

Diana Agudelo, Gualberto Buena Casal, Charles Donald Spielberger
Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas
Salud Mental, vol. 30, núm. 2, marzo-abril, 2007, pp. 33-41,
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58230205>



Salud Mental,
ISSN (Versión impresa): 0185-3325
perezrh@imp.edu.mx
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la
Fuente Muñiz
México

¿Cómo citar?

Fascículo completo

Más información del artículo

Página de la revista

www.redalyc.org

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN: EL PROBLEMA DE LA DIFERENCIACIÓN A TRAVÉS DE LOS SÍNTOMAS

Diana Agudelo*, Gualberto Buela-Casal*, Charles Donald Spielberger**

SUMMARY

The differentiation between the symptoms of anxiety and depression is one of the most important problems in psychology as the dilemma profoundly affects the diagnosis and clinical intervention.

According to the epidemiological data there is a strong comorbidity between the two types of disorder. Nevertheless, it is not known which one of them precedes or predisposes to the other. The comorbidity could be also caused by the confusion between the two. There are many common symptoms and some of them traditionally attributed to the anxiety are also present in depression and vice versa. Additionally, in some cases the symptoms themselves could constitute complete clinical charts.

Taking into account the above description, one of the most important current preoccupations in psychology and psychopathology is the identification of the symptoms which would be characteristic for each disorder. Although there is clinical evidence on an overlap between the symptoms, the current manuals describe two disorders and the clinical differences are crucial.

One of the possible explanations of the overlap between the symptoms of anxiety and depression has been classically attributed to comorbidity which means the presence of both charts in many clinical cases. Different sources indicate that the presence of anxiety in early ages can generate certain vulnerability to develop later-age major depression. On the other hand, other studies indicate that the cases in which both, depression and anxiety are present, tend to chronify and are more resistant to treatment. In this case both disorders are present but there is no sufficient evidence to determinate which one of them would be the principal diagnosis and which one would be secondary. For this reason, the explanations are confused and neither the researchers nor clinicians are satisfied.

On the other hand, the concurrence of symptoms has been attributed to the instruments utilized for the evaluation. The disorders also depend on the tools for their measure which follow a theoretical model to explain the aetiology, course, prognosis and associated symptomatology. This way, the implicit bias of the instruments is to privilege a specific aspect which depends on the definition of disorders without taking into account the other aspects.

According to the description above, the evaluation, especially in case of depression, is characterized by multiplicity of instruments and diversity of contents which are evaluated. Thus, it is difficult to establish the characteristic symptoms as in many cases only

some of them coincide when utilizing different tools. Moreover, many symptoms which are detected by scales of depression are also present in anxiety disorders. This difficulty is one of the most important problems in clinics as it affects the validity and reliability of the tools which assess the disorders.

The importance of the instructions given to the subjects should also be emphasized. In many cases they lead to the confusion of the measures of frequency and severity which is related to the classical discussion about the dimensional or categorical character of depression. Some authors state that the consideration of depression as a dimensional disorder makes possible to understand that some charts, as for example the anxiety disorders, can appear as a consequence of certain vulnerability generated by the depression.

One of the alternatives to explain the presence of symptoms shared by the anxiety and depression is to consider the existence of a factor of negative affect which would be present in both types of disorder. This point of view is derived from the correspondence between some common symptoms in depression and anxiety observed in clinics. Additionally, some items included in the self-report questionnaires and scales are the same for the two disorders. The group of symptoms includes sadness, crying, psychomotor restlessness and irritability among others. The factor which includes these symptoms is called negative affect and would be common for the anxiety and depression.

Although the negative affect factor is the same for anxiety and depression, some elements are characteristic for one disorder but not for the other. In case of anxiety, according to the tripartite model the characteristic factor refers to high physiological activation related to the vegetative symptoms. On the other hand, in depression, the negative affect is also accompanied by low positive affect which can be seen in the lost of interest in things which were enjoyed before (anhedony). Thus, the anxiety would be defined as high negative affect together with high physiological arousal whereas depression is characterized by high negative affect and low positive affect.

For all the reasons described above, the importance of applying adequate and reliable instruments to evaluate the disorders should be emphasized. These instruments would help to clarify the features of each disorder and would support more effective interventions to decrease the rate and incidence of mental disorders in the population. In relation to this, Spielberger et al. offer an instrument which differentiates the aspects characteristic for depression utilizing two different scales: depression as a trait and

*Universidad de Granada, 18071, Granada/España

**Universidad of South Florida, E.U.

Recibido: 20 de julio de 2006. Aceptado: 2 de octubre de 2006.

as a state. The instrument allows the differentiation between the trait and the state which provides the information about the aspects which are more stable and lasting in time related to the mood which probably refer to the personality traits (the trait scale). The aspects which depend more on the punctual moments are measured by the state scale. This is possible thanks to the instructions which evaluate in a different manner the frequency and the severity which are usually confused in most of the scales.

The component of negative affect (Dysthymia) which is common for the anxiety and depression is evaluated together with positive affect (Euthymia) and offers the valuation of low affectation levels which are not considered in most of the self-report questionnaires, although they are crucial for the clinical practice and investigation.

Key words: Depression, anxiety, evaluation, diagnosis, comorbidity, tripartite model.

RESUMEN

El problema de la diferenciación de los síntomas entre ansiedad y depresión, constituye una de las grandes preocupaciones en la psicopatología, dadas las profundas implicaciones para las tareas diagnósticas y de intervención.

La problemática referida anteriormente se ve reflejada en los datos de vigilancia epidemiológica, según los cuales se indica una fuerte comorbilidad entre ambos tipos de trastorno, sin que llegue a establecerse con precisión cuál antecede o predispone al otro, o si se trata de una confusión entre ambos trastornos, dada la presencia de síntomas comunes. Este último hecho se hace más evidente cuando se considera que muchos de los síntomas tradicionalmente atribuidos a la ansiedad, también se presentan en la depresión y viceversa, así como los casos en los que algunos síntomas pueden llegar a constituirse en cuadros clínicos completos.

Ante el panorama anterior, surge la inquietud por la identificación de las características de los trastornos de ansiedad frente a los trastornos del estado de ánimo, entre ellos el trastorno de la depresión; más aún, desde que en los manuales diagnósticos vigentes ambos tipos de trastornos se encuentran plenamente descritos, aunque la diferenciación clínica, al comparar los criterios, sea verdaderamente crítica.

Una posible explicación al solapamiento de los síntomas entre ansiedad y depresión (para referirse de manera general a ambos tipos de trastorno), ha sido clásicamente atribuida a comorbilidad, es decir a la presencia coexistente de ambos cuadros en muchos de los casos clínicos. Sin embargo, esta explicación circular no deja del todo satisfechos ni a los clínicos ni a los investigadores.

Por otro lado, dicha concurrencia de síntomas se atribuye a un asunto de instrumentos de evaluación. Así, se plantea cómo los trastornos dependen de las herramientas con que se midan, las cuales siguen un modelo teórico explicativo acerca de la etiología, el curso, el pronóstico y la sintomatología asociada. De esta forma, los instrumentos tienen un sesgo implícito en cuanto a que privilegian un aspecto específico en función de cómo se definen los trastornos, y dejan muchas veces por fuera otros aspectos también definitorios.

De acuerdo con lo anterior y en relación directa con la depresión, el presente estudio indica que la evaluación se caracteriza por la multiplicidad de instrumentos diseñados para este fin, así como por la diversidad de contenidos que evalúan, de tal forma que se hace difícil establecer los síntomas característicos cuando pocos síntomas coinciden a través de las distintas herramientas de evaluación.

En la misma línea, se indica cómo las instrucciones dadas a los sujetos para responder a los cuestionarios, suelen confundir medidas de frecuencia con medidas de gravedad; esto nos lleva a la discusión clásica, acerca del carácter dimensional frente al carácter categorial de la depresión.

Una alternativa explicativa de la presencia de síntomas compartidos entre ansiedad y depresión, se encuentra en el planteamiento de la existencia de un factor de afectividad negativa, compartido por ambos tipos de trastornos, de tal forma que en este núcleo se agruparían los síntomas que suelen ser comunes, mientras que habría otro componente específico de la ansiedad que se refiere a la activación fisiológica y un componente específico, para la depresión, en relación a la baja afectividad positiva. Así, la ansiedad se definiría en función de una alta afectividad negativa y una alta activación fisiológica (*arousal*), mientras que la depresión se caracterizaría por una alta afectividad negativa y una baja afectividad positiva.

De acuerdo con los elementos señalados, se insiste en la importancia de disponer de adecuadas y fiables herramientas de evaluación que contribuyan a la identificación precisa de los distintos trastornos, que aporten datos en apoyo de procesos de intervención más eficaces, para el decremento de los trastornos mentales y su incidencia dentro de la salud mental de las comunidades. En este sentido, Spielberger y cols. ofrecen un instrumento de evaluación cuyo objetivo es diferenciar aspectos característicos de la depresión mediante el uso de dos escalas diferenciadas (estado y rasgo), con lo que se intenta aportar elementos que ayudan a esclarecer el panorama del diagnóstico clínico de la depresión.

Palabras clave: Depresión, ansiedad, evaluación, diagnóstico, comorbilidad.

INTRODUCCIÓN

La preocupación por el establecimiento de los diagnósticos diferenciales ha sido un tema de especial interés a lo largo del desarrollo de la psicología y la psiquiatría, por ser un elemento fundamental para orientar los procesos clínicos y de investigación. No obstante, un primer obstáculo es el frecuente solapamiento de síntomas, que dificulta el establecimiento de las características propias de cada cuadro clínico. Un ejemplo de esto es lo que sucede entre los trastornos de ansiedad y depresión, ya que a pesar de estar claramente definidos desde los manuales, la diferenciación clínica no es tan evidente (3, 24, 32), por lo que dificulta distinguir entre ambos tipos de cuadros o identificar, en el curso de los mismos, cuál antecede al otro (8, 12, 44, 47) ya que se encuentra una fuerte asociación entre ellos (9, 13). Adicionalmente, se plantea que muchos de los síntomas de la depresión pueden constituir un trastorno por sí mismos o formar parte de otros cuadros clínicos (1, 45, 52-54).

Los datos epidemiológicos, por su parte, corroboran la alta comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y los trastornos de depresión. Así, los resultados del Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS), en Holanda (56), mostraron que 92% de

los encuestados había experimentado síntomas de depresión, en igual proporción al porcentaje que también había experimentado ansiedad; esto dejó clara evidencia de la alta concurrencia entre ambos trastornos (4, 13, 41, 42, 50). En otros estudios se indica que dicha comorbilidad se detecta más entre adolescentes, de tal manera que entre 25 y 50% de los pacientes con depresión muestra comorbilidad con ansiedad, mientras que entre 10 y 15% de los jóvenes con ansiedad presenta comorbilidad con depresión (3), lo que indica la progresión del riesgo de comorbilidad de la infancia a la adolescencia (22). Otros datos registrados entre población clínica y población general, indican que alrededor de la mitad de las personas con trastorno depresivo mayor cumple criterios diagnósticos para uno o más trastornos de ansiedad (65). Por su parte, Bittner (10) indica que padecer un trastorno de ansiedad se constituye en un importante factor de riesgo para desarrollar un trastorno depresivo mayor en el futuro. A su vez, estudios españoles muestran datos para apoyar la comorbilidad entre ansiedad y depresión e indican que entre jóvenes universitarios, 4 de cada 10 presentan depresión (7).

En estudios mexicanos se ha indicado que una de cada cuatro personas con riesgo suicida, había consultado previamente al psiquiatra, por lo menos, una vez en el último año y más del 60% había sido diagnosticado con algún trastorno del eje I (11). Dichos estudios indican también la asociación entre consumo de drogas y suicidio (17). Las investigaciones muestran que el solapamiento de síntomas es bastante más evidente entre el trastorno depresivo mayor, el trastorno de pánico y la ansiedad generalizada, que con otros trastornos de ansiedad (9, 30, 33, 34, 39), lo que es ratificado por Goorwood (29), quien indica que hasta 80% de los pacientes que presenta ansiedad generalizada, desarrolla por lo menos un episodio depresivo mayor a lo largo de la vida. González, Ibañez y Cubas (28) aportan datos sobre la co-ocurrencia de la ansiedad generalizada y otros trastornos de ansiedad, así como ocurre con la depresión, por lo que se sugiere la necesidad de establecer criterios de diferenciación.

Los elementos anteriores obligan a pensar en una relación fundamental con la posibilidad de que la comorbilidad pueda, de alguna manera, explicarse a partir de los instrumentos utilizados para evaluar depresión y ansiedad respectivamente.

Los síntomas característicos de la ansiedad y la depresión: ¿un problema de los instrumentos de medida?

En la línea de la búsqueda de una explicación a la frecuente utilización de síntomas similares, tanto en la definición de la depresión como en la de ansiedad, un primer aspecto a considerar es el referido a las escalas

de evaluación donde aparecen ítems similares, para evaluar constructos distintos, y también resulta 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 que de ser cierto no deja del todo satisfechos ni a los clínicos ni a los investigadores ya que acarrea significativas consecuencias en la diferenciación de los dos tipos de trastorno (39, 40).

Ninan y Berger (44) plantean que las dificultades en el diagnóstico suponen potenciales impedimentos para la práctica clínica y, en este sentido, señalan que la fiabilidad no es necesariamente equivalente a la validez. Por lo tanto, muestran cómo los principales componentes de un trastorno no pueden obtener el suficiente y adecuado énfasis si no son evaluados de manera fiable. De la misma manera se insiste en la importancia de establecer, en el panorama de la investigación y la epidemiología psiquiátricas, procedimientos diagnósticos estandarizados para poder hacer estimativos y comparaciones más fiables (30), ya que el grado de confusión entre trastornos está influenciado directamente por la presencia de ítems similares dentro del conjunto de los criterios definitorios (25, 35).

Por lo anterior, en relación específica con la depresión, Spielberger, Ritterband, Reheiser y Brunner (55), plantean que la definición de la depresión y los criterios de diagnóstico están reflejados en el contenido de los ítems que se utilizan para evaluarla. Sin embargo, frente a este punto, ya señalaba Snaith (51) que el principal problema con las escalas de depresión obedece a que no se valoran todos los criterios clínicos, sino que se privilegian aspectos característicos, aunque no siempre definitorios. En el mismo sentido, Friedman, Thase (26) y Nezu (43), describen la existencia de múltiples pruebas para la evaluación de la depresión, caracterizadas por la variedad de contenidos que miden. En el mismo sentido, Peñate, Perestelo y Betencourth (46), indican que distintas variables intervienen en la génesis y explican la depresión a través de la determinación de problemas conceptuales importantes, en tanto que cada modelo genera formas específicas de evaluación y apoyo empírico particular.

De igual forma, Van Lang (57) encontró la asociación entre escalas de ansiedad y depresión, y denota la dificultad para establecer características específicas en ambos trastornos.

Otro elemento en relación con 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, específicamente el número proporcional de criterios necesarios para establecer la presencia o ausencia del trastorno (25), lo que hablaría de la sensibilidad de las pruebas

empleadas. En este sentido, Peñate, Perestelo, Bethencourt (46) y Rivera, Bernal y Roselló (49), califican como buenas parte de las medidas empleadas para evaluar la depresión, concretamente validadas en población no clínica (universitarios, con mucha frecuencia), sobre la base de puntuaciones altas en medidas de autoinforme, lo que genera dificultades cuando se trata de discernir el nivel clínico del nivel de investigación.

Por otra parte, aunque es empíricamente soportada la teoría de que las mujeres son más propensas que los hombres al desarrollo de la ansiedad y la depresión (38), también podría considerarse esto como un factor importante en la medición, indicado así por muchos autores como un sesgo de género presente en muchas pruebas, lo que lleva al subregistro de la depresión y la ansiedad en el caso de los hombres, dadas las características de muchas pruebas que parecen evaluar rasgos típicamente femeninos, más que síntomas de ansiedad y depresión en sí mismos.

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 en la definición de la ansiedad, pero de igual forma son utilizados dentro de la depresión, por lo que resultan ser fácilmente intercambiables entre ambos cuadros.

Por su parte, Down (23) define como componentes de la depresión a las manifestaciones cognitivas, emocionales, vegetativas-fisiológicas y motivacionales, aunque insiste en que son los aspectos emocionales los que, tradicionalmente, se han asociado con este tipo de trastorno, por lo que se genera confusión con los síntomas de la ansiedad donde los aspectos emocionales también son relevantes. A su vez, Clark y Watson (20) indican que entre los significados de ansiedad y depresión se encuentran, por un lado, los estados de ánimo normales, como los síndromes y, por otra parte, las entidades diagnósticas específicas, por lo que aumenta la probabilidad de confusión. Siguiendo con la lógica anterior, se plantea 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 asociados, ya que son subtipos asociados, d) como fenómenos separados que pueden desarrollarse dentro del otro, sobre el tiempo, y e) como fenómenos conceptual y empíricamente distintos (20). En la actualidad, la nomenclatura científica vigente: DSM-IV-TR (6) 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 señalaron Clark y Watson (20) en referencia al DSM-III-R (5).

Al revisar los criterios diagnósticos empleados para cada tipo de trastorno, aparecen las dificultades. De acuerdo con el DSM-IV-TR (6) los criterios diagnósticos referidos a los síntomas indispensables para el diagnóstico de un trastorno depresivo, implican un dominio emocional, un dominio cognitivo, un dominio somático y un dominio que podría denominarse conductual. De igual forma, al revisar los síntomas requeridos para hacer el diagnóstico de ansiedad generalizada, puede hacerse una división conceptual similar, en el que se recogen síntomas de los dominios afectivo, somático, cognitivo y conductual, similares a los síntomas de la depresión (44). Así, sólo un pequeño número de síntomas relacionados con la ansiedad son capaces de diferenciar entre personas ansiosas y personas depresivas (19). No obstante y contrario a esto, en el estudio de McWilliams, Cox y Enns (39), mediante el empleo de autoinformes, concretamente el STAI y el BDI, se probó la capacidad de dichos instrumentos para diferenciar los trastornos de la ansiedad de los trastornos de la depresión en pacientes depresivos. Estos datos se confirman en el estudio de Karagözoglu (32) quien asegura que la ansiedad y la depresión pueden diferenciarse como constructos, aunque la distinción clínica no sea completamente clara, y por lo tanto se habla de un factor general de estrés, común en ambas entidades (16). Este hecho confirma la hipótesis de la pobre validez divergente entre medidas de ansiedad y depresión, ampliamente utilizadas, como el BDI y el STAI (3).

Los resultados anteriores tienen una serie de implicaciones de cara al diagnóstico, como el curso y el pronóstico de los trastornos de depresión y ansiedad, ya que la comorbilidad ha sido relacionada con variables como la cronicidad y la gravedad 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 (37), ya que, acorde a la evolución observada entre los distintos cuadros en el desarrollo de las versiones del DSM, lo que se evidencia es un aumento en las categorías, lo que puede indicar una mayor especificidad en el diagnóstico y puede afectar la validez discriminante de estos criterios diagnósticos puesto que, de manera errónea, se podrían estar diferenciando variaciones menores de un síndrome general bastante más amplio (14), tal como sucede con la ansiedad generalizada, que de acuerdo con diferentes estudios pone en cuestión la validez discriminante de este trastorno dentro de la clasificación (50). Se estima que al menos 90% de las personas evaluadas en estudios epidemiológicos, indican

haber cumplido criterios para el diagnóstico de un trastorno de ansiedad generalizada (62). Adicionalmente se plantea la dificultad para establecer el diagnóstico diferencial entre ansiedad generalizada y depresión, dado que tienen en común el afecto negativo (40).

Lo anterior pone en evidencia la utilidad de los modelos interesados en diferenciar la depresión y la ansiedad sobre la base de la existencia del Afecto Positivo y el Afecto Negativo, en concreto los modelos PANAS y Tripartito (20, 60). Recientemente se ha insistido en la necesidad de aumentar la sensibilidad de las pruebas para detectar bajos niveles de afectación sobre la diferenciación del afecto positivo (1, 52-55, 58).

Brown, Chorpita y Barlow (14) encontraron una fuerte asociación entre afectividad negativa y activación autonómica, pero evidenciaron también la dificultad para discriminar entre los síntomas de la depresión y los de la ansiedad generalizada (13, 14) y sugieren cómo podría existir una dimensión no específica de la gravedad de los síntomas que den cuenta de la intensidad en los distintos trastornos de la ansiedad, así como el número y la gravedad de los síntomas comunes o co-ocurrentes en los distintos trastornos (13).

De acuerdo con lo anterior cabría preguntarse entonces ¿cómo puede hacerse el diagnóstico diferencial si se confluye en tantos síntomas e incluso si algunos síntomas definitorios de cada trastorno pueden estar ausentes? Estos elementos, como ya se ha señalado, refuerzan la presencia de una serie de limitaciones a la hora de poder evaluar, de manera separada, estos dos tipos de trastornos (la ansiedad y la depresión), así como la dificultad para identificar casos de depresión “pura”. Estas condiciones hacen pensar en un factor general de vulnerabilidad del malestar psicológico, que podría dar cuenta de la alta tendencia en muchos pacientes para desarrollar tanto síntomas de ansiedad como de depresión. Por ello 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 entre la ansiedad y la depresión, se encuentra representado en la noción de afectividad negativa que ya modelos como el PANAS y el tripartito (18, 19, 21, 59-62, 64), han descrito como compartido por ambas entidades clínicas.

Modelos referidos al afecto positivo y al afecto negativo

Las evidencias clínicas de comorbilidad, así como las altas correlaciones entre las medidas de autoinforme que

evalúan la ansiedad y la depresión, han dado lugar a la consideración de un factor general de malestar o distrés como elemento común a ambas entidades clínicas.

Es a partir del planteamiento anterior que se ha indicado la polaridad entre afecto positivo y afecto negativo, como alternativa para la explicación y diferenciación entre la ansiedad y la depresión. Así, la denominación de afecto positivo y afecto negativo podría dar lugar a que se les considere como dos aspectos o factores opuestos de una misma dimensión; no obstante, se trata de dos dimensiones ortogonales bien diferenciadas (61, 63), aunque estudios posteriores indican que, a menudo, estas dos dimensiones pueden estar medianamente correlacionadas o incluso no ser una estructura factorial ortogonal (36) como fue planteada originalmente por Clark y Watson (20), aunque sus hallazgos sí identifican cómo en los síntomas de la ansiedad y la depresión se forman al menos tres dominios de síntomas sustancialmente correlacionados, pero estadísticamente diferenciados (afecto positivo, afecto negativo y síntomas de activación fisiológica). Otra evidencia de la existencia de la afectividad positiva y la afectividad negativa como constructos dimensionales, es aportada por Crawford y Henry (21), quienes encontraron que se trata de dos dimensiones medianamente correlacionadas (en sentido negativo), además de como se ha señalado previamente (36).

Las dimensiones del afecto positivo y el afecto negativo pueden ser evaluadas bien como estados (variaciones transitorias del ánimo) o como rasgos (diferencias individuales estables en el tono afectivo) (61).

El afecto negativo se define como un factor general de malestar subjetivo que recoge una amplia variedad de estados de ánimo negativos como el miedo, la ansiedad, la hostilidad, el disgusto, la soledad y la tristeza (61). Por otra 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 de la tristeza y la soledad que suelen estar relacionados con este factor (63).

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 (60). 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 se ha denominado afectividad negativa,

neuroticismo o malestar psicológico general. 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 correlacionarse negativamente, y de manera consistente, con el humor y la sintomatología depresiva, pero no así con el humor ansioso ni con los síntomas asociados con la ansiedad (62). Este patrón ya se había identificado en estudios previos (60). Según estos estudios, las medidas de rasgo de afecto negativo se correlacionaban significativamente con más síntomas, tanto los de la ansiedad como los de la depresión, mientras que las medidas de rasgo de afecto positivo presentaban mayores y más consistentes correlaciones con síntomas depresivos y menos correlación con síntomas ansiosos. En el mismo sentido, el afecto negativo estaba asociado tanto con la presencia de trastornos de la ansiedad, como con la presencia de trastornos del estado de ánimo, mientras que el afecto positivo se correlacionaba mejor con los últimos. Así, 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 entre la depresión y la ansiedad (64).

Vistos los anteriores elementos y una vez identificado el factor que relaciona la ansiedad con la depresión (el afecto negativo), y a su vez el factor que diferencia la depresión (el afecto positivo), surge la pregunta sobre cuál podría ser el factor que diferencie la ansiedad. Este es el objetivo de los desarrollos posteriores en relación con el modelo tripartito.

Este modelo intenta describir la sintomatología de la depresión y de la ansiedad, además de ser usado para describir la relación entre estos trastornos y las dimensiones de la personalidad, con lo que representarían cierta forma de predisposición a desarrollar trastornos de ansiedad o depresión. Así, la afectividad negativa se ha relacionado con el neuroticismo mientras que la afectividad positiva ha sido relacionada con la extraversión (50). 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 (60) indican que la sensibilidad ante 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 (48). Por su parte, otros autores 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 (14). Uno de los trabajos que sin duda ofrece un mayor soporte empírico para la validez de la activación fisiológica dentro del modelo tripartito, es el ofrecido por Joiner Jr., Steer, Beck, Schmith, Rudd y Catanzaro (31), quienes coinciden con lo planteado por Clark y Watson (20) sobre la activación fisiológica como una característica importante del funcionamiento emocional, capaz de diferenciar los estados de ansiedad del malestar emocional inespecífico.

De acuerdo con lo anterior, 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 los altos niveles de activación fisiológica (27). Así, la distinción entre la ansiedad y la depresión es posible en cuanto las medidas empleadas dejen de focalizarse en los síntomas inespecíficos de ambos trastornos y se dirijan, en cambio, hacia los síntomas específicos (64); de tal manera que a mayor especificidad de los instrumentos empleados, mayor posibilidad de diferenciar ambos cuadros (27).

Otras perspectivas, a pesar de las evidencias aportadas para soportar el modelo tripartito, cuestionan la validez de este constructo. Así, Burns y Eidelson (15) plantean una crítica respecto a los hallazgos previos en relación con las correlaciones encontradas por ellos con base en las escalas de ansiedad y depresión no específicas, e indican que los valores no son tan altos como se esperaba si ambas escalas midieran realmente el mismo constructo (afectividad negativa). Además, señalan 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 (62). 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 (6), en la misma forma en que ocurre con la activación fisiológica para el caso de la ansiedad, en la que 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 se indica 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 la necesidad de realizar estudios adicionales que sometan a prueba la validez y la utilidad de diferenciar la activación fisiológica de otros síntomas somáticos de la ansiedad (36).

DISCUSIÓN

De acuerdo con los datos anteriores, puede evidenciarse cómo la investigación sigue abierta en relación con el establecimiento de las diferencias entre la ansiedad y la depresión y, por lo tanto, se requieren estudios que indaguen por los aspectos que aquí se han enunciado y que hasta el momento constituyen una de las vías para la distinción clínica entre ambos trastornos.

Un aspecto importante a considerar es el efecto de los instrumentos de medida, que como ya lo señalaran Spielberger y cols. (55), dan una idea del constructo que se quiere medir, definiéndolo en función de los ítems diseñados en cada inventario. De ahí el compromiso de los investigadores por llevar a cabo el diseño de herramientas soportadas en las evidencias teóricas y empíricas que intentan definir los trastornos.

Desde la perspectiva anterior es importante considerar la requisición de rigurosidad con que deben llevarse a cabo los estudios de construcción y validación de herramientas como criterio necesario para incrementar la eficacia en los procesos diagnósticos. Así, es indispensable tener en cuenta la valoración de ítems que recojan las distintas dimensiones de los trastornos, sobre la luz de un *Gold Standard*, que permita obtener medidas más fiables. Por otra parte, se señala la importancia de considerar también los umbrales de clasificación en función de distintas muestras, así como la frecuente utilización de medidas para la depresión y la ansiedad, tanto con fines clínicos como de investigación.

Los datos señalados dejan abierta, además, la pregunta por el carácter dimensional de los trastornos mentales (entre ellos la depresión) frente a la consideración categorial, vigente en los sistemas clasificatorios actuales, puesto que este hecho puede ser también determinante de la manera en que se concibe, se evalúa y se trata actualmente buena parte de los problemas emocionales. Las evidencias aportadas aquí acerca de la existencia de factores predisponentes y/o disposicionales, así como la diferenciación entre características transitorias y estables, hace suponer la importancia de retomar aspectos previamente desarrollados desde la psicopatología y la psicología de las diferencias individuales. Concretamente, el interés por evaluar, de manera separada, las condiciones fijas y estables (rasgos) de las situaciones específicas y puntuales (estados), puede aportar datos bien interesantes en relación con la distinción de los distintos trastornos del estado del ánimo y de la ansiedad. En este sentido, los desarrollos de Spielberger y cols. (52-55) constituyen un importante apoyo empírico a la distinción entre la ansiedad y la depresión, así como los distintos tipos o dimensiones de ambos trastornos (1, 2).

Finalmente, es importante indicar que se requiere la investigación permanente en estas líneas para responder a las demandas de una sociedad para la cual ambos tipos de trastornos constituyen importantes problemas de salud pública, acarreado considerables costes tanto de orden social como económico.

REFERENCIAS

1. AGUDELO D, CARRETERO-DIOS H, BLANCO PICABIA A, PITTI C y cols.: El componente afectivo de la depresión. *Salud Mental*, 28:32-41, 2005.
2. AGUDELO D, SPIELBERGER CD, SANTOLAYA F, CARRETERO-DIOS H, BUELA-CASAL G: Análisis de Validez convergente y discriminante del Cuestionario de Depresión Estado-Rasgo (ST-DEP). *Act Esp Psiquiat*, 33:374-382, 2005.
3. ALANSARI B. Relationship between depression and anxiety among undergraduate students in eighteen Arab countries: a cross-cultural study. *Social Behav Personal*, 33:503-512, 2005.
4. ALONSO J, ANGERMARYER JC, BERNERT S, BRUFFAERST T y cols.: 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. *Acta Psychiat Scand*, 109 (Supl. 420):28-37, 2004.
5. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Tercera edición revisada. Mason, Barcelona, 1988.
6. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Cuarta edición revisada. Mason, Barcelona, 2002.
7. ARCO TJL, LÓPEZ OS, HEILBORN V, FERNANDEZ MARTIN F: Terapia breve en universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad: eficacia del modelo: "La Cartuja". *Int J Clin Health Psychol*, 5:589-608, 2005.
8. AXELSON D, BIRMAYER B: Relation between anxiety and depressive disorder in childhood and adolescence. *Depress Anxiety*, 14:67-78, 2001.
9. BEUKE C, FISCHER R, MCDOWALL J: Anxiety and depression: why and how measure their separate effects. *Clin Psychol Review*, 23:831-848, 2003.
10. BITTNER A, GOODWIN RD, WITTCHEN H, BEESDO H, HÖFLE M, LIEB R: What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder?. *J Clin Psychiat*, 65:618-626, 2004.
11. BORGES G, WILCOX H, MEDINA-MORA ME, ZAMBRANO J, BLANCO J, WALTERS E: Suicidal behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): lifetime and 12-month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Salud Mental*, 28:40-47, 2005.
12. BRESLAU, N, SCHULTZ L. PETERSON E: Sex differences in depression: a role for preexisting anxiety. *Psychiatry*, 37:906-914, 1995.
13. BROWN TA, CAMPBELL L, LEHMAN C, GRISHMAN J, MANCILL R: Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *J Abnorm Psychol*, 110:585-599, 2001.
14. BROWN TA, CHORPITA BF, BARLOW DH. Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect and autonomic arousal. *J Abnorm Psychol*, 107:179-192, 1998.
15. BURNS D, EIDELSON R: Why are depression and anxiety correlated?. A test of the Tripartite Model. *J Consult Clin Psychol*, 66:461-473, 1998.

16. CHAMBERS J, POWER K, DURHAM R: The relationship between trait vulnerability and anxiety and depressive diagnoses at long-term follow-up of Generalized Anxiety Disorder. *Anxiety Dissord*, 18:587-607, 2004.
17. CHAVEZ HAM, MACIAS GLF, PALATO MH, RAMIREZ L: Epidemiología del suicidio en el Estado de Guanajuato. *Salud Mental*, 27:15-20, 2004.
18. CLARK L, STEER RA, BECK A: Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: implications for the cognitive and tripartite models. *J Abnorm Psychol*, 103:645-654, 1994.
19. CLARK L, WATSON D: Mood and Mundane: relations between daily life events and self-reported mood. *J Personal Social Psychol*, 54:296-308, 1988.
20. CLARK L, WATSON D: Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *J Abnorm Psychol*, 100:316-336, 1991.
21. CRAWFORD JR, HENRY JD: The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *Brit J Clin Psychol*, 43:245-265, 2004.
22. DAVID A, BORIS B: Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depres Anxiety*, 14:67-78, 2001.
23. DOWN ET: Depression: theory, assessment, and new directions in practice. *Int J Clin Health Psychol*, 4:413-423, 2003.
24. ECHEBURUA E, SALABERRIA K, DE CORRAL P, BERASATEGUI T: Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión: resultados de una investigación experimental. *Anal Modif Cond*, 26:509-535, 2000.
25. FRANCES A, WIDIGER T, FYER M: The influence of classification methods on comorbidity. En: Maser JD y Cloninger CD (dirs). *Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders*. American Psychiatric Press, 41-59, Washington, 1990.
26. FRIEDMAN ES, THASE ME: Trastornos del estado de ánimo. En: Caballo V, Buela-Casal G, Carboles JA (eds.). *Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos*. Siglo XXI, Madrid, 1995.
27. GONZALEZ M, HERRERO M, VIÑA CM, IBÁÑEZ I, PEÑATE W: El modelo tripartito: relaciones conceptuales entre ansiedad, depresión y afecto negativo. *Rev Latinoam Psicol*, 36:289-304, 2004.
28. GONZALEZ M, IBÁÑEZ I, CUBAS R: Variables de proceso en la determinación de la ansiedad generalizada y su generalización a otras medidas de ansiedad y depresión. *Int J Clin Health Psychol*, 6:23-39, 2006.
29. GORWOOD P: Comorbilidad del trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno depresivo mayor: ¿Un ejemplo de pleiotropía genética? *Eur Psychiat*, 19:27-33, 2004.
30. JIMENEZ TJA, BOJORQUEZ CI, BLAS GC, LANDA VV, CARAVEO AJ: Panorama del trabajo de investigación en epidemiología psiquiátrica en México: últimos 30 años. *Salud Mental*, 28:70-78, 2005.
31. JOINER Jr TE, STEER R, BECK A, SCHMITH N y cols.: Physiological hiperarousal: construct validity of a central aspect of the tripartite model of depression and anxiety. *J Abnorm Psychol*, 108:290-298, 1999.
32. KARAGÖZÖGLU C, MASTEN W, BALOGLU M: Evidence for differentiating between anxiety and depression in Turkish collage students. *Social Behav Personal*, 33:579-586, 2005.
33. KATON W, ROY-BYRNE P: Mixed anxiety and depression. *J Abnorm Psychol*, 100:337-345, 1991.
34. KATON W, SULLIVAN M, WALKER E: Medical symptoms without identified pathology: relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma and personality traits. *Ann Intern Med*, 134:917-925, 2001.
35. LEVINE J, COLE D, CHENGAPPA R, GERSHON S: Anxiety disorders and major depression, together or apart. *Depres Anxiety*, 14:94-104, 2001.
36. MARSHALL GN, SHERBOURNE CD, MEREDITH LS, CAMP P, HAYS RD: The tripartite model of anxiety and depression: symptom structure in depressive and hypertensive patient groups. *J Pers Assess*, 80:139-153, 2003.
37. MASER JD, CLONINGER CR: Comorbidity of anxiety and mood disorders: introduction and overview. En: Maser JD, Cloninger CD (eds.). *Comorbidity of Mood and Anxiety Disorder*. American Psychiatric Press, 3-12, Washington, 1990.
38. MATUD MP, GUERRERO K, MATTAS R: Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *Int J Clin Health Psychol*, 6:7-21, 2006.
39. MCWILLIAMS L, COX B, ENNS M: Self-report differentiation of anxiety and depression in a mood disorders sample. *J Psychopathology Behavioral Assessment*, 23:125-131, 2001.
40. MEREDITH E, COLES MA, BRANDON E, GIBB MA, RICHARD G, HEIMBERG PD: Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory in adults with social anxiety disorder. *Depress Anxiety*, 14:145-148, 2001.
41. MINEKA S, WATSON D, CLARK LA: Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review Psychol*, 49:377-412, 1998.
42. MUÑOZ R, McBRIDE M, BRNABIC J, LOPEZ CJ y cols.: Major depressive disorder in Latin America: The relationship between depression severity, painful somatic symptoms, and quality of life. *J Affective Disord*, 86:93-98, 2005.
43. NEZU AM, RONAN GF, MEADOWS EA, McCLURE KS: *Practitioner's guide to Empirically-based Measures of Depression*. Clinical Assessment Series: Vol. 1. Kluwer/Plenum, Nueva York, 2001.
44. NINAN P, BERGER J: Symptomatic and syndromal anxiety and depression. *Depres Anxiety*, 14:79-85, 2001.
45. PEÑATE W: Presentación de un cuestionario básico para la evaluación de los síntomas de la depresión. *Anal Modif Cond*, 27:671-869, 2001.
46. PEÑATE W, PERESTELO L, BETHENCOURT JM: La predicción diferencial del nivel de depresión por las variables de nivel de actividad, actitudes funcionales y estilo atributivo en función de la puntuación y la medida utilizada. *Int J Clin Health Psychol*, 4:27-53, 2004.
47. REINHERZ HZ, GIACONIA RM, PAKIS B, SILVERMAN AB y cols.: Psychosocial risk for major depression in late adolescence: a longitudinal community study. *J Am Academy Child Adolesc Psychiatry*, 32:1155-1163, 1993.
48. REISS S: Expectancy model of fear, anxiety and panic. *Clin Psychol Review*, 11:141-153, 1991.
49. RIVERA CL, BERNAL G, ROSELLO C: The Children Depression Inventory (CDI) and the Beck Depression Inventory (BDI): Their validity as screening measures for major depression in a group of Puerto Rican adolescents. *Int J Clin Health Psychol*, 5:485-498, 2005.
50. SHANKMAN SA, KLEIN DN: The relation between depression and anxiety: an evaluation of the tripartite, approach-withdrawal and valence-arousal models. *Clin Psychol Review*, 23:605-637, 2003.
51. SNAITH P: What depression rating scales measures?. *Brit J Psych*, 163:293-298, 1993.
52. SPIELBERGER CD, AGUDELO D, CARRETERO-DIOS H, DE LOS SANTOS-ROIG M, BUELA-CASAL G: Análisis de ítems de la versión experimental castellana del Cuestionario de Depresión Estado-Rasgo (ST-DEP). *Anal Modif Cond*, 30: 495-535, 2004.
53. SPIELBERGER CD, CARRETERO-DIOS H, DE LOS SANTOS-ROIG M, BUELA-CASAL G: Spanish experimental version of the State-Trait Depression Questionnaire (ST-DEP): State sub-scale (S-DEP). *Rev Int Psicol Clin Salud/Int J Clin Health Psych*, 2:71-89, 2002a.
54. SPIELBERGER CD, CARRETERO-DIOS H, DE LOS SANTOS-ROIG M, BUELA-CASAL G: Spanish experimen-

- tal version of the State-Trait Depression Questionnaire (ST-DEP): Trait sub-scale (T-DEP). *Rev Int Psicol Clin Salud/Int J Clin Health Psych*, 2:51-69, 2002b.
55. SPIELEBERGER CD, RITTERBAND L, REHEISER E, BRUNNER T: The nature and measurement of depression. *Rev Int Psicol Clin Salud/Int J Clin Health Psych*, 3:209-234, 2003.
 56. TEN HAVE M, DE GRAAF R, VOLLEBERGH W, BEEKMAN A: What depressive symptoms are associated with the use of care services? Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *J Affective Disord*, 80:239-248, 2004.
 57. VAN LANG N, FERDINAND R, OLDEHINKEL A, ORMEL J, VERHULST F: Concurrent validity of the DSM-IV Scales Affective Problems and Anxiety Problems of the Youth Self-Report. *Behav Res Ther*, 43:1485-1494, 2005.
 58. VOOG E, VAN DER HEIDE A, VAN LEEUWEN AF, VISSER AP y cols.: Positive and Negative affect alter diagnosis of advanced cancer. *Psycho-Oncol*, 14:262-273, 2005.
 59. WATSON D: Intraindividual and interindividual analysis of Positive and Negative Affect: their relation to health complaints, perceived stress, and daily activities. *J Personal Social Psychol*, 54:1020-1030, 1988.
 60. WATSON D, CLARK L, CAREY G: Positive and negative affectivity and their relations to anxiety and depressive disorders. *J Abnorm Psychol*, 97:346-353, 1988.
 61. WATSON D, CLARK L, TELLEGEN A: Development and validation of brief measures of Positive and Negative Affect: the PANAS scales. *J Personal Social Psychol*, 54:1063-1070, 1988.
 62. WATSON D, CLARK L, WEBER K, ASSENHEIMER J, STRAUSS M, MCCORMICK R: Testing a tripartite model: II. Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult, and patient samples. *J Abnorm Psychol*, 104:15-25, 1995.
 63. WATSON D, TELLEGEN A: Toward a consensual structure of mood. *Psychol Bull*, 98:219-235, 1985.
 64. WATSON D, WEBER K, ASSENHEIMER J, CLARK L, STRAUSS M, MCCORMICK R: Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *J Abnorm Psychol*, 104:3-14, 1995.
 65. WITTCHEN HU, ZHAO S, KESSLER RC, EATON W: DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatr*, 51:355-364, 1994.