2	3	4
4. Me siento dichoso/a	1	2	3	4
5. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
6. Estoy decaído/a	1	2	3	4
7. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
8. Me siento débil	1	2	3	4
9. Estoy hundido/a	1	2	3	4
10. Hago cosas que me divierten	1	2	3	4
11. Estoy triste	1	2	3	4
12. Me siento enérgico/a	1	2	3	4

<b>Ítems eliminados en este análisis:</b>	
<b>Distimia</b>	<b>Eutimia:</b>
- Estoy desmotivado/a	-Estoy ilusionado/a
- Soy infeliz	-Soy feliz

**CUESTIONARIO N° 2 (S/DEP)**

<b>ITEM</b>	<b>Nada</b>	<b>Algo</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
1.Me siento pleno/a	1	2	3	4
2. Me siento bien	1	2	3	4
3. Estoy apenado/a	1	2	3	4
4. Estoy decaído/a	1	2	3	4
5. Estoy animado/a	1	2	3	4
6. Me siento desdichado/a	1	2	3	4
7. Estoy hundido/a	1	2	3	4
8. Estoy contento/a	1	2	3	4
9. Estoy desesperado/a	1	2	3	4
10. Estoy triste	1	2	3	4
11. Estoy entusiasmado/a	1	2	3	4
12. Me siento enérgico/a	1	2	3	4

<b>Ítems eliminados en este análisis:</b>	
<b>Distimia</b>	<b>Eutimia:</b>
-Estoy desmotivado/a	-Tengo esperanzas sobre el futuro
-No tengo ganas de nada	-Hago cosas que me divierten

**ANEXO 8**

**Versión definitiva del ST/DEP**

**CUESTIONARIO N° 1 (T/DEP)**

<b>ITEM</b>	<b>Casi Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>A menudo</b>	<b>Casi siempre</b>
1. Disfruto de la vida	1	2	3	4
2. Me siento desgraciado/a	1	2	3	4
3. Me siento pleno	1	2	3	4
4. Me siento dichoso/a	1	2	3	4
5. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
6. Estoy decaído/a	1	2	3	4
7. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
8. Estoy hundido/a	1	2	3	4
9. Estoy triste	1	2	3	4
10. Me siento enérgico/a	1	2	3	4

<b>Ítems eliminados en este análisis:</b>	
<b>Distimia</b>	<b>Eutimia:</b>
- Me siento débil	-Hago cosas que me divierten

**CUESTIONARIO N° 3 (S/DEP)**

<b>ITEM</b>	<b>Nada</b>	<b>Algo</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
1. Me siento bien	1	2	3	4
2. Estoy apenado/a	1	2	3	4
3. Estoy decaído/a	1	2	3	4
4. Estoy animado/a	1	2	3	4
5. Me siento desdichado/a	1	2	3	4
6. Estoy hundido/a	1	2	3	4
7. Estoy contento/a	1	2	3	4
8. Estoy triste	1	2	3	4
9. Estoy entusiasmado/a	1	2	3	4
10. Me siento enérgico/a	1	2	3	4

<b>Ítems eliminados en este análisis:</b>	
<b>Distimia</b>	<b>Eutimia:</b>
-Me siento desesperado	- Me siento pleno



## **ANEXO 9**

### **Carta de invitación a los psicólogos clínicos y los psiquiatras para participar en la investigación**

#### **PSICÓLOGO**

-----

Respetado colega

El interés de los clínicos por desarrollar procesos de evaluación cada vez más precisos y confiables nos une en la tarea de diseñar, adaptar y validar diferentes instrumentos que respondan a las necesidades de los diferentes grupos e individuos que recurren en busca de atención psicológica, o que precisan, por diferentes razones, de procesos psicodiagnósticos. En este sentido es de nuestro interés realizar el proceso de validación con población española del Cuestionario de Depresión Estado-Rasgo (ST-DEP), elaborado por Spielberger y cols (1996) el cual se muestra como una herramienta bastante útil para el diagnóstico de uno de los principales motivos de consulta clínica psicológica.

Para realizar la adaptación necesitamos su colaboración en el proceso de validación antes mencionado solicitándoles la aplicación experimental del Cuestionario a los sujetos con diagnóstico de depresión recibidos en su Centro.

De antemano agradecemos su disposición y nos comprometemos a incluir sus nombres en calidad de colaboradores en la publicación final de la prueba.

Si su decisión es participar les agradecemos comunicarse con nosotros para coordinar el envío de los impresos.

Cordial saludo

En Granada a 10 de Enero de 2003

Gualberto Buela Casal  
Universidad de Granada  
[gbuela@ugr.es](mailto:gbuela@ugr.es)  
Tel: 95824 37 50/ 958 16 17 08

Diana María Agudelo Vélez  
Universidad de Granada  
[dianagu@ugr.es](mailto:dianagu@ugr.es)  
Tel: 669 32 05 86



**ANEXO 10****Impreso para la recolección de datos del paciente**

Estimado colega

Agradecemos mucho su colaboración en la investigación y para un mayor aprovechamiento de los datos queremos solicitarle que rellene el formulario que se anexa. La información consignada es de carácter confidencial y su objetivo es hacer una descripción de la muestra clínica.

**Por favor anexe este formulario al cuadernillo correspondiente a cada sujeto.**

Muchas gracias por su valiosa colaboración

**MUESTRA CLINICA****HOJA RESUMEN POR SUJETO**

Por favor señale con una X o escriba el dato solicitado según corresponda.

<b>Datos demográficos</b>	<b>Edad:</b>		<b>Sexo</b>		<b>Profesión/Ocupación:</b>		
			M	F			
<b>Datos Diagnóstico</b>	<b>Criterio empleado</b>		<b>Diagnóstico principal</b>	<b>Depresión</b>	<b>Distimia</b>	<b>Otro ¿cuál?</b>	
	<b>DSM IV</b>						
	<b>CIE 10</b>		<b>Diagnóstico secundario</b>	<b>¿Cuál?</b>			
<b>Otro ¿Cuál?</b>							
<b>Tiempo tratamiento</b>	<b>Menos de 1 mes</b>		<b>Más de 1 y hasta 3 meses</b>	<b>Más de 3 y hasta 6 meses</b>	<b>Más de 6 y hasta 12 meses</b>	<b>Más de 12 meses</b>	
<b>Tipo de tratamiento</b>	<b>Terapia Psicológica</b>		<b>Terapia farmacológica</b>	<b>Terapia psicológica+ Terapia farmacológica</b>		<b>Otro, ¿Cuál?</b>	
	<b>Cognitivo-conductual</b>						
	<b>Humanista</b>						
	<b>Sistémica</b>						
	<b>Psicoanalítica</b>						
	<b>Otro, ¿cual?</b>						