

ALBERTO M. GARCÍA GARCÍA

**CONTRIBUCIÓN A LA ELABORACIÓN DE UN
CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE SÍNTOMAS
DEPRESIVOS**

Universidad Fernando Pessoa

Alcalá de Henares

2013

ALBERTO M. GARCÍA GARCÍA

**CONTRIBUCIÓN A LA ELABORACIÓN DE UN
CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE SÍNTOMAS
DEPRESIVOS**

Universidad Fernando Pessoa

Alcalá de Henares

2013

iii

ALBERTO M. GARCÍA GARCÍA

**CONTRIBUCIÓN A LA ELABORACIÓN DE UN
CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE SÍNTOMAS
DEPRESIVOS**

Yo, Alberto M. García García, atestiguo la originalidad de este trabajo:



Ponencia presentada en la Universidad Fernando Pessoa, como parte de los requisitos para el grado de Máster en Psicología. Área de Clínica y Salud.

Con la orientación de la Sr.^a Prof.^a Doctora Isabel Silva
y de la Sr.^a Prof.^a Doctora Ángela Magaz

RESUMEN

En este trabajo se presenta la elaboración de un cuestionario para la valoración de los síntomas depresivos. La pertinencia de este instrumento viene dada por la ausencia de otro similar que permita realizar un perfil diferenciado de las áreas afectadas en la depresión de una paciente clínico. Partiendo del modelo de depresión neurótica de Wolpe y de una selección de indicadores de síntomas fisiológicos, de estado de ánimo, de cambios cognitivos y de cambios en la actividad diaria, se desarrolló el Cuestionario de Valoración de Situación Depresiva. Se aportan los datos psicométricos del CVSD obtenidos con una muestra de 196 participantes de población general y clínica. Los coeficientes de fiabilidad fueron elevados. La validez concurrente fue elevada con el Inventario de Depresión de Beck (alrededor de 0.7 todas las subescalas). La estructura factorial encontrada de tres factores coincide conceptualmente con la encontrada en el trabajo Weckowicz et al. (1967) con el Inventario de Depresión de Beck. El análisis discriminante reveló que las subescalas de indicadores fisiológicos y la de estado de ánimo han resultado ser las más adecuadas para diferenciar a los trastornos depresivos y de ansiedad de todos los demás casos. Los ítems de Anhedonia y Tristeza se han destacado como fundamentales para discriminar entre los casos clínicos a los sujetos deprimidos de los demás.

PALABRAS CLAVE

Depresión, Instrumentos, Validación.

ABSTRACT

This paper presents the development of a questionnaire for the assessment of depressive symptoms. The relevance of this instrument is given by the absence of a similar one that allows a distinct profile of the affected areas in a patient's clinical depression. From the model of neurotic depression Wolpe and a selected indicators of physiological symptoms, mood, cognitive changes and changes in daily activity, the Cuestionario de Valoración de la Situación Depresiva was developed. Psychometrical data are provided of CVSD, to a sample of 196 participants from general and clinical population. Alpha reliability coefficients were high. The factorial structure of three factors corresponds conceptually to that found on Weckowicz and cols. investigation (1967) with Beck Depression Inventory. Discriminant analysis revealed that subscales physiological indicators and mood indicators have proved the most appropriate to correctly sort depressive and anxiety disorders in all other cases. Items in Anhedonia and Sadness have been highlighted as key to discriminate between clinical cases of depressed subjects and the others.

KEYWORDS

Depression, Instruments, Validation.

AGRADECIMIENTOS

Deseo agradecer su inestimable ayuda a las muchas personas con más experiencia, recursos y conocimientos que han hecho posible que lleve a término este trabajo.

En primer lugar, deseo agradecer a los autores del Cuestionario de Valoración de Situación Depresiva, E. Manuel García y Ángela Magaz, por ofrecerme un punto de partida para este trabajo y una guía en el camino.

También deseo agradecerle su tutela a la Dr. Isabel Silva, pues los aspectos más técnicos y académicos hubieran estado bastante lejos de mi alcance. Y no solo eso, pues su conocimiento sobre el tema era profundo y crítico, lo que sin duda a beneficiado al resultado final del trabajo.

No puedo olvidar agradecer a mis compañeros del Grupo ALBOR-COHS el haber podido contar con ellos en cualquier momento para resolver el más mínimo escollo, desde encontrar un documento hasta solucionar una duda informática.

Por último, quiero dar las gracias a todas las personas, tanto profesionales como pacientes, que se prestaron y ayudaron en la recopilación de datos para poder llevar a cabo este trabajo.

ÍNDICE

Índice de Tablas

Índice de Anexos

I. INTRODUCCIÓN **1**

1. La Depresión. Origen del Término	1
2. Antecedentes de Investigación en Depresión	2
i. Inventario de Depresión de Beck	8
ii. Revisión de otras Escalas: Hamilton, HADS, Zung y CES-D	11
a) Escala de Evaluación de Depresión de Hamilton	11
b) Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión	11
c) Escala de Autoevaluación de Zung	12
d) Escala Auto-aplicada de Depresión	13
3. Fundamentos conceptuales del Cuestionario de Valoración de Situación Depresiva	13
4. Objetivos	18

II. METODO **19**

1. Participantes	19
2. Materiales	20
3. Procedimiento	26
4. Resultados Discusión	27

i. Distribución de las puntuaciones	27
ii. Consisten Interna	31
iii. Análisis Factorial Confirmatorio	33
iv. Validez Convergente	35
v. Sensibilidad	35
5. Discusión	40
III. CONCLUSIONES	44
IV. REFERENCIAS	47
V. ANEXOS	52

Índice de Tablas

Tabla 1. Resumen de las características de las muestras.	20
Tabla 2. Estadísticos descriptivos de las subescalas del CSVD según el tipo de población.	28
Tabla 3. Estadísticos para cada uno de los ítems del CVSD según el tipo de población.	29
Tabla 4. Prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov según tipo de diagnóstico.	29
Tabla 5. Estadísticos de los ítems del CVSD según el tipo de población.	30
Tabla 6. Índices de Homogeneidad Corregidos para Indicadores Fisiológicos	31
Tabla 7. Índices de Homogeneidad Corregidos para Indicadores de Estado de Ánimo.	31
Tabla 8. Índices de Homogeneidad Corregidos para la subescala de Cambios Cognitivos	32
Tabla 9. Índices de Homogeneidad Corregidos para la subescala de Cambios en la Actividad Diaria	32
Tabla 10. Resultados del análisis factorial sobre las puntuaciones del CSVD	34
Tabla 11. Correlaciones de Pearson entre subescalas del CVSD y el IDB.	35
Tabla 12. Estadísticos descriptivos de las diferentes subescalas del CVSD según tipo diagnóstico.	37
Tabla 13. Prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov según el grupo.	37
Tabla 14. Prueba de Kruskal-Wallis de igualdad de medianas en las subescalas según tipo de diagnóstico.	37
Tabla 15. Diferencias teóricas entre grupos según la prueba de Dunn	37
Tabla 16. Diferencias reales encontradas entre grupos según la prueba de Dunn en las diferentes subescalas.	38

Índice de Anexos

Anexo 1. Inventario de Depresión de Beck (Conde y Usuarios)	53
Anexo 2. Ficha de datos generales	58
Anexo 3. Cuestionario de Valoración de Situación Depresiva	60

I. INTRODUCCIÓN

1. La Depresión

La depresión es muy probablemente el problema mental más incapacitante y con mayores costes económicos y de sufrimiento personal asociados. Diversos estudios epidemiológicos realizados en población general estiman que el 6.5 % de la población presenta un trastorno depresivo mayor de una duración de entre 6 y 12 meses, y un 3.6% un trastorno distímico (Bland, 1997). Además de su alta prevalencia, cuenta con una elevada incidencia de recaídas: conjuntamente, el 75% de los pacientes experimentan un segundo episodio depresivo en el curso de sus vidas (Kesslet et al, 1997). Finalmente, considerado como trastorno específico, la depresión unipolar es la causa principal de años vividos con discapacidad a nivel mundial (OMS, 2001; Üstün & Kessler, 2002).

Dada la importancia de este trastorno es necesario contar con modelos teóricos, técnicas de intervención e instrumentos adecuados para detectar, explicar, intervenir y prevenir mejor en los casos de depresión. No obstante, no existe un acuerdo unánime para su conceptualización, etiología ni clasificación. La causa de ello probablemente se debe a los diferentes enfoques de las escuelas psicológicas y a la influencia del biologicista, en contraposición a los modelos cognitivo-conductuales.

Origen del Término

Tradicionalmente, la depresión ha sido considerada una enfermedad psiquiátrica, siendo tratada habitualmente con fármacos: en un principio fueron "hierbas naturales" y, posteriormente, compuestos químicos que, en forma de pastillas modifican el funcionamiento de los centros nerviosos que regulan el "estado de ánimo", tratando de activarlos. En la actualidad se considera imprescindible una ayuda psicoterapéutica, complementaria o alternativa a los psicofármacos (Agencia Española de Medicamentos, 2005).

La depresión se describe inicialmente con el término “melancolía” (procedente del griego clásico μέλας, "negro" y χολή, "bilis": “bilis negra), atribuyéndose a Hipócrates su denominación original. En 1725, el británico Sir Richard

Blackmore modificaba su denominación original y proponía el término actual de depresión. Este cambio de denominación no constituye un simple cambio terminológico, sino que conlleva implícitamente un cambio conceptual trascendental. Esto es, el término melancolía explicaba la depresión como el efecto de una alteración de la secreción hepática, mientras que el término depresión se propone junto con una explicación causal muy diferente: si la característica nuclear de la situación depresiva es una alteración funcional del estado de ánimo, entonces la causa física debe encontrarse en el cerebro, concretamente en el sistema límbico, órgano encargado de la regulación del estado de ánimo (en Jimenez, G. I., 2002)

2. Modelos de la Depresión

A lo largo del tiempo, se han desarrollado diversos modelos para comprender, explicar y describir la depresión. Muchos de ellos han sido complementarios, pues se han elaborado sobre los demás. Al igual que de cada modelo explicativo se derivan unas hipótesis y opciones de tratamiento, también afecta al modo de evaluar la depresión. A continuación se realiza una revisión de algunos de estos modelos, escogidos por su relevancia.

Modelo de Beck

El modelo de depresión de Beck (1967) es uno de los que más extendidos y de los que más investigaciones ha generado. Se trata de explicativo de la depresión de corte clínico que se ha ido redefiniendo a lo largo del tiempo.

El modelo propone una secuencia de elementos causales: las primeras serían las experiencias negativas tempranas, las cuales generarían esquemas o actitudes disfuncionales que no serían accesibles verbalmente de modo sencillo (de modos similar a las ideas irracionales de A. Ellis). Estos esquemas son claves en el modelo cognitivo de Beck, pues se refieren a “representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior” (Beck & Clark, 1988, p. 382) que activarían los filtros cognitivos, sesgados, y que harían que el individuo prestara más atención a los estímulos congruentes con sus esquemas negativos. En ellos se encontrarían las causas distantes de la depresión.

Dichos esquemas cognitivos suelen contener criterios para determinar la autovalía (Dance & Kuiper, 1987). Cuando estos son muy extremos y desajustados, se produce una vulnerabilidad a la depresión. Así como existen estudios clásicos que trataron de encontrar una relación entre la autoestima y la depresión (v.g., Butler et al., 1994; Lewinsohn et al., 1988; Roberts & Gotlib, 1997; Whisman & Kwon, 1993), ninguno dio resultados significativos. Sin embargo, más recientemente, varios estudios han aportado evidencia de que la inestabilidad de la autoestima, y no la baja autoestima, es lo que se encuentra relacionado con la sintomatología depresiva (v.g. Franck y De Raedt, 2007; Kernis, et al., 1998).

Entre las causas próximas a un episodio depresivo se encontraría en primer lugar un acontecimiento crítico, el cuál activaría los esquemas disfuncionales y los sesgos. Esto tendría como consecuencia el surgimiento de productos mentales negativos sesgados (cogniciones negativas), que reflejarían una visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro (la famosa “tríada cognitiva”).

Aunque el modelo original de Beck no se centraba en el estrés como este acontecimiento crítico, Monroe et al. (2007) sugieren que el estrés agudo y crónico parecen jugar papeles relevantes y diferentes en los primeros episodios depresivos y en sus recaídas. Los episodios agudos parecerían tener más probabilidad de anteceder un primer episodio, mientras que el estrés crónico es más frecuente en las personas con historia previa de episodios depresivos. Asimismo, no se puede restar importancia al hecho de que la propia depresión es un cuadro que genera más fuentes de estrés, en especial en los aspectos interpersonales.

En resumen, las experiencias tempranas negativas hacen desarrollar al individuo esquemas cognitivos negativos que generan un estilo perceptivo y valorativo de la realidad más negativo, lo cual afecta a sus relaciones interpersonales y el juicio sobre las otras personas (Clark, Beck & Alford, 1999). Es muy probable que estos estilos perceptivos negativos influyan también en el estilo conductual de la persona de un modo que favorecería la aparición de sucesos estresantes y el mantenimiento de círculos viciosos de estrés-depresión.

Los sesgos cognitivos que influirían en la depresión no se limitan a los perceptivos y valorativos. También se encuentran sesgos de memoria pues los individuos deprimidos, además de tener un rendimiento de memoria peor que los no deprimidos, recuerdan mejor información negativa que positiva. O aunque no tan concluyente como la información relativa a los sesgos de memoria en depresión, los sesgos atencionales negativos parecen estar presentes en los pacientes deprimidos.

Modelo Tripartito

Se ha informado ampliamente de la superposición y la alta comorbilidad de los problemas de ansiedad y la depresión (v.g, Brady & Kendall, 1992; Seligman & Ollendick, 1998). La tasa de comorbilidad ha sido estimada en hasta un 90% de los casos (Gorman, 1996), siendo más frecuente que se sitúe en torno al 75%. Entre las razones que pudieran explicar esta alta comorbilidad podría estar la propia naturaleza de ambos trastornos, que tendieran a cursar conjuntamente. No obstante, también es posible que esta fuera una sobreestimación producida por una falta de especificidad en los instrumentos utilizados para el diagnóstico (Ibañez, Peñate & González, 2000a,b).

Autores como Izard (1971) o Watson y Kendall (1989), afirman que las emociones que representarían la diferencia fundamental entre la ansiedad y la depresión serían en el caso de la primera el miedo y de la tristeza en la segunda. Sin embargo, existen estudios que muestran la dificultad para diferenciar estos factores de forma empírica (Clark & Watson, 1991a; Kendall & Watson, 1989; Masser & Cloninger, 1990).

Las circunstancias que rodean a ambos trastornos han conducido a diversos autores a concluir que la ansiedad y la depresión tienen una difícil diferenciación empírica (Brown, Chorpita & Barlow, 1998; Watson, Weber et al., 1995). Anna Clark y David Watson han propuesto, además la inclusión de la categoría diagnóstica “ansiedad-depresión mixta” (recogida oficialmente en la CIE-10, pero no en el DSM-IV TR), un modelo descriptivo conocido como el “Modelo Tripartito de la Ansiedad y Depresión” (Clark & Watson, 1991a).

Este modelo supone una ampliación del modelo de dos factores de Tellegen (Tellegen, 1985; Watson & Tellegen, 1985) que postulaba dos dimensiones de afecto

independientes entre sí: afecto positivo y afecto negativo. Ambas dimensiones tendrían un patrón diferente de relación con la ansiedad y la depresión. Según el modelo de Tellegen, el afecto negativo sería un factor común a ambos trastornos, mientras que el afecto positivo únicamente guardaría relación con la depresión. La ampliación de Clark y Watson es la adición de una tercera dimensión que sería específica de la ansiedad: activación fisiológica. Ambas dimensiones conformarían un modelo estructurado de forma jerárquica, siendo el afecto negativo el factor de orden superior.

El afecto negativo (AN) como dimensión recogería, en un polo, los síntomas de malestar general de tipo inespecífico, representando el grado en el que una persona experimenta diferentes estados aversivos como enfado, miedo, tristeza, preocupación, inquietud, insomnio, etc. En el polo opuesto se encontrarían reflejados los estados de calma, relajación y tranquilidad. Según Zinbarg y Barlow (1996), el afecto negativo guarda grandes similitudes con otros rasgos definidos en otros modelos como el “neuroticismo” Eysenck (1967), la “ansiedad rasgo” de Gray (1982), o la “inhibición conductual” de Kagan (1994).

El afecto positivo (AP) se definiría en un polo como el nivel de energía, entusiasmo, agrado, seguridad en uno mismo, bienestar, dominancia social, afiliación o aventura. En su opuesto, estaría la anhedonia caracterizada por la apatía, fatiga, baja confianza y asertividad, desinterés, etc (Clark & Watson, 1991b).

La nueva dimensión propuesta en este modelo, la activación fisiológica (AF) se definiría como las manifestaciones de tensión y actividad somática, como agitación, vértigo, mareos, boca seca, temblores (Watson, Clark, et al. 1995). Es decir, síntomas fisiológicos de la ansiedad.

Según este modelo, la depresión se definiría por un bajo afecto positivo y un elevado afecto negativo; mientras que la ansiedad tendría en común con la depresión el alto afecto negativo, pero como particularidad tendría presente una elevada activación fisiológica.

A pesar de la aparición relativamente reciente del modelo tripartito, ha generado mucho interés e investigaciones. De tal modo, ha obtenido evidencia favorable en muestras

de adultos pertenecientes a población clínica y no clínica (v.g., Brown et al., 1998, Clra, Cox y Enns, 2001; Clark et al., 1994) así como con niños y adolescentes (Chorpita, 2002; Joiner & Lonigan, 200; Leitzel, 2000).

Cabe señalar que el modelo también ha recibido críticas y cuestionamientos. Un dato que deseamos señalar es que existen estudios que informan de una alta correlación entre afecto positivo y afecto negativo, cuestionando su independencia y ortogonalidad (Brown, Chorpita & Barlow, 1998; Lonigan, Hooe, David & Kistner, 1999; Watson, Clark & Carey, 1988; Watson, Weber et al., 1995). En cuanto a la definición y predicciones del modelo, E. Anderson y D. Hope (2008) concluyen que el afecto positivo no es únicamente característico de la depresión, sino que también se encuentra significativamente asociado a la fobia social. Por otra parte, el afecto negativo guardaría una muy alta relación con el trastorno de ansiedad generalizada, más que con otros trastornos de ansiedad, igual que la activación fisiológica tiene una relación más significativa con el trastorno de pánico.

3. Antecedentes a la Investigación sobre Depresión

Tal y como afirma Cantwell (1983), la depresión es el cuadro clínico al que más atención y se ha prestado y sobre el que más investigaciones se han originado.

Una de las vías de investigación planteadas con mucha energía en la década de los ochenta fue la del estudio de determinados síntomas o cuadros psicológicos inducidos mediante situaciones experimentales. Estos fueron los llamados *modelos experimentales*, que asumían la posibilidad de establecer una analogía entre los síntomas del cuadro inducido y la situación real (el síntoma natural). En este campo son famosos los experimentos de Seligman y sus colaboradores sobre la “indefensión aprendida” (véase una revisión de Maier & Seligman, 1976, o Polaino & Vázquez, 1981). En dichos experimentos pretendían emular la depresión humana en especies no humanas mediante la sucesión de diversas situaciones experimentales. No obstante, resulta evidente la difícil equiparación entre los síntomas psicopatológicos de una depresión humana y los producidos en animales por estas situaciones artificiales en las que los síntomas, aparentemente similares, habían sido originados por medio de estímulos físicos (choques eléctricos, chorros de agua, etc.).

En cuanto a la evaluación de la depresión, ésta se ha venido llevando a cabo con diferentes instrumentos y metodologías, dependiendo del modelo conceptual del profesional que trabaja en esta área psicopatológica (Vázquez, Hernangómez, Nieto & Hervás, 2006).

De este modo, cuando se ha adoptado una conceptualización conductual estricta, se han empleado cuestionarios, inventarios y registros, en los cuales se trata de identificar la intensidad, frecuencia, tasa, porcentaje o duración. Esto es, la magnitud de cada respuesta (sentimiento, idea, comportamiento instrumental) y la topografía de las respuestas depresivas (forma o aspecto de la conducta) del sujeto en evaluación (Heiby & García 1994).

Obviamente, estos instrumentos se han diseñado de manera variable, de acuerdo a los deseos del evaluador y las características individuales y socioculturales de los pacientes (edad, sexo, cultura,...).

El objetivo de la evaluación conductual no es otro que el establecer una línea de base, que permita al profesional, por una parte, conocer de manera específica la situación de partida del paciente, diseñar, en base a la misma, un plan específico de tratamiento y, finalmente, poder evaluar los progresos de dicho plan introduciendo las correcciones necesarias (Wolpe, 1986).

Por otra parte, cuando se ha realizado una evaluación de la depresión desde el punto de vista psiquiátrico, tanto por profesionales de la psiquiatría como de la psicología, se han empleado diferentes instrumentos, dependiendo igualmente de los criterios diagnósticos vigentes en cada momento, que últimamente han venido siendo los del Manual DSM-IVTR (American Psychiatric Association, 2000).

De una manera generalizada, la psiquiatría y psicología clínica tradicional han empleado diversas escalas e inventarios cuyos elementos, estaban en relación con las sensaciones, emociones, ideas y comportamientos instrumentales de los pacientes.

Algunos instrumentos se han utilizado en forma de auto-administración por el paciente; esto es: se le ha proporcionado un impreso con breves instrucciones y se le ha

requerido para que señale las respuestas que correspondan a su caso (v.g. el HADS de Zigmond & Snaith., 1983). En otras ocasiones, un cuestionario, escala o inventario similar, lo ha empleado el evaluador en forma de entrevista con el paciente (v.g. la *Hamilton Rating Scale*, de Hamilton, 1960 y 1967). Finalmente, otros instrumentos se han cumplimentado por el evaluador tras haber mantenido una o más entrevistas diagnósticas con el paciente e incluso con otras personas de su entorno próximo (principalmente familiares).

El caso más común ha sido el empleo de criterios diagnósticos propuestos por la APA (DSM-III, DSM-IV, DSM-IVTR) o por la OMS (CIE-10). Los profesionales que han empleado estos criterios lo han venido haciendo mediante entrevistas diagnósticas o bien mediante el empleo de cuestionarios o escalas construidas con todos o parte de los criterios de estas clasificaciones.

Entre los instrumentos más frecuentemente empleados han sido el Inventario de Depresión de Beck (IDB), la Escala de Depresión de Hamilton (HDRS), la Escala de Autoinforme de Depresión (CES-D), la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (SDS) y la Escala Hospitalaria de Depresión y Ansiedad (HADS).

i. El Inventario de Depresión de Beck (IDB)

El Inventario de Depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961; Beck, Rush, Shaw & Eemery, 1979) ha sido el instrumento de evaluación de la depresión más utilizado en investigación desde 2002 a 2013; con más de veinticuatro mil investigaciones publicadas en PsycINFO, en este periodo (a 5 de septiembre de 2013, usando como búsqueda el término: *Beck Depression Inventory*). Asimismo, múltiples estudios consideran que el IDB es el instrumento más utilizado internacionalmente para identificar sujetos depresivos subclínicos (Ruiz & Bermúdez, 1989; Tennen, Hall & Affleck, 1995; Vázquez, 1986, 1995; Vredenburg, Flett & Krames., 1993).

Del mismo modo, se trata de uno de los instrumentos más utilizados en la práctica clínica profesional en España, según una encuesta realizada a 3.126 miembros del Colegio Oficial de Psicólogos español en 2010, trabajando un 69,6% de ellos en el área clínica (Muñiz & Fernández-Hermida, 2010). Constituye de este modo uno de los instrumentos de

referencia en la evaluación e investigación sobre la depresión. No obstante, debe recordarse que el IDB fue diseñado principalmente para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes con diagnóstico psiquiátrico (Beck & Steer, 1993), para el diagnóstico de la misma.

Aaron Beck plantea, en 1976, la “hipótesis de la continuidad” en la depresión, según la cual la depresión representa una dimensión continua en la que toda persona podría situarse en un determinado punto (Beck, 1976; Blatt et al, 1997). Según esta hipótesis, todos los síntomas de la depresión podrían encontrarse en diferentes grados de intensidad en diferentes individuos.

Acorde con esta hipótesis, las diferentes versiones del IDB evalúan cada uno de sus ítems con varias opciones de respuesta, puntuadas de 0 a 3. El número total de ítems así como el de opciones de respuesta en cada uno varía según la versión, por lo que en lo referente a este trabajo nos centraremos en adelante en la adaptación española de Conde et al., de 1974 (adaptación de la primera versión, de 1961), que cuenta con 19 ítems, diez de ellos con cuatro opciones de respuesta, ocho con cinco y un único ítem con seis opciones. Destacamos que existen dos versiones españolas posteriores de la escala, una adaptación de la versión del IDB de 1978 realizada por Sanz y Vázquez (1998) y una última versión de 2003, del IDB-II (Beck, Steer & Brown, 1996) realizada por Sanz, Navarro y Vázquez.

Según Carroll, Fielding y Blashky (1973), el IDB es un instrumento eficaz para identificar sujetos con un estado de ánimo deprimido. Sin embargo, a pesar de ser uno de los principales instrumentos utilizados tanto en investigación como en la práctica clínica, Depue y Monroe (1978) plantearon una serie de críticas relacionado con su uso en la misma:

- No ofrece datos sobre el curso clínico, ni la historia de la depresión.
- Infravalora los síntomas conductuales y somáticos.
- La interpretación que hace de los ítems un sujeto deprimido y uno clínicamente deprimido puede ser muy diferente.

No obstante, este último aspecto del IDB no es una déficit solo atribuible a esta escala, pues es compartido por todas. Sin embargo, una de las características criticables del

IDB y que afecta de manera importante a la fiabilidad del instrumento está relacionada con su difícil comprensión debido a la forma en que está estructurado, tal y como han descrito García Pérez y Magaz (2009, p. 27).

A pesar de las críticas mencionadas, este instrumento es el más utilizado en investigación y práctica clínica cuando presenta algunas deficiencias en su estructura conceptual y en la metodología de medida, que afectan a su validez y fiabilidad. Así, la puntuación en la escala está constituida por la suma de indicadores de variables o magnitudes de naturaleza claramente diferente como son: sentimientos-emociones (“tengo una tristeza que me produce grandes sufrimientos”, “soy incapaz de disfrutar de cosas que antes me hacían sentirme bien”, “me siento irritado todo el tiempo”...), ideas-pensamientos (“veo mi vida llena de fracasos”, “ya no puedo tomar decisiones sin ayuda”...), estado físico (“me canso más fácilmente que antes”, “he perdido peso”...) y comportamientos instrumentales (“no trabajo tan bien como lo hacía antes”...).

En este sentido, varios pacientes diferentes pueden obtener una misma puntuación con una combinación de indicadores totalmente diferentes entre sí; lo cual plantea serias dudas sobre la identificación del estado depresivo como una condición temporal del paciente (estado físico o anímico) o una situación psicosocial (pensamientos y comportamientos). Con un procedimiento de puntuación de los ítems dicotómico (pudiéndose entender, simplemente, con una puntuación de “0” a la “ausencia o presencia apenas significativa del indicador” y con un “1” a la “presencia relevante y significativa del indicador), se consigue, por ejemplo, que la interpretación inequívoca de una puntuación de cinco sea la presencia significativa de cinco indicadores.

En cuanto al hecho de que cada grupo de indicadores se puntúe de 0 a 3 y de que incluso, en determinados grupos se puedan puntuar varias opciones, conlleva un serio problema de fiabilidad de la medida, ya que una misma puntuación, por ejemplo 18 se puede conseguir con muy diferentes respuestas de los pacientes. Es decir que una misma puntuación no representa la misma situación depresiva en dos pacientes diferentes. Asimismo, uno de los principales déficit de este instrumento podría consistir en el hecho de que su forma de valorar cuantitativamente (valores de 0 a 3) y cualitativamente (sumar indicadores de naturaleza diferente) afecta gravemente a la valoración del trastorno y a la evaluación de los progresos terapéuticos. Así, una terapia meramente farmacológica puede

reducir un tipo de indicadores, pero no otros, y una terapia cognitiva puede favorecer unos cambios diferentes, sin que estas diferencias puedan quedar reflejadas en las puntuaciones del Inventario cuando se pretende evaluar tales progresos. De tal modo, con el CVSD se pretende elaborar un cuestionario que no sume todas las puntuaciones en un único valor, si no que el instrumento sea utilizado para desarrollar un perfil de la situación depresiva y de las diferentes áreas afectadas, para de este modo ser capaces de predecir con más precisión su evolución, valorar los progresos y describir la situación vivida por el paciente.

ii. Revisión de otras Escalas: Hamilton, HADS, Zung y CES-D

Además del Inventario de Depresión de Beck, existen otros varios instrumentos para la valoración de la depresión, de entre los cuales comentamos brevemente los empleados con más frecuencia:

a) Escala de Evaluación de Depresión de Hamilton (*Hamilton Rating Scale*, Hamilton, 1960 y 1967). Se trata de una escala cumplimentada por el evaluador después de una entrevista clínica. Consistente en una valoración por parte de éste de los síntomas indicados por el paciente; consta de 21 ítems puntuados de 0 a 4 en función de la intensidad o gravedad de los síntomas que caracterizan el estado actual del paciente. Se caracteriza por tener gran cantidad de ítems somáticos, además de incluir aspectos como la conciencia de enfermedad del paciente o las ideas delirantes depresivas. La puntuación total de la escala es la suma de las puntuaciones de cada uno de los ítems, aunque pueden analizarse los cuatro factores derivados de la evaluación primitiva de Hamilton.

Entre sus limitaciones se encuentran que la interpretación de los resultados depende de la información obtenida por el terapeuta y su criterio clínico, ya que los criterios de evaluación están poco especificados. Otra limitación es la escasa validez para distinguir entre la depresión y la ansiedad como dimensiones psicopatológicas independientes ya que la escala suma los indicadores de una y otra condición sin distinguirlas. Esto no sería una deficiencia si ambos tipos de indicadores estuvieran deliberadamente separados, pues como bien plantea el modelo Tripartito, existen múltiples indicadores que pueden solaparse en los casos de ansiedad y depresión.

b) Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, Zigmond y Snaith (1983)). Se trata de una escala auto-aplicada, con 14 afirmaciones referidas a síntomas de depresión y ansiedad de las que se evalúa su frecuencia e intensidad en una escala tipo Likert de cuatro puntos. En lo referente a la evaluación de la depresión, solo cuenta con siete ítems, relativos básicamente a la anhedonia, sin considerar síntomas somáticos. Esto es debido a que el objetivo original de la escala es evaluar la depresión y la ansiedad en pacientes hospitalarios en personas que pueden sufrir de otros problemas de salud y que podrían puntuar en ellos de forma significativamente superior, por lo que fueron eliminados. Por su sencillez, resulta apropiada como un instrumento inicial de evaluación en contextos médicos con pacientes no psiquiátricos. Se puntúa de forma diferenciada para cada subescala, considerándose puntuaciones de 0 a 7 como normales, de 8 a 10 como casos probables y más de 11 como un caso de ansiedad o depresión.

Bjelland, I., Dahl, A., Tangen, T. y Neckelmann, D. (2002) concluyeron en su revisión de la literatura sobre este instrumento que era adecuado para realizar pruebas de *screening* para casos de ansiedad y depresión en pacientes no psiquiátricos en clínicas hospitalarias. A pesar de ser menor el número de estudios en otras poblaciones, consideraron que las propiedades como prueba de *screening* eran igual de buenas en población general y en pacientes psiquiátricos.

Un aspecto de su metodología de cuantificación de las respuestas puede afectar a la fiabilidad de los resultados dado que, por ejemplo, se otorga un punto a “depresión” con respuestas tales como: “a veces, aunque no muy a menudo, me siento alegre”; “a veces, me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión”; descripciones todas ellas que muy bien pueden ser informadas por personas de población general, mentalmente sanas y que no serían un indicador de anhedonia salvo en sus casos más extremos.

Como en otros casos, este sistema de cuantificación de las respuestas no permite cualificar de manera unívoca puntuaciones medias.

c) Escala de Autoevaluación de Zung (*Zung Self-Rating Depression Scale*, Zung, 1965). Es un instrumento auto-aplicado, que consta de veinte ítems con puntuaciones de tipo Likert según la frecuencia de ocurrencia en las últimas semanas de cada uno de ellos.

Cuenta con quince ítems de puntuación positiva de depresión (indicadores positivos) y cinco negativos, que se encuentran intercalados. Un 45% de los ítems son de tipo fisiológico, un 35% de tipo cognitivo, un 15% están relacionados con el estado de ánimo y un 5% son motores. Las puntuaciones totales obtenidas se suman, no existiendo un consenso normativo acerca de que puntuaciones pueden considerarse clínicamente significativas de depresión, oscilando entre 35 y 50 puntos las diferentes versiones.

Una de sus principales limitaciones es su escala validez discriminante con los trastornos de ansiedad, probablemente atribuibles al peso específico que atribuye en sus ítems a los indicadores fisiológicos.

Obviamente, lo comentado como crítica a la validez y fiabilidad del IDB puede aplicarse del mismo o análogo modo a este instrumento: dos pacientes con situaciones depresivas diferentes pueden obtener la misma puntuación; con un agravante, constituido por el hecho de que algunos elementos deban restarse de otros.

d) Escala Auto-aplicada de Depresión (*CES-D Scale*, Radloff L.S.,1977).

Se trata de una escala auto-aplicada, con 20 afirmaciones referidas a síntomas de depresión con las que se evalúa su frecuencia en una escala tipo Likert, de 0 a 3, para su empleo con población general (no clínica). Los elementos de la escala son síntomas asociados a la depresión, utilizados en otras escalas más largas, validadas con anterioridad. Este instrumento no se ha diseñado para un diagnóstico o valoración estricta de la depresión, sino para su empleo en estudios epidemiológicos en población general, para lo cual no se requiere un gran rigor psicométrico. Incluye ítems referidos a cogniciones, sentimientos, fisiológicos y comportamientos.

Uno de sus méritos que la diferencia de los instrumentos anteriores es que no asigna valor cuantitativo alguno a la ausencia o escasa frecuencia de indicadores.

4. Fundamentos conceptuales del Cuestionario de Valoración de Situación Depresiva

La depresión ha venido siendo considerada tradicionalmente como una enfermedad mental de gran prevalencia en la población con un gran impacto personal, sobre la persona

que la padece, familiar y social. Desde una perspectiva “mentalista”, parecería que no es una enfermedad física, propiamente dicha; tal y como puede ser la diabetes, la úlcera o la gripe. Sin embargo, pese a la consideración de enfermedad mental, se trata de manera generalizada con determinados fármacos. La explicación a este hecho proviene de considerar que la causa de la depresión es un déficit en la producción de determinados neurotransmisores en zonas concretas del cerebro (Ashcroft, 1966, Bourne, 1968, Coppen, 1972). Esta hipótesis (no verificada de manera empírica) sobre los neurotransmisores deficitarios (la denominada “serotonina”) se ha generalizado en libros, artículos y revistas, apoyando así la idea de que la persona no tiene ninguna responsabilidad en su estado alterado de salud y de que es la reducción de esta sustancia la que explicaría el “cuadro depresivo”.

En cualquier caso, una revisión exhaustiva de la bibliografía médica y psicológica permite concluir que “una depresión” es una “situación temporal de incapacitación para desenvolverse en la vida con eficacia” (Bas & Andrés, 1996). Por ello, la denominación actual de esta situación es “trastorno depresivo”, lo que implica que el aspecto fundamental de la “enfermedad”, que la hace merecedora de la denominación de “mental”, no es otro que los aspectos de inadaptación familiar, social, laboral y personal que conlleva este estado, lo que justifica la denominación de “trastorno”.

Así pues, la persona que recibe el diagnóstico de depresión manifiesta claramente, con más o menos intensidad, cuatro grupos de indicadores o “síntomas”, tres grupos de indicadores comportamentales y un grupo de indicadores fisiológicos (Vázquez, Hernangómez, Nieto & Hervás, 2006):

Indicadores de estado de ánimo disfórico (comportamiento emocional); esto es, que la persona indicada parece haber perdido o haberse reducido significativamente su capacidad de reaccionar emocionalmente ante los cambios estímulares de su entorno: “ahora ya nada me enfada”, “no siento nada”, “he perdido el interés por las cosas que antes me ilusionaban”, “no tengo interés por el sexo”, “no me apetece comer”, “no puedo reír”, “ahora no soy capaz de disfrutar con nada”...

Indicadores cognitivos (comportamiento cognitivo), que ponen de manifiesto un estilo pesimista de pensamiento: ideas de minusvaloración de sí mismo (“no valgo para

nada”, “creo que he fracasado en la vida”, ...), ideas de minusvaloración de los demás (“nadie se preocupa por nadie”, “todo el mundo va a lo suyo”, “no le importo a nadie”,...) e ideas pesimistas sobre el presente y el futuro (“esto no tiene remedio”, “ya no voy a volver a estar bien”, “la vida es una porquería”, “no merece la pena vivir”,...)

Indicadores de reducción de su actividad motriz (comportamiento instrumental): no hago nada, ahora no salgo de casa, estoy sentado/a o tumbado/a todo el día, hablo muy poco, camino y hago las cosas muy despacio, he dejado de trabajar, hago muy pocas cosas en casa, no me reúno con familiares o amistadas,...

Indicadores fisiológicos: “me cuesta comenzar a dormir”, “me despierto con la sensación de no haber descansado”, “me duelen las piernas”, “siento dolor de cabeza, cuello...”, “me canso con facilidad si hago cualquier pequeño esfuerzo”...

Desde una perspectiva meramente científica resulta difícil admitir que los cuatro grupos de indicadores conductuales, que están presentes con mayor o menor frecuencia en todas las escalas de evaluación de la depresión, se puedan explicar por el déficit de un neurotransmisor, como es la serotonina.

De acuerdo a todas las investigaciones y estudios llevados a cabo con cierto rigor metodológico, en la práctica totalidad de los cuadros depresivos se refiere una situación de ansiedad de mayor o menor intensidad y duración que se mantiene presente cuando se instaura el cuadro depresivo. Esta observación clínica, además de experimental, es la que llevó a Wolpe a considerar que la depresión podría considerarse como un estadio al que se llega en la fase final del Síndrome de Adaptación (S.G.A., Selye, 1956), defendiendo como causa principal de las depresiones una “maladaptative anxiety”, adquirida a través de procesos de condicionamiento clásico, en algunos casos de base cognitiva (condicionamiento encubierto, según Cautela, 1966). Uno de sus trabajos experimentales en los que puso de manifiesto esta relación entre la ansiedad denominada “neurótica” y la depresión, asimismo calificada de “neurótica” constituyó la base de un planteamiento más general que podría aplicarse a cualquier depresión, variando solamente el proceso seguido por el paciente durante el curso de una u otra clase de estrés (Wolpe, 1988).

De manera general parece que la instauración de cualquier cuadro depresivo sigue un curso temporal secuenciado, en cuyo origen se puede establecer una exposición a una situación estresante, ya sea crónica o aguda (Hammen, 1991, 2005). Situación que puede estar constituida por un estresor natural que provoca de forma natural una respuesta fisiológica de estrés (un ejemplo sería la depresión posterior a un parto), o bien por una situación que el sujeto interpreta como estresante que da lugar a una respuesta de estrés muy similar a la anterior.

Evidentemente, la vida cotidiana proporciona episodios esporádicos de estrés sin que ello constituya riesgo alguno para llegar a una situación depresiva. Por el contrario, la vivencia continuada de situaciones estresantes, con altibajos, pero permanentes, constituye un riesgo para llegar a algún tipo de “trastorno funcional por estrés”. La depresión, caracterizada nuclearmente por una alteración del sistema regulador del estado de ánimo, tiene como fundamento biológico una modificación de los procesos que regulan homeostáticamente (Canon, 1926, 1929) el estado de ánimo.

Por otra parte, es obvio que las personas piensan y que lo hacen de manera muy frecuente, habitualmente como reacción a cambios en su entorno que provocan modificaciones del estado de ánimo.

El esquema conceptual más avanzado de la psicología conductual, representado por la figura 1, explica cada episodio de interacción conductual del modo siguiente (García, 2008)

1. Ante la percepción de un cambio significativo en el entorno próximo, bien sea éste interno (un dolor, una sensación de mareo,...) o externo (una imagen, un ruido, un olor,...), que desempeñaría una función de estímulo antecedente, el organismo reaccionaría con un cambio en su estado emocional (alegría, ansiedad, temor, ira,...) Este cambio emocional constituiría una respuesta emocional condicionada o incondicionada, según la naturaleza del estímulo (incondicionado o condicionado).
2. El cambio emocional constituiría una alerta al organismo quien reaccionaría con un conjunto de cogniciones: tomar conciencia del cambio emocional, valorarlo como deseable o indeseable, generar alternativas posibles de actuación, anticipar consecuencias probables de cada

alternativa, valorar nuevamente las posibles consecuencias y, finalmente, tomar una decisión para llevarla a cabo en forma de comportamiento instrumental.

3. Ejecutar el comportamiento instrumental decidido.
4. Percibir las consecuencias de tal comportamiento.

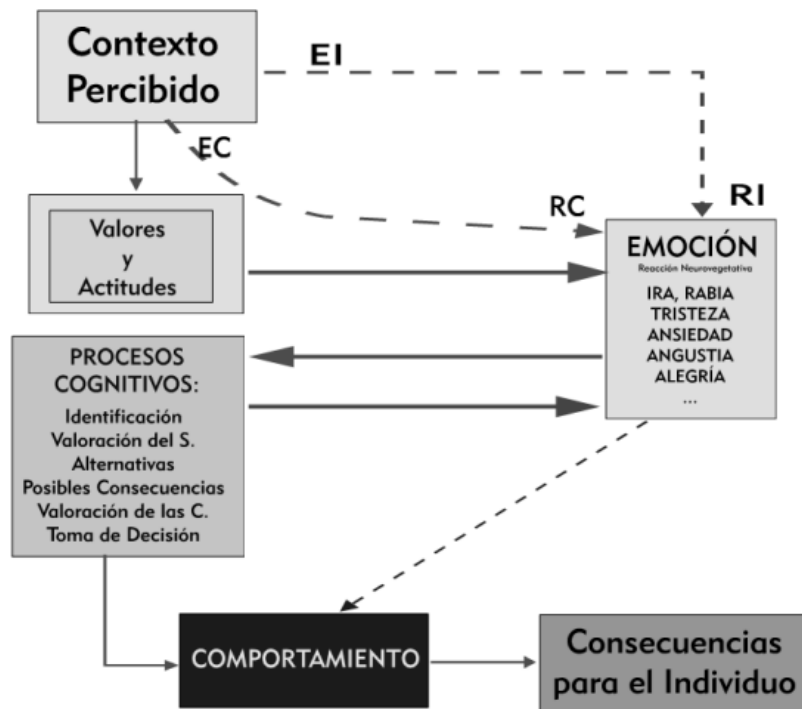


Figura 1: Modelo Cognitivo-Conductual

Fuente: Manual de Referencia del Módulo de Técnicas Cognitiva, Máster en Psicología Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Madrid. 2008

Teniendo en cuenta este modelo conceptual se hace preciso considerar lo siguiente:

- a. El diseño de cualquier plan de acción terapéutico requiere, necesariamente, de una evaluación precisa, válida y fiable de la situación de la persona que solicita nuestra ayuda.
- b. La evaluación de una situación depresiva exige la adopción de un modelo conceptual, explicativo de la misma.
- c. En función del modelo explicativo adoptado se seleccionará, de entre todos los instrumentos y métodos disponibles, los que mejor se ajusten al citado modelo.

- d. La evaluación realizada deberá describir de manera concreta la situación actual de modo que el profesional pueda: a) valorar la intensidad del trastorno, b) identificar los déficit o excesos conductuales que deban ser objeto de modificación mediante psico o fármaco-terapia, y c) llevar a cabo una valoración progresiva a lo largo de la semanas o meses del tratamiento, al objeto de comprobar los progresos.

Con relación a los condicionantes anteriormente descritos, la revisión realizada sobre los instrumentos más comúnmente empleados para el diagnóstico y la valoración de la depresión, en el ámbito de la evaluación psicológica han permitido poner de manifiesto que la forma en que todos estos instrumentos evalúan la situación depresiva consiste en elaborar una lista de indicadores, atribuir a cada indicador una puntuación, sumar las puntuaciones y establecer unos valores, alcanzados los cuales se puede establecer la presencia de depresión y su intensidad.

Este método, con su validez y fiabilidad acreditadas en mayor o menor grado, puede resultar útil para valorar la depresión como una globalidad, como un “síndrome” en el cual se incluyen respuestas emocionales, cognitivas e instrumentales. En nuestra opinión, que los estudios de fiabilidad otorguen a este método de evaluación un cierto valor, no implica la existencia de un riesgo de errores y, por otra parte, el uso de estas escalas resulta poco congruente con un modelo conceptual y metodológico de intervención profesional de tipo cognitivo-conductual.

5. Objetivos

Con la finalidad de favorecer una evaluación cognitivo-conductual más precisa, que facilite al evaluador el análisis individualizado de la posible situación de trastorno depresivo de un paciente adulto, así como poder valorar los progresos en su tratamiento posterior, bien sea éste exclusivamente psicológico, farmacológico o mixto, se ha procedido al diseño de un nuevo instrumento, denominado Cuestionario de Valoración de Situación Depresiva, CVSD.

Asimismo, se ha procedido a la aplicación de este nuevo instrumento a una muestra de población general no clínica y a otra muestra clínica, junto con el Inventario de

Depresión de Beck, en la versión más ampliamente utilizada (Beck, 1961, Conde & Useros, 1976)

El objetivo general de este estudio es:

1. Construir un cuestionario que permita valorar la severidad, las áreas afectadas y la situación vital general de una persona atravesando por un episodio depresivo.

Como objetivos específicos se encuentran:

1. Analizar las cualidades psicométricas del instrumento.

II. MÉTODO

1. Participantes

Se utilizaron dos grupos para la validación del instrumento, escogidos por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia. El primero de ellos estuvo constituido por estudiantes de la Facultad de Educación de Ciudad Real, perteneciente a la Universidad de Castilla la Mancha y estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid. El segundo estuvo formado por población clínica, siendo obtenidos de entre los pacientes con algún diagnóstico de depresión de las clínicas del *Grupo ALBOR-COHS* de Madrid, Bilbao y Santander.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se tuvo en cuenta a los autores Woods, Habers y Cohan que recomiendan realizar de 5 a 7 aplicaciones por cada ítem o elemento del instrumento, para tener un buen dato estadístico (en Croker & Algina, 1986, p. 16). Según esto, el tamaño muestral del estudio tuvo en cuenta 6 aplicaciones por cada ítem que compone el instrumento, por lo que el número total de participantes es de 196.

De los 196 sujetos, 137 de ellos pertenecían a una muestra de población no clínica y 59 a la muestra de población clínica. Las edades oscilan entre los 18 y 76 años, con una distribución por sexos de 126 mujeres y 64 varones, con 7 participantes que no respondieron. En la muestra de población clínica, contábamos con diez pacientes con un

diagnóstico de depresión, 12 de ansiedad y 37 con trastornos diversos (fobia social, esquizofrenia, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno bipolar).

Tabla 1.
Resumen de las características de las muestras.

		Sexo		Edad			
		Hombres (n 64)	Mujeres (n 128)	Min	Max	Med	DE
No Clínica		33	100	18	37	20	20
	Depresión	3	7	19	59	34,5	33
Clínica	Ansiedad	4	8	16	47	27	28
	Otros	24	13	18	76	41	44

2. Materiales

Para llevar a cabo el estudio se empleó una versión del IDB (incluida en el anexo) de 19 ítems (Conde & Useros, 1974) y la versión del CVSD que se elaboró para este fin.

Desarrollo del CVSD

El diseño y elaboración del CVSD fue llevado a cabo por sus autores, E. M. García y A. Magaz y aún no ha sido publicado. Se desarrolló tras llevar a cabo una revisión exhaustiva de los distintos modelos explicativos de la Depresión, excluyendo los de naturaleza mentalista, y adoptando un punto de vista eminentemente empírico; esto es, asumiendo como modelo conceptual el que mejor se ajusta a la evidencia clínica.

Evidente y razonablemente cada uno de los diversos instrumentos empleados en clínica e investigación sobre los trastornos depresivos, se han basado en determinados modelos teóricos, asumidos por el profesional o investigador como el mejor modelo disponible para explicar la situación depresiva. Obviamente un instrumento elaborado de este modo debe poder evaluar la intensidad y amplitud del trastorno, tanto en el momento del diagnóstico, como los progresos en su tratamiento y consiguiente mejoría.

El modelo de elección para la construcción del CVSD ha sido el propuesto por Wolpe (1986), quien propusieron que la depresión sería uno de los posibles trastornos funcionales a los que se llega tras un proceso de estrés, bien agudo (breve duración y elevada intensidad) o bien crónico (larga duración con intensidad mantenida de manera variable). La puesta a prueba de este modelo requeriría evaluar, en cada situación depresiva, determinada como tal por criterios DSM-III/IV o CIE-10, si el paciente presenta una historia previa de estrés, cualquiera que fuera su naturaleza o intensidad. La puesta a prueba de esta premisa se llevaría a cabo mediante una evaluación tanto actual como retrospectiva de las respuestas de estrés del paciente. En caso de cumplirse la premisa, deberían ponerse de manifiesto un cierto número, significativo, de indicadores fisiológicos asociados comúnmente a situaciones de estrés. Si, por el contrario, el paciente con depresión no presentase tal número significativo de indicadores se debería rechazar esta premisa, como origen del trastorno.

Por otra parte, la característica esencial de la depresión, entendida como trastorno afectivo o del estado de ánimo, vendría confirmada por un grupo significativo de indicadores de estado de ánimo disfórico; esto es, de dificultad o incapacidad para reaccionar emocionalmente ante estímulos específicamente asociados a estados de alegría, ira, apetito, excitación sexual, y otros.

Además, prácticamente toda la investigación y evidencia clínica han puesto de manifiesto que las personas en situación depresiva indican la instauración de un conjunto de ideas o pensamientos “negativos”, valoraciones que indican baja valoración de sí mismas, escasa autoestima, mal autoconcepto, fracaso personal generalizado, y otras de la misma naturaleza sobre los demás, incluyendo un pesimismo generalizado sobre el futuro (Vázquez, 2005; Beevers, 2005; Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky, 2008)

Finalmente y tal como corresponde a un estado habitual de bajo nivel emocional, asociado en muchos casos a molestias físicas: cansancio, dolores articulares o musculares y a cogniciones pesimistas, la persona deprimida reduce significativamente su actividad motriz lo que conlleva reducción de las relaciones sociales, de las tareas domésticas o

laborales, permanencia en el hogar familiar sin salir a la calle a pasear, ir de compras,... (Vázquez, 2005)

En resumen, para la elaboración del CVSD se ha considerado que los componentes que permiten identificar un estado depresivo, de mayor o menor intensidad (leve, moderado o severo) serían cuatro grupos de indicadores: de estado de ánimo disfórico, cognitivos, fisiológicos, y de reducción de la actividad motriz.

De manera general, diversos instrumentos ampliamente utilizados en clínica e investigación ya incluyen estos tipos de indicadores. Sin embargo, la novedad del CVSD está constituida porque cada grupo de indicadores se considera independiente de los demás, habida cuenta de la naturaleza diferente de la variable que considera. Al construir el CVSD se ha tratado de elaborar un Perfil de Situación Depresiva, lo que permite al clínico valorar de una manera mucho más ajustada el significado de las puntuaciones proporcionadas por el instrumento.

Así, y a diferencia de otros instrumentos que proporcionan una puntuación global y unidimensional, resultado de sumar indicadores emocionales, cognitivos, fisiológicos y motrices, el CVSD, permite valorar por separado la intensidad de cada uno de tales grupos de indicadores.

La ventaja esperada con este método es doble. Por una parte, la evaluación de cada caso es mucho más ajustada a sus características personales, describiéndose mucho mejor su situación en el momento de acudir a consulta. El clínico puede valorar casos con muchos o pocos indicadores de estrés, con mayor o menor intensidad del estado afectivo, con más o menos ideas pesimistas y con mayor o menor reducción de la actividad física.

Este perfil, que en un caso pudiera estar descrito por la secuencia 6 – 5 – 4 - 4 y en otro por la secuencia 4 – 3 – 5 – 7, en un cuestionario tradicional proporcionaría la misma puntuación: 19, sin precisar la diferencia entre los indicadores fisiológicos, los afectivos, los cognitivos y los motrices.

Por otra parte, la evaluación diagnóstica, aún siendo importante, no constituye un fin en sí mismo, sino un medio para diseñar una estrategia terapéutica que debe ajustarse a las características del paciente y ser evaluada progresivamente para valorar la eficacia de la técnica terapéutica empleada.

En el caso de la intervención médica, si ésta solamente se reduce a la prescripción de fármacos, sirve para sugerir al profesional el tipo de fármaco, su asociación a otros, y la cantidad a prescribir, según se presenten más o menos indicadores fisiológicos y afectivos.

En el caso del psicólogo clínico la utilidad es aún mayor para el diseño de una estrategia terapéutica orientada a elegir una u otra técnica de control del estrés, de cambios cognitivos y de autocontrol físico.

Para la elaboración de cada grupo de indicadores se procedió, inicialmente, a la definición operativa de cada variable. Así, se definieron los siguientes:

Grupo 1. Indicadores fisiológicos de situaciones de estrés

Manifestaciones del sujeto referidas a observaciones habituales sobre sí mismo que se explican por estar expuesto a situaciones estresantes.

Grupo 2. Indicadores de estado de ánimo disfórico

Manifestaciones del sujeto referidas a observaciones habituales sobre sí mismo que describen una falta de reactividad emocional ante los acontecimientos vitales habituales.

Grupo 3. Indicadores de cogniciones negativas o pesimistas

Manifestaciones del sujeto referidas a observaciones habituales sobre sí mismo que describen la presencia de ideas o pensamientos que constituyen una valoración negativa/ pesimista de sí mismo y sobre su futuro.

Grupo 4. Indicadores de actividad física

Manifestaciones del sujeto referidas a observaciones sobre sí mismo que describen una reducción significativa de su actividad física habitual: laboral, familiar, social, etc.

A partir de estas definiciones operativas de cada grupo de indicadores, que se consideraron las variables a medir, se seleccionaron aquellas manifestaciones cuya presencia en otros cuestionarios de naturaleza similar eran más frecuentes. A este fin se analizaron los indicadores de los cuestionarios siguientes:

Para la selección de indicadores de estrés, se tomó en cuenta la Escala Magallanes de Estrés (García & Magaz, 2011) y el HDRS (Hamilton, 1967).

Para la selección de indicadores de estado de ánimo disfórico, se tomó en cuenta el IDB (Conde & Useros, 1978), el CET-DE (Alonso-Fernández, 1998), HADS (Zigmond & Snaith, 1983) y CES-D (Radloff, 1977)

Para la selección de indicadores cognitivos negativos, se tomó en cuenta el IDB (Conde & Useros, 1978), el CET-DE (Alonso-Fernández, 1998).

Para la selección de indicadores de actividad física reducida, se tomó en cuenta el IDB (Conde & Useros, 1978), el CET-DE (Alonso-Fernández, 1998) y el HDRS (Hamilton, 1967)

Mediante este procedimiento se construyeron cuatro grupos de indicadores, cada uno de los cuales estaba integrado por 12 indicadores. Una vez elaborado el Cuestionario en su forma piloto, se administró a una muestra de pacientes con diagnóstico de depresión en su forma leve o moderada, que acudían a consulta en tres centros clínicos diferentes de Madrid, Bilbao y Santander. La muestra piloto estuvo constituida por un total de 44 pacientes, de ambos sexos, 36 mujeres, de 26 a 54 años, y 8 hombres, de 44 a 52 años.

De las respuestas de esta muestra se seleccionaron los 8 indicadores de cada grupo con mayor frecuencia de aparición. Finalmente, se elaboró la versión final del Cuestionario, sobre la cual se han realizado los análisis que se presentan a continuación.

El Grupo 1 lo constituyen 8 indicadores fisiológicos:

1. Me cuesta conciliar el sueño/Tardo mucho en quedarme dormido/a
2. Me despierto dos o más veces durante la noche
3. Me despierto con la sensación de no haber descansado
4. Durante el día me siento cansado/a y sin fuerzas para hacer cosas
5. He perdido las ganas de comer (o se me han reducido bastante)
6. Tengo dolores frecuentes en brazos, piernas u otras partes del cuerpo
7. Me cuesta mucho concentrarme en algo: leer, ver la tv,...
8. Me despierto muy temprano y me cuesta mucho volver a dormirme

El Grupo 2, 8 indicadores de estado de ánimo disfórico:

9. Lloro o tengo ganas de llorar, sin motivo aparente
10. Me siento triste
11. No me enfado por casi nada (o por cosas que antes me irritaban)
12. He perdido el interés por el sexo (o me cuesta reaccionar en estas situaciones)
13. Ahora no me divierto con las cosas que antes me agradaban
14. Siento pesimismo o sensación de amargura
15. Soy incapaz de disfrutar con las cosas que antes me hacían sentirme bien
16. Casi todo el día siento ansiedad, tensión, angustia,...

El Grupo 3, 8 indicadores de cambios cognitivos:

17. Pienso que esto que me pasa no tiene solución/arreglo/cura
18. Me cuesta tomar decisiones
19. Me siento culpable de lo que me ocurre
20. Creo que no le importo a nadie
21. Creo que he fracasado en muchos aspectos de mi vida
22. Pienso que mis problemas se resolverían si me muriese /estaría mejor muerto

- 23. Me encuentro insatisfecho/a conmigo mismo/a
- 24. Me preocupa mucho esta situación y no puedo dejar de pensar en ello

El Grupo 4, 8 indicadores de cambios en la actividad diaria:

- 25. Me encuentro tan mal que no puedo trabajar o realizar mis tareas cotidianas
- 26. Me paso la mayor parte del día tumbado/a o sentado/a en el sofá
- 27. He reducido mucho mis relaciones sociales
- 28. Hablo mucho menos que antes
- 29. Ahora salgo mucho menos de casa
- 30. Camino y hago las cosas muy despacio
- 31. No hago prácticamente nada
- 32. Evito mantener conversaciones con amistades y familiares (no me apetece hablar con nadie)

Se optó por respuestas tipo Likert sin categoría central, valorados de 0 a 3 correspondientes a la frecuencia de ocurrencia del indicador correspondiente durante el mes anterior. Se utilizó el siguiente código:

- 0 para “No me sucede nunca”.
- 1 para “Me sucede en pocas ocasiones”.
- 2 para “Me sucede con bastante frecuencia”.
- 3 para “Me sucede prácticamente todos los días”.

3. Procedimiento

Para la realización de los análisis estadísticos, se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0.

El proceso de validación del instrumento se realizó en varias fases:

En primer lugar se procedió al análisis de los datos sobre los cuales se realizaron las pruebas de Consistencia Interna, índices de Homogeneidad y Análisis Factorial Confirmatorio con los datos obtenidos en el CVSD de ambos grupos de población.

En segundo lugar, con los datos obtenidos con el grupo constituido por población clínica, a los cuales se les administró el registro de información sociodemográfica y de salud, el CVSD y el IDB, fueron utilizados para realizar la Validación Concurrente entre los resultados del IDB, el Diagnóstico de Salud Mental y los resultados obtenidos por el CVSD.

Finalmente, en una última parte del proceso, se puso a prueba la validez discriminante del CVSD por medio de la comparación de medianas en cada una de las subescalas del CSVD entre el grupo de población no clínica y el de población clínica, así como entre los subgrupos según su diagnóstico. Adicionalmente se realizó la prueba de Análisis Discriminante utilizando como variables criterio el tipo de población al que pertenecían y el tipo de diagnóstico.

4. Resultados

i. Distribución de las puntuaciones del CVSD

Después de haber introducido los datos de respuesta de los participantes, se llevó a cabo una dicotomización de las respuestas, asignando un valor de 0 a las respuestas de 0 y 1 y una puntuación de 1 a las respuestas de 2 y 3. De este modo, al realizar la suma de puntuaciones para cada una de las subescalas, el resultado obtenido se puede atribuir inequívocamente a un número determinado de indicadores positivos y frecuentes y no a una combinación diversa de respuestas (tanto en tipo como en intensidad). De tal modo el rango de puntuaciones totales de las subescalas estuvo comprendido de 0 a 8, y sus Medias, Medianas y Desviaciones Estándar se distribuyen según la Tabla 2.

Tabla 2.

Estadísticos descriptivos de las subescalas del CSVD según el tipo de población.

		<i>M</i>	<i>Med</i>	<i>DE</i>
No Clínica	Fisiológicos	1,99	2,00	1,807
	Ánimo Disfórico	,96	,00	1,414
	Cambios Cognitivos	1,28	1,00	1,719
	Actividad Diaria	,74	,00	1,284
Clínica	Fisiológicos	2,68	2,00	2,396
	Ánimo Disfórico	2,27	2,00	2,016
	Cambios Cognitivos	2,46	2,00	2,466
	Actividad Diaria	2,03	1,00	2,498

La justificación para realizar esta dicotomización radica en los inconvenientes conocidos de las escalas Likert. Como forma de respuesta que se ofrece al sujeto resulta más cómoda que las afirmaciones simples de Sí y No, puesto que permite cierta flexibilidad en la respuesta (aún sin permitir optar con una categoría central). Una de las desventajas más destacadas matemáticamente es que, al tratarse de una escala ordinal, no es posible realizar sumas de las puntuaciones obtenidas, porque primero y segundo no es igual a tercero. Este fenómeno es debido a que no es posible demostrar que exista la misma distancia entre cada una de las afirmaciones cualitativas de la escala, dando lugar a un error al sumarse los números naturales que se han asignado a cada valor de respuesta de la escala Likert (entre los cuales sí que existe la misma distancia). Con la dicotomización, en la que se atribuye la existencia o no del indicador en la persona en el momento actual, en base a sus respuestas de nunca – pocas veces y bastantes veces – muchas veces. Se asume que es posible que verdaderamente haya un mayor grado de severidad en los casos en los que se contesta muchas veces frente a los de bastantes veces, pero no es posible asegurar que cuantitativamente tres respuestas de “Muchas veces” reflejen una severidad un 33% mayor que tres respuestas de “Bastantes veces”. En cambio, sí consideramos que la presencia *bastantes veces* o *casi siempre* de un indicador es más relevante que una presencia de *pocas veces* o *ninguna vez*.

Todas las subescalas mostraban unos índices de asimetría (ver Tabla 3) superiores a 1 en la mayoría de ellas y una curtosis superior a 0 en todas ellas. La prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov (ver Tabla 4) realizada para la distribución de puntuaciones en las cuatro subescalas en función del tipo de diagnóstico de los participantes rechazó la hipótesis de normalidad para los grupos *Sin Diagnóstico*

Clínico en todas las subescalas y *Otros Diagnósticos* para las subescalas de Ánimo Disfórico y Actividad Diaria. Se aceptó el supuesto de normalidad para la distribución de puntuaciones en todas ellas para los grupos de *Depresión* y *Ansiedad* y en las subescalas de Fisiológicos y Cambios Cognitivos del grupo con *Otros Diagnósticos*.

Tabla 3.

Índice de asimetría y curtosis de las subescalas del CSVD según el tipo de población.

		<i>Asimetría</i>	<i>Curtosis</i>
No Clínica	Fisiológicos	,758 ^a	-,308 ^b
	Ánimo Disfórico	2,092 ^a	4,624 ^b
	Cambios Cognitivos	1,584 ^a	1,882 ^b
	Actividad Diaria	2,375 ^a	6,526 ^b
Clínica	Fisiológicos	,473 ^c	-1,085 ^d
	Ánimo Disfórico	1,066 ^c	,453 ^d
	Cambios Cognitivos	,799 ^c	-,506 ^d
	Actividad Diaria	1,011 ^c	-,127 ^d

^a Error típico: ,207, ^b Error típico: ,411, ^c Error típico: ,311, ^d Error típico: ,613

Tabla 4.

Prueba de Normalidad de Kolmogov-Smirnov según el tipo de diagnóstico

Diagnóstico Clínico	Subescala	<i>N</i>	<i>Z</i>	<i>Sig.</i>
No Diagnóstico	Fisiológicos	137	2,128	,000
	Ánimo Disfórico	137	3,309	,000
	Cambios Cognitivos	137	3,119	,000
	Actividad Diaria	137	3,964	,000
Depresión	Fisiológicos	10	,779	,579
	Ánimo Disfórico	10	,630	,822
	Cambios Cognitivos	10	,791	,558
	Actividad Diaria	10	,490	,490
Ansiedad	Fisiológicos	12	,425	,994
	Ánimo Disfórico	12	,879	,423
	Cambios Cognitivos	12	,725	,670
	Actividad Diaria	12	,853	,461
Otros	Fisiológicos	39	1,203	,111
	Ánimo Disfórico	39	1,668	,008
	Cambios Cognitivos	39	1,229	,098
	Actividad Diaria	39	1,823	,003

La puntuación media de los ítems en población no clínica fue 0,14 con un mínimo de 0,2 y un máximo de 0,51. Para el caso de la población clínica la media fue de 0,29, con un mínimo de 0,12 y un máximo de 0,53 (consultar Tabla 3). En población clínica, los ítems con mayores puntuaciones medias fueron Tristeza, Fatiga, Percepción de Fracaso, Autodecepción y Rumiaciones.

Tabla 5.

Estadísticos para cada uno de los ítems del CVSD según el tipo de población.

	Grupo			
	No Clínico		Clínico	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Sueño	,36	,483	,36	,483
Despertar	,26	,438	,41	,495
Fatiga	,51	,502	,42	,498
Sensación de Cansancio	,31	,463	,39	,492
Pérdida de Apetito	,08	,273	,15	,363
Dolores	,11	,313	,32	,471
Pérdida de Concentración	,20	,399	,34	,477
Insomnio	,16	,368	,29	,457
Llanto	,18	,382	,20	,406
Tristeza	,11	,313	,53	,504
Irritabilidad	,25	,434	,31	,464
Desinterés Sexual	,07	,249	,19	,393
Apatía	,07	,249	,15	,363
Amargura	,12	,322	,36	,483
Anhedonia	,09	,284	,17	,378
Malestar	,09	,284	,37	,488
Pesimismo	,07	,249	,19	,393
Indecisión	,36	,483	,31	,464
Culpabilidad	,22	,415	,36	,483
Creencia de no Importar a Nadie	,12	,331	,14	,345
Percepción de Fracaso	,12	,331	,42	,498
Ideas de Suicidio	,04	,188	,17	,378
Autodecepción	,20	,399	,42	,498
Rumiaciones	,15	,362	,46	,502
Dificultad Laboral	,04	,188	,25	,439
Reducción de Actividad Diaria (I)	,12	,331	,25	,439
Desinterés Social	,15	,354	,41	,495
Mutismo	,08	,273	,25	,439
Encierro en Casa	,20	,399	,32	,471
Lentitud Motriz	,09	,284	,12	,326
Reducción de Actividad Diaria (II)	,06	,235	,17	,378
Evitación Familiar	,02	,147	,25	,439

ii. Consistencia Interna

La primera parte del análisis de los resultados consiste en estudiar la consistencia interna de las diferentes subescalas del CVSD, la primera de ellas la de los Indicadores Fisiológicos. Obtenemos un alfa de Cronbach de 0,724, en la cual únicamente aparece un elemento con una correlación corregida ítem-total inferior a lo aceptable (0,229), que es el ítem cinco, “He perdido las ganas de comer (o se me han reducido bastante)”.

Tabla 6.

Índices de Homogeneidad Corregidos para la subescala de Indicadores Fisiológicos

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 - Sueño	1,83	3,207	,374	,707
2 - Despertar	1,89	3,163	,435	,692
3 - Fatiga	1,71	2,936	,523	,671
4 - Sensación de Cansancio	1,86	2,919	,585	,657
5 - Pérdida de Apetito	2,09	3,725	,229	,727
6 - Dolores	2,02	3,333	,439	,693
7 - Pérdida de Concentración	1,95	3,295	,390	,701
8 - Insomnio	1,99	3,431	,333	,712

Para la segunda escala, Indicadores de Estado de Ánimo Disfórico, el alfa de Cronbach obtenido inicialmente fue de 0,719. Sin embargo, se encontró una nula correlación en esta subescala con el ítem 11, “No me enfado por casi nada (o por cosas que antes me irritaban)”. Si fuera eliminado de la escala, la consistencia interna mejoraría hasta 0,793.

Tabla 7.

Índices de Homogeneidad Corregidos para la subescala de Indicadores de Estado de Ánimo

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
9 - Llanto	1,17	2,336	,406	,692
10 - Tristeza	1,12	2,145	,516	,666
11 - Irritabilidad	1,09	2,828	-,038	,793
12 - Desinterés Sexual	1,25	2,537	,350	,703
13 - Apatía	1,26	2,501	,418	,692
14 - Amargura	1,16	2,117	,611	,645
15 - Anhedonia	1,24	2,306	,584	,660
16 - Malestar	1,18	2,137	,618	,644

En la tercera y cuarta subescalas, de Indicadores de Cambios Cognitivos e Indicadores de Cambios en la Actividad Diaria, los índices de consistencia interna fueron respectivamente 0,800 y 0,817, contando todos los elementos de cada una de ellas con elevados índices de homogeneidad corregida.

Tabla 8.

Índices de Homogeneidad Corregidos para la subescala de Cambios Cognitivos

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
17 - Pesimismo	1,54	3,471	,529	,778
18 - Indecisión	1,29	3,274	,381	,803
19 - Culpabilidad	1,38	3,211	,480	,784
20 - Creencia de no Importar	1,51	3,451	,481	,783
21 - Percepción de Fracaso	1,42	3,107	,610	,762
22 - Ideas de Suicidio	1,56	3,540	,548	,779
23 - Autodecepción	1,37	3,004	,626	,758
24 - Rumiaciones	1,39	3,153	,537	,774

Tabla 9.

Índices de Homogeneidad Corregidos para la subescala de Cambios de la Actividad Diaria

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
25 - Dificultad Laboral	1,04	2,691	,569	,792
26 - Reducción de Actividad Diaria (I)	,97	2,620	,494	,802
27 - Desinterés Social	,91	2,428	,573	,791
28 - Mutismo	1,01	2,590	,589	,788
29 - Encierro en Casa	,90	2,416	,570	,792
30 - Lentitud Motriz	1,04	2,850	,412	,811
31 - Reducción de Actividad Diaria (II)	1,05	2,772	,512	,800
32 - Evitación Familiar	1,05	2,690	,607	,788

En resumen, los datos obtenidos acerca de la consistencia interna son buenos y muy similares a los encontrados en la literatura acerca del Inventario de Depresión de Beck (con alfa de Cronbach entre 0,78 y 0,92, véase Beck, Steer y Garbin, 1988; Sanz y Vázquez, 1998).

iii. Validación

Análisis Factorial Confirmatorio

A pesar de los diversos intentos llevados a cabo al respecto, ha resultado imposible una solución factorial que fuera congruente con los planteamientos teóricos y parsimoniosa a su vez. Consideramos que este resultado se puede explicar porque las cuatro subescalas de la prueba no se constituyen ni como factores, ni como dimensiones de un constructo teórico. El criterio de agrupación de los ítems al diseñar cada una de las subescalas ha sido la pertenencia a una misma categoría tipológica, por lo tanto, los resultados obtenidos no permiten asegurar que el CVSD tenga una estructura factorial congruente y parsimoniosa con su fundamento conceptual.

No obstante, sí hubo trabajos, como el de Golin y Hartz (1979), que encontraron una factorización de su muestra de estudiantes universitarios usando el IDB, en la que encontraron un único factor consistente al que denominaron *desesperanza*; o el estudio de Weckowicz et al. (1967) en el que trabajando con una muestra de pacientes depresivos, encontraron tres factores a los que denominaron *depresión con culpa*, *retardo psicomotor* y *alteraciones somáticas*. En la validación española del IDB-II (IDB-II; Beck, Steery, Brown, 1996) realizada por Sanz, Perdigón Y Vázquez (2003) obtuvieron una solución bifactorial con una prueba aplicada a población general. Considerando otra posible agrupación de factores, realizamos un análisis factorial de ejes principales rotados con un procedimiento oblicuo (*promax*), con el que se obtuvo la solución factorial rotada de la Tabla 13. La elección de una rotación oblicua está justificada desde el punto de vista teórico, pues en el no se prevé la existencia de factores independientes y, por tanto, independientes, en el caso de los indicadores de la depresión. Por otro lado, estadísticamente queda justificado este tipo de rotación dada a la correlación existe entre los factores obtenidos: el primero de 0,715 con el segundo y de 0,614 con el tercero y de 0,625 entre estos dos últimos.

Tabla 10.

Resultados del análisis factorial sobre las puntuaciones del CSVD

	Factor*		
	1	2	3
Sueño	,038	-,021	,379
Despertar	,043	-,054	,506
Fatiga	,150	-,087	,505
Sensación de Cansancio	,190	,009	,568
Pérdida de Apetito	-,175	,411	,093
Dolores	,184	,267	,244
Pérdida de Concentración	,187	,124	,263
Insomnio	-,275	,135	,531
Llanto	,218	,247	,078
Tristeza	,489	,202	-,013
Irritabilidad	-,116	-,066	,195
Desinterés Sexual	,077	,062	,294
Apatía	-,224	,638	,139
Amargura	,462	,208	,143
Anhedonia	,125	,473	,151
Malestar	,316	,151	,373
Pesimismo	,709	-,025	-,130
Indecisión	,357	-,069	,163
Culpabilidad	,666	-,316	,130
Creencia de no Importar	,447	,188	-,111
Percepción de Fracaso	,760	-,140	-,000
Ideas de Suicidio	,832	-,086	-,208
Autodecepción	,694	-,066	,047
Rumiaciones	,532	,084	,113
Dificultad Laboral	,462	,307	-,028
Reducción de Actividad Diaria (I)	,319	,454	-,213
Desinterés Social	,196	,324	,200
Mutismo	-,045	,669	,054
Encierro en Casa	-,035	,491	,220
Lentitud Motriz	-,191	,657	-,052
Reducción de Actividad Diaria (II)	,184	,590	-,234
Evitación Familiar	,186	,621	-,171

Nota. Se presentan en negrita las saturaciones > 0,40. *Matriz de configuración tras rotar, mediante rotación oblicua promax, los tres factores extraídos con el método de ejes principales.

iv. Validez de Convergente

Confirmada la consistencia interna de las diversas subescalas de la prueba, procedemos a confirmar que guardan correlación lineal entre ellas y con los resultados de los IDB aplicados en población clínica, usando la prueba de correlación de Pearson. Los resultados obtenidos se resumen en la Tabla 11.

Tabla 11.

Correlaciones de Pearson entre subescalas del CVSD y el IDB.

	Fisiológicos	Ánimo Disfórico	Cambios Cognitivos	Actividad Diaria
Ánimo Disfórico	,634(*)			
Cambios Cognitivos	,517(*)	,661(*)		
Actividad Diaria	,575(*)	,695(*)	,624(*)	
Inventario de Depresión de Beck	,744(*)	,692(*)	,746(*)	,752(*)

* $p < 0,01$ (bilateral).

Con respecto a las correlaciones entre las diferentes subescalas del CVSD y el IDB, hallamos una correlación positiva, elevada y significativa para todas ellas (superiores a 0,7), excepto con la subescala de “Indicadores de estado de ánimo disfórico” (levemente inferior). Esta puntuación levemente inferior puede deberse al ítem “Irritabilidad” del CVSD, el cual no correlacionaba con su propia subescala. De hecho, tras realizar un análisis de correlación de Pearson entre el IDB y la subescala “Indicadores de ánimo disfórico” eliminando dicho ítem, el índice aumenta hasta 0,720.

v. Análisis de Sensibilidad

Para comparar la diferencia de resultados en las subescalas del CVSD entre la población clínica y no clínica, realizamos inicialmente un análisis de sus estadísticos descriptivos, en primer lugar agrupando los resultados por tipo de población y, seguidamente, por clase de diagnóstico. Los resultados obtenidos en las diferentes

subescalas tomando como criterio de agrupación el tipo de población al que pertenecían los datos ya fueron recogidos en la Tabla 2. En la Tabla 12 se recogen los estadísticos de las diferentes subescalas según el diagnóstico clínico.

Tabla 12.

Estadísticos descriptivos de las diferentes subescalas del CVSD según tipo diagnóstico.

Diagnóstico Clínico	Subescala	N	Rango	M	DE
No Diagnóstico	Fisiológicos	137	7	2,00	1,808
	Ánimo Disfórico	137	7	,97	1,419
	Cambios Cognitivos	137	7	1,30	1,728
	Actividad Diaria	137	7	,75	1,283
Depresión	Fisiológicos	10	6	3,60	2,547
	Ánimo Disfórico	10	8	3,60	3,098
	Cambios Cognitivos	10	8	3,30	3,368
	Actividad Diaria	10	8	3,40	3,098
Ansiedad	Fisiológicos	12	8	4,00	2,486
	Ánimo Disfórico	12	6	3,42	2,065
	Cambios Cognitivos	12	8	3,17	2,657
	Actividad Diaria	12	8	3,17	3,326
Otros	Fisiológicos	39	7	1,94	2,110
	Ánimo Disfórico	39	4	1,50	1,159
	Cambios Cognitivos	39	7	1,94	2,056
	Actividad Diaria	39	6	1,28	1,684

Aunque a simple vista se aprecian diferencias significativas a la hora de responder a las diferentes subescalas en función del tipo de población al que se pertenezca y también al tipo de diagnóstico clínico, es necesario contar con alguna prueba estadística que nos informe de la significación de esta diferencia de medidas. Dado que los resultados de los grupos *Sin Diagnóstico Clínico* y *Otros Diagnósticos* no cumplen criterios de normalidad para todas las subescalas según la prueba de Kolgomorov-Smirnov (ver Tabla 13), es necesario usar una prueba no paramétrica. Para este fin se usó la prueba de Kruskal-Wallis para concluir si la diferencia de medianas era significativa entre los diferentes grupos diagnóstico y, posteriormente, la prueba de Dunn para verificar entre qué grupos existían diferencias. Al realizar la prueba, obtenemos diferencias significativas ($p < .05$) para todas las subescalas.

Tabla 13.

Prueba de Normalidad de Kolmogov-Smirnov según el grupo.

Grupo	Subescala	N	Z	Sig.
No Diagnóstico	Fisiológicos	137	2,128	,000
	Ánimo Disfórico	137	3,309	,000
	Cambios Cognitivos	137	3,119	,000
	Actividad Diaria	137	3,964	,000
Con Diagnóstico	Fisiológicos	61	1,397	,040
	Ánimo Disfórico	61	1,648	,009
	Cambios Cognitivos	61	1,516	,020
	Actividad Diaria	61	2,049	,000

Sin embargo, cuando estudiamos entre qué grupos existen estas diferencias significativas entre medianas, en las cuatro subescalas, con la prueba *post hoc* de Dunn, se obtienen datos algo dispares a los obtenidos por la Prueba de Kruskal-Wallis.

Tabla 14.

Prueba de Kruskal-Wallis de igualdad de medianas en las subescalas según tipo de diagnóstico.

	Fisiológicos		Ánimo Disfórico		Cambios Cognitivos		Actividad Diaria	
	χ^2	Sig.	χ^2	Sig.	χ^2	Sig.	χ^2	Sig.
Diagnóstico	11,628	,009	32,035	,000	11,365	,010	13,031	,005

3 grados de libertad

Tabla 15.

Diferencias teóricas entre grupos según la prueba de Dunn

n_i	n_j Grupos	10	12	36
		Depresión	Ansiedad	Otros
138	No Diagnóstico	49,01	45,04	28,01
10	Depresión		64,08	53,50
12	Ansiedad			49,88

Tabla 16.

Diferencias reales encontradas entre grupos según la prueba de Dunn en las diferentes subescalas.

Subescala	\bar{R}_i		Depresión	Ansiedad	Otros
		\bar{R}_j	130,2	140,71	89,5
Fisiológicos	94,88	No Diagnóstico	35,32	45,83*	5,38
	130,2	Depresión		10,51	40,7
	140,71	Ansiedad			51,21*
		\bar{R}_j	135,3	159,88	116,9
Ánimo disfórico	85,7	No Diagnóstico	49,6*	74,18*	31,2*
	135,3	Depresión		24,58	18,4
	159,88	Ansiedad			42,98
		\bar{R}_j	125,4	133,29	108,76
Cambios Cognitivos	90,85	No Diagnóstico	34,55	42,44	17,91
	125,4	Depresión		7,89	16,64
	133,29	Ansiedad			24,53
		\bar{R}_j	134,75	129,88	105,35
Actividad Diaria	91,36	No Diagnóstico	43,39	38,52	13,99
	134,75	Depresión		4,87	29,4
	129,88	Ansiedad			24,53

*Diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,004$)

En la subescala primera, de Indicadores Fisiológicos, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el grupo Sin Diagnóstico Clínico y el grupo Diagnóstico de Ansiedad, así como entre éste último y el de Otros Diagnósticos. Especialmente destacable es haber encontrado diferencias significativas en las puntuaciones en esta escala entre el grupo Sin Diagnóstico Clínico y el grupo con Diagnóstico de Ansiedad, dado que estos indicadores fisiológicos son característicos de un trastorno por estrés.

Seguidamente, la subescala que mejor diferencia al grupo Sin Diagnóstico Clínico y a todos los demás es la segunda, “Indicadores de Estado de Ánimo Disfórico”, con diferencias significativas de medianas con todos los grupos con diagnóstico clínico. Por otra parte no se encontraron diferencias significativas entre estas medianas en los grupos clínicos.

En el caso de las subescalas “Indicadores de Cambios Cognitivos” e “Indicadores de Cambios de Actividad Diaria”, hemos encontrado diferencias en los

resultados ofrecidos por la prueba de Kruskal-Wallis y los correspondientes a la prueba de Dunn. En la primera sí se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, sin considerar entre cuáles existen tales diferencias. En la segunda (Dunn) no aparecen diferencias significativas entre ningún par de grupos (considerados dos a dos).

La siguiente prueba realizada fue el análisis discriminante, llevado a cabo en dos partes. En la primera de ellas, se realizó un análisis discriminante con el CVSD para diferenciar a población no clínica de la población clínica. De dicho análisis se identificó como los ítems que mejor discriminaban entre ambos tipos de poblaciones a los siguientes (entre paréntesis sus coeficientes canónicos tipificados de la función discriminante): Tristeza (0,56), Evitación Familiar (0,5), Percepción de Fracaso (0,47), Malestar (0,32), Llanto (-0,28), Creencia de no Importar (-0,28), Indecisión (-0,36) y Fatiga (-0,38). La función discriminante obtenida podía clasificar correctamente a los casos no clínicos en un 94,9%; sin embargo en el acierto de clasificación de casos clínicos únicamente acertaba en un 40,7%.

En el segundo análisis discriminante se buscaron los ítems más relevantes para diferenciar a los diagnósticos de depresión entre la población clínica. De dicho análisis se identificaron como ítems que mejor discriminaban a la población con diagnóstico de depresión de los otros: Anhedonia (0,91) y Tristeza (0,25). Con la función discriminante obtenida se clasifica correctamente al 100% de los diagnósticos clínicos que no eran ni depresión ni ansiedad, y clasificaba como casos de depresión al 50% de los que efectivamente lo eran y al 33,3% por los casos de ansiedad.

5. Discusión

A tenor de los resultados obtenidos, apreciamos que muchos de ellos son congruentes con las expectativas que teníamos acerca de ellos, incluso para algunos de los casos que presentan irregularidades. Cabe señalar las congruencias de resultados obtenidos en anteriores investigaciones con el Inventario de Depresión de Beck llevadas a cabo en España y otros países.

Dentro de estas congruencias anteriormente señaladas, el caso de que aparezca el ítem de Fatiga como uno de los de mayor puntuación es congruente con los datos obtenidos por el estudio de Sanz y Vázquez (1998) en el que realizaban el estudio de fiabilidad y validez de la versión española del IDB de 1978 en población clínica.

Dentro de los análisis de consistencia interna, se encontraron algunos resultados anómalos. En la subescala de Indicadores Fisiológicos, el índice de Homogeneidad Corregida del ítem correspondiente a la “Pérdida de Apetito” es inferior a lo aceptable. Este dato es congruente con los obtenidos en el estudio de validación de la versión de 1978 del IDB realizado por Sanz y Vázquez (1998), en el cuál obtuvieron una correlación corregida ítem-total de 0.29 para el ítem 18, “Pérdida de apetito”. Es preciso mencionar que este ítem fue modificado en la versión más actual del IDB (el IDB-II), para incluir valoraciones tanto acerca del aumento como la disminución del apetito. En el momento de realizar este trabajo desconocemos los motivos que llevaron a los autores de dicha modificación a llevarla a cabo, pero podemos especular que fue debido a los hallazgos similares al del presente trabajo. Desde un punto de vista conceptual, es congruente considerar que si la depresión está asociada a estados de ansiedad, estos pueden generar en algunos casos aumento del apetito y en otros un aumento. Dada esa diversidad de situaciones, de signo contrario (unas veces aumentando y otras disminuyendo, a pesar de encontrarse dentro de una situación análoga) es razonable considerar que los índices de correlación se vean afectados, a pesar de que el ítem tiene validez de contenido y es pertinente.

De modo similar al anterior, el ítem Irritabilidad de la subescala de Indicadores de Estado de Ánimo arroja un índice de Homogeneidad Corregido muy bajo y negativo, lo cuál sería motivo de eliminarlo de la escala. Sin embargo, consideramos no hacerlo y

buscar una modificación para el mismo, dado que este dato anómalo podría explicarse conceptualmente. Esto es: las diferentes versiones del IDB recogen unos ítems contradictorios acerca de la irritabilidad del sujeto que van desde el menos significativo (0 puntos) “No estoy más irritable que normalmente” al más significativo (3 puntos) “Ya no me enfada ni lo que antes me irritaba”, según un gradiente que parece reflejar una irascibilidad creciente, aunque precisamente el que señala un estado depresivo más severo es la ausencia misma de irritabilidad. Un ítem de interpretación tan compleja hacía previsible que fuera difícil encontrar una elevada correlación con el total de esta escala excepto que todos los sujetos clínicamente deprimidos estuvieran viviendo un episodio severo. Por lo tanto, es un ítem que decidiremos mantener en la escala por su elevada utilidad para detectar un estado depresivo severo, a pesar de su escaso valor estadístico.

Los buenos resultados de la consistencia interna de las subescalas del CVSD son especialmente significativos debido al bajo número de ítems con el que cuentan, ocho cada una frente a los 21 ítems de los IDB mencionados en las anteriores investigaciones, dado que es un fenómeno conocido que el alfa de Cronbach aumenta al incrementarse el número de ítems de diseño similar en una escala (Morales, Usora y Blanco, 2003).

Con respecto a la búsqueda de una estructura factorial para la escala en el análisis factorial confirmatorio, el hecho de que no fuera posible encontrar una estructura congruente teóricamente nos llevó a rechazar dicho análisis. Al indagar más en una posible estructura factorial de los datos, se buscó encontrar similitudes con otras halladas en estudios similares realizados con el IDB. En la solución factorial encontrada durante este proceso, se encontraron similitudes con anteriores trabajos. Por el tipo de elementos que saturan en cada factor, podría considerarse una solución muy similar a la propuesta por el estudio de Weckowicz, Muir y Cropley (1967), en la que encontramos que siete de los ocho elementos cognitivos y dos de estado anímico (Tisteza y Amargura) saturan en el primer factor (asemejables a su depresión con culpa); que seis de los ocho elementos de actividad diaria y dos de estado anímico (Apatía y Anhedonia) saturan juntos en el segundo factor (retardo psicomotor); y finalmente los indicadores fisiológicos relacionados con la fatigabilidad y el sueño/insomnio (equiparables a su factor *alteraciones somáticas*) saturan juntos cuatro de ellos en el tercer factor.

También hallamos resultados equiparables a otras investigaciones en el estudio de sensibilidad. Aunque estos datos no son completamente comparables, en el trabajo de Vázquez y Sanz (1998) se informaba de que los ítems del IDB que mejor diferenciaban población deprimida de la no deprimida eran (entre otros ocho más), Sentimiento de Fracaso, Indecisión, Llanto y Desinterés Social, los cuales coinciden conceptualmente con nuestros ítems de Percepción de Fracaso, Indecisión, Llanto y Evitación Familiar, respectivamente, que también aparecen en nuestra función discriminante. Citando también el mismo trabajo, los datos de nuestra función discriminante para diferenciar los casos de población clínica deprimida de los demás casos también fueron congruentes. En su caso, al igual que en el nuestro, los ítems más relevantes en la función discriminante para diferenciar casos de depresión y los que no, fueron el de Tristeza, Fatiga e Insatisfacción (equivalente al de Anhedonia, del CVSD). Esta concurrencia no es de extrañar, dado que ambos ítems reflejan características esenciales del estado depresivo: estado de ánimo triste o pérdida de interés/placer según el diagnóstico del estado depresivo mayor del DSM-IV y DSM-IV TR (APA, 2000).

De los resultados obtenidos se observa que, si bien todas las subescalas guardan una correlación positiva y significativa entre sí, ésta es solo moderada (las correlaciones oscilan entre 0,517 y 0,695). Este resultado podría ser congruente con nuestra expectativa teórica. Si bien todas las subescalas forman parte de los componentes característicos de la depresión, no todos aparecen en todas las fases de la depresión ni en igual intensidad, por lo que difícilmente podría encontrarse una correlación muy elevada. Ese sería un resultado más congruente con la hipótesis de la continuidad de Beck, que define a la depresión como un continuo. Sin embargo, consideramos razonable especular que algunos componentes investigados con los ítems del CVSD son característicos únicamente de las depresiones severas y otros de los estadios de depresión leve o depresiones subclínicas. Lo cual dificulta el intento de establecer unos puntos de corte numéricos en la puntuación de esta escala para diferenciar grados de severidad de una depresión y que realmente requeriría del juicio de un profesional especializado, lo que parece ir en la línea del futuro manual diagnóstico de la CIE-11 para profesionales, según E. Taylor (comunicación personal, 18 de julio de 2013).

Asimismo, como el modelo teórico utilizado permitía esperar también, la diferencia mínima en esta subescala se da entre los grupos de Diagnóstico de Ansiedad y Diagnóstico de Depresión, puesto que según el modelo propuesto el estado depresivo sería subsiguiente a una situación de ansiedad, constituyendo un trastorno funcional por estrés. Este resultado también sería previsto desde el Modelo Tripartito, según la cual los elementos del Afecto Negativo serían comunes a los casos de Depresión y Ansiedad.

IV. CONCLUSIONES

El objetivo primordial de los instrumentos que evaluaban depresión era precisamente ese: diagnosticar la presencia/ausencia de una depresión en un paciente y poder valorar su gravedad. Este modelo era muy acorde a la corriente y tradición seguida de forma general en el mundo de la salud y la psicología clínica; el abanderado por la APA y el DSM, de criterios estadísticos para el diagnóstico, puntos de corte y clasificación de enfermedades. No obstante, en el mismo año de publicación de este trabajo ha sido presentado el DSM-V, que parece poder dar lugar un punto de inflexión en la forma de trabajar por parte de los profesionales de la salud mental, puesto que ha coincidido con la declaración de National Institute of Mental Health (NIMH) de la retirada del DSM-V de sus planteamientos e instrumentos diagnósticos. Una evaluación global, menos pensada desde el punto de vista de “cumplir criterios” para el diagnóstico de una “categoría de trastorno o enfermedad”, y centrada más en las particularidades y circunstancias del paciente, un modelo más humanista y psicológico (a la vez que menos médico). Consideramos que el CVSD puede aportar con mayor facilidad que el resto de escalas anteriores (por su propósito y diseño) datos para evaluar de forma global la situación que vive y atraviesa una persona que “vive” una depresión. Esta información sería útil a partes iguales para diagnosticar y valorar la gravedad, como el resto de escalas, pero aportando una descripción más precisa y ordenada de las peculiaridades de cada situación, pudiendo comprobar mejor su evolución y progresos.

Asimismo, consideramos que el CVSD es un instrumento que puede ser de gran interés para la investigación futura de depresión. El diseño del mismo que, deliberadamente, separa los diferentes tipos de indicadores de una situación depresiva, puede facilitar la apertura de diversas líneas de investigación.

1. El estudio de fiabilidad del CVSD no ha buscado un índice de consistencia interna global, en función del supuesto de que el instrumento consta de cuatro escalas de naturaleza diferente, cuyas relaciones deben ponerse de manifiesto mediante un estudio de relaciones entre ellas. En este sentido, los diferentes índices de *consistencia de interna* de cada escala han resultado muy satisfactorios. Estos índices de consistencia interna del CVSD son buenos y se asemejan a los obtenidos por el IDB en diferentes

estudios. Con la excepción de los ítems Pérdida de Apetito y el de Irritabilidad, las intercorrelaciones de todos los ítems dentro de sus respectivas escalas son buenas.

2. Las subescalas del CVSD tienen una buena validez convergente con el IDB, con índices de correlación positivos y elevados con este instrumento.

3. Respecto a la sensibilidad, las subescalas de indicadores fisiológicos y la de estado de ánimo han resultado ser las más adecuadas para diferenciar a los trastornos depresivos y de ansiedad de todos los demás casos. Los ítems de Anhedonia y Tristeza se han destacado como fundamentales para discriminar entre los casos clínicos a los sujetos deprimidos de los demás, lo que concuerda con los criterios diagnósticos del DSM-IV TR.

4. Habiendo separado conceptualmente los indicadores según la clase de respuesta, ésto nos ha permitido constatar las diferencias existentes entre poblaciones clínica y no clínica, encontrando que éstas no difieren significativamente en los indicadores cognitivos ni conductuales. Estos resultados apoyan la hipótesis de que el trastorno depresivo no conlleva por naturaleza cogniciones específicas y exclusivas, no pudiendo por ello ser indicadores primarios de la presencia de este trastorno. De forma similar, podríamos afirmar que la inhibición conductual tampoco es específica de este trastorno.

5. Las subescalas en las que se encontraron diferencias significativas entre grupos fueron las de indicadores fisiológicos ligados y los del estado de ánimo. Los datos establecen una diferencia clara entre no pertenecer al grupo de pacientes clínicos o pertenecer a él en función de las respuestas a la subescala de estado de ánimo. Asimismo, la escala de indicadores fisiológicos parece discriminar adecuadamente entre los casos de ansiedad y otros trastornos clínicos o la ausencia de los mismos.

6. El que no existan diferencias significativas en la escala de indicadores fisiológicos entre los grupos diagnosticados de depresión y ansiedad clínicas, puede ser un indicador que refuerza el modelo explicativo de la depresión apuntado por Wolpe, J. y Paul, G.

7. Las conclusiones anteriores deben tener en cuenta las limitaciones del estudio. En primer lugar, la muestra utilizada siguió un criterio de selección no aleatorizado y por conveniencia. Una selección de muestreos aleatorios mejoraría la fiabilidad de los resultados de esta investigación. En segundo lugar, la muestra de población clínica es muy pequeña, en especial el número de casos de diagnósticos de depresión. En este sentido, un aumento del número de participantes de población clínica en todos los grupos, pero fundamentalmente en el de depresión, aumentaría la calidad de esta investigación. Finalmente, como recomendación para futuras investigaciones, deseáramos incluir una categorización de los casos diagnosticados de depresión según un gradiente de intensidad de leve, moderada y severa, atendiendo a criterios normativos DSM-IV TR, con el fin de realizar un análisis de resultados en las respuestas del CVSD en función de la gravedad con la que cursa el trastorno.

V. REFERENCIAS

- Agenda Española de Medicamentos (2005). *Comunicación Sobre Riesgos de Medicamentos para profesionales sanitarios. Ref: 2005/09. Nota Informativa. Uso de Medicamentos Inhibidores de la Recaptación de la Serotonina (ISRS) y otros Antidepresivos en Niños y Adolescentes* (http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2005/NI_2005-09_ISRS_antidepresivos.htm)
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3º ed revisada)*. Washinton, DC: APA (Trad. Esp. En Barcelona: Masson, 1980).
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3º ed)*. Washinton, DC: APA (Trad. Esp. En Barcelona: Masson, 1989)
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4º ed)*. Washinton, DC: APA (Trad. Esp. En Barcelona: Masson, 1996).
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4º ed revisada)*. Washinton, DC: APA (Trad. Esp. En Barcelona: Masson, 2002)
- Ashcroft, G. W. & cols (1966). 5-hydroxyindole compounds in the cerebrospinal fluid of patients with psychiatric or neurological diseases. *The Lancet*. Nov. 12, 1049-1051.
- Bas, F. y Andrés, V. (1996). Evaluación de la severidad y análisis funcional de la depresión. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Siera (Eds). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 179-226). Madrid: Siglo XXI.
- Bland, R.C. (1997). Epidemiology of affective disorders: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 367-377.
- Blatt, S. J., Zuroff, D.C, Bondi, C.M., Sanislow, C.A. & Pilkonis, P.A. (1998). When and how perfectionism impedes the brief treatment of depression: Further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 423-428.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M, Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch. Gen Psychiatry*, 4, 561-571

- Beck, A. T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, E. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford. (Trad. Esp. en Bilbao: Desclée de Brower. 1983)
- Beck, A. T. & Steer, R.A. (1993). *Beck Depression Inventory: Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R.A. & Brown, G.K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition: Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R.A. & Garbin, M.C. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8. 77-100
- Thompson C. (1989). Anxiety. En: Thompson C. (ed.). *The instruments of psychiatric research*. New York: Wiley.
- Bourne, H.R. & cols (1968). Noradrenaline, 5-hydroxytryptamine, and 5-hydroxyindoleacetic acid in hindbrains of suicidal patients. *The Lancet*. Oct. 12, 805-808.
- Cannon, W. B. (1926). Physiological regulation of normal states: some tentative postulates concerning biological homeostatics. *A. Pettit (ed.). A Charles Richet : ses amis, ses collègues, ses élèves, p. 91.* Paris: Éditions Médicales.
- Cannon W.B. (1929). Organization For Physiological Homeostasis. *Physiol Rev.* 9, 399-431.
- Cautela, J.R. (1966). Treatment of compulsive behavior by covert sensitization. *Psychological Record*, 16, 33-41.
- Carroll, B., Fielding, J.M. & Blashky, T.G. (1973). Depression rating scales. *Archives of General psychiatry*, 28, 361-366.
- Cantwell, D. & Carlson, G.A. (1983). *Affective disorders in childhood and adolescents: An update*. New York, SP Medical & Scientific Books.
- Conde V, Useros E. (1974) El inventario para la medida de la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*; 12, 153-167
- Coppen, A., Brooksbank B.W.L. & Peet, M. (1972). Tryptophan concentration in the cerebrospinal fluid of depressive patients. *The Lancet*, June 24, 1393.

- Crocker, L. & Algina, J. (1986). *Introduction to classical and modern test theory*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Depue, R.A. & Monroe, S.M. (1978). Learned helplessness in the perspective of the depressive disorders: Conceptual and definitional issues. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 3-20.
- García, E.M. (2008). *Manual de Referencia del Módulo de Técnicas Cógnitiva, Máster en Psicología Univerdiad Internacional Menéndez Pelayo*. Madrid, Autor.
- García, E.M., Magaz, A. (1998). *Escala Magallanes de Estrés: EMEST. Manual de Referencia*. Bilbao, España: Grupo ALBOR-COHS.
- García, E.M., Magaz, A. (2009). *¿Cuestionario Como Valorar Test Psicométricos? Errores Conceptuales y Metodológicos en la Evaluación Psicoeducativa*. Bilbao, España: Grupo ALBOR-COHS.
- Golin, S. Hartz, M. A. (1979). A factor analysis of the Beck Depression Inventory in a mildly depressed population. *Journal of Clinical Psychology*, 35 (2), 322-325
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62
- Hammen, C. (1991). Generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 555-561.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 293-319.
- Heiby, E. M. & García, J. (1994). Evaluación de la Depresión. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.). *Evaluación Conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Jiménez, G. J. (2002). *La depression desde una perspectiva tridimensional: elaboración de un instrumento de medida*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, España.
- Kessler, R. C., Zhao, S., Blazer, D.G. & Swartz, M. (1997). Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey. *Journal of Affective Disorders*, 45, 19-30
- Maier, S. F. & Seligman, M. E. P. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 105, 3-46.
- Morales, P., Urosa, B. & Blanco, A. (2003). *Construcción de escalas de actitudes tipo Likert. Una guía práctica*. Madrid: La Muralla.

- Muñiz, J. y Fernández-Hermida, J.R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. *Papeles del Psicólogo*, vol. 31, 1. 108-121.
- Polaino, A. y Vázquez, C. (1981). Indefensión Aprendida (Learned Helplessness): Un modelo experimental animal. *Psyquis*, 2, 169-180.
- Radloff, L. S., (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Ruiz, J.A. & Bermudez, J. (1989). Consideraciones entorno al Beck Depression Inventory como instrumento de identificación de sujetos depresivos en muestras subclínicas. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment*, 5, 255-2572.
- Sanz, J. & Vázquez, C. (1998). El Inventario para la Depresión de Beck (BDI) como instrumento para identificar sujetos deprimidos y no deprimidos en la investigación psicopatológica: Fiabilidad, validez y datos normativos en muestras universitarias. *Psicothema*, 10, 303-318.
- Sanz, J., Navarro, M.E. & 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., Perdígón, A.L. & 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.
- Seley, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Tennen, H., Hall, J.A. y Affleck, G. (1995). Depression research methodologies in the Journal of Personality and Social Psychology: A review and critique. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 870-884.
- Üstün, T. B. & Kessler, R.C. (2002). Editorial: Global burden of depressive disorders: the issue of duration. *British Journal of Psychiatry*, 181, 181-183.
- Valdés, M. & Flores, T.(1985). *Psicobiología del estrés*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Vázquez, C. (1986). Escalas evaluadoras de la depresión: Limitaciones conceptuales y metodológicas. *Revista de Psicología General Aplicada*, 41, 101-113.
- Vázquez, C. & Sanz, J. (1995). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds), *Manual de Psicopatología*, vol. 2 (pp. 299-340). Madrid: McGraw-Hill.
- Vázquez, C., Hernangómez, L., Nieto, M. & Hervás, G. (2006). *La evaluación de la depresión en adultos*. En V. Caballo (ed.), *Manual para la evaluación clínica de*

- los trastornos psicológicos: Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos (pp. 89-114) Madrid: Pirámide
- Vredenburg, K., Flett, G.L. & Krames, L. (1993). Analogue versus clinical depression: A critical reappraisal. *Psychological Bulletin*, 113, 327-344.
- Weckowicz, T. E., Muir, W. & Croypley, A. J. (1967). A factor analysis of the Beck Inventory of Depression. *Journal of Consulting Psychology*, Volume 31, issue 1 (February), 23-28
- Wolpe, J. (1986). The positive diagnosis of neurotic depression as an etiological category. *Comprehensive Psychiatry*. Sep-Oct; 27(5), 449-460
- Wolpe, J. (1988). The renaissance of neurotic depression: its varied dynamics and implications for outcome research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, October, 176 (10), 607-613.
- World Health Organization (1998). *International Classification of Diseases 10th Revision Procedure Classification System*. Ginebra, Suiza : Autor.
- World Health Organization (2001). *The World health Report 2001. Mental Health: New understanding, new hope*. Ginebra, Suiza : Autor.
- Zigmond, A.S. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol 67(6), 361-370
- Zung, W.W. K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry* 12: 63-70.

VI. ANEXOS

Anexo 1

IDSB (CONDE V., USEROS E.)

Identificador: _____ Edad: _____ Sexo: [] Varón [] Mujer

Este cuestionario incluye varios "grupos de respuestas".

Por favor, lea cada grupo entero de respuestas ANTES de elegir una de entre ellas.

De cada grupo de respuestas elija una, la que mejor describa lo que usted *siente* o *piensa* en la actualidad.

Rodee con un círculo el número de la respuesta que haya elegido.

Si en algún grupo hubiera más de una respuesta que indique lo que piensa o siente, señale cada una de ellas con un círculo.

1.

-
- 2. Tengo una tristeza que me produce grandes sufrimientos
 - 0. No me encuentro triste
 - 1. Me siento algo triste y deprimido/a
 - 3. Ya no puedo soportar esta pena
 - 2. Tengo siempre una pena encima que no me puedo quitar

2.

-
- 1. Me siento desanimado/a cuando pienso en el futuro
 - 2. Creo que nunca me recuperaré de mis penas
 - 0. No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
 - 2. No espero nada bueno de la vida
 - 3. No espero nada. Esto no tiene remedio

3.

-
- 3. He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, esposa, hijo/a, profesional,...)
 - 1. He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
 - 2. Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
 - 0. No me considero fracasado/a
 - 2. Veo mi vida llena de fracasos

4.

-
- 2. Ya nada me llena
 - 1. Me encuentro insatisfecho/a conmigo mismo/a
 - 1. Ya no me divierte lo que antes me divertía
 - 0. No estoy especialmente insatisfecho/a
 - 3. Estoy harto/a de todo

5.

-
- 1. A veces me siento despreciable y mala persona
 - 1. Me siento bastante culpable
 - 2. Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
 - 3. Me siento muy infame (perverso/a, canalla) y despreciable
 - 0. No me siento culpable

6.

-
- 1. Estoy descontento/a conmigo mismo/a
 - 1. No me aprecio
 - 3. Me odio (me desprecio)
 - 2. Estoy asqueado/a de mí
 - 0. Estoy satisfecho/a de mí mismo/a

7.

-
- 0. No creo ser peor que otros/as
 - 2. Me acuso a mí mismo/a de todo lo que me va mal
 - 3. Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
 - 2. Siento que tengo muchos y muy graves defectos
 - 1. Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

8.

-
- 1. Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
 - 2. Siento que estaría mejor muerto/a
 - 2. Siento que mi familia estaría mejor si me muriera
 - 3. Tengo planes decididos de suicidarme
 - 3. Me mataría si pudiera
 - 0. No tengo pensamientos de hacerme daño

9.

-
- 0. No lloro más de lo habitual
 - 3. Antes podía llorar, ahora no lloro ni aún queriendo
 - 2. Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
 - 1. Ahora lloro más de lo normal

10.

-
- 0. No estoy más irritable que normalmente
 - 1. Me irrito con más facilidad que antes
 - 2. Me siento irritado/a todo el tiempo
 - 3. Ya no me enfada ni lo que antes me irritaba

11.

-
- 3. He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
 - 1. Me intereso por la gente menos que antes
 - 0. No he perdido mi interés por los demás
 - 2. He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas siento algo por la gente

12.

-
- 1. Ahora estoy inseguro/a de mi mismo/a y procuro evitar tomar decisiones
 - 0. Tomo mis decisiones como siempre
 - 3. Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
 - 2. Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda

13.

-
- 0. Puedo trabajar tan bien como antes
 - 2. Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
 - 3. No puedo trabajar en nada
 - 1. Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
 - 1. No trabajo tan bien como lo hacía antes

14.

-
- 0. Puedo dormir una siesta tan bien como antes
 - 1. Me despierto más cansado/a por las mañanas
 - 2. Me despierto una o dos horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
 - 2. Tardo una o dos horas en dormirme por la noche

2. Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme
3. Me despierto temprano todos los días y no duermo más de cinco horas
3. Tardo más de dos horas en dormirme y no duermo más de cinco horas
3. No logro dormir más de tres o cuatro horas seguidas

15.

-
1. Me canso más fácilmente que antes
 2. Cualquier cosa que hago me fatiga
 0. No me canso más de lo normal
 3. Me canso tanto que no puedo hacer nada

16.

-
3. He perdido totalmente el apetito
 1. Mi apetito no es tan bueno como antes
 2. Mi apetito es ahora mucho menor
 0. Tengo el mismo apetito de siempre

17.

-
0. No he perdido peso últimamente
 1. He perdido más de 2,5 kilos
 2. He perdido más de 5 kilos
 3. He perdido más de 7,5 kilos

18.

-
2. Estoy tan preocupado/a de mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
 1. Estoy preocupado/a por dolores y otros trastornos
 0. No me preocupa mi salud más de lo normal
 3. Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro

19.

-
1. Estoy menos interesado/a por el sexo que antes
 3. He perdido todo mi interés por el sexo
 2. Apenas siento interés sexual
 0. No he notado ningún cambio en mi interés por el sexo

Anexo 2

FICHA DE DATOS GENERALES

Identificador (si le han dado alguno): _____

Edad: _____ Sexo: V ___ M ___

Diagnóstico/s en Salud Mental:

[1] _____

[2] _____

[3] _____

En la actualidad se encuentra tomando

[] ansiolíticos

[] antidepresivos

[] otros psicofármacos (especificar):

Observaciones que considera adecuado destacar:

Anexo 3

CVSD

Versión 1.2013

Identificador: _____

Edad: _____

Sexo: Varón

Mujer

A continuación le presentamos una serie de pensamientos, sentimientos, cambios fisiológicos y de comportamiento. Deseamos que ponga una equis –X- sobre el número que mejor represente la frecuencia con que le está ocurriendo lo que indica cada frase. Emplee el siguiente código:

0 = No me sucede nunca 1 = Me sucede en pocas ocasiones

2 = Me sucede con bastante frecuencia

3 = Me sucede prácticamente todos los días

No escriba ni modifique nada del cuestionario. Gracias por su colaboración.

1. Me cuesta conciliar el sueño/Tardo mucho en quedarme dormido/a
0 1 2 3
2. Me despierto dos o más veces durante la noche
0 1 2 3
3. Me despierto con la sensación de no haber descansado
0 1 2 3
4. Durante el día me siento cansado/a y sin fuerzas para hacer cosas
0 1 2 3
5. He perdido las ganas de comer (o se me han reducido bastante)
0 1 2 3
6. Tengo dolores frecuentes en brazos, piernas u otras partes del cuerpo
0 1 2 3
7. Me cuesta mucho concentrarme en algo: leer, ver la tv,...
0 1 2 3
8. Me despierto muy temprano y me cuesta mucho volver a dormirme
0 1 2 3

9. Lloro o tengo ganas de llorar, sin motivo aparente

0 1 2 3

10. Me siento triste

0 1 2 3

11. No me enfado por casi nada (o por cosas que antes me irritaban)

0 1 2 3

12. He perdido el interés por el sexo (*o me cuesta reaccionar en estas situaciones*)

0 1 2 3

13. Ahora no me divierto con las cosas que antes me agradaban

0 1 2 3

14. Siento pesimismo o sensación de amargura

0 1 2 3

15. Soy incapaz de disfrutar con las cosas que antes me hacían sentirme bien

0 1 2 3

16. Casi todo el día siento ansiedad, tensión, angustia,...

0 1 2 3

17. Pienso que esto que me pasa no tiene solución/arreglo/cura

0 1 2 3

18. Me cuesta tomar decisiones

0 1 2 3

19. Me siento culpable de lo que me ocurre

0 1 2 3

20. Creo que no le importo a nadie

0 1 2 3

21. Creo que he fracasado en muchos aspectos de mi vida

0 1 2 3

22. Pienso que mis problemas se resolverían si me muriese

0 1 2 3

23. Me encuentro insatisfecho/a conmigo mismo/a

0 1 2 3

24. Me preocupa mucho esta situación y no puedo dejar de pensar en ello

0 1 2 3

25. Me encuentro tan mal que no puedo trabajar (o realizar mis tareas cotidianas)

0 1 2 3

26. Me paso la mayor parte del día tumbado/a o sentado/a en el sofá

0 1 2 3

27. He reducido mucho mis relaciones sociales

0 1 2 3

28. Hablo mucho menos que antes

0 1 2 3

29. Ahora salgo mucho menos de casa

0 1 2 3

30. Camino y hago las cosas muy despacio

0 1 2 3

31. No hago prácticamente nada

0 1 2 3

32. Evito mantener conversaciones con amistades y familiares (no me apetece hablar con nadie)

0 1 2 3