

ANÁLISIS Y MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Volumen 27
2001

Número 115
páginas 671-869

SUMARIO

MONOGRÁFICO

Wenceslao Peñate Castro (director)

PRESENTACIÓN DE UN CUESTIONARIO BÁSICO
PARA EVALUAR LOS SÍNTOMAS GENUINOS
DE LA DEPRESIÓN 671



R.9050

**PRESENTACIÓN DE UN CUESTIONARIO BÁSICO
PARA EVALUAR LOS SÍNTOMAS GENUINOS
DE LA DEPRESIÓN**

Wenceslao Peñate Castro (director)

Dto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
Facultad de Psicología.
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA (Tenerife)

ÍNDICE

| | pág. |
|---|------|
| 1.- Introducción (Wenceslao Peñate)..... | 679 |
| 2.- Un constructo complejo..... | 683 |
| 2.1.- Los síntomas de la depresión a través de la historia..... | 687 |
| 2.2.- Los síntomas de la depresión según las clasificaciones psicopatológicas..... | 690 |
| 2.3.- Los síntomas según las escalas e inventarios para la evaluación de la depresión..... | 694 |
| 2.3.1.- Modelos basados en el afecto positivo y afecto negativo (PANAS)..... | 697 |
| 2.3.2.- Modelo tripartito..... | 700 |
| 2.4.- La covariación de síntomas como elemento distintivo de la depresión..... | 703 |
| 2.4.1.- La estructura factorial del inventario de depresión de Beck..... | 705 |
| 2.5.- Los síntomas de la depresión desde la perspectiva de la evaluación conductual..... | 711 |
| 3.- Síntomas frecuentemente relacionados con la depresión..... | 715 |
| 3.1.- Síntomas cognitivo-verbales..... | 718 |
| 3.2.- Síntomas motores, de conducta manifiesta..... | 719 |
| 3.3.- Síntomas somáticos..... | 719 |
| 3.4.- Síntomas interpersonales..... | 720 |
| 3.5.- Valoración sobre los síntomas de la depresión..... | 720 |
| 4.- Planteamiento del problema..... | 722 |
| 4.1.- La lógica conceptual y metodológica: el modelo de parámetros..... | 723 |
| 4.2.- Objetivos..... | 728 |
| 4.3.- La construcción del cuestionario..... | 729 |

| | |
|---|-----|
| 5.- Primer estudio: el cuestionario básico de depresión (CBD): primeros datos de validación | 733 |
| 6.- Segundo estudio: primeros datos sobre la validez diferencial y discriminante del cuestionario básico de depresión (CBD) (Wenceslao Peñate, Trinidad Fernández e Isabel Soto) | 763 |
| 7.- Tercer estudio: validación cruzada de la estructura factorial del CBD. Datos sobre sus características psicométricas (Wenceslao Peñate y Manuel González) | 777 |
| 8.- Cuarto estudio: revisión del cuestionario básico de depresión: afecto triste, anhedonia y baja autoestima..... | 799 |
| 9.- Quinto estudio: validez discriminante del CBD-rev entre distintos tipos de trastornos depresivos (Wenceslao Peñate y Ángel Almeida) | 811 |
| 10.- Sexto estudio: la estructura final del CBD-rev. Implicaciones para el diagnóstico diferencial con los trastornos de ansiedad (Wenceslao Peñate, Ignacio Ibáñez y Manuel González) | 831 |
| 11.- Valoración final | 851 |
| 11.1.-Conclusiones | 860 |
| 12.- Referencias | 861 |

INDEX

| | |
|--|-----|
| 1.- Introduction | 679 |
| 2.- A complex construct | 683 |
| 2.1.- The symptoms of depression across the history | 687 |
| 2.2.- The symptoms of depression according to psychopathological classifications | 690 |
| 2.3.- The symptoms according to the scales and inventories for measuring depression | 694 |
| 2.3.1.- Models based on the positive affect and negative affect (PANAS) | 697 |
| 2.3.2.- Tripartite model | 700 |
| 2.4.- Symptom covariability as a distinctive pattern of depression | 703 |
| 2.4.1.- The factorial structure of the Beck Depression Inventory | 705 |
| 2.5.- The symptoms of depression according to the behavioral assessment perspective | 711 |
| 3.- Symptoms usually related with depression | 715 |
| 3.1.- Cognitive symptoms | 718 |
| 3.2.- Motor symptoms, overt behavior | 719 |
| 3.3.- Somatic symptoms | 719 |
| 3.4.- Interpersonal behavior symptoms | 720 |
| 3.5.- An evaluation about the symptoms of depression | 720 |
| 4.- Aim of research | 722 |
| 4.1.- The conceptual and methodological rationale: The model of parameters | 723 |
| 4.2.- Objectives | 728 |
| 4.3.- The elaboration of the questionnaire | 729 |

| | |
|---|-----|
| 5.- First study: the basic questionnaire for depression (CBD): first validity data | 733 |
| 6.- Second study: differential and discriminant validity of the basic questionnaire for depression (CBD) | 763 |
| 7.- Third study: cross-validity of the factorial structure of CBD. Data about its psychometric properties | 777 |
| 8.- Fourth study: the basic questionnaire for depression revised: sad affect, anhedonia, and low self-esteem | 799 |
| 9.- Fifth study: discriminant validity of CBD-rev among different subtypes of depressive disorders | 811 |
| 10.- Sixth study: The final structure of CBD-rev. Implications for differential diagnosis with anxiety disorders | 831 |
| 11.- General evaluation | 851 |
| 11.1.- Conclusions | 860 |
| 12.- References | 861 |

RESUMEN

La presente investigación recoge un grupo de estudios alrededor de la elaboración de un cuestionario para evaluar la depresión, basada en la lógica del modelo de parámetros, con la finalidad de identificar los síntomas genuinos de dicho trastorno. Esto implica modificar tanto la forma de redacción de los ítems, como las categorías de respuesta. Los datos actuales muestran la dificultad de encontrar síntomas que discriminen el trastorno depresivo de otros trastornos, especialmente de los derivados de los estados de ansiedad. Agrupadas en seis estudios se presentan datos sobre la validación del Cuestionario Básico de Depresión (CBD). De los distintos resultados cabe destacar que los síntomas genuinos serían el afecto triste, la anhedonia y la baja autoestima. Estos síntomas conforman una estructura única que discrimina tanto entre depresivos y normales, como entre depresivos y problemas de ansiedad. Al mismo tiempo, discrimina entre distintos tipos de trastornos depresivos. Estos resultados se discuten finalmente sobre la posible dimensionalidad de la depresión.

Palabras clave: DEPRESIÓN, EVALUACIÓN, VALIDEZ DISCRIMINANTE, MODELO DE PARÁMETROS.

SUMMARY

The present research combines a group of studies about the elaboration of a questionnaire to assess depression, based on the model of parameters logic, with the aim to identify the genuine symptoms of such disorder. It implies to modify both the item redactions and the answer categories. The current data shows the difficulty to find symptoms that discriminate between the depressive disorders and others, especially those disorders derived from anxiety states. Grouping into six studies, we present empirical data about the validity of a Basic Depression Questionnaire (Cuestionario Básico de Depresión, CBD). The different results highlight three symptoms like the genuine areas of depression: sad affect, anhedonia, and low self-esteem. These symptoms represent a single structure that discriminate among normal people, depressives, and anxiety problems. Also, sad affect, anhedonia, and low self-esteem structure differentiates among various type of depressive disorders. These result are discussed into the models that defend a dimensional approach to depression.

Key words: DEPRESSION, ASSESSMENT, DISCRIMINANT VALIDITY, MODEL OF PARAMETERS.

1.- INTRODUCCIÓN

Wenceslao Peñate

Dto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos
Facultad de Psicología
Universidad de La Laguna

Posiblemente la depresión sea uno de los temas más recurrentes, teniendo en cuenta cualquiera de los ámbitos de expresión del ser humano. Así, no sólo es un tema frecuente en la psicología clínica y la psiquiatría, sino que aparece como un recurso literario, histórico, artístico, o, incluso, como un recurso lingüístico en la comunicación cotidiana. Con todo, lo más importante es que la depresión representa uno de los problemas de salud más dramáticos y que genera en quienes lo padecen un sufrimiento inconsolable y desolador. Si a ello se añade que es un trastorno con una elevada incidencia en la población, la depresión se convierte en un problema sanitario de primer orden.

En los estudios epidemiológicos recientes y que han utilizado una metodología más precisa, los trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, trastornos bipolares y distimia), son los más frecuentes, por encima incluso de los trastornos de ansiedad (Smith y Wiessman, 1991). En general, los datos indican que entre un 10 y un 15% de la población va a sufrir a lo largo de su vida algún episodio depresivo, de los que la mitad serán diagnosticados como trastorno depresivo mayor. De ellos, la mayoría serán mujeres (aproximadamente el doble que los hombres). Pero no todo el que posee un trastorno depresivo acude a un servicio de atención a la salud mental. En ocasiones la sintomatología remite espontáneamente, en otras es tratada por los médicos generalistas o de familia y sólo una pequeña parte (uno de cada tres) acude a un profesional de la salud mental (Goldberg y Huxley, 1992). A pesar de ello, los gastos que origina la enfermedad son cuantiosos. Estos gastos no se circunscriben a los estrictamente sanitarios (hospitalización, farmacia, gastos del personal sanitario, gastos del personal administrativo), sino que deben añadirse aquellos ingresos que no se producen (o no se producen en la cuantía adecuada) por el sufrimiento de la enfermedad. En el estudio de Rice y Miller (1995) sobre los costes reales de la enfermedad depresiva en los Estados Unidos demuestran que los costes van más allá de los meramente estimables por el gasto sanitario que conlleva. Por su claridad resumimos a continuación estos costes.

Rice y Miller (1995) dividen los costes en dos grandes grupos: costes esenciales (*core costs*), referidos a los gastos sanitarios (gastos

directos), la morbilidad (gastos indirectos) y la mortalidad prematura; y costes relacionados (*related costs*), referidos a los ocasionados por gastos derivados de conductas delictivas, encarcelación, gastos sociales y de apoyo a las familias, y los gastos debidos a la gestión de la administración. Los autores quieren hacer hincapié en que la enfermedad depresiva no sólo genera un gasto sanitario que con frecuencia se mantiene a lo largo de un periodo amplio de tiempo, sino que evita que las personas se incorporen a sus trabajos y que no rindan al mejor nivel cuando se incorporan al mismo. Además, el hecho de que el 75% de los suicidas hayan tenido previamente un diagnóstico de depresión¹, hace que se sume a los costes una estimación de la productividad perdida de esas personas que mueren en un periodo útil para sí mismos y para la sociedad.

En la tabla 1.1 se resumen los datos aportados por Rice y Miller para 1990 y Estados Unidos. Los costes se expresan en millones de dólares.

Tabla 1.1.- Resumen de los costes económicos de la depresión, según el estudio de Rice y Miller

| TIPO DE COSTE | TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO | TOTAL TRASTORNOS MENTALES | % QUE CORRESPONDE A TRASTORNOS DEPRESIVOS |
|-------------------|--------------------------------|---------------------------|---|
| COSTES ESENCIALES | | | |
| Directos | | | |
| Indirectos | 19.215 | 67.000 | 28,7 |
| Mortalidad | 9.858 | 74.887 | 13,2 |
| | 7.663 | 11.804 | 64,9 |
| COSTES RELACIONA. | 1.300 | 5.960 | 21,8 |

¹ Se puede añadir al riesgo de suicidio, otras causas de muerte no naturales (accidentes, traumatismos, infecciones...). En la extensa revisión de Harris y Barraclough (1998), sobre las causas de muerte y los trastornos mentales, el trastorno *depresivo mayor* (conjuntamente con la esquizofrenia) fue el que mayor relación mantuvo con esas causas de muerte no naturales.

Como puede verse, los costes debidos a la enfermedad depresiva van mucho más allá de los gastos sanitarios directos, alcanzando los 38.000 millones de dólares (de 1990)². De todas formas, con todo, el coste más importante de la enfermedad depresiva es el sufrimiento que genera en las personas que lo sufren.

Parece evidente que un trastorno de salud de tal índole sanitaria y social genera una serie de problemas de todo tipo (prevención, asistencia, planificación, formación, etc.). Lo que no sería sospechable es que uno de esos problemas fuera la propia identificación del mismo. Paradójicamente, a pesar de su alta incidencia y prevalencia, nos encontramos con un hecho sorprendente y contradictorio, y es que todavía existen muchas dudas sobre cuáles son los síntomas de la depresión, cuáles son los síntomas que identifican este problema y que no poseen otros trastornos de salud. En definitiva, cuáles son los síntomas propios y genuinos de la depresión

2.- UN CONSTRUCTO COMPLEJO

Como se ha señalado, a pesar de su alta incidencia y prevalencia, y de su alto coste sanitario y social, cuando se intenta profundizar y conocer qué es lo que se entiende por depresión, los hechos se complican. Uno de los primeros problemas con el que nos encontramos a la hora de identificar los síntomas de la depresión es el de determinar qué elementos deberían ser objeto de la evaluación. Ello se produce porque la depresión tiene distintas maneras de expresarse, afectando a una serie de áreas de funcionamiento personal y social, que no siempre son las mismas de un paciente depresivo a otro, ni siquiera de un episodio depresivo a otro en una misma persona. Esta aseveración, que da cuenta de la complejidad del trastorno depresivo, está comúnmente aceptada, como lo atestiguan distintos trabajos, monografías específicas o sistemas de

² No se dispone de estudios comparables en el estado español, aunque, si sirve de indicación, en los gastos de farmacia en Canarias en el año 1995, los correspondientes a la medicación antidepresiva se elevó a 727.348 millones de ptas., correspondiendo al noveno puesto en el grupo de fármacos más consumidos y el primero de los psicofármacos (fuente: Dirección General de Farmacia del Servicio Canario de Salud).

clasificación psicopatológicos (p.e., Andreasen, Grove, Endicott, Coryell, Scheftner, Hirschfield y Keller, 1988; American Psychiatric Association, 1994; Bas y Andrés 1996; Beck, 1967; Beckman y Leber, 1985; Costello, 1993; Feighner y Boyer, 1991; Hamilton y Shapiro, 1990; Heiby y García-Hurtado 1994; Marsella, Hirschfeld y Katz, 1987; Paykel, 1982; Persons y Fresco, 1998; Rehm, 1988; Sartorius y Ban, 1986; Vázquez y Sanz, 1995; y WHO, 1990).

Pero, no sólo es un problema el tratar de identificar cuáles son los síntomas de la depresión, sino también qué síntomas deben estar obligatoriamente presentes para que un episodio depresivo se identifique como tal y, a su vez, sea comparable con otros episodios depresivos. En definitiva, qué síntomas son compartidos por cualquier episodio depresivo. Como se verá, ésta no sólo no es una tarea sencilla, sino que incluso puede ser hasta paradójica.

Con respecto a los síntomas de la depresión, se han incluido características como *sentimientos de tristeza, baja autoestima, pérdida de interés, pesimismo, indefensión, irritación, problemas de apetito, problemas sueño, apatía, bajo rendimiento, labilidad emocional, problemas de concentración y memoria, aislamiento social, dependencia, indecisión, enlentecimiento psicomotor, hipocondría, hipercrítica, sentimientos de culpa, ansiedad-angustia, ideas de suicidio* y un largo etcétera. Todas esas características están comúnmente asociadas al trastorno depresivo, sin que sea necesario que se den todas ellas conjuntamente. A la hora, por tanto, de determinar qué conducta o conductas están afectadas, va a depender de un individuo depresivo a otro y de un episodio depresivo a otro, por lo que el compromiso diagnóstico de recomendar qué evaluar se convierte en una tarea arriesgada, visto que la depresión no pasa, en un primer momento, de ser un conjunto amorfo y heterogéneo de inestabilidad emocional, distorsión cognitiva y quejas.

Llegados a este punto se puede decir entonces que la depresión es un síndrome (un conjunto de síntomas). El problema consiste en establecer cuáles son los síntomas genuinos que componen ese síndrome. Si nos detenemos a observar la mayoría de los síntomas usualmente asociados a la depresión encontramos que en general pueden estar presentes en otros problemas o formar parte de los distintos avatares de la vida cotidiana. Quizás lo característico de

estos síntomas es que pueden definirse de acuerdo a una *propiedad* común: normalmente se encuentra un denominador común que es la *frecuencia de ocurrencia* de esos síntomas. Los problemas de sueño se refieren a dormir (usualmente) menos horas (de las que se considera normal), el enlentecimiento psicomotor habla de una actividad motora disminuida, la pérdida de interés habla de la disminución del interés por tareas y hábitos cotidianos, la irritabilidad hace referencia al aumento del nivel de irritación, el bajo rendimiento indica una disminución (real o percibida) con respecto a un nivel de ejecución anterior,... En ese sentido más que un conjunto de síntomas genuinos, nos encontramos con una serie de características definibles en términos de una frecuencia de aparición mayor o menor a la normal. Podríamos decir, entonces, en un sentido amplio del término *conducta*, que la depresión se caracteriza por la presencia de excesos y déficits, más que por unas conductas concretas en sí mismas.

Un primer problema que presenta dicha afirmación es que se estaría más dentro de un modelo dimensional que categorial. Sin embargo, las clasificaciones psicopatológicas se fundamentan en un modelo categorial, donde cada síndrome clínico corresponde a una categoría distintiva e independiente. Este modelo categorial está ampliamente cuestionado en favor de un modelo dimensional (p.e., Eysenck, 1986, 1994; Pukrop, Herpertz, Sab, Steinmeyer, 1998, Watson, Clark y Harkness, 1994; Widiger y Costa, 1994; Widiger y Trull, 1992; Wiggins y Pincus, 1989), pero no podríamos cuestionar el modelo categorial para los trastornos depresivos sin previamente cuestionarnos los fundamentos de la clasificación sindrómica.

Visto lo anterior, a pesar de algunos problemas, lo que parece típico de la depresión es la frecuencia de ocurrencia de una serie de conductas que encontramos en el repertorio comportamental de cualquier persona, por lo que no parece existir ninguna característica que sólo se encuentre en la depresión y que no se dé en ningún otro trastorno mental. El problema ahora es el carácter bidireccional que tiene en ocasiones esa frecuencia de ocurrencia para un mismo síntoma. Así, nos encontramos con que síntomas como los problemas de apetito, de sueño o la actividad psicomotora pueden ser característicos de la depresión tanto referido a déficits como a excesos:

lo normal es que la persona depresiva tenga problemas para conciliar y mantener el nivel de sueño, durmiendo menos tiempo del habitual (insomnio), pero también puede ser característico de la depresión el dormir en exceso (hipersomnía). Lo mismo ocurre con los problemas de apetito: lo usual es la pérdida de apetito, pero también se puede dar un comportamiento bulímico. Algo similar ocurre con la actividad psicomotora: lo usual es el entumecimiento, pero en ocasiones se puede dar la agitación psicomotriz (además como un criterio de gravedad del trastorno). Por lo tanto, si la frecuencia de ocurrencia es una de las características de la depresión, nos podemos encontrar con la contradicción de que esa frecuencia es válida tanto si el síntoma ocurre poco como si ocurre mucho.

Un problema adicional es que características como las mencionadas más atrás se encuentran también presentes en otros problemas y algunas, como la hipocondría, la conducta suicida o los trastornos de sueño, tienen entidad en sí mismas: la ansiedad, las quejas sobre el funcionamiento cognitivo, la pérdida de interés o las ideas suicidas son áreas que se encuentran en algunos otros trastornos, por lo que no se puede afirmar que sean elementos genuinos de la depresión.

Un acuerdo aparente consiste en considerar que los sentimientos de tristeza, también denominados *humor depresivo o afecto triste*, constituyen el elemento exclusivo de la depresión y es lo que identifica conceptualmente al trastorno depresivo frente a otros trastornos. Sin embargo, pudiendo ser cierto que la presencia de los sentimientos de tristeza es un síntoma genuino de la depresión, también lo es que no sea una condición necesaria para diagnosticarla, ya que pueden darse casos de depresión (las denominadas enmascaradas) donde el individuo depresivo indica la presencia de una serie de síntomas (cansancio, desgana, apatía, abatimiento, problemas de apetito, etc.) sin que identifique entre ellos un mayor nivel de tristeza.

Por tanto, a pesar de que la depresión es una etiqueta usual, un término que se maneja cotidianamente, no parece que estemos dispuestos a dar una respuesta rotunda con respecto a cuáles son sus síntomas genuinos. La implicación que tiene esta aseveración para la evaluación y el diagnóstico diferencial de la depresión es

evidente. Eso ha hecho que uno de los retos del área evaluativa ha estribado en desarrollar instrumentos y procedimientos que faciliten esa evaluación, permitiendo tanto su medida precisa como el diagnóstico diferencial con respecto a otros problemas psicológicos.

En definitiva, estamos ante un constructo, dimensión, síndrome o categoría diagnóstica compleja. Para tratar de dar respuesta a cuáles pueden ser sus síntomas genuinos, antes de proceder a presentar nuestra propuesta evaluativa, vamos a tratar de reconocer los síntomas atendiendo a distintas opciones. Para empezar haremos un breve repaso histórico.

2.1.- Los síntomas de la depresión a través de la historia

Siguiendo a Arechederra y Ayuso (1995), se suele empezar la historia de la depresión echando mano del *Corpus hippocraticum*. En este tratado se describe una enfermedad denominada *melancolía*. El origen de esta enfermedad se situaba en un exceso de bilis negra (atrabilis), con sus cualidades de frialdad y sequedad. Sus síntomas principales serían la desesperación, la falta de apetito, los problemas de sueño, la irritabilidad, intranquilidad y miedo. Hay que destacar que Hipócrates (460-377 a. C.)³ incluye dentro de esta categoría la 'locura puerperal', que se producía después del parto.

Aristóteles incluyó los sentimientos de tristeza como un componente importante de la melancolía, añadiendo además una consideración de vulnerabilidad-estrés a la presencia de la bilis negra. Para Aristóteles no todos los que poseían una elevada presencia de bilis negra iban a desarrollar la melancolía. En ocasiones se podría encontrar personas con mucha mayor cantidad de bilis negra y, sin embargo, tener un equilibrio humoral estable. En cualquier caso serían personas con un temperamento melancólico.

Estas descripciones de la melancolía, sin embargo, no siempre se circunscribían a lo que hoy día reconocemos como depresión, sino que incluían muchos otros síntomas. Es el caso de Sorano de

3 Parece que el *Corpus* no es de autoría única de Hipócrates, sino que éste recopiló textos de distintos autores.

Efeso (siglo II d. C.) incluyó la angustia mental, la aflicción, el mutismo, los deseos contradictorios de vivir y morir, la suspicacia con respecto a que se trama algo en contra de uno, la animosidad y la vehemencia, los murmullos incomprensibles, o la jovialidad ocasional, entre los síntomas de la depresión.

De cualquier forma, la descripción del *corpus hippocraticum* se tomó como la base de la caracterización de la depresión/melancolía, mezclando elementos que después se adscribieron a la depresión con elementos propios de otros trastornos, como los correspondientes a los estados de ansiedad o de la psicosis. Así, la descripción que hace Claudio Galeno (131-201 d. C.) de la melancolía recoge síntomas como el miedo intenso, la alucinación visual, la despersonalización o la contradicción entre el apego a la vida y los deseos de morir.

Cambiando el punto geográfico, Avicena (980-1037), en oriente (Persia), introdujo en su *Canon Medicinae* una descripción de la melancolía similar a las ya mencionadas: miedo injustificado, tristeza, angustia, irritabilidad, tendencia a la soledad, delirios, alucinaciones visuales, cierta hebefrenia (las personas lloraban y reían), miedo y deseos de muerte. En la Edad Media del occidente cristiano las descripciones seguían siendo parecidas (de hecho en ocasiones eran meras traducciones de los postulados hipocráticos y galénicos), aunque en aquel entonces la denominaran *acedia* o *tristitia*.

Durante el renacimiento fue importante la aportación de Paracelso (1493-1541): Este autor consideró que existían cuatro tipos de locura, de las que la melancolía era una de ellas. A su vez la melancolía podía expresarse en cuatro clases (que tenían que ver con los cuatro temperamentos). De esas cuatro clases una de ellas sería identificable con un episodio depresivo unipolar y otra describiría los episodios bipolares ('a veces desesperado y a veces ríe demasiado', era la descripción del individuo estudiado).

La obra fundamental llegó en 1640, *The anatomy of Melancholy*,⁴ de Robert Burton (1557-1640). Además de los síntomas tradicionales, exhaustivamente descritos, Burton destacaba que estas perso-

4 La Asociación Española de Neuropsiquiatría ha editado recientemente una traducción comentada (AEN, 1997).

nas no estaban incapacitadas por su enfermedad, sino que se comportaban intelectual y socialmente de manera adecuada y para los que los tratamientos esotéricos o ritualistas (según las teorías humorales o los planteamientos religiosos), no resultaban eficaces.

Con el advenimiento de la denominada revolución científica (s. XVIII) se produce un crecimiento importante en el conocimiento médico-fisiológico. Sin embargo, desde el punto de vista del conocimiento de la sintomatología depresiva, no aparecen avances importantes. Hay que destacar las aportaciones de un médico inglés, William Cullen (1710-1790), que centró el padecimiento en la irritabilidad como elemento decisivo en el desarrollo de la depresión.⁵

En el siglo XIX fueron importantes las aportaciones de autores como Benjamin Rush (1745-1813), discípulo de Cullen, de Phillippe Pinel (1745-1826) y Jean Esquirol (1772-1840). Desde el punto de vista de la sintomatología, Esquirol fue el que hizo más hincapié en que la depresión se compone de un delirio crónico, no incapacitante (parcial) de carácter triste, debilitante u opresivo. Una visión similar sostuvo el neurólogo alemán Wilhelm Griesinger (1817-1868), para el que la hipocondría era la forma más leve de depresión⁶. Richard von Krafft-Ebing (1840-1902), delimitó finalmente la sintomatología a los sentimientos de tristeza y abatimiento como los elementos cardinales del problema depresivo. El resto de los síntomas (quejas somáticas, fatiga, alteraciones sensoriales...) fueran considerados accesorios.

Ya en el comienzo del siglo XX, Emil Kraepelin (1856-1926), recogiendo esta tradición y basándose en análisis empíricos sobre la población psiquiátrica, separó la melancolía (que adscribió a la vejez) de la psicosis maníaco-depresiva, que representaría prácticamente lo que hasta entonces se venía diciendo sobre la depresión. Obviamente también incluía los episodios maníacos, diferenciando distintos niveles para la gravedad de la depresión.

5 Hay que señalar también que es en el siglo XVIII cuando Samuel Johnson (1709-1748) publicó una novela, *The Rambler*, donde utilizaba la expresión *depression* para referirse a sus frecuentes estados de melancolía. Parece ser que el término hizo fortuna y pasó paulatinamente a sustituir al de melancolía.

6 Posiblemente a Griesinger se deba la primera formulación explícita de las teorías diátesis-estrés, que él denominó como factores predisponentes y precipitantes.

Por último, en este breve desarrollo histórico, Adolf Meyer (1866-1960), proporcionó una clasificación de los distintos tipos de depresión que en gran medida es la que hoy día se sostiene: consideró que la psicosis maniáco-depresiva era una forma de depresión de la muchas manifestaciones que los sentimientos de tristeza y abatimiento podían provocar, sentimientos que valoró como elementos que nosológicamente unificaban a todos los tipos de depresión (simple, con estupor, con delirio, homicida, suicida, postparto, etc.).

En definitiva, la decantación histórica centraría la sintomatología principal en los sentimientos de tristeza y abatimiento. Ocurre que esos sentimientos se encuentran en padecimientos muy diversos que, a su vez, se acompañan de una sintomatología muy diversa (desde las quejas somáticas a los delirios o alucinaciones), por lo que la delimitación definitiva de los síntomas que componen el fenómeno depresivo, no parece aclararse ni agotarse en este breve repaso histórico. Habrá que recurrir a otras estrategias para delimitar ese conjunto de síntomas.

2.2.- Los síntomas de la depresión según las clasificaciones psicopatológicas

Una vía para conocer qué es lo que constituye el hecho depresivo estriba en los acuerdos interexpertos, representados en las clasificaciones de los trastornos mentales, (DSM-IV, A.P.A., 1994; CIE-10, WHO, 1990). En el caso del DSM-IV, los denominados anteriormente como trastornos afectivos (DSM-III-r, APA, 1987) aparecen ahora bajo la denominación de trastornos del estado de ánimo (depresivo). Según esta clasificación los trastornos depresivos se agrupan en distintas categorías, lo que de entrada apoya la tesis de la dificultad para encontrar un único conjunto de síntomas (trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno bipolar I y II, ciclotimia, trastornos unipolares y bipolares no especificados, y trastornos debido a condiciones orgánicas). De acuerdo con esa clasificación, el fundamento del diagnóstico estribaría en el *episodio depresivo*. Según la propuesta de esta clasificación, para el diagnóstico de un episodio depresivo, deben darse conjuntamente cinco síntomas de un total

de nueve durante un período de dos semanas. De esos cinco síntomas, uno de ellos debe ser el primero (afecto triste) o el segundo (anhedonia). La lista de los nueve síntomas se recogen en la tabla 2.1.

Tabla 2.1.- Lista de síntomas del episodio depresivo mayor según el DSM-IV.

| |
|---|
| 1. Estado de ánimo deprimido (puede ser irritable en niños/adolescentes). |
| 2. Pérdida o disminución notable del interés o de capacidad para el placer. |
| 3. Problemas de apetito y peso. |
| 4. Problemas diarios de sueño. |
| 5. Enlentecimiento o agitación psicomotora. |
| 6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día. |
| 7. Sentimientos de inutilidad o culpa. |
| 8. Torpeza mental o indecisión. |
| 9. Ideas de suicidio, planificación o intentos de suicidio. |

El hecho que de los cinco síntomas uno de ellos deba ser el afecto triste o la anhedonia/pérdida de interés, quiere decir de alguna forma que esos dos síntomas son los que considera el comité de expertos como genuinamente constitutivos de la depresión. Lo sorprendente es que ninguno de ellos por separado sea necesario para el diagnóstico de la ocurrencia de un episodio depresivo, es decir, es posible un diagnóstico de depresión sin que, como ya se ha comentado, se den los sentimientos de tristeza (una de las características históricamente decantada).⁷

Con respecto a la CIE-10, un episodio depresivo podría contener una serie de síntomas, agrupados en dos categorías. En la tabla 2.2. se resumen esos síntomas.

⁷ Quizás en el caso del diagnóstico de la distimia se afine un poco más, ya que en ese caso uno de los síntomas obligatorios debe ser los sentimientos de tristeza (estado de ánimo deprimido) durante al menos dos años (uno en el caso de niños y adolescentes).

Tabla 2.2.- Lista de síntomas del episodio depresivo mayor según la Organización Mundial de la Salud

| |
|---|
| 1. Humor depresivo |
| 2. Pérdida capacidad para interesarse y disfrutar de las cosas |
| 3. Disminución de la vitalidad/cansancio |
| A. Disminución atención/concentración |
| B. Pérdida de confianza/sent. Inferioridad |
| C. Ideas de culpa y de ser inútil |
| D. Perspectiva sombría del futuro |
| E. Ideas/actos suicidas (incluye autoagresión) |
| F. Los trastornos del sueño |
| G. Pérdida de apetito |

En este caso la severidad del episodio viene determinada por la presencia durante un periodo de dos semanas de un número variable de síntomas. Un episodio leve estaría compuesto por dos síntomas del primer grupo y por dos síntomas del segundo, y que ocurrirían de manera no intensa. Un episodio moderado estaría compuesto por al menos dos síntomas del primer grupo y de tres a cuatro del segundo, con un nivel de ocurrencia intenso (o muchos síntomas a la vez). Para un episodio grave deberían estar presentes los tres síntomas del primer grupo y cuatro del segundo, de manera intensa y acompañados con agitación o inhibición psicomotriz.

Como puede verse, entre ambas clasificaciones existe acuerdo en considerar el humor depresivo y la anhedonia/pérdida de interés como síntomas centrales, al tiempo que comparten gran parte de la sintomatología (problemas de sueño y apetito, ideación suicida, cansancio/fatiga, problemas de concentración y memoria, etc.). Lo que ocurre es que sería posible diagnosticar un episodio depresivo en una clasificación y no en la otra (baste con señalar que para el episodio leve de la CIE-10 es suficiente con cuatro síntomas, lo que no se contempla en el caso del DSM-IV). Teóricamente sería posible

que una persona con los síntomas de humor depresivo, problemas de apetito, problemas de sueño, indecisión y sentimientos de inutilidad sería diagnosticada como depresiva por el DSM-IV y no por la CIE-10. Al contrario, también sería posible que tuviera los síntomas de humor depresivo, cansancio, problemas de sueño, pérdida de confianza e inseguridad con respecto al futuro, por lo que podría tener un diagnóstico de depresión moderada en la CIE-10 y no en el DSM-IV. Los comités de expertos, por tanto, no terminan por aclararnos cuáles son los síntomas únicos y genuinos de la depresión.

Existen además otras consideraciones con respecto a la sintomatología que se recoge en esos manuales clasificatorios y que añaden mayor apoyo a la dificultad de identificar conceptualmente el fenómeno depresivo y que ya se han apuntado en la introducción.

Además del hecho grave de que una misma persona pueda ser diagnosticada como depresiva según una clasificación y sin episodio depresivo según la otra, también se puede dar el caso, hipotéticamente posible, de que dos personas diagnosticadas con un episodio depresivo sólo compartan un único síntoma. Lo mismo se podría decir de una persona con una depresión recurrente: de un episodio a otro podría únicamente tener un síntoma en común.

Algunos síntomas son bidireccionales. Es un síntoma depresivo tanto si se da por exceso como si se da por defecto. Son los casos de problemas de apetito, de sueño o de retardo/agitación psicomotora.

Algunos síntomas tienen entidad psicopatológica en sí mismos. Los problemas de apetito y peso, los problemas de concentración y memoria o la ideación y planificación suicida pueden ser diagnosticados independientemente como trastornos de la conducta alimentaria, trastornos del desarrollo o trastornos debidos al control de impulsos.

Además ocurre que algunos síntomas también se comparten con otros problemas. En general las quejas somáticas y los problemas neurovegetativos se encuentran como síntomas en los trastornos de ansiedad generalizada o el ataque de pánico. Algo similar ocurre con la baja autoestima o la indecisión, que se comparten con otros trastornos (p.e., trastornos de la conducta alimentaria, trastorno

obsesivo-compulsivo). La torpeza mental y los problemas de concentración y memoria también aparecen en las crisis psicóticas.

Por último, se puede resaltar algo ya dicho: es posible diagnosticar una depresión sin que esté presente el síntoma más reconocido tradicionalmente como propio de la depresión: los sentimientos de tristeza.

De nuevo, aunque las clasificaciones psicopatológicas parecen dejar entrever que dos de los síntomas genuinos puedan ser el afecto triste y la anhedonia, las paradojas y contradicciones de los síntomas reseñados, no son el mejor aval para la adecuación (en principio) de tales clasificaciones.

2.3.- Los síntomas según las escalas e inventarios para la evaluación de la depresión

Otra forma para intentar conocer cuáles son los síntomas genuinos de la depresión podría ser el análisis de los contenidos de las distintas escalas e inventarios que se han desarrollado para evaluar la depresión. Si los inventarios y escalas representaran adecuadamente los síntomas de la depresión, un análisis de los mismos nos permitiría extraer las 'redundancias' de contenidos, que vendrían a ejemplificar los contenidos comúnmente aceptados para la depresión. Un primer problema con el que nos encontramos es el sinnúmero de entrevistas estructuradas, escalas de calificación e inventarios desarrollados para evaluar los trastornos depresivos, que superan el centenar (p.e., Bas y Andrés, 1996; Hamilton y Shapiro, 1990; Heiby y García-Hurtado, 1994; Persons y Fresco, 1998; Rehm, 1988; y Vázquez y Sanz, 1995), que en ocasiones tienen que ver con su adecuación a determinadas etnias o grupos culturales (Marsella, Hirschfeld y Katz, 1987; Sartorius y Ban, 1986).

Snaith (1993), en su revisión, encuentra que lo que caracteriza a muchas de esas escalas e inventarios es su gran disparidad de contenidos. Algunas escalas resaltan los síntomas cognitivos como la distorsión cognitiva (pesimismo, desesperanza, indefensión, culpabilidad), otras resaltan el afecto triste o los aspectos instrumentales y motivaciones relacionados con la anhedonia (apatía, desgana,

desinterés). Un grupo importante de escalas subraya los síntomas neurovegetativos (problemas de sueño, apetito, cansancio, desinterés sexual), como los elementos más importantes de la depresión. Con todo, lo que llama más la atención a Snaith (1993) es el importante volumen de items que se comparten con los trastornos de ansiedad (reacciones fisiológicas, nerviosismo, preocupación excesiva, miedos).

A pesar de esa disparidad y prolijidad, se han hecho algunos intentos por conocer qué contenidos comparten las distintas escalas e inventarios entre sí. En un trabajo ya clásico, Levitt y Lubin (1975), seleccionaron 16 escalas e inventarios que evaluaban depresión o aspectos similares. Lejos de encontrar una gran similitud, lo que encontraron fue una gran diversidad. Así, contrastando escalas con escalas, hallaron 54 síntomas que al menos eran compartidos por dos de ellas y sólo un síntoma que era compartido por la totalidad. Lo sorprendente es que este síntoma no fue ni el afecto triste ni la anhedonia/pérdida de interés, ni siquiera los síntomas neurovegetativos (apetito, sueño, desinterés sexual). El síntoma común a las 16 escalas fue la *baja auto-estima*.

En un trabajo realizado por nosotros como parte del programa de doctorado (1991-93), analizamos las tres escalas e inventarios que se citan con mayor frecuencia y, posiblemente, las de mayor uso: el Inventario de Depresión de Beck (la primera versión del BDI, Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961), la escala de depresión contenida en el MMPI (la primera versión del MMPI-D, Hathaway y Mckinley, 1951) y la escala autoevaluativa de Zung (SDS, Zung, 1965). Los contenidos analizados fueron los dos recogidos en el DSM-IV (en aquellos momentos nos referíamos al DSM-III-r) y la CIE-10: afecto triste y anhedonia/pérdida de interés; y el síntoma que se repetía en las 16 escalas analizadas por Levitt y Lubin (1975): la baja auto-estima (que correspondería a los sentimientos de inutilidad de las clasificaciones psicopatológicas). El análisis consistió en contabilizar los items que hacían referencia a esas áreas/síntomas en un sentido no estricto (podían hacer referencia de manera central o tangencial), calculando el porcentaje que representaban con respecto al total de la prueba. Los resultados por áreas afectadas fueron los que aparecen en la tabla 2.3.

Tabla 2.3.- Porcentajes de síntomas referidos a estado de ánimo deprimido, anhedonia y baja autoestima, en las tres pruebas señaladas

| ÁREAS/SÍNTOMAS | PORCENTAJE | | |
|----------------------------------|------------|--------|-----|
| | BDI | MMPI-D | SDS |
| ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO | 21,05 | 8,33 | 25 |
| ANHEDONIA/PÉRDIDA DE INTERÉS | 15,78 | 11,67 | 15 |
| SENT. INUTILIDAD/BAJA AUTOESTIMA | 21,05 | 6,67 | 5 |
| TOTAL | 57,88 | 26,67 | 45 |

Nota: BDI=Inventario de depresión de Beck; MMPI-D=escala de depresión contenidas en el MMPI; SDS=escala autoevaluativa de la depresión, de Zung.

Como puede observarse, en el BDI estas tres áreas suponen cerca del 60% del contenido total de la escala, superando el 20% tanto el afecto triste como la baja autoestima. En el caso de la escala de Zung el porcentaje también es estimable (45%), aunque en este caso la baja autoestima está a un nivel sensiblemente inferior. El inventario que menor porcentaje da a estos contenidos es el MMPI, no llegando a alcanzar el 30%. Además, en las otras dos escalas, el humor depresivo representa, compartido o no con otra categoría, el porcentaje más elevado, mientras que en el MMPI-D este lugar lo ocupa la pérdida de interés/anhedonia (aunque en realidad la categoría más amplia fue la de 'no clasificables' dentro de los síntomas usualmente adscritos a la depresión).

La consecuencia directa de esa disparidad y desacuerdo con respecto a cuál es la sintomatología distintiva de la depresión es, como se ha señalado anteriormente en el trabajo de Snaith (1993), la dificultad que existe para establecer unos niveles adecuados de validez discriminante entre los trastornos de depresión y otros trastornos psicopatológicos, observándose con frecuencia dificultades para diferenciar entre muestras de individuos depresivos y otras muestras, salvo cuando la muestra de comparación es una muestra de personas no enfermas. En este último caso, las escalas de depresión suelen discriminar entre depresivos y normales (Bas y

Andrés, 1996; Beck, Steer y Garbin, 1988; Gotlib y Cane, 1989; Hamilton y Shapiro, 1990; Heiby y García-Hurtado, 1994; Persons y Fresco, 1998; Rehm, 1988; y Vázquez y Sanz, 1995).

Sin embargo, la diferenciación entre depresión y los estados de ansiedad (especialmente el trastorno de ansiedad generalizada) ha sido una preocupación y una dificultad constante del diagnóstico psicopatológico (ver, p.e., la monografía específica editada por Kendall y Watson, 1989).

En el caso de los inventarios y escalas de depresión, ha dado lugar al planteamiento de (i) modelos que presuponen una sintomatología dividida en dos grandes grupos: sintomatología específica a ambos trastornos y sintomatología compartida por la ansiedad y depresión (*modelo tripartito*, p.e., Clark y Watson, 1991; Watson, Weber, Assenheimer, Clark, Strauss y McCormick, 1995; Watson, Clark, Weber, Assenheimer, Strauss y McCormick, 1995; *modelo PANAS*,⁸ Watson, Clark y Carey, 1988). Y a (ii) modelos que presuponen que la covariación es tan elevada que habría que conceptualizar un nuevo síndrome que unifique ambos trastornos (síndrome ansiedad-depresión, p.e., Dobson, 1985; Hodges, 1990). En el caso de este último modelo, también se sostiene una diferenciación evolutiva, según la cual ambos trastornos aparecen conjuntamente en la infancia, diferenciándose en dos a partir de la adolescencia (p.e., Cole, Truglio y Peeke, 1997).

Evidentemente, aquellos que consideran que no es posible diferenciar entre depresión y ansiedad no suponen una buena estrategia para conocer cuáles son los síntomas distintivos de la depresión. Por lo que se refiere a los modelos que sostienen una sintomatología compartida, se ha inventariado una serie de síntomas que han tratado de ser verificados empíricamente. Por su importancia, nos vamos a detener en estos modelos.

2.3.1.- Modelos basados en el afecto positivo y afecto negativo (PANAS)

El modelo PANAS se ha fundamentado en la existencia de dos grandes estructuras de estado de ánimo: el afecto positivo y el afecto

8 Afecto Positivo y Negativo (Positive And Negative Affect).

negativo. El afecto positivo estaría relacionado con estados de bienestar y activación, tales como estados de ánimo dinámicos, enérgicos, alegres, entusiasmados, motivados, etc. En cambio, el afecto negativo estaría relacionado con estados de malestar subjetivo como nerviosismo, tristeza, irritación, agresividad, etc. Watson, Clark y Tellegen (1984) propusieron esta doble estructura como una forma de aclarar las posibles diferencias entre dos trastornos tan covariantes como los señalados de ansiedad y depresión⁹.

La propuesta de estos autores se plasmó posteriormente en una medida que recogía de manera resumida los afectos más importantes de las dos estructuras (PANAS, Watson, Clark y Tellegen, 1988). La escala distribuía por igual (diez ítems) los síntomas positivos y negativos. Estos síntomas se resumen en la tabla 2.4.

Tabla 2.4.- Síntomas de afectos positivo y negativo, recogidos en el modelo PANAS

| AFECTO POSITIVO | AFECTO NEGATIVO |
|-----------------|-----------------|
| Interesado | Irritable |
| Entusiasmado | Molesto (tenso) |
| Fuerte | Disgustado |
| Orgullosa | Temerosa |
| Inspirado | Avergonzado |
| Estimulado | Nervioso |
| Decidido | Miedoso |
| Atento | Asustado |
| Alerta | Culpable |
| Activo | Hóstil |

⁹ Algunos autores, además, han propuesto que esa estructura está determinada por y discrimina la dominancia cerebral hemisférica. Por ejemplo, Davidson, Ekman, Saron, Senulis y Friesen (1990), informaron que la mayor actividad del hemisferio derecho estaba relacionada con expresiones faciales de disgusto y desagrado, mientras que la mayor actividad del hemisferio izquierdo estaba relacionado con expresiones de agrado y felicidad.

Los análisis factoriales han mostrado la existencia de esas dos estructuras independientes, no dimensionables entre sí, así como patrones de covariación diferenciales en relación con distintas variables y problemas, como los niveles de salud, estrés, ansiedad, depresión, etc. (Clark y Watson, 1988; Watson, 1988; Watson y Pennebaker, 1989). Con respecto a la depresión y la ansiedad, los datos parecen confirmar ese patrón que supone la existencia de una parte común a ambos trastornos y una parte específica a cada uno de ellos. La parte común sería el afecto negativo, cuyos síntomas se encontrarían por igual en ambos problemas, mientras que la parte específica estaría en la afectividad positiva. Los síntomas de la afectividad positiva se encuentran relacionados negativamente con la depresión, pero se muestran relativamente independientes con respecto a los problemas de ansiedad (Watson, Clark y Carey, 1988; Watson y Kendall; 1989). La interpretación que dan los autores a estos resultados, con respecto a los síntomas de la depresión determina que "Estos hallazgos sugieren que la ausencia de experiencias placenteras (p.e., *anhedonia*¹⁰) es especialmente importante para la depresión, lo que hace que el Afecto Positivo pueda ser un factor crítico a la hora de distinguirla de la ansiedad" (Watson, Weber y otros, 1995, p. 4).

Sin embargo, estos resultados no se han podido verificar en otros estudios, que han utilizado un metodología cuasi-experimental o experimental y con muestras clínicas y no clínicas (p.e., Hill y Dutton, 1989; Ruipérez y Belloch, 1997; Ruiz-Caballero y Bermúdez, 1993). En concreto, el trabajo experimental de Ruipérez y Belloch (1997), comparando ansiosos (ansiedad generalizada) y depresivos (depresión mayor y distimia) en la selección de adjetivos autocalificativos de carácter positivo, negativo o neutro, obtuvo resultados donde los ansiosos se describían a sí mismos no solamente más positivamente en comparación con los depresivos, sino menos negativamente. Cuando se analizó el recuerdo de los adjetivos que les describían, los ansiosos recordaban de manera similar a los depresivos distímicos en los adjetivos positivos y de manera similar a los pacientes con

10 La escritura en cursiva es nuestra.

depresión mayor en los adjetivos negativos, lo que les lleva a las autoras a cuestionar si es sensato (en todos los casos) mantener la distinción categorial entre algunos trastornos de ansiedad y algunos trastornos de depresión (especialmente distimia).

A pesar de estos últimos datos, los modelos PANAS parecen fundamentar lo distintivo de la depresión en la anhedonia, uno de los síntomas 'obligatorios', de las clasificaciones psicopatológicas. Estos hallazgos de los modelos PANAS significaron el paso inicial para la elaboración de modelos más complejos, como el modelo tripartito.

2.3.2.- Modelo tripartito

Clark y Watson (1991) ampliaron los dos factores anteriores del modelo PANAS, a tres, con la finalidad de completar la oferta entre síntomas compartidos y síntomas específicos. Hasta ahora se disponía de una sintomatología compartida entre ansiedad y depresión (afecto negativo) y una sintomatología para la depresión (bajo afecto positivo/anhedonia). Faltaba añadir una sintomatología propia de la ansiedad. Para ello, Clark y Watson (1991) elaboraron el Cuestionario de Síntomas de Ansiedad y Humor (MASQ, *Mood and Anxiety Symptom Questionnaire*).

Tabla 2.5.- Ejemplos de contenidos de las seis escalas del cuestionario MASQ

| ESCALAS | Nº ITEMS | CONTENIDOS |
|-------------------------|----------|--|
| MG: SÍNTOMAS COMUNES | 15 | Irritabilidad, confusión, dificultades de concentración... |
| MG: SÍNTOMAS DEPRESIVOS | 12 | Pesimismo, sentimientos de fracaso, auto-acusación... |
| MG: SÍNTOMAS ANSIOSOS | 11 | Incapacidad para relajarse, náuseas, malestar estomacal... |
| PÉRDIDA DE INTERÉS | 9 | Aburrimiento, decaimiento, aislamiento social... |
| ACTIVACIÓN ANSIOSA | 19 | Respiración entrecortada, labios secos, sudoración... |
| AFECTO POSITIVO ELEVADO | 24 | Optimismo, sentirse enérgico, sentirse bien con uno mismo... |

MG = Malestar General.

El MASQ está compuesto por 90 items, que se incluyen en seis escalas. Estas escalas se resumen en la tabla 2.5.

De acuerdo con las previsiones iniciales, la idea de los autores era que los contenidos de la escala *MG: síntomas comunes*, se encontrarían por igual en los trastornos de ansiedad y depresión; los contenidos de las escalas *MG: síntomas depresivos*, *pérdida de interés* y *afecto positivo elevado* se encontrarían en el trastorno depresivo; y las escalas *MG: síntomas ansiosos* y *activación ansiosa*, se encontrarían en los problemas de ansiedad. De los primeros resultados (Clark y Watson, 1991) se observó la posibilidad de integrar las escalas de *afecto positivo* y *pérdida de interés* en una única escala (*depresión anhedónica*).

Análisis posteriores (Watson, Clark y otros, 1995), con cinco muestras distintas, normales y pacientes, modificaron las previsiones iniciales. Estos análisis determinaron la existencia de una solución trifactorial. El primer factor (*malestar general*) estaba compuesto por las escalas siguientes: (i) *MG: síntomas comunes* (salvo los items referidos a la actividad neurovegetativa como los problemas de sueño y apetito), (ii) *MG: síntomas depresivos*, (iii) parte de la escala *MG: síntomas ansiosos* (de nuevo, salvo los items de contenidos neurovegetativos como malestar estomacal, náuseas, diarreas, etc.), y (iv) gran parte de la escala de falta de interés. El segundo factor (*anhedonia/afecto positivo*), estuvo compuesto casi en su totalidad por la escala de afecto positivo elevado, aunque también saturaron negativamente items de la escala de pérdida de interés. Por último, el tercer factor (*ansiedad somática*), estuvo compuesto por los items de la escala activación ansiosa y los items con contenidos neurovegetativos del resto de las escalas.

Resumiendo, los datos más importantes de la relación de esos factores con otras medidas de ansiedad y depresión (con muestras de personas normales y muestras clínicas, básicamente toxicómanos), parecen fortalecer la propuesta del modelo tripartito: por un lado estarían los síntomas compartidos, referidos a la afectividad negativa y los síntomas de malestar general; en segundo lugar estarían los síntomas específicos de la ansiedad, correspondiendo a los síntomas fisiológicos y somáticos (recogidos en el factor señalado de ansiedad somática); y en tercer lugar estarían los síntomas de

anhedonia/pérdida de interés que serían específicos de la depresión (Watson, Clark y otros, 1995; Watson, Weber y otros, 1995). Es de destacar que los síntomas iniciales que conformaban la escala de depresión se incluyeron en el factor que no diferenció entre ansiedad y depresión. Esto es relevante porque los ítems de esta escala son los que usualmente se incluyen en lo que se denomina afecto triste y distorsión cognitiva: sentirse deprimido, sentirse triste, sentirse desesperanzado, sentirse fracasado, pesimista, inferior los demás, etc. Por el contrario, los síntomas prototípicos parecen ser los que se refieren al desinterés, la apatía y la incapacidad para disfrutar de la vida (anhedonia).

Llegados hasta aquí parece que, desde el punto de vista de los síntomas recogidos en las escalas de depresión, la anhedonia es el síntoma principal y distintivo, aunque sean los ítems de baja autoestima los que más se repiten en las diferentes escalas. Tal y como ocurría con los síntomas recogidos en las clasificaciones psiquiátricas, el síntoma históricamente prototípico de la depresión, los sentimientos de tristeza, no parece que sea una condición necesaria para diferenciar la depresión de otros problemas, especialmente cuando se trata de diferenciarla de la ansiedad.

En una línea similar se pueden situar los trabajos de A. Beck, comparando los datos de sus escalas de depresión y de ansiedad. Hace tiempo que Beck ha defendido que su inventario de depresión discriminaba entre ansiedad y depresión (p.e. Beck, Steer y Garbin, 1988; Steer, Beck y Garrison, 1986). En un intento por consolidar esa capacidad de discriminación se ha administrado el inventario original de depresión de Beck o su versión revisada, BDI-II, (Beck y otros, 1961; Beck y Steer, 1993a; Beck, Steer y Brown, 1996) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck y Steer, 1993b), a diferentes muestras clínicas y no clínicas, hospitalizados y externos (Clark, Steer y Beck, 1994; Joiner, 1996; Steer, Clark, Beck y Ranieri, 1995; Steer, Clark, Beck y Ranieri, 1999).

Los resultados de los estudios citados son bastante coincidentes entre sí: se obtiene una solución bifactorial de primer orden que, a grandes rasgos, representa por separado a los contenidos de las escalas de ansiedad y de depresión, y un factor de segundo orden que englobaría a esos dos primeros factores. Estos datos además

se han replicado utilizando un análisis factorial confirmatorio (Joiner, 1996). Este posicionamiento estaría a medio camino entre el modelo tripartito y el modelo que defiende la existencia de un trastorno indiferenciado ansiedad-depresión: desde una perspectiva general, existiría un patrón de malestar psicológico que representaría aproximadamente un 50% de la varianza común, y dos patrones específicos (ansiedad y depresión) que darían cuenta del 20% de la varianza.

Tomando en cuenta el patrón o factor específico de depresión, los síntomas que más saturan son los que hacen referencia, de nuevo, a la anhedonia (pérdida de interés e incapacidad para el placer), mientras que el ítem referido a sentimientos de tristeza mantiene una saturación intermedia. Lo cierto es que a este planteamiento subyace una idea diferente de tratar la búsqueda de las señas de identidad de la depresión: de covariabilidad de distintos síntomas como elemento distintivo de la depresión. En este sentido no existirían unos síntomas propios de la depresión, sino que sería la covariación de un grupo de síntomas (que pueden también estar presentes en otros problemas psicológicos), lo que sería significativo de la depresión. Este planteamiento supone variar la forma de enfocar la búsqueda de los síntomas genuinos de la depresión. En el siguiente apartado vamos a tratar de desarrollar este punto de vista.

2.4.- La covariación de síntomas como elemento distintivo de la depresión

Como se ha mencionado, las clasificaciones psicopatológicas se basan en un sistema categorial de ocurrencia simultánea de varios síntomas, lo que vendría a definir al fenómeno depresivo. La co-ocurrencia ha sido definida de dos maneras: como *comorbilidad* y como *covariación*.

La comorbilidad se define como la ocurrencia conjunta de dos o más síntomas, usualmente en una tasa significativamente mayor que la esperable por azar o la que encuentra en la población (tasa promedio de la población). En este caso la co-ocurrencia no significa que exista relación entre los síntomas, sino que, sencillamente, ocurren al mismo tiempo. Esta comorbilidad puede hacer referencia tanto a

la co-ocurrencia de síntomas como a la ocurrencia de entidades mayores como la co-ocurrencia de distintos síndromes (Hammen y Compas 1994; Lilienfield, Waldman e Israe, 1994; Maser y Cloninger, 1990). Este es el acercamiento categorial de las clasificaciones psicopatológicas.

La covariación hace referencia a una co-ocurrencia estadística, definiendo el grado en el que dos o más síntomas correlacionan entre sí. Esa correlación indica la interdependencia de los síntomas y, frente al planteamiento de comorbilidad, sí presupone relación entre síntomas, de tal forma que, si existiera un patrón de covariación estable, se podría enunciar la existencia de una entidad (latente) que subyace a esa covariación (Compas y Hammen, 1994; Hinden, Compas, Howell y Achenbach, 1997; Lilienfield, Waldman e Israel, 1994; Maser y Cloninger, 1990).

Desde este último planteamiento se ha tratado de analizar la depresión como un constructo unitario. La idea principal ha consistido en sostener que lo característico de la depresión no es un síntoma o síntomas determinados, sino la covariación que se establece entre ellos. En ese sentido se acepta que los síntomas de la depresión pueden encontrarse también en otros trastornos o tienen entidad en sí mismos. Lo que ocurre con la depresión es que ese conjunto de síntomas mantiene un patrón de covariación estable¹¹. Una forma de poner a prueba la existencia de ese patrón ha consistido en someter a distintos análisis factoriales las diferentes escalas e inventarios de depresión existentes, esperando que los hallazgos permitan extraer soluciones monofactoriales.

Desafortunadamente, no siempre se han podido extraer soluciones monofactoriales. Más aún, las soluciones monofactoriales son las menos frecuentes. Como resumen Bas y Andrés (1996), las escalas e inventarios de depresión más utilizados poseen una estructura factorial compleja, cambiante de un estudio a otro y, sobre

11 Escapa al propósito de este trabajo las referencias que desde los planteamientos de covariación sostienen la existencia de una *personalidad depresiva* característica, incluso la posibilidad de incluir el trastorno de la personalidad depresiva como un nuevo trastorno de personalidad (ver, p.e., Carrillo, Rojo y Staats, 1996; Huprich, 1998; Ilardi y Craighead, 1999; Staats, 1996).

todo, multifactorial. Desde los primeros trabajos de Comrey (1957) con la escala de depresión del MMPI hasta los análisis más recientes sobre el inventario de depresión de Beck (que revisaremos seguidamente), los resultados son bastante concluyentes: es poco usual encontrar soluciones monofactoriales. Eso ha hecho que se trate de buscar ese patrón estable en soluciones de segundo orden. Un buen ejemplo de este tipo de estrategia se puede ejemplificar con la investigación sobre el BDI. En el siguiente apartado se revisarán brevemente estos trabajos.

2.4.1.- La estructura factorial del inventario de depresión de Beck

El BDI es posiblemente el inventario de depresión más utilizado hoy día, tanto en su uso clínico como en su utilización experimental. De los coeficientes de validación obtenidos en distintos estudios parecen deducirse unos buenos ajustes, prácticamente en todos los criterios de validación (Beck, Steer y Garbin, 1988; Steer, Beck y Garrison, 1986)¹².

Sin embargo, como ya se mencionó, por lo que respecta a la estructura factorial que conforman los 21 ítems del inventario, existe menos acuerdo. Si bien es cierto que los autores y revisores del inventario indican expresamente que los síntomas incluidos en el inventario «no pretenden reflejar una teoría concreta de la depresión» (Beck, Steer y Garbin, 1988, pág. 79) es innegable el peso que tienen los ítems con contenidos cognitivos. Especialmente relevantes son los contenidos referidos a la *distorsión cognitiva* (pesimismo, culpabilidad, fracaso, etc.) que representan 9 de los 21 ítems del BDI y que es un elemento central en la teoría cognitiva de la depresión de Aaron Beck (Beck, 1967, 1972). El resto de los ítems también tienen un alto componente cognitivo de carácter más

¹² La nueva versión del BDI, BDI-II (Beck, Steer y Brown, 1996), llevada a cabo para adaptar sus contenidos al DSM-IV, ha mostrado una tendencia a elevar la puntuación global en dos puntos con respecto a la versión inicial del BDI. Sin embargo, para el ítem referido a sentimientos de tristeza la puntuación suele ser más elevada en la versión original. Por lo demás, ambos inventarios obtienen niveles de fiabilidad y validez similares (Beck, Steer, Ball y Ranieri, 1997).

disperso (sentimientos de tristeza, quejas de mal funcionamiento cognitivo, autoimagen, etc.), quedando sólo cinco items para evaluar los componentes somáticos-neurovegetativos y dos para conductas motoras.

Dada esa configuración en los contenidos y atendiendo a los modelos que defienden la idea de covariación intersíntomas, cabría esperarse entre gran parte de esos items algún patrón (o patrones básicos) de respuesta (depresiva o normal). Los resultados de los estudios que han analizado factoriamente el inventario podrían resumirse en los siguientes:

(i) el número de factores aislados en los diferentes estudios es variable. Así, Beck, Steer y Garbin (1988), en su revisión de las propiedades psicométricas del BDI, informan que oscila entre 3 y 7, siendo más frecuentes las soluciones trifactoriales. Ello no excluye soluciones bifactoriales (Shek, 1990; Zemore y Eames, 1979), ni monofactoriales (Gould, 1982).

(ii) los trabajos llevados a cabo empleando modelos de ecuaciones estructurales, consideran que existe un *factor general de sintomatología depresiva* subyacente a la prueba (Clark, Cavanaugh y Gibbons, 1983; Clark, Gibbons, Fawcett, Aagesen y Sellers, 1985); que puede descomponerse en tres factores altamente correlacionados, (p.e., Byrne, Baron, Larsson y Melin, 1995; Byrne y Baron, 1993a y 1993b; Tanaka y Huba, 1984).

Por su parte, Tanaka y Huba (1984), empleando el análisis factorial exploratorio (AFE), con un método de extracción de máxima verosimilitud y reanalizando los datos de Beck y Lester (1973), consideran que son necesarios al menos cinco factores para explicar adecuadamente los datos. Dichos factores muestran relaciones importantes que dan motivo para pensar en una estructura de orden superior. Sin embargo, apelando a consideraciones sustantivas y metodológicas, ponen a prueba mediante el análisis factorial confirmatorio (AFC) una solución trifactorial y, posteriormente, un segundo orden monofactorial. Es decir, se apoyaría una estructura jerárquica, basada en tres factores de primer orden y un único factor de segundo orden.

El cuerpo de trabajos más importante para apoyar la estructura jerárquica, trifactorial (primer orden) y monofactorial (segundo or-

den), se debe al grupo de Barbara Byrne. Esta autora ha contrastado dicho modelo en muestras canadienses anglo y francoparlantes (Byrne y Baron, 1993a y b), demostrando su invarianza en tres muestras independientes. Similares conclusiones se derivan de la adaptación sueca de la prueba, empleando igualmente tres muestras (Byrne, Baron, Larsson y Melin, 1995). Sus resultados apoyan la consideración -y la invarianza parcial- de un factor general de depresión y de tres subfactores específicos. Pero hay que destacar que el modelo propuesto no es formalmente similar al definido por Tanaka y Huba (1984), dado que varía la composición/definición específica de los tres factores propuestos.

(iii) En cuanto al contenido y *significado* de dichas estructuras, en lo referente a la solución trifactorial, ésta coincide con la defendida por Beck y Lester (1973). Los tres factores aislados parecen identificarse consistentemente como *actitudes negativas hacia uno mismo, problemas en la ejecución y sintomatología somática*.

A pesar de las posibles diferencias entre los modelos, parece existir una evidencia favorable hacia la consideración trifactorial del BDI. Dicha estructura se concretaría en un único factor de segundo orden que, estadísticamente, daría cuenta del constructo depresivo. Sin embargo, existen algunos problemas que no terminan por confirmar las conclusiones anteriores.

Por un lado, los items que componen esos tres factores de primer orden no son siempre los mismos, variando su composición de unas investigaciones a otras, por lo que, a pesar de que ello, no varía sustancialmente el significado de los tres factores, lo único que parece invariante es el número de elementos. Así, es posible que items del primer factor puedan no saturar en el mismo en otras investigaciones, pudiendo entrar nuevos items en su composición para el modelo final. Por otro lado, como ya se ha señalado, las soluciones trifactoriales son muy frecuentes, pero no son las únicas. De hecho Beck, Steer y Garbin, (1988) citan soluciones de cuatro, (Teri, 1982); cinco (Beck y Lester, 1973; Steer, McElroy, y Beck, 1982); seis (Cropley y Weckowicz, 1966; Lips y Ng, 1985; Weckowicz, Muir, y Cropley, 1967); y siete factores (Lips y Ng, 1985; Reynolds y Gould, 1981; Shaw, Steer, Beck, y Schut, 1979). En otras palabras, la estructura jerárquica tiene sentido sólo en ese doble

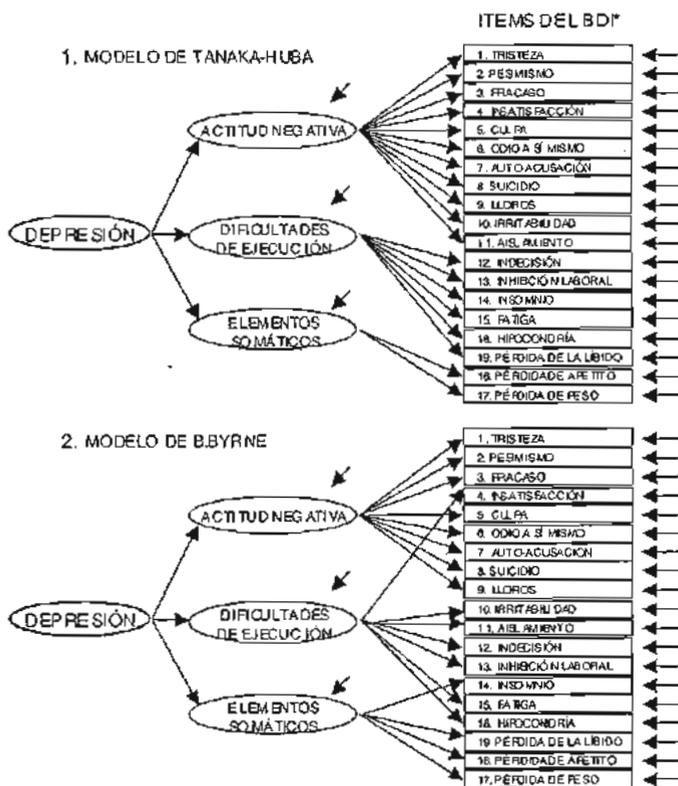
proceso; una serie de factores de primer orden que covarían entre sí para formar una estructura monofactorial de segundo orden.

Como ilustración de esto último podemos citar algunos trabajos llevados a cabo por nosotros (Ibáñez, González y Peñate, 1997; Ibáñez, Peñate y González, 1997). Poniendo a prueba esa estructura jerárquica por medio del análisis factorial confirmatorio, los índices obtenidos parecen avalar la existencia de la misma. Sin embargo, también existen otros modelos competitivos. En concreto, en uno de nuestros trabajos (Ibáñez, Peñate y González, 1997), se puso a prueba un modelo de seis factores de primer orden y un único factor de segundo orden y obtuvo mejores índices de ajuste que el modelo trifactorial.

Estos resultados cuestionan la idea de covariación como el elemento central de la depresión, en la medida en que en un primer momento se fracasa en encontrar una solución monofactorial. Es verdad que en un segundo momento (segundo orden) sí aparece esa estructura monofactorial, pero entonces también valdrían las propuestas que sostienen que, elevando el nivel de análisis, todos los problemas psicológicos compartirían elementos comunes (malestar psicológico) y siempre habrá algo que al final unifique a los distintos trastornos.

En cualquier caso, tomando como referencia los modelos probados por el grupo de B. Byrne y el trabajo de Tanaka y Huba (1984) como aquellos que han recibido mayor apoyo empírico, se podría intentar apresar algunos elementos distintivos de la depresión. A continuación se resumen ambos modelos.

De los tres factores encontrados, el referido a actitudes negativas es el que mayor porcentaje de varianza explica, de acuerdo con los estudios citados. Este factor representa lo que Beck ha denominado *distorsión cognitiva*: un punto de vista negativo sobre uno mismo, el mundo y el futuro (Beck, 1967, 1972). Los elementos constitutivos de este factor son los que desde las clasificaciones psicopatológicas se incluyen esencialmente en los sentimientos de tristeza y, en menor medida, baja autoestima (estado de ánimo, pesimismo, odio a sí mismo, autoacusación...). El segundo factor, referido a problemas de ejecución, recoge los contenidos usualmente adscritos a la anhedonia (cansancio, problemas de rendimiento laboral, indecisión...).



*de la versión española de Conde, Esteban y Ustros (1974).

Figura 1.- Representación gráfica del modelo jerárquico (tres factores de primer orden y un factor de segundo orden), del Inventario de Depresión de Beck (BDI), obtenido por medio del análisis factorial confirmatorio, según Tanaka y Huba (1984) y según el grupo de investigación de Barbara Byrne

El tercer factor, problemas somáticos, es el más débil y recoge la sintomatología neurovegetativa, un factor que no parece discriminar entre ansiedad y depresión (por lo visto anteriormente).

Estos datos nos devuelven al planteamiento original de los sentimientos de tristeza y la anhedonia como elementos centrales y cuya covariación (conjuntamente con los problemas somáticos) daría cuenta del fenómeno depresivo. En otras palabras, la idea de covariación intersíntomas como elemento distintivo de la depresión habría de modificarse para establecer límites a esa covariación: se trataría al menos de la covariación de los ítems referidos a sentimientos de tristeza (con baja autoestima) y a anhedonia. Los dos elementos que, desde las clasificaciones psicopatológicas cuya presencia es obligatoria (al menos uno de ellos) para el diagnóstico del trastorno depresivo.

En resumen, la búsqueda de los síntomas o elementos que constituyen genuinamente la depresión no parece ser una tarea sencilla debido, entre otras razones, a la complejidad del síndrome depresivo. Sin embargo, si uno hace abstracción de lo visto hasta aquí, se pueden aventurar unas primeras valoraciones:

De los distintos elementos que se suelen utilizar para identificar la depresión, es la anhedonia/pérdida de interés el elemento que mayor apoyo empírico ha recibido.

Los sentimientos de tristeza representan un segundo elemento, aunque con mayores dificultades, ya que no discrimina entre algunos trastornos de ansiedad y depresión.

La baja autoestima, el elemento que la mayoría de las escalas incluyen como constitutivo de la depresión aparece asociado a los sentimientos de tristeza, permitiendo presuponer una cierta sinonimia funcional entre ambos elementos.

La idea de que es la covariación entre síntomas lo que identificaría la depresión no parece tener, en un primer momento, apoyo empírico, salvo que esa covariación se limite a algunos síntomas (como los señalados hasta aquí).

Visto este panorama, también sería planteable la duda de si existe o no un síndrome que se pueda denominar como depresión, dada la dificultad de encontrar cuáles son sus elementos genuinos. Los planteamientos comportamentales, con su énfasis en las conductas,

sin inferir la existencia de rasgos o dimensiones latentes o subyacentes, encuentran en esa situación compleja una justificación para sostener la inexistencia de la depresión y si la existencia de comportamientos anómalos o deficitarios. En el siguiente apartado revisaremos esta posición desde la orientación diagnóstica que sustenta los planteamientos conductuales.

2.5.- Los síntomas de la depresión desde la perspectiva de la evaluación conductual

Las dificultades que tiene el tratar de distinguir elementos diferenciadores en la depresión, agrava la tarea de quien, desde la perspectiva de la evaluación clínica del trastorno, tiene que conocer qué evaluar y cuáles son los condicionantes y determinantes del trastorno.

Desde la perspectiva de la evaluación conductual se trataría de observar, por un lado, cómo se ajusta el trastorno depresivo a un análisis ABC (antecedentes-conducta-consecuentes), y, por otro, cómo se expresa y en qué canales (motor, cognitivo y fisiológico) se muestra el fenómeno depresivo (Cone, 1997; Hawkins, 1979; Hayes y Follette, 1992; Haynes, 1998; Haynes y O'Brien, 1990; Haynes, Uchigakiuchi, Meyer, Orimoto y Blaine, 1993; Horner, 1994; Kanfer y Saslow, 1965). Haciendo un ejercicio práctico, la aplicación de este modelo a la depresión podría ilustrarse de la manera siguiente:

Con respecto al (i) análisis ABC, se trataría de aplicar la lógica del *análisis funcional de conductas* a la depresión con el fin de identificar esos tres elementos. La búsqueda de los antecedentes nos lleva a tratar de identificar qué situaciones son las que provocan o favorecen el comportamiento depresivo. Ante esto nos encontramos que la depresión no se da ante situaciones específicas concretas. Siguiendo a Rehm (1988), el fenómeno depresivo sólo tiene un anclaje situacional en el caso de las denominadas *depresiones reactivas*, aquellas que son consecuencia *siempre* de la pérdida de un ser querido. Por lo demás, es difícil encontrar qué situaciones, qué estímulos son los que provocan el comportamiento depresivo. Más bien al contrario, lo que ocurre es que, una vez instalada la

depresión, ésta se da en todas las circunstancias, en todas las situaciones en las que se encuentre el individuo. Lo que sí parece evidente es la existencia de un patrón temporal en la depresión: el trastorno depresivo puede darse más en determinados *períodos críticos*, más en unas estaciones del año que en otras, más en unos meses que en otros, más en unas semanas que en otras, más en unos días de la semana que en otros y, en fin, más en unas horas del día que en otras.

Una vez que aparece el episodio depresivo y mientras dura, se da en todas las situaciones en las que el individuo se encuentra¹³, comportándose como un humor omnipresente que invade todo. Es por ello que no cabe hablar de antecedentes, salvo que se incluyan como tales el historial de socialización, las características premórbidas o el grado de vulnerabilidad ante situaciones estresantes. Parece, sin embargo, que más que hablar de situaciones habría que hablar de un patrón temporal: más que demostrar situacionalidad, la depresión demuestra temporalidad.

El segundo eslabón incluye a la conducta o conductas que son afectadas por la depresión. Tal y como hemos visto hasta aquí, las conductas y cogniciones que pueden estar afectadas en la depresión recorren un rango muy amplio, no implicando siempre a las mismas conductas, ni siquiera en dos episodios distintos de una misma persona. Lo que se observa con frecuencia es que más que una conducta, lo que parece afectado es un conjunto de respuestas que tienen que ver entre sí con su frecuencia de aparición, en un incremento o decremento de las mismas: pérdida del apetito, de peso, sueño, enlentecimiento, cansancio, disminución del interés sexual, etc.; o, por otro lado, voracidad, bulimia, hipersomnia, agitación psicomotriz, ... El carácter de deterioro para la salud que tienen algunos de estos síntomas hace que se tienda a tomarlos como objetivos de intervención, especialmente desde un punto de vista biológico,

13 Es una obviedad decir que hay situaciones más estresoras que otras y personas más vulnerables que otras, por lo que no todas las situaciones provocarían un mismo e hipotético grado de depresión. Lo que se quiere hacer constar es que la respuesta depresiva no es una respuesta específica a una configuración estimular determinada.

que acomete con rapidez la intervención sobre los problemas de apetito, sueño, fatiga excesiva o sobre la agitación, cuando ésta provoca alarma en el paciente o en los familiares (Vázquez y Sanz, 1995).

Desde un punto de vista psicológico-funcional (Persons y Fresco, 1998), se ha tendido a la selección de conductas de carácter cognitivo, relativas al sistema de creencias, estilos atribucionales, expectativas, etc., que se consideran a la base de todos esos otros problemas fisiológicos o neurovegetativos.

Esta disparidad podría llevar a pensar que los modelos conductistas radicales tienen razón, que el trastorno, dimensión o rasgo de depresión como tal no existe, sino que lo que realmente ocurre es que hay una o varias conductas que están afectadas por su frecuencia de aparición, pudiendo formar en ocasiones cadenas de conductas donde unas y otras serían antecedentes y consecuentes, dependiendo del eslabón donde se encontraran; y, por tanto, lo que tenemos que hacer es atenernos a esos pocos síntomas observables, registrarlos y tratarlos, evitando así especulaciones o abstracciones no justificadas. Sin embargo, esta línea argumental pierde sentido en la medida en que esas conductas (y esos pensamientos), mantienen un alto nivel de covarianza común, en un mismo plano horizontal no secuencializado. Los síntomas de la depresión no forman cadenas de conducta, sino que, al menos algunas de ellas, se dan conjuntamente (comórbidamente) y es esa aparición conjunta lo que genera el suficiente malestar psicológico que desestabiliza a la persona que lo sufre. Por tanto, si bien es verdad que no siempre son los mismos comportamientos los implicados, también es cierto que se puede acotar el rango de ellos y la covariación funcional entre los mismos.

Por último, dentro del análisis funcional de conductas, los consecuentes del comportamiento depresivo tampoco están claros, especialmente en el sentido que el modelo propone, esto es, como reforzadores de la conducta depresiva. Lo usual, desde el punto de vista del depresivo, es que su comportamiento vaya seguido o esté unido a ideas de fracaso, baja autoestima o de autocompasión, que no son precisamente unos buenos ejemplos de autorrefuerzo encubierto. De otro lado, las consecuencias sociales de la depresión tampoco son como para que el paciente aumente su conducta. En un principio es posible que el comportamiento depresivo logre la

trilogía de refuerzos más usuales: la atención de familiares, amigos y personal sanitario, el consumo de fármacos y la evitación de tareas difíciles o complejas. Pero, una vez que el proceso depresivo avanza y se consolida, lo que suele ocurrir es todo lo contrario: una pérdida progresiva de refuerzos sociales (Lewinsohn y Libet, 1972; D'Zurilla, Chang, Nottingham y Faccini, 1998; Rose y Staats, 1988). El estigma social de las enfermedades mentales se hace patente ante un trastorno tan visible como el depresivo, donde se unen la compasión y el rechazo, cuando no la incredulidad. Por tanto, si tuviéramos que aplicar el modelo conductual, paradójicamente las consecuencias de la conducta depresiva son consecuencias que podrían ser conceptualizadas como refuerzos negativos, que definicionalmente no consolidarían el comportamiento depresivo.

Parece, por tanto, que el análisis funcional de conductas, como proceso diagnóstico, no se ajusta a la evaluación de la depresión, ni en la identificación de unos antecedentes situacionales inmediatos, ni en la selección de una conducta-objetivo, así como tampoco en el conocimiento de las consecuencias que mantienen el comportamiento depresivo.

Otra forma de abordar el análisis comportamental consistiría en observar (ii) cómo afecta la depresión al *triple sistema de respuestas*: motor, cognitivo y fisiológico. Como veremos, también en este caso el fenómeno depresivo tiene dificultades para ajustarse a esta clasificación.

De nuevo siguiendo a Rehm (1988), el componente motor de la depresión, como se ha reiterado hasta aquí, hace referencia a una propiedad de una serie de conductas manifiestas que se dan en personas normales o que se encuentran en otros trastornos. Esta propiedad se refiere al incremento o decremento en la frecuencia de algunas conductas. No ocurre como en el caso de otros trastornos donde se dan componentes motores típicos. La tipicidad para la depresión es la frecuencia de ocurrencia.

Por lo que se refiere al componente cognitivo quizá sea éste el elemento más distinguible de la triada. Sin embargo, hay que reconocer que este componente tiene poco que ver con estados mentales pasajeros, formas de pensar momentáneas, de corta duración, como se preconiza desde los modelos conductuales. Al contrario,

el componente cognitivo en la depresión tiene un carácter más estable y hace referencia a actitudes, sistemas de creencias, estilos atribucionales, que tienen un historial de mucho tiempo, durante el que se ha ido consolidando y pasando a ser una característica de funcionamiento personal bastante estable (pesimismo, desamparo, culpabilidad, sentimientos de fracaso...).

En relación con el componente fisiológico, nos encontramos con que ciertas características que se pueden hallar en un depresivo, como pueden ser circunstanciales elevaciones de la tasa cardiaca o un patrón distinguible en el nivel de conductancia de la piel, son más propias del efecto de la ansiedad, que cursa con un amplio grupo de trastornos depresivos, que de la depresión en sí. Si lo que buscamos es un componente somático, lo característico no son reacciones fisiológicas, sino neurovegetativas (que además tienen un registro observable): pérdida de apetito y peso, fatiga, problemas de sueño, etc. Es decir, de nuevo, no se trataría de reacciones momentáneas y circunstanciales ante situaciones estresoras, sino de cambios biológicos estables.

Por lo que se ha visto, también el triple sistema de respuestas tiene dificultades a la hora de adaptarse a los trastornos depresivos, lo que unido a lo dicho para el análisis funcional de conductas, nos plantea que la evaluación conductual de la depresión hay que hacerla alejándonos de esquemas demasiado rígidos, que aplicados de manera automática, desvirtúan el propio síndrome depresivo y lo hace inexplicable.

En definitiva, el fracaso relativo de los procedimientos psicométricos a la hora de aislar un trastorno depresivo único y distinto no justifica que éste no exista, como se podría preconizar desde planteamientos conductuales más radicales, porque tampoco la depresión cumple con los requisitos y principios de los modelos comportamentales alternativos a esos modelos psicométricos.

3.- SÍNTOMAS FRECUENTEMENTE RELACIONADOS CON LA DEPRESIÓN

Lo que se ha intentado decir hasta aquí es que, desde un punto de vista de la evaluación psicológica, (i) la depresión es un síndrome

complejo donde cuesta encontrar síntomas genuinos, únicos de la depresión; (ii) que existen dificultades para encontrar síntomas que diferencien y discriminen al trastorno depresivo de otros trastornos; y (iii) que las características de la depresión hacen que no pueda cumplir fielmente los requisitos exigidos por los modelos de evaluación, tanto el modelo psicopatológico tradicional, como el modelo conductual.

A pesar de todo, y como tarea evaluativa, vamos a tratar de identificar cuáles son los síntomas más frecuentemente asociados o pertenecientes a la depresión, como complemento a la visión de las clasificaciones psicopatológicas ya citadas.

Vázquez y Sanz (1995), clasifican los síntomas depresivos en cinco categorías (o núcleos): síntomas anímicos, síntomas motivacionales y conductuales, síntomas cognitivos, síntomas físicos y síntomas interpersonales. A continuación en la tabla 3.1 resumimos dichos síntomas.

Tabla 3.1.- Clasificación de los síntomas de la depresión, según Vázquez y Sanz (1995)

| SÍNTOMAS | | | | |
|--|---|---|---|---|
| ANÍMICOS | MOTIVACIONAL/CONDUCTUALES | COGNITIVOS | FÍSICOS | INTERPERSONALES |
| Tristeza Irritabilidad Sensación de vacío Nerviosismo | Anhedonia Inhibición Retardo psicomotor Estupor depresivo | Problemas de atención, concentración y memoria Autodepreciación Baja autoestima | Problemas de sueño Problemas de apetito Desinterés sexual Quejas somáticas | Deterioro de las relaciones Rechazo Aislamiento |

Evidentemente ésta es una clasificación que intenta ordenar el importante volumen de síntomas asociados a la depresión, aunque los autores destacan los dos primeros (donde aparecen predominantemente el afecto triste y la anhedonia) como los síntomas principales del estado depresivo, considerando, además, que son los síntomas físicos los que usualmente hacen que una persona busque ayuda, y que, según los autores, podrían suponer "...una importante línea divisoria entre la depresión normal y la depresión clínica" (Vázquez y Sanz, 1995, p. 309).

Sin embargo, desde un punto de vista estrictamente conceptual, la clasificación anterior lleva a cabo inclusiones y exclusiones difíciles de justificar. Véase por ejemplo la compleja separación entre síntomas anímicos (tristeza), motivacionales (desgana) y cognitivos (pesimismo). La inclusión en única categoría de los síntomas motivacionales y conductuales¹⁴, no parece sostenerse, ya que deja fuera una serie de elementos comportamentales motores que podrían incluirse en la categoría de 'conducta motora' (conducta alimentaria, comportamiento de sueño, conducta social). O, como último ejemplo, incluir en los síntomas físicos elementos que podrían también estar en la categoría motivacional o en la cognitiva (desinterés sexual, pérdida de apetito), no parece ser muy adecuado.

Otra clasificación que pretende evitar al máximo esas confusiones es la propuesta por Lynn Rehm (1988, 1990) y avalada por otros (p.e., Persons y Fresco, 1998). De acuerdo con su propuesta, los síntomas de la depresión podrían clasificarse en cuatro categorías: cognitivo-verbales, motores, somáticos e interpersonales. En la tabla 3.2. se resumen estos síntomas.

Una característica de esta clasificación es que los síntomas son subcategorías que a su vez contienen síntomas específicos. Más que síntomas son *clases* de conducta que incluyen a su vez una serie de elementos que comparten su modo o canal de expresión. En los apartados siguientes vamos a desarrollar esta clasificación.

14 Aunque no se hace explícito en el texto, da la impresión que los autores hace referencia con 'conductuales' a síntomas estrictamente motores, de conducta manifiesta.

Tabla 3.2.- Clasificación de los síntomas de la depresión, según Rehm (1988, 1990)

| SINTOMAS COGNITIVO-VERBALES | SÍNTOMAS MOTORES | SINTOMAS SOMÁTICOS | SÍNTOMAS INTER-PERSONALES |
|---|---|--|-------------------------------|
| Afecto triste Distorsión cognitiva Quejas de mal funcionamiento cognitivo | Déficits de conducta Excesos de conducta | Dolores corporales Trastornos físicos Trastornos neuro-vegetativos | Estrés interpersonal y social |

3.1.- Síntomas cognitivo-verbales

Los síntomas más relevantes de la depresión parecen estar relacionados con el componente cognitivo. Sin embargo, a la hora de registrar este componente su forma de expresarlo tiene mucho que ver. Suelen ser verbalizaciones del tipo de quejas, lamentos, infravaloraciones, etc., por lo que parece más acertado llamar a este grupo síntomas cognitivo-verbales.

El primer síntoma asociado, ya mencionado con reiteración, es el *afecto triste*, manifestado en sentimientos de tristeza, decaimiento, infelicidad, humor depresivo. Ocasionalmente, y no solamente en edades más tempranas, el afecto triste se manifiesta a través de irritabilidad, frustración, ansiedad-nerviosismo u hostilidad.

Un segundo aspecto es conocido como *distorsión cognitiva*, que tiene que ver con la triada propuesta por A. Beck ya comentada. Esta distorsión hace referencia al mundo actitudinal, creencial, al estilo atribucional del individuo, lo que se plasma en pesimismo, indefensión, desesperanza, culpabilidad, *locus* externo, indecisión, infravaloración, etc..

El último componente cognitivo son los *cambios en el funcionamiento cognitivo*. Frecuentemente quien sufre un episodio depresivo

se queja de mala memoria, de problemas de concentración o de bajo rendimiento. Evidentemente es posible que la capacidad mnémica o el nivel de ejecución en su trabajo sea inferior a cuando no estaba deprimido, pero también puede ocurrir que objetivamente estas capacidades y niveles no hayan descendido, sin embargo, la persona deprimida se percibe a sí misma como menos capaz. Por lo tanto, los cambios en el funcionamiento cognitivo hacen referencia tanto a un cambio real como percibido en la capacidad de atención, concentración y memoria.

3.2.- Síntomas motores, de conducta manifiesta

Los síntomas motores, observables y registrables, se refieren a excesos y déficits conductuales. Como excesos conductuales se suele citar a una fisionomía típica del depresivo denominada porte triste, a la cabeza inclinada, los movimientos de manos, la pérdida de contacto ocular, agitación psicomotriz, los lloros, y en ocasiones la conducta de comer y la hipersomnía.

Como déficits conductuales se suelen incluir el retardo psicomotor, el decremento en las actividades del trabajo y recreativas, la conducta de sueño, la conducta de comer y la conducta sexual. En general esta inhibición conductual sería comparable a la anhedonia recogida en la clasificación anterior como síntomas motivacionales y conductuales.

3.3.- Síntomas somáticos

Como se comentó con anterioridad, más que hablar de síntomas psicofisiológicos, parece más apropiado hablar de una categoría amplia como son los síntomas somáticos que incluyen las dolencias corporales, en general acompañadas de quejas hipocondríacas, los trastornos y desajustes de carácter físico o neurovegetativo (dolores corporales y trastornos sexuales, del apetito, sueño). Así, suelen incluirse como síntomas somáticos de la depresión la fatiga excesiva, los constipados, la pérdida de apetito, los dolores difusos, la

respiración problemática, la disminución de la libido, la alteración en la tensión del músculo facial y alteraciones del sueño.

3.4.- Síntomas interpersonales

Los síntomas interpersonales hacen referencia al estrés que pueden provocar determinadas relaciones sociales e interpersonales y que son fuente y/o efecto de la depresión. Desde este punto de vista se ve al depresivo como una persona con un déficit en las habilidades sociales e interpersonales, lo que provoca una incapacidad a la hora de enfrentarse a situaciones potencialmente problemáticas. Ello puede ser entendido como un déficit conductual, pero también pueden ser identificado como características personales, en la medida en que suponen una ausencia de habilidades de afrontamiento (*coping skills*) para el dominio de esas situaciones sociales que provocan estrés. En este sentido suelen incluirse como características la dependencia, la hostilidad, la autocrítica excesiva, el deseo de relaciones interpersonales (y el miedo a las mismas), el aislamiento, el negativismo, o ser una persona manipulable. Esta es la categoría menos precisa de las propuestas por L. Rehm, ya que incluye tanto elementos motores, como elementos cognitivos.

Observando las distintas clasificaciones y ordenaciones de los síntomas de la depresión, éstas no permiten identificar los síntomas propios y únicos del trastorno, pero sí permiten observar algunas redundancias que también hemos observado tanto en las clasificaciones psicopatológicas como en los contenidos de las escalas que evalúan la depresión: los elementos referidos a las áreas anímicas/afecto triste, el decremento de la actividad y el desinterés, los efectos somáticos y neurovegetativos que acompañan (y agravan el trastorno) y un elemento que está a medio camino entre causa y consecuencia: el deterioro de las relaciones interpersonales.

3.5.- Valoración sobre los síntomas de la depresión

De acuerdo con el breve repaso hecho hasta aquí, podríamos tratar de resumir los datos más consistentes encontrados en esa

búsqueda de los síntomas prototípicos de la depresión. Como preámbulo retomamos algo dicho al principio: la popularidad, la tasa de prevalencia o su uso como recurso literario y artístico, no han significado que estemos en las mejores condiciones para establecer cuáles son esos síntomas genuinos del fenómeno depresivo.

El breve repaso histórico parece indicar que *los sentimientos de tristeza* era el síntoma prevalente. Desde una perspectiva lega, posiblemente también las personas estarían de acuerdo en que ese sería el síntoma distintivo. Sin embargo, los sentimientos de tristeza no son privativos del hecho depresivo, ni siquiera es una condición necesaria para el diagnóstico de un episodio depresivo.

Este hecho se observa en las consideraciones que hacen los expertos, responsables de los manuales de clasificación psicopatológica, al considerar que el episodio depresivo ocurre cuando existe una comorbilidad intersíntomas, entre los cuales debe figurar esos sentimientos de tristeza o la anhedonia. Es decir, los sentimientos de tristeza no tienen que darse obligatoriamente, aún cuando de manera implícita sea el síntoma de la depresión desde un punto de vista popular.

Lo cierto es que las clasificaciones psicopatológicas están de acuerdo en que del grupo de síntomas de la depresión, uno de ellos (si no los dos) deben ser los dos señalados. De alguna forma esto supone dar una preponderancia a esos dos síntomas. La anhedonia es una característica clasificatoria de la depresión, salvo excepción de los síntomas prodrómicos en la esquizofrenia, que pueden agudizarse en la situación de crisis psicótica. Los sentimientos de tristeza pueden aparecer en algunos trastornos adaptativos y el algún trastorno de personalidad (especialmente en el límite).

El análisis de los contenidos de las escalas de depresión nos sitúa, por un lado, a la baja autoestima como el síntoma-moda de las mismas, y, por otro, una cierta confusión conceptual con respecto a qué es lo que identifica a la depresión frente a otros trastornos, especialmente cuando esos trastornos son provocados por el estado de ansiedad (ansiedad generalizada, pánico).

De las conclusiones de los modelos PANAS y los modelos tripartitos se puede entresacar que el síntoma o área distintiva de la depresión frente a la ansiedad no sería los sentimientos de tristeza, sino la

anhedonia/pérdida de interés/baja afectividad positiva, apoyando a la anhedonia como ese síntoma distintivo.

Los modelos que se han apoyado en la covariación de síntomas como el elemento central de la depresión han fracasado a la hora de ofertar una solución monofactorial de primer orden. Lo que sí ha ocurrido es que en un segundo momento (segundo orden) aparece esa solución monofactorial. Lo llamativo ahora sería que las áreas de primer orden que covarían para dar cuenta de esa solución monofactorial/depresión son en gran medida las dos áreas/síntomas comentadas: los sentimientos de tristeza y la anhedonia.

Los modelos conductuales que encuentran en esta aparente dificultad una forma de justificar la inexistencia del fenómeno depresivo, tampoco son capaces de analizar el hecho depresivo bajo sus principios y procedimientos diagnósticos.

La situación es tal que, a pesar de algunos acuerdos, las distintas propuestas de clasificaciones sintomáticas no terminan por aclarar cuáles son esos síntomas genuinos y únicos. Más aún, a pesar de las coincidencias que existen, no se puede establecer una preponderancia, unos síntomas nucleares o unos síntomas-llave que identifiquen de manera inequívoca el hecho depresivo.

El grupo de trabajos que se exponen a continuación pretenden ofrecer alguna luz sobre ese panorama, atendiendo básicamente a los datos que se han ido encontrando y que, de manera resumida, se han ido exponiendo hasta aquí.

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La evaluación de la depresión ha adolecido de una claridad conceptual y de contenidos, lo que ha terminado por dificultar, en lugar de aclarar, dichos contenidos y el subsiguiente diagnóstico diferencial del hecho depresivo. Los trabajos que a continuación se exponen pretenden ofertar una alternativa a la búsqueda de esos contenidos/síntomas, facilitando así, si fuera posible, una mayor claridad conceptual.

Para tratar de aclarar ese objetivo hemos planteado una estrategia incrementalista y diferencial de trabajos de investigación. Para

ello se va a utilizar como vehículo un cuestionario creado por nosotros, con la intención de que cumpla con los requisitos necesarios para abordar dicho objetivo general. Esto supone crear un cuestionario que (i) cubra los contenidos de las distintas áreas usualmente adscritas a la depresión, (ii) que contenga especialmente los elementos diferenciadores y discriminantes que hasta ahora se han considerado como síntomas más probables en la identificación del fenómeno depresivo frente a otros trastornos, y (iii) que disponga de un formato que represente adecuadamente la naturaleza de lo que quiere evaluar.

Con todo, la creación de ese cuestionario tiene que ver con una modificación de la lógica desde la que se ha planteado hasta ahora el estudio de la depresión vía cuestionarios. Para entender esa lógica, se hace necesario describir, aunque sea someramente, el modelo teórico de base: el modelo de parámetros.

4.1.- La lógica conceptual y metodológica: El modelo de parámetros

Desde hace tiempo, V. Pelechano ha venido desarrollando un modelo teórico que pudiera integrar los distintos hallazgos en Psicología, proporcionando así un marco explicativo y comprensivo para los mismos. Este modelo, denominado *modelo de parámetros*, se encuentra descrito en algunos textos (Pelechano, 1973, 1989, 1993, 1996, 2000), habiéndose aplicado en un amplio número de trabajos de investigación que recorren tanto las distintas disciplinas psicológicas (clínica, educativa, social, básica), como los distintos ámbitos de estudio (experimental, clínico, comunitario, institucional).

Cuatro son los conceptos básicos que se manejan en el modelo: sistema, variable, constante y parámetro¹⁵. Para nuestro interés, vamos a desarrollar este último concepto.

Un *parámetro* sería una condición externa al sistema de variables y constantes, pero que actúa sobre él. Los parámetros pueden ser parte de los tres ejes, persona, estímulos y respuestas, que conforman el funcionamiento humano. La identificación adecuada de los

15 Una descripción de estos conceptos se pueden revisar en Pelechano (1993, 1996, 2000).

parámetros que pueden estar incidiendo en determinados hallazgos será esencial a la hora de explicar e integrar los resultados obtenidos. El concepto de parámetro supone la aceptación de una serie de principios de los que cabe destacar los siguientes:

El primero de ellos es una declaración de principios y consiste en observar los hallazgos científicos con una visión de provisionalidad temporal y situacional. El desarrollo del conocimiento se fundamenta en una serie de hallazgos que provienen de diseños experimentales de laboratorio con un control riguroso sobre posibles variables interferentes o que provienen de la selección de una serie de variables que componen fenómenos más complejos y la observación de sus relaciones con determinada variable dependiente. En ambos casos se parte de una serie de restricciones y limitaciones que pueden estar provocando la obtención de resultados de alcance localizado o, sencillamente, resultados que no representan realmente al hecho psicológico en sí, debido a que las restricciones metodológicas impuestas suponen una alteración de la naturaleza de lo evaluado.

Con frecuencia, además, el que se vayan introduciendo en los estudios variables que pueden facilitar la interpretación de hallazgos precedentes da un cierto aire de provisionalidad a los hallazgos obtenidos en un momento dado. Bajo este punto de vista, lejos de aceptarse los resultados como verdades absolutas, se acepta explícitamente la provisionalidad de los mismos, de tal forma que su aplicación al mundo psicológico se haga atendiendo a las condiciones en las que fueron alcanzados. De alguna forma, las limitaciones situacionales y la provisionalidad temporal funcionarían como parámetros prototeóricos que contribuirían a la integración (o no) de los hallazgos científicos en modelos teóricos más complejos.

Desde el punto de vista de los resultados sobre los síntomas de la depresión, parece evidente no sólo la aceptación de este principio, sino su pertinencia a la hora de explicar el actual estado de las cosas. Los datos disponibles nos ilustran por dónde debemos diseñar las investigaciones futuras, pero los datos son tan lábiles que la provisionalidad temporal de los mismos es lo que da mayor credibilidad a los resultados actuales.

El segundo principio es de carácter conceptual y tiene que ver con la existencia de determinados niveles de consolidación y determinación de las variables investigadas. Frente a los modelos (más comportamentales) que se mueven dentro de una unicidad en los niveles de las variables puestas a prueba (o los modelos dualistas estado-rasgo), el modelo de parámetros reconoce al menos tres niveles. El primero de ellos, el *básico*, sería el más estable, invariante y consolidado. Estaría formado por variables en gran medida transtemporales y transituacionales. El segundo nivel, el *intermedio*, estaría formado por variables con una estabilidad menor, comprometidas con determinadas condiciones o *settings* (entornos, condiciones experimentales genéricas, orientadas a determinadas tareas), fuera de las cuales su generalización es escasa. El último nivel, *situacional*, identifica a aquellas variables temporales, determinadas por las características de la situación o condiciones experimentales específicas. Serían las variables más inestables, modificables y con menor capacidad de generalización.

Interesante es que estos tres niveles son aplicables a los tres ejes (de persona, estímulo y respuesta). Inmediatamente se observa que se debe modificar el punto de vista tradicional con respecto a la naturaleza de lo que se quiere investigar (condiciones experimentales estables, controladas, con verificación transtemporal, transituacional y transpersonal). Así es psicológicamente tan relevante lo estable como lo inestable, la rigidez y la labilidad, lo generalizable como lo situacional. Pero ahora las condiciones de investigación deberán atender a esa naturaleza (nivel de consolidación) de lo investigado, si no se quiere pervertir la significación psicológica de los datos obtenidos.

Desde el modelo de parámetros se advierte que el nivel de consolidación de una variable debe ser tenido en cuenta, casi primordialmente, en la interpretación de los hallazgos. La confusión de niveles (investigaciones que evalúan variables con distintos grados de consolidación, sin tener en cuenta esos niveles distintos en la explicación), o la explicación de la generalización de unos resultados no acordes con el nivel de las variables tenidas en cuenta, son errores frecuentes que desorientan la integración de los resultados en modelos explicativos coherentes.

De nuevo este principio es más que evidente en el caso de los estudios sobre los síntomas de la depresión, especialmente en los estudios por medio de inventarios y escalas. Las formas más usuales de indicar el nivel de consolidación consisten en las instrucciones de cumplimentación, en la redacción de los ítems y en el formato de respuesta.

En el caso de los inventarios de depresión es usual que las instrucciones hagan referencia a cómo se ha sentido la semana pasada. Esto ya supone añadir un elemento de provisionalidad temporal que evita cualquier análisis sobre la consistencia y consolidación de los síntomas evaluados.

Con respecto a la redacción de los ítems es donde mayores incongruencias se observan. Con frecuencia en un mismo inventario aparecen ítems redactados de manera genérica (nivel básico), ítems con referentes orientados a tareas específicas (nivel intermedio), e ítems con referentes inmediatos, situacional (nivel situacional). A veces incluso esto ocurre en un mismo ítem. Ilustrando esto último, tomemos el BDI. Este inventario recoge en cada ítem varias afirmaciones, de las que el evaluado debe elegir la que mejor describa como se sentía la semana pasada. Tomando como ejemplo el ítem sobre pérdida de apetito, el evaluado debe elegir entre las siguientes afirmaciones:

- A.- He perdido totalmente el apetito.
- B.- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- C.- Mi apetito es ahora mucho menor.
- D.- Tengo el mismo apetito de siempre.

Como puede observarse, la redacción hace referencia a estados que pueden ser compatibles entre sí, porque pertenecen a niveles de consolidación distintos. Responder, por ejemplo, que se tiene el mismo apetito de siempre (opción D, nivel básico) es, desde el punto de vista de los niveles de consolidación, compatibles con redacciones como la opción C (el apetito actual, de carácter situacional) o la opción B (también situacional).

Por lo que respecta al formato de respuesta, de nuevo nos encontramos con formatos que no representan adecuadamente la naturaleza de lo evaluado o no corresponde con lo que se le pide a la persona evaluada. El ítem anterior es un buen ejemplo. Si se

tiene que responder cómo se ha sentido la semana anterior las alternativas A, B y C son perfectamente compatibles. Además, en el caso de la depresión, su naturaleza temporal deberá contemplarse como un elemento distinguible. Ese elemento no tiene que ver con sólo una semana, sino en varias, en semanas o en años.

Además de los dos principios señalados, el modelo sostiene una idea de causalidad según la cual las relaciones causa-efecto pueden ser cambiantes. Las relaciones causa-efecto han sido traídas a la psicología desde las ciencias básicas. Sin embargo, el mundo psicológico está menos delimitado y no se pueden establecer relaciones causales en una única dirección, al menos, no se pueden establecer para todo el tiempo. Con frecuencia, el estímulo es la causa de determinada conducta, pero en ocasiones la conducta es una operante que altera la situación estimular. Pero aún es más complicado: de acuerdo con las nuevas versiones del análisis funcional de conductas (Haynes y O'Brien, 2000; Haynes y otros, 1993), las relaciones de determinación se pueden establecer entre componentes de un mismo conjunto de variables. Así, la determinación puede observarse entre distintas respuestas entre sí (respuesta-respuesta) o entre diferentes condiciones estímulares (relaciones estímulo-estímulo). De hecho si se incluyen los parámetros de persona, la interdeterminación entre ellos puede alcanzar teóricamente cifras elevadas. En este sentido, desde el modelo de parámetros se prefiere defender la idea de *determinismo recíproco* para identificar esas relaciones no estables de causa-efecto. Los ejes de persona, de estímulo y de respuestas pueden ser tanto causas de una acción como efectos de la misma.

Aplicando este último principio a los estudios sobre los síntomas de la depresión, se apoya la idea de covariación intersíntomas. Es posible que algunos síntomas antecedan a otros en algunas circunstancias, pero esa situación puede ser la contraria en un nuevo episodio depresivo. Esto no está reñido con la existencia de síntomas prototípicos o genuinos, sencillamente que no se puede establecer cuáles son los síntomas iniciales y cuáles son los que se producen por la aparición de los primeros.

Por lo mencionado hasta ahora parece recomendable, en la medida de lo posible, diferenciar los niveles de consolidación cuando se

redacte un ítem, así como las instrucciones para responder y el formato de respuestas, con la garantía, de acuerdo con el modelo de parámetros, de un mayor ajuste psicométrico de una prueba.

Teniendo en cuenta esos principios, optamos por un inventario de evaluación de la depresión que hace referencia a las siguientes condiciones: redacción de sus contenidos con relación a un nivel de consolidación básico, con instrucciones y formato de respuestas que tenga en cuenta a esa naturaleza temporal del fenómeno depresivo.

La redacción de los ítems para referirse a un nivel de consolidación básico, se hizo con la finalidad de buscar los componentes más transituacionales, localizar aquellos síntomas y la convariación entre ellos que no estuvieran sujetas a cambios contextuales o ambientales. Esa era una de las formas de facilitar la elaboración de reglas o principios básicos para entender el fenómeno depresivo.

Por otro lado, la depresión tiene que ver con el tiempo, con la duración y persistencia de los síntomas. Por ejemplo, El DSM-IV valora la presencia de un *episodio depresivo* cuando un grupo de síntomas están presentes simultáneamente, con una duración no inferior a *dos semanas*. El diagnóstico del *trastorno depresivo mayor recurrente* se realiza cuando una persona sufre más de un episodio depresivo, aunque no sea de manera continuada (puede darse *meses o años* distintos). El diagnóstico de la *distimia* requiere una duración de la sintomatología durante *años* (dos en adultos, uno en adolescentes). Esto significa que la respuesta a la presencia de los síntomas tiene que tener en cuenta ese carácter temporal, modificando las instrucciones y formatos de respuestas usuales en los inventarios de depresión.

4.2.- Objetivos

El objetivo general pretende localizar esos síntomas propios y genuinos de la depresión por medio de un cuestionario administrado a distintas muestras, clínicas y no clínicas. Ese objetivo general se vertebra en otros objetivos específicos:

Como prerrequisito, el primer objetivo específico será la validación del cuestionario, con el fin de que sirva de propósito general de la investigación.

Identificación de la estructura relacional de los síntomas de la depresión, con la finalidad de identificar a su vez si existe un núcleo o elemento central sobre el que gira dicha estructura relacional. Esto significa poner a prueba los modelos de covarianza intersíntomas.

Identificar, si existe, cuál o cuáles son los síntomas genuinos de la depresión. Estos síntomas tendrán que definirse por el peso, nivel de consolidación y estabilidad temporal, verificados en distintas muestras y en el diagnóstico diferencial con otros trastornos, especialmente con relación a los trastornos por el estado de ansiedad.

Proponer un procedimiento de evaluación que sirva para acometer ese diagnóstico diferencial e identificación adecuada de los síntomas genuinos de la depresión.

4.3.- La construcción del cuestionario

Como se ha señalado, la necesidad de elaborar una nueva escala de depresión tenía como misión cubrir dos aspectos que las escalas tradicionales no cubrían y que entendíamos que podían ser importantes a la hora de delimitar los síntomas de la depresión: la redacción de los ítems con referentes transituacionales (nivel de consolidación básico) y atendiendo en las instrucciones y formatos de respuestas a la naturaleza temporal de la depresión.

Para elaborar el cuestionario se echó mano de tres fuentes distintas: los síntomas recogidos en las clasificaciones psicopatológicas, los análisis sobre los componentes de la depresión y los contenidos de las escalas de depresión más relevantes. Este trabajo se inició en 1991, formando parte del programa de doctorado del departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de esta universidad (bienio 1991-1993) en esos momentos.

Como punto de partida se incluyeron ítems referidos a todas las áreas que habían sido consideradas por distintas propuestas constitutivas de la depresión (clasificaciones psicopatológicas, los contenidos en otras escalas o propuestas de autores relevantes). Tomando como referencia la propuesta de Rehm (1988, 1990), los ítems cubrieron los contenidos de la tabla 4.1.

Tabla 4.1.- Áreas y contenidos de los ítems del cuestionario elaborado por nosotros

| ÁREAS | CONTENIDOS |
|--|---|
| Afecto triste | Sentimientos de tristeza, humor depresivo, irritabilidad, hostilidad, nerviosismo-ansiedad, labilidad emocional. |
| Distorsión cognitiva | Pesimismo, culpabilidad, baja autoestima, elementos cognitivos de la anhedonia (desgana, desinterés general), indecisión, ideación suicida, quejas hipocóndricas. |
| Quejas de mal funcionamiento cognitivo | Quejas de mala memoria, problemas de atención, concentración y rendimiento. |
| Excesos de conducta | Agitación psicomotriz, conducta de llorar, alimentación, hipersomnia. |
| Déficits de conducta | Elementos comportamentales de la anhedonia: entecimiento psicomotor, cansancio, conducta alimentaria, conducta sexual, conducta de sueño. |
| Dolores difusos | Quejas de distintas dolencias: espalda, extremidades, cabeza, etc., incluyendo síntomas psicofisiológicos. |
| Problemas neurovegetativos | Fatiga, abatimiento, cansancio, libido, sueño, apetito. |
| Síntomas interpersonales | Aislamiento, estrés en las relaciones interpersonales, dependencia, comportamiento hostil. |

Como puede observarse, se incluyeron ítems sobre ansiedad, especialmente en su vertiente fisiológica (tasa cardíaca, temblores, sudoración, ...), debido al hincapié que los textos suelen hacer sobre el curso de la ansiedad en la depresión (Kendall y Watson, 1989). Evidentemente, los ítems sobre esta última área evidencian una situacionalidad que podría contradecir el interés que se tenía en construir una prueba que evaluara el nivel de consolidación básico. Fue un dato que tuvimos siempre presente. Por otro lado, la idea era no restringir los contenidos, sino que fueran los análisis empíricos los que los delimitaran posteriormente.

Los ítems fueron valorados sobre su pertinencia por cuatro expertos de la práctica clínica (dos psiquiatras, un psicólogo y una

psicóloga). Al final el formato original quedó compuesto por 90 ítems con una redacción inespecífica, general, que no hiciera mención a ninguna situación o contexto determinado ('me siento infeliz', 'soy indeciso', 'cambio de ánimo con facilidad').

Con respecto a las instrucciones, el formato de respuestas ha ido variando para conseguir un mayor ajuste entre lo que se pedía que se respondiera y las categorías de respuesta. Lo que no se modificó fue lo que significaba cada alternativa de respuesta. Agrupando esos modos de respuesta, cada persona debía responder a cada uno de los ítems en una escala de cuatro intervalos: *Siempre/años*, si la frase recogía un modo de pensar, sentir o actuar característico en su vida, entendido como algo muy característico de esa persona con una duración de varios años. *Bastante/meses*, si la frase recogía algo propio de algunos periodos de su vida, como podrían ser estaciones, meses, o épocas del año. *Alguna vez/semanas*, si la frase recogía un modo de pensar, sentir o actuar circunstancial o por un motivo preciso (aquí se combinaba, por un lado, si era una reacción muy localizada, o, si bien era algo adscribible a pequeños espacios temporales, como mañanas o tardes, por ejemplo, pero cuya duración fuera al menos de dos semanas). Y *Nunca/rara vez*, si la frase recogía un modo de pensar, sentir o actuar en absoluto característico del respondiente (aquí también se incluía la categoría de 'rara vez', indicando que podía ser algo que sintió, pensó o hizo, pero de forma ocasional y con una duración de menos de dos semanas). Debido a la importancia de este formato de respuestas, las instrucciones de cumplimentación debían ser muy claras, con el fin de obtener las respuestas lo más fiables posible.

Un último comentario antes de pasar a la exposición de los distintos trabajos. El cuestionario se ha denominado Cuestionario Básico de Depresión (CBD). El denominar a la escala 'cuestionario' tenía una pretensión tangencial y era la de tratar de verificar la posible existencia del constructo de depresión. Este no era un objetivo central, pero, apoyando las tesis de la convariación intersíntomas, parecía apropiado orientar la prueba hacia esa validez de constructo, con lo que se pretendía ir más allá que el mero inventario de síntomas. Sin más, pasamos a exponer los distintos trabajos.

**5.- PRIMER ESTUDIO: EL CUESTIONARIO BÁSICO
DE DEPRESIÓN (CBD): PRIMEROS DATOS
DE VALIDACIÓN**

Wenceslao Peñate

Dto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
Facultad de Psicología
Universidad de La Laguna

Este primer trabajo presenta los datos referidos a la validez factorial y convergente en una primera administración de cuestionario. Este trabajo tiene por tanto el valor de validez interna del conjunto de trabajos sobre la identificación de los síntomas de la depresión, en la medida que es imprescindible que este cuestionario mida el hecho depresivo, así como que posea una estructura que permita medir con solidez los distintos aspectos de la depresión.

Como se señaló en la introducción, en concreto por lo que se refiere al uso de cuestionarios de papel y lápiz, los análisis se han dirigido hacia distintos aspectos, sobre los que ha habido suerte desigual. Así, los cuestionarios más consolidados parecen cumplir una serie de requisitos metodológicos y psicométricos de manera aceptable. En general parecen coincidir con los criterios clínicos de depresión (acuerdo entre la puntuación en el inventario y el juicio de un terapeuta, en diferentes fases); monitorizan molaramente el progreso terapéutico (diferencias significativas en las puntuaciones a medida que el tratamiento va siendo efectivo); guardan una moderada o buena relación entre sí (validez convergente); y son bastante sencillos de utilizar, tanto en tiempo como en la cumplimentación (Bas y Andrés 1996; Hamilton y Shapiro, 1990; Heiby y García-Hurtado 1994; Marsella, Hirschfeld y Katz, 1987; Paykel, 1982; Persons y Fresco, 1998; Rehm, 1988; Sartorius y Ban, 1986).

Por contra, el análisis crítico de los autoinformes se ha dirigido hacia tres grandes aspectos: (i) cuestionamiento de la validez de contenido, no representatividad de los contenidos o sesgo hacia alguno de ellos, (ii) cuestionamiento de la validez de constructo, especialmente de la derivada de la búsqueda de un único factor de depresión, y (iii) la dificultad para establecer su validez discriminante con respecto a otros trastornos, especialmente con los problemas de ansiedad.

Por lo que se refiere a la validez de constructo, los cuestionarios sobre depresión han salvado satisfactoriamente determinados controles, mostrando la relación de determinados criterios y áreas evaluadas, en especial aquellas áreas que hacen referencia a aspectos biológicos o neurovegetativos (Katz, 1990). Sin embargo, el problema empieza cuando se quiere conocer cómo covarían las distintas áreas que componen la depresión. Aquí caben dos alter-

nativas: a) si la depresión es un constructo perfectamente delimitado, debería aparecer una única estructura claramente diferenciada, b) pero, si se considera a la depresión como constituida por un conjunto de áreas, que tienen entidad en sí mismas, entonces deberían aparecer tantas estructuras como áreas se hayan pronosticado.

Con respecto a la primera alternativa, ya Comrey (1957) puso de manifiesto la heterogeneidad de una prueba de tanto uso psiquiátrico como la escala de depresión contenida en el MMPI. Aunque más significativa aún es la revisión que Beck, Steer y Garbin (1988) hacen del inventario de depresión del primer autor (el inventario de depresión de Beck), a lo largo de más de 25 años. Por lo que se refiere a los distintos análisis factoriales a los que se ha sometido el inventario (los autores recogen 13 estudios), el resultado de la revisión muestra una heterogeneidad factorial tanto en el número de factores (el rango de ellos va desde dos hasta siete), como en el contenido de los mismos. En ese sentido, los resultados de una prueba de tanto prestigio en la evaluación de la depresión como el BDI no parecen apoyar la propuesta unifactorial.

La otra acepción, que aquí se va a apoyar, consiste en admitir que la depresión está conformada, como constructo, por distintas áreas que tienen entidad en sí mismas y, por tanto deben aparecer como estructuras separadas. De esta forma, los análisis factoriales a los que se han sometido diferentes escalas, muestran cómo existe una multifactorialidad, que denotaría esa multiestructuralidad. Los problemas ahora se sitúan en una doble vertiente. Por un lado, que esas estructuras-áreas se encuentren en los distintos cuestionarios que evalúan depresión. Siendo previsible que no coincidan en todas, es esperable que los cuestionarios coincidan en la mayoría de ellas. Desafortunadamente los datos que se poseen no parecen coincidir en este aspecto: lo que ocurre normalmente es que aparece un área de baja autoestima, afecto triste (sentimientos de tristeza), una cierta coincidencia en los trastornos neurovegetativos (sueño, apetito, libido), y una gran disparidad en el resto, pudiéndose encontrar áreas de ansiedad, soledad, indecisión, melancolía, apatía, quejas somáticas y un largo etcetera (Rehn, 1990).

Por otro lado, cabe pensar que las distintas escalas e inventarios no deben coincidir en las mismas áreas ya que pueden estar ras-

treando contenidos distintos (como efectivamente ocurre con las escalas más consolidadas), por lo que lo esperable ahora es que las estructuras encontradas en un inventario sean estables. Es decir, que las estructuras encontradas para un cuestionario en un momento determinado, aparezcan en nuevos análisis a los que se le someta. De nuevo hay que recurrir al trabajo de Beck, Steer y Garbin (1988) para comprobar que tampoco se cumple esa condición: las agrupaciones de items del BDI en los diferentes estudios revisados, muestran una heterogeneidad estructural donde las coincidencias son menores que las disparidades.

Consideramos que este estado de las cosas puede ser aclarado, al menos en parte, teniendo en cuenta las propuestas del *modelo de parámetros*. En concreto, los principios de nivel de consolidación, provisionalidad de los hallazgos y el determinismo recíproco. Se plantea que el formato de prueba haga referencia a un único nivel de consolidación, evitando mezclas que se tenga en cuenta la naturaleza de lo evaluado (en este caso la temporalidad de la depresión), y se considere la covariación intersíntomas como una determinación mutua, que no permite hablar (todo el tiempo) de síntomas-*causa* y síntomas-*efecto*.

Con todo, proponemos aquí un inventario de evaluación de la depresión que, adaptándose a la propuesta de niveles de consolidación del modelo de parámetros, en su expresión más consolidada (básica), pretende evaluar las características depresivas, entendidas como una serie de áreas psicopatológicas con naturaleza propia que covarían en un momento determinado para dar lugar al síndrome depresivo. Así es que se parte de la multiestructuralidad, tanto de áreas de contenidos como de homogeneidad intra-áreas. Ésta es una primera aproximación, sobre población normal, que nos puede servir de guía para intentar ir dando solución a alguno de los puntos críticos que afectan a los inventarios sobre depresión.

MÉTODO

Sujetos: participaron 212 adultos, de los cuales 144 eran mujeres y 68 hombres. Las edades fueron desde los 17 años a los 65, con

una mediana de 26 años. Por ingresos económicos cerca del 80% pertenecían a las categorías de trabajadores no cualificados o sin ingresos (parados, amas de casa y estudiantes) y el resto obtenían ingresos medios o superiores.

Instrumentos: Se administraron cuatro cuestionarios. El cuestionario básico de depresión, elaborado por nosotros y que ya hemos relatado: consta de 90 ítems que recogen las distintas áreas/síntomas usualmente adscritos a la depresión (en el apéndice 1 se recogen estos 90 ítems); el Inventario de Depresión de Beck (Beck y otros, 1961), en la versión castellana realizada por Conde, Esteban y Useros (1976); y la escala autoevaluativa de la depresión de Zung (1965), de acuerdo con la adaptación española de Conde, Escriba e Izquierdo (1970). Estos dos últimos son inventarios de evaluación de la depresión bastante prestigiados y que han sido sometidos a variados controles psicométricos. Nuestro interés consistía en tener medidas paralelas que nos permitieran analizar si los resultados que obteníamos con nuestro cuestionario hacían referencia a depresión o no, y en ese sentido si nos eran útiles los inventarios señalados.

Además de estos inventarios, se administró el cuestionario E-N, elaborado por Pelechano (1972), que evalúa dos rasgos temperamentales básicos del funcionamiento normal, extraversión social y neuroticismo.

Como se comentó en la introducción, una particularidad del cuestionario básico de depresión es que su formato de respuesta trata de adaptarse a la naturaleza temporal de la depresión. El formato de respuesta de cuatro alternativas fue el siguiente: *Siempre*, si la frase recogía un modo de pensar, sentir o actuar característico en su vida, entendido como algo muy característico de esa persona con una duración de varios años. *Bastante*, si la frase recogía algo propio de algunos periodos de su vida, como podrían ser estaciones, meses, o épocas del año. *Alguna vez*, si la frase recogía un modo de pensar, sentir o actuar circunstancial o por un motivo preciso (aquí se combinaba, por un lado, si era una reacción muy localizada, o, si bien era algo adscribible a pequeños espacios temporales, como mañanas o tardes, por ejemplo, pero cuya duración fuera al menos de dos semanas). Y *Nunca*, si la frase recogía un modo de pensar, sentir o actuar en absoluto característico del

respondiente (aquí también se incluía la categoría de 'rara vez', indicando que podía ser algo que sintió, pensó o hizo, pero de forma ocasional y con una duración de menos de dos semanas).

Procedimiento: Formando parte de un estudio de validación de una entrevista estructurada para estudios epidemiológicos (la Diagnostic Interview Schedule, DIS, Robins, Helzer, Croughan, y Ratcliff, 1981; Bethencourt, Peñate, González y Hernández, 1996), se formó a un grupo de alumnas y alumnos en el manejo de la DIS y en la administración de los inventarios y cuestionarios a una muestra de no universitarios. Esta formación constituía una parte del programa del *prácticum* en psicología clínica y del programa de doctorado ya reseñado en la introducción. Debido a la importancia del formato de respuestas, las instrucciones de cumplimentación debían ser muy claras, con el fin de obtener las respuestas lo más fiables posible.

La administración de las pruebas debía disponer de la previa autorización del encuestado, con las garantías de la confidencialidad de la información obtenida.

RESULTADOS

El primer análisis al que fue sometido el cuestionario fue a un análisis factorial. Para ello se transformó la escala de respuestas, de carácter ordinal, en una escala de intervalos. A la categoría de *siempre* se le dio la puntuación de 3; a la categoría de *bastante* se le dio a puntuación de 2; a la categoría de *alguna vez* se le dio la puntuación de 1; y la categoría de *nunca* se le dio la puntuación de cero.

Debido a que considerábamos que la depresión estaba compuesta por distintas áreas con entidad en sí mismas, pero que podría convariar entre sí, el procedimiento de extracción fue el de componentes principales y la rotación oblicua (método oblimin). La utilización de una rotación oblicua venía indicada por tratar de buscar el mayor número de áreas/factores que tuviesen entidad en sí mismas, con independiencia de las relaciones más o menos estrechas entre ellas. El resultado fue una primera solución de 10 factores, con valores propios superiores a 1.0, que comprendía a 59 ítems del

cuestionario. En la figura 5.1 se puede observar la distribución de los valores propios según los diez factores.

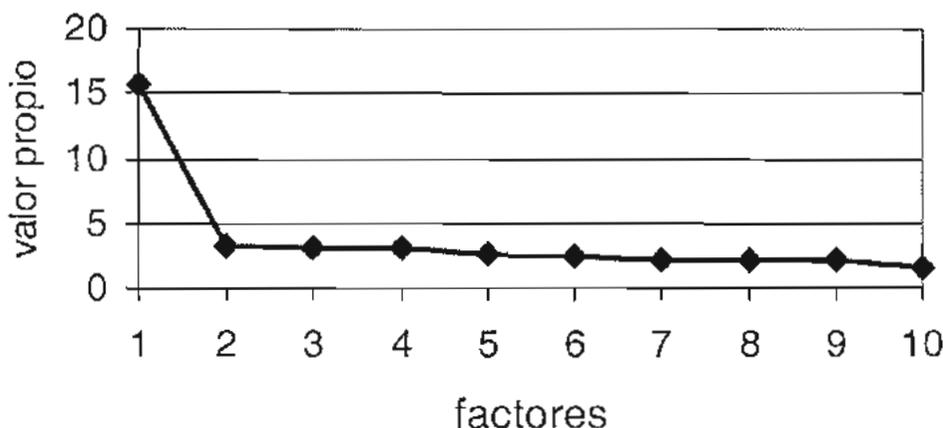


Figura 5.1.- Distribución de los valores propios de los diez factores del cuestionario básico de depresión (N= 212)

Claramente se observa cómo el primer factor va a ser el que explique el mayor volumen de la varianza común, después el resto de los nueve factores se va mantener en unos niveles similares, con muy ligeras variaciones. En sentido estricto, se recomendaría claramente la extracción de un único factor. Debido a la consideración de que la depresión iba a estar conformada por diferentes áreas que covariarían conjuntamente, se mantuvieron los diez factores. A continuación se describen esos diez factores obtenidos, teniendo en cuenta que para asignar los ítems a los factores se seleccionaron saturaciones de 0,30 o superiores. Cuando un ítem saturaba en más de un factor era asignado al factor con mayor saturación.

El primer factor es el que representa a los contenidos más típicamente unidos al síndrome depresivo: los sentimientos de tristeza

y disforia, unificando el afecto triste con algunos elementos de la anhedonia (apatía, soledad y desinterés sexual). Compuesto por 16 items (el más numeroso), obtuvo un valor propio de 15.59, con un porcentaje de varianza explicado de 17.5%, que alcanzó el 22.44% en la solución rotada. En la tabla 5.1 pueden observarse los contenidos de los items, así como las saturaciones y las comunalidades respectivas.

Tabla 5.1.- Solución factorial de primer orden (método oblimin sobre componentes principales), de los items del cuestionario básico de depresión (n = 212). Factor uno *sentimientos de tristeza y disforia*.

| Items | sat. | h ² |
|---|-------|----------------|
| 2. Me considero una persona alegre. | -.39 | .71 |
| 3. Cambio de ánimo con facilidad. | .38 | .62 |
| 8. Los recuerdos me hacen sentir culpable. | .31 | .67 |
| 20. No tengo deseos de relaciones sexuales. | .31 | .63 |
| 26. Me siento fracasado. | .49 | .77 |
| 28. Me siento infeliz. | .74 | .73 |
| 32. Me cuesta mucho vivir. | .72 | .77 |
| 39. Me siento triste . | .62 | .71 |
| 47. Me siento angustiado. | .60 | .71 |
| 48. Me siento culpable. | .32 | .70 |
| 53. Creo que vivir es muy cansado. | .70 | .72 |
| 54. Me considero una persona débil. | .35 | .68 |
| 65. Siento miedo ante la vida. | .50 | .76 |
| 74. Me siento apático. | .40 | .70 |
| 79. Todo me cansa. | .51 | .64 |
| 83. Me siento solo | .39 | .72 |
| Valor Propio | 15.59 | |
| Porcentaje de varianza explicado | 17.5 | |
| Porcentaje de varianza rotada | 22.44 | |

NOTA: sat.=saturación; h²=comunalidad.

El segundo factor recoge aspectos relacionados con los problemas de sueño, acompañados por problemas de cansancio y fatiga, que bien podrían derivar de los propios problemas de sueño. De cualquier forma, son los ítems sobre los problemas de sueño los que mayores saturaciones obtienen, pudiendo existir un problema de específicos abultados en los ítems 21 y 59, como puede observarse en la tabla 5.2. El valor propio obtenido fue de 3.3, con 3.7% y 12.73% del porcentaje varianza no rotada y rotada, respectivamente. Hemos denominado a este factor *problemas de sueño y fatiga*.

Tabla 5.2.- Solución factorial de primer orden (método oblimin sobre componentes principales), de los ítems del cuestionario básico de depresión (n = 212). Factor dos *problemas de sueño y fatiga*.

| Ítems | sat. | h ² |
|--|-------|----------------|
| 19. Me siento cansado. | .30 | .74 |
| 21. Tengo problemas para conciliar el sueño. | .82 | .81 |
| 59. Tardo en conciliar el sueño. | .80 | .81 |
| 61. Me levanto con la sensación de no haber dormido. | .43 | .60 |
| 73. No puedo dormir. | .77 | .78 |
| 75. Me agoto con facilidad. | .37 | .67 |
| Valor Propio | 3.3 | |
| Porcentaje de varianza explicada | 3.7 | |
| Porcentaje de varianza rotada | 12.73 | |

NOTA: sat.=saturación; h²=comunalidad.

El factor tres lo componen ítems que hacen referencia a quejas de mal funcionamiento cognitivo-mental (problemas de memoria, atención y concentración), con algún posible problema metodológico de específicos abultados (redundancia en los contenidos de los ítems).

El valor propio fue de 3.1, el porcentaje de varianza explicado fue de 3.5% y de 10.69%, para la solución rotada. Hemos denominado a este factor *torpeza mental*. En la tabla 5.3 se recogen los ítems que lo componen.

Tabla 5.3.- Solución factorial de primer orden (método oblimin sobre componentes principales), de los ítems del cuestionario básico de depresión (n = 212). Factor tres *torpeza mental*.

| Items | sat. | h ² |
|--|-------|----------------|
| 30. Se me olvidan las cosas con facilidad. | .77 | .66 |
| 34. Tengo problemas para concentrarme. | .55 | .75 |
| 45. Me cuesta mantener la atención. | .50 | .73 |
| 57. Soy lento en responder. | .43 | .67 |
| 70. Tengo mala memoria. | .79 | .77 |
| Valor Propio | 3.1 | |
| Porcentaje de varianza explicado | 3.5 | |
| Porcentaje de varianza rotada | 10.69 | |

NOTA: sat.=saturación; h²=comunalidad.

Lo llamativo hasta ahora es que, siendo los problemas de sueño y los problemas mnémico-atencionales áreas adscritas a los trastornos depresivos, sean las primeras en acompañar a los sentimientos de tristeza y disforia.

El cuarto factor representa el área comprometida con las quejas somáticas y el miedo a enfermar. Compuesto por cinco ítems, incluye uno ("Creo que estar dormido es lo más placentero que me puede pasar"), que en un principio se adscribió al área de ideación suicida. Sin embargo, fue entendido dentro del contexto de enfermedad, pasando probablemente a significar una situación placentera frente al desasosiego en relación con la angustia por el miedo a enfermar

o por las quejas somáticas. El valor propio obtenido fue de 3.06 con un porcentaje de varianza explicado de 3.4% de la extracción y 10.69% de la rotada. En la tabla 5.4 se recogen los ítems de este factor, que hemos denominado *hipocondría*, con sus saturaciones y comunalidades.

Tabla 5.4.- Solución factorial de primer orden (método oblimin sobre componentes principales), de los ítems del cuestionario básico de depresión (n = 212). Factor cuatro *hipocondría*.

| Ítems | sat. | h ² |
|---|-------|----------------|
| 38. Creo que estar dormido es lo más placentero que me puede pasar. | .42 | .70 |
| 52. Soy una persona enfermiza. | .77 | .77 |
| 63. Visito al médico. | .62 | .71 |
| 74. Me siento apático. | .42 | .70 |
| 86. Tengo una salud débil. | .78 | .79 |
| Valor Propio | 3.06 | |
| Porcentaje de varianza explicado | 3.4 | |
| Porcentaje de varianza rotada | 10.69 | |

NOTA: sat.=saturación;h²=comunalidad.

El quinto factor une dos fenómenos de labilidad. Dos ítems hacen referencia a labilidad emocional y cambio de humor, y dos ítems a duda e indecisión. el valor propio fue de 2.64, explicando un 3% de la varianza no rotada y un 5.57% de la rotada. En la tabla 5.5 se resume este factor de *labilidad emocional y decisional*.

Tabla 5.5.- Solución factorial de primer orden (método oblimin sobre componentes principales), de los items del cuestionario básico de depresión (n = 212). Factor cinco *labilidad emocional y decisional*.

| Items | sat. | h ² |
|---|------|----------------|
| 3. Cambio de ánimo con facilidad. | .34 | .62 |
| 12. Soy indeciso. | .61 | .74 |
| 37. Cambio rápidamente de la tristeza a la alegría. | .65 | .67 |
| 49. Le doy muchas vueltas a las cosas antes de saber qué hacer. | .32 | .69 |
| Valor Propio | 2.64 | |
| Porcentaje de explicación de la varianza | 3.0 | |
| Porcentaje de varianza rotada | 5.57 | |

NOTA: sat.=saturación; h²=comunalidad.

Tabla 5.6.- Solución factorial de primer orden (método oblimin sobre componentes principales), de los items del cuestionario básico de depresión (n = 212). Factor seis *infravaloración-baja autoestima*.

| Items | sat. | h ² |
|--|------|----------------|
| 1. Pienso que soy una persona sin suerte. | .42 | .74 |
| 6. Creo que los demás valen más que yo. | .70 | .73 |
| 7. Me gustaría ser distinto a como soy. | .43 | .69 |
| 10. Me veo una persona atractiva. | -.71 | .69 |
| 33. Veo más defectos que virtudes en mi persona. | .50 | .76 |
| 50. Creo que no valgo para nada. | .43 | .71 |
| Valor Propio | 2.49 | |
| Porcentaje de varianza explicada | 2.8 | |
| Porcentaje de varianza rotada | 9.81 | |

NOTA: sat.=saturación; h²=comunalidad.

El factor seis parece ser un área, de carácter cognitivo, típica de la depresión. Es lo que se ha denominado como infravaloración, baja auto-estima o auto-devaluación. Está compuesto por seis ítems, como se recoge en la tabla 5.6, con un valor propio de 2.49, y unos porcentajes de 2.8% y 9.81% para las soluciones no rotada y rotada, respectivamente.

El séptimo factor hace referencia a apatía motora y percepción de bajo rendimiento. Está compuesto por cuatro ítems, con un valor propio de 2.2 y 2.5% de porcentaje de varianza explicado y 6.89% de varianza rotada. En la tabla 5.7 se resumen los datos de este factor.

Tabla 5.7.- Solución factorial de primer orden (método oblimín sobre componentes principales), de los ítems del cuestionario básico de depresión (n = 212). Factor siete *apatía y bajo rendimiento*.

| Items | sat. | h ² |
|---|------|----------------|
| 13. Creo que no rindo lo suficiente. | .54 | .75 |
| 14. Soy lento y apático. | .37 | .69 |
| 55. Me cuesta mucho empezar cualquier cosa. | .39 | .68 |
| 62. Soy una persona vaga. | .82 | .81 |
| Valor Propio | 2.2 | |
| Porcentaje de varianza explicado | 2.5 | |
| porcentaje de varianza rotada | 6.89 | |

NOTA: sat.=saturación; h²=comunalidad.

El factor ocho es bastante complejo de explicar. Compuesto por seis ítems, evalúa al menos tres áreas: labilidad emocional (lloros y tensión), miedo a la soledad y, de nuevo, hipocondría. Evidentemente parece un factor-resumen que incluye por primera vez un problema asociado con la depresión como el aislamiento social y el

miedo a la soledad. El valor propio obtenido fue de 2.18 (con 2.5% y 8.88% de varianza explicada de extracción y rotación, respectivamente). La tabla 5.8 resume los datos para este factor.

Tabla 5.8.- Solución factorial de primer orden (método oblimin sobre componentes principales), de los items del cuestionario básico de depresión (n = 212). Factor ocho *miedo a la soledad y a la enfermedad con labilidad emocional*.

| Items | sat. | h ² |
|---|------|----------------|
| 5. Temo por mi salud. | .33 | .78 |
| 16. Se me saltan las lagrimas sin darme cuenta. | .49 | .67 |
| 77. Tengo un gran temor a enfermar. | .36 | .72 |
| 80. La soledad me hace infeliz. | .64 | .72 |
| 88. Soy una persona que está en tensión. | .45 | .72 |
| 89. Necesito que alguien esté a mi lado. | .72 | .67 |
| Valor Propio | 2.18 | |
| Porcentaje de varianza explicado | 2.5 | |
| Porcentaje de varianza rotada | 8.88 | |

NOTA: sat.=saturación; h²=comunalidad.

El noveno factor recoge un área que se incluyó debido al hincapié que los estudios sobre validez discriminante y las clasificaciones psicopatológicas hacían al respecto, a pesar de la dificultad que este área poseía para evidenciar un grado de consolidación básico. Nos estamos refiriendo al área de ansiedad-nerviosismo, especialmente en sus aspectos fisiológicos. Compuesto por 4 items, en la tabla 5.9 se recoge el contenido de los items, las saturaciones, comunalidades, valor propio y porcentajes de varianzas explicados.

Tabla 5.9.- Solución factorial de primer orden (método oblimin sobre componentes principales), de los items del cuestionario básico de depresión (n = 212). Factor nueve *nerviosismo-ansiedad*.

| Items | sat. | h ² |
|---------------------------------------|------|----------------|
| 17. No puedo dejar mis manos quietas. | .32 | .72 |
| 18. El corazón me late rápidamente. | .38 | .67 |
| 24. Se me nubla la visión y me mareo. | .43 | .65 |
| 78. Tengo temblores. | .73 | .67 |
| Valor Propio | 2.1 | |
| Porcentaje de varianza explicado | 2.4 | |
| Porcentaje de varianza rotada | 5.24 | |

NOTA: sat.=saturación; h²=comunalidad.

Tabla 5.10.- Solución factorial de primer orden (método oblimin sobre componentes principales), de los items del cuestionario básico de depresión (n = 212). Factor diez *problemas de apetito y peso*.

| Items | sat. | h ² |
|-----------------------------------|------|----------------|
| 23. No tengo apetito. | .46 | .70 |
| 60. Peso menos de lo que debería. | .67 | .77 |
| 71. Como por necesidad. | .79 | .74 |
| Valor Propio | 1.6 | |
| Porcentaje de varianza explicado | 1.8 | |
| Porcentaje de varianza rotada | 7.06 | |

NOTA: sat.=saturación; h²=comunalidad.

Finalmente, el último factor incluye tres ítems relativos a los problemas de apetito y peso. El valor propio fue de 1.6, el porcentaje de varianza explicado fue de 1.8%, y el porcentaje de varianza rotada fue de 7.06%. Esta es un área típicamente unida a los problemas depresivos. El hecho de que haya aparecido en último lugar posiblemente tiene que ver con la necesidad de hacer inespecíficos contenidos que por su naturaleza tienen un carácter más situacional (así, por ejemplo, no se podían poner ítems relativos a pérdidas de peso en las últimas semanas o meses, porque pertenecería a un nivel de consolidación intermedio o situacional). En la tabla 5.10 se resume este factor.

Resumiendo los factores obtenidos, se observa cómo aparecen aquellas áreas usualmente implicadas en los trastornos depresivos, algunas de esas áreas se incluyen en un mismo factor. De manera destacada es la inclusión de los ítems sobre afecto triste con algunos referidos a anhedonia. Quizás llame la atención el que no hayan aparecido los contenidos relacionados con suicidio, así como los escasos pesos de algunos factores. Sin embargo, aparecen diez áreas diferenciadas, que era el punto de partida para análisis posteriores, constituyendo un primer apoyo a la idea de que el síndrome depresivo está formado por áreas con naturaleza propia. La clave de la depresión sería la covariación de todas esas áreas-factores en un factor general de depresión.

Para poner a prueba lo expresado inmediatamente más arriba, se quiso conocer cómo se relacionaban esos factores. En la tabla 5.11 se recogen las correlaciones entre los diez factores.

Como puede observarse, casi todos los factores mantienen relaciones positivas y altamente significativas, lo que en principio parece abonar la tesis de la covariación de factores de primer orden para apoyar una estructura general que vendría a determinar el síndrome depresivo, al menos entre población normal, o no internada. Sólo uno de los factores, el de problemas de apetito y peso, parece mantener relaciones más heterodoxas, aunque todas ellas son positivas y más de la mitad (cinco) significativas. Sería esperable por tanto que en una rotación factorial de segundo orden se observara una solución más parsimoniosa y tendente a la uniestructuralidad.

Tabla 5.11.- Correlaciones entre los factores de primer orden del cuestionario básico de depresión. (N = 212)

| | F2 | F3 | F4 | F5 | F6 | F7 | F8 | F9 | F10 |
|----|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| F1 | .65*** | .38*** | .55*** | .68*** | .65*** | .53*** | .49*** | .36*** | .31*** |
| F2 | | .27** | .42*** | .46*** | .43*** | .37*** | .43*** | .36*** | .28** |
| F3 | | | .35*** | .41*** | .45*** | .49*** | .27** | .28** | .11 |
| F4 | | | | .43*** | .39*** | .36*** | .42*** | .15 | .22** |
| F5 | | | | | .50*** | .49*** | .45*** | .35*** | .13 |
| F6 | | | | | | .49*** | .39*** | .34*** | .21** |
| F7 | | | | | | | .28** | .31*** | .15 |
| F8 | | | | | | | | .30*** | .17* |
| F9 | | | | | | | | | .13 |

NOTA: F1=Sentimientos de tristeza y disforia. F2=Problemas de sueño y fatiga. F3=Torpeza mental. F4=Hipocondría. F5=Labilidad emocional y decisonal. F6=Infravaloración-baja autoestima. F7=Apatía y bajo rendimiento. F8=Miedo a la soledad y a la enfermedad con labilidad emocional. F9=Nerviosismo-ansiedad. F10=Problemas de apetito y peso.

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Para poner a prueba lo anteriormente señalado se realizó un nuevo análisis factorial sobre los factores de primer orden, aunque ahora se utilizó una extracción de Factor Común, con rotación Varimax, con el fin de maximizar la varianza sobre el primer factor. El resultado del análisis se recoge en la tabla 5.12.

Tabla 5.12.- Solución factorial de segundo orden, varimax sobre factor común, del cuestionario básico de depresión. (N = 212)

| FACTORES | | | |
|---|------------|-------|----------------|
| Primer orden | Saturación | | h ² |
| | FI | FII | |
| F1 Sentimientos de tristeza y disforia. | .78 | .36 | .74 |
| F2 Problemas de sueño y fatiga. | .56 | .40 | .47 |
| F3 Torpeza mental. | .69 | | .48 |
| F4 Hipocondría. | .59 | | .42 |
| F5 Labilidad emocional y decisional. | .76 | | .62 |
| F6 Infravaloración-baja autoestima. | .69 | | .50 |
| F7 Apatía y bajo rendimiento. | .75 | | .57 |
| F8 Miedo a la soledad y la enfermedad | .46 | .37 | .35 |
| F9 Nerviosismo-ansiedad. | | .56 | .37 |
| F10 Problemas de apetito y peso. | | .81 | .66 |
| Valor Propio (extracción) | 4.14 | 1.04 | |
| Porcentaje de varianza explicado | 41.4 | 10.4 | |
| Porcentaje de varianza rotada | 69.11 | 27.03 | |

NOTA: FI=primer factor de segundo orden. FII=segundo factor de segundo orden. sat.=saturación.h²=comunalidad.

Como puede observarse, aparece una estructura bifactorial, con un gran primer factor y un segundo que comparte tres factores con el primero, de los cinco que lo componen: los sentimientos de tristeza y disforia, los problemas de sueño y fatiga y el miedo a la soledad y la enfermedad. El primer factor agrupa aspectos típicamente depresivos, dentro del ámbito cognitivo-verbal, como son la baja autoestima, la torpeza mental, la hipocondría, la labilidad emocional

y decisional, o la apatía y desgana. El segundo factor parece recoger, una vez determinado por el afecto triste/anhedonia, aspectos fisiológicos (factor 9) y trastornos neurovegetativos (factores 2 y 10), con lo que los factores parecen rastrear un mismo problema, pero en áreas de especificación distintas. Así, nuestra idea de la covariación de los factores de primer orden para dar cuenta del síndrome depresivo adquiere sentido. Sin embargo, algunos problemas más habría que resolver. Entre ellos estaría la homogeneidad (consistencia) de respuesta ítem para cada factor, con la finalidad de establecer la consistencia de respuesta de los contenidos de cada factor; y, en fin, la relación de estos factores con las puntuaciones obtenidas en el inventario de Beck, la escala de Zung y un cuestionario de carácter básico y general como el E-N.

Se realizaron análisis de consistencia interna (alfa de Cronbach), tanto para los factores de primer orden como para los de segundo orden. En la tabla 5.13 se resumen estos análisis.

Tabla 5.13.- Consistencia interna (alfa de cronbach) de los factores de primer y segundo orden del cuestionario básico de depresión. (N = 212)

| FACTOR ES | Nº ITEMS | ALFA | FACTOR ES | Nº ITEMS | ALFA |
|--------------|----------|------|--------------|----------|------|
| F1 | 16 | .88 | F7 | 4 | .65 |
| F2 | 6 | .81 | F8 | 6 | .70 |
| F3 | 5 | .75 | F9 | 5 | .45 |
| F4 | 4 | .72 | F10 | 3 | .56 |
| F5 | 4 | .72 | FI | 52 | .93 |
| F6 | 4 | .72 | FII | 35 | .89 |

NOTA: F1=Sentimientos de tristeza y disforia. F2=Problemas de sueño y fatiga. F3=Torpeza mental. F4=Hipocondría. F5=Labilidad emocional y decisional. F6=Infravaloración-baja autoestima. F7=Apatía y bajo rendimiento. F8=Miedo a la soledad y a la enfermedad con labilidad emocional. F9=Nerviosismo-ansiedad. F10=Problemas de apetito y peso. FI=primer factor de segundo orden. FII=segundo factor de segundo orden.

Se puede observar como los niveles para los dos primeros factores son estimables, como también ocurre hasta el factor seis inclusive, aunque en menor grado. La caída en la homogeneidad se produce en los factores siete (apatía y bajo rendimiento), nueve (nerviosismo-ansiedad) y diez (problemas de apetito y peso). Con respecto al primero de ellos parece existir un cierto divorcio entre las dos áreas: percepción de bajo rendimiento y apatía-desgana. El factor de nerviosismo-ansiedad está compuesto por ítems referidos al estado fisiológico, concordando estos resultados con los ya conocidos a propósito del fraccionamiento de respuesta y componentes fisiológicos de la ansiedad¹⁶. El factor de apetito y peso puede sorprender ya que, además de ser un área perfectamente identificable en la depresión, su contenido es muy homogéneo. Quizás la explicación se encuentre en los contenidos de los tres ítems que componen el factor. Por un lado, se pregunta si pesa menos de lo que debería, que es una consideración, en sí misma, anatómico-fisiológica; por otro, se pregunta si no tiene apetito y si come por necesidad, aspectos estos últimos no necesariamente unidos al primero.

Por lo que respecta a los factores de segundo orden se tomaron los ítems de los factores de primer orden que los compusieron. Los niveles de consistencia interna, como se puede apreciar, son elevados, siendo de 0,93 para el primer factor y de 0,89 para el segundo. Con ello parece que se consolida la idea de la covariación entre áreas para dar uno mayor, más homogéneo en las respuestas.

Por lo que respecta a la validez convergente, se analizaron las correlaciones de cada factor con la puntuación total en el BDI y la escala autoevaluativa de Zung. En este caso hay que señalar que las pruebas sólo se administraron a una parte de la muestra ($n=127$). Las correlaciones encontradas para esta muestra se recogen en la tabla 5.14.

¹⁶ Esta inestabilidad ya la sospechábamos, debido a la dificultad de aunar la redacción de los ítems con el nivel de consolidación básico.

Tabla 5.14.- Correlaciones entre los factores de primer y segundo orden del cuestionario de depresión y las puntuaciones en: Inventario de Depresión de Beck (BDI) y Escala Autoevaluativa de la Depresión de Zung (SDS). (N=127)

| FACTOR ES | BDI | SDS | FACTOR ES | BDI | SDS |
|--------------|--------|--------|--------------|--------|--------|
| F1 | .66*** | .76*** | F7 | .45*** | .48*** |
| F2 | .54*** | .64*** | F8 | .41*** | .48*** |
| F3 | .27** | .41*** | F9 | .30** | .30** |
| F4 | .31** | .41*** | F10 | .19* | .29** |
| F5 | .47*** | .56*** | FI | .65*** | .76*** |
| F6 | .50*** | .59*** | FII | .65*** | .74*** |

NOTA: F1=Sentimientos de tristeza y disforia. F2=Problemas de sueño y fatiga. F3=Torpeza mental. F4=Hipocondría. F5=Labilidad emocional y decisional. F6=Infravaloración-baja autoestima. F7=Apatía y bajo rendimiento. F8=Miedo a la soledad y a la enfermedad con labilidad emocional. F9=Nerviosismo-ansiedad. F10=Problemas de apetito y peso. FI=Primer factor de segundo orden. FII=Segundo factor de segundo orden. BDI=Inventario de Depresión de Beck. SDS=Escala Autoevaluativa de Zung.

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Como puede observarse, todos los factores de nuestro cuestionario, tanto de primer como de segundo orden, mantienen relaciones positivas y altamente significativas con las puntuaciones obtenidas en el inventario de Beck y la escala de Zung (de un total de 24 correlaciones posibles, una es significativa al 5%, tres lo son al 1% y 20 lo son al 1 por mil o mayor). De ello cabe deducir que las áreas-factores obtenidos por nosotros tienen que ver con aspectos depresivos en todos los casos. Además, los dos factores de segundo orden son los que mayores correlaciones obtienen (en general), lo que era previsible si los dos venían a significar índices generales de severidad depresiva.

La relación de los distintos factores del CBD con dos dimensiones estables y bien consolidadas como eran el neuroticismo y la extraversión podría ser tomada como una medida de la estabilidad y carácter básico del cuestionario. En la tabla 5.15 se resumen los coeficientes de correlación encontrados.

Tabla 5.15.- Correlaciones entre los factores de primer y segundo orden del Cuestionario de Depresión y las puntuaciones en cuestionario E-N (N=127)

| FACTORES | E | N | FACTORES | E | N |
|----------|---------|--------|----------|--------|--------|
| F1 | -.51*** | .81*** | F7 | -.00 | .33** |
| F2 | -.11 | .53*** | F8 | -.21* | .66*** |
| F3 | -.04 | .60*** | F9 | .03 | .80*** |
| F4 | -.11 | .73*** | F10 | .08 | .23* |
| F5 | -.12 | .78*** | FI | -.34** | .83*** |
| F6 | -.31** | .69*** | FII | -.20* | .71*** |

NOTA: F1=Sentimientos de tristeza y disforia. F2=Problemas de sueño y fatiga. F3=Torpeza mental. F4=Hipocondría. F5=Labilidad emocional y decisonal. F6=Infravaloración-baja autoestima. F7=Apatía y bajo rendimiento. F8=Miedo a la soledad y a la enfermedad con labilidad emocional. F9=Nerviosismo-ansiedad. F10=Problemas de apetito y peso. FI=Primer factor de segundo orden. FII=Segundo factor de segundo orden. E=extraversión. N=neuroticismo.

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

De nuevo, las correlaciones obtenidas son mayoritariamente significativas, aunque en este caso depende de la dimensión con la que se relacionen los factores de depresión. Así en el caso de la extraversión, ésta tiende a tener un patrón de correlaciones negativo, aunque sólo en tres casos los coeficientes son significativos. Estos tres factores son los sentimientos de tristeza y disforia, la baja

autoestima y el factor ocho de miedo a la soledad y a la enfermedad con labilidad emocional, factores que aparecen agrupados en el primer factor de segundo orden. Estos factores de segundo orden también mantienen correlaciones negativas y significativas con la extraversión, aunque en el caso del segundo factor, además de que la cuantía de la correlación es baja, posiblemente su significación se debe a la aportación de los sentimientos de tristeza y disforia.

Con respecto al neuroticismo, los datos son claramente concluyentes: todos los factores, de primer y segundo orden, se relacionan alta y positivamente con dicha dimensión. Sólo en dos ocasiones (la apatía y bajo rendimiento, y los problemas de apetito y peso) la correlación obtenida no es significativa al uno por mil. De los distintos coeficientes destacan por su cuantía los que se refieren a los sentimientos de tristeza y disforia, nerviosismo-ansiedad, la labilidad emocional y decisional y el primer factor de segundo orden.

Resumiendo los resultados obtenidos hasta aquí, la primera solución multifactorial se agrupó en dos factores de segundo orden, el primero de ellos representando los aspectos centrales de la sintomatología depresiva, aunque ambos con índices de homogeneidad elevados. Los resultados muestran asimismo que las áreas muestreadas hacen referencia a aspectos que se pueden dar en la depresión, de acuerdo con las correlaciones obtenidas con medidas generales de la depresión, así como se apoya el carácter básico del cuestionario por la estrecha relación que muestra con una medida básica y consistente como es el neuroticismo.

DISCUSION

Los resultados obtenidos en este trabajo poseen, bajo nuestro punto de vista, una triple singularidad. Por un lado, representan un modo de entender la depresión multidimensional, donde se pueden observar las distintas áreas/síntomas que componen dicho trastorno y que parece adecuada para entenderla desde el punto de vista formal de constructo. En segundo lugar, permiten añadir información por lo que se refiere a la estructura depresiva en población normal, entendiéndola como conformada por distintas áreas que covaría

para dar lugar al fenómeno depresivo. Por último, tentativamente parece que estos resultados favorecen el carácter clarificador y explicativo del modelo de parámetros, especialmente en lo que se refiere a los distintos niveles de consolidación.

La idea de que la depresión está formada por un conjunto de áreas psicopatológicas parece tener sentido, ya que aquí hemos obtenido diez factores de primer orden, con entidad en sí mismos, pero que a su vez mantienen estrechas relaciones con índices generales de severidad depresiva y con una medida estable y básica como el neuroticismo, así como unas escasas relaciones con extraversión. Evidentemente esto tiene una doble funcionalidad: podemos tener medidas sobre el funcionamiento en áreas específicas y a su vez podemos obtener índices de severidad general, especialmente con el primer factor de segundo orden obtenido.

Conjuntamente con lo anterior, está el hecho de que la depresión parece evidenciar una estructura donde existe un núcleo central (los sentimientos de tristeza y disforia) sobre el que se establecen una serie de relaciones que, posiblemente, varíen de una población a otra, de una persona depresiva a otra, y/o de un tiempo a otro. Hay que señalar que los dos elementos que se suelen incluir en las clasificaciones psicopatológicas, el afecto triste y la anhedonia, aparecen formando un único factor, el más importante. En los estudios revisados ambas áreas se consideran independientes, al tiempo que sólo era necesario la presencia de una de ellas (conjuntamente con otros síntomas) para el diagnóstico de la depresión. Los datos aquí aportados defienden un carácter más unitario de ambas áreas, que no pueden ser entendidas separadamente. Además, el hecho de que los sentimientos de tristeza y disforia formen parte de los dos factores de segundo orden no debe entenderse como que dicho factor es un elemento central en la génesis o determinación de la depresión patológica (sobre todo cuando existen depresiones que cursan sin ellos), sino como centrales desde el punto de vista de un diagnóstico dimensional, que a lo mejor está a la base de lo que se ha denominado personalidad depresiva o trastorno distímico.

El modelo de parámetros ha posibilitado aclarar un aspecto más con respecto a las precauciones y variables a tener en cuenta a la hora de evaluar la depresión. Así, unido a la especificación de los

contenidos, la definición de las áreas-problema, la diferenciación por niveles de consolidación, no mezclando items con contenidos referenciales de distintos niveles, ni instrucciones que los confundan, ha aportado una mayor concreción y exactitud a la depresión evaluada a través de cuestionarios. En nuestro caso la adaptación de los contenidos al nivel de consolidación básico, unido a unas instrucciones que permitían evaluar este nivel en su mayor grado, facilitaron la aparición de un panorama mucho más claro.

Por contra queda mucho por hacer. Para nuestro interés, queda por establecer la estabilidad de las estructuras halladas, su adecuación a poblaciones clínicas y su permeabilidad a los cambios, son tareas que nos disponemos a realizar en los siguientes trabajos.

APÉNDICE 1

ITEMS DE CUESTIONARIO BÁSICO DE DEPRESIÓN

1. Pienso que soy una persona sin suerte
2. Me considero una persona alegre
3. Cambio de ánimo con facilidad
4. Siento pánico por mi futuro
5. Temo por mi salud
6. Creo que los demás valen más que yo
7. Me gustaría ser distinto a como soy
8. Los recuerdos me hacen sentir culpable
9. Creo que todo tiempo pasado fue mejor
10. Me veo una persona atractiva
11. Tengo dificultad para seguir un libro o una conversación
12. Soy indeciso
13. Creo que no rindo lo suficiente
14. Soy lento y apático
15. Me cuesta expresar mis sentimientos
16. Se me saltan las lágrimas sin darme cuenta
17. No puedo dejar mis manos quietas
18. El corazón me late rápidamente
19. Me siento cansado
20. No tengo deseos de relaciones sexuales
21. Tengo problemas para conciliar el sueño
22. Me veo envejecer con más rapidez que los demás
23. No tengo apetito
24. Se me nubla la visión y me mareo
25. Creo que la vida de cada uno está marcada por su destino
26. Me siento fracasado
27. El contacto con otros me pone nervioso
28. Me siento infeliz
29. No soporto la compañía de los demás
30. Se me olvidan las cosas con facilidad
31. Pienso que soy una carga para los demás
32. Me cuesta mucho vivir
33. Veo más defectos que virtudes en mi persona

34. Tengo problemas para concentrarme
35. Sólo recuerdo momentos malos en mi vida
36. Si depende de mí, no soy capaz de tomar una decisión
37. Cambio rápidamente de la tristeza a la alegría
38. Creo que estar dormido es lo más placentero que me puede pasar
39. Me siento triste
40. Tengo afán perfeccionista
41. Soy una persona solitaria
42. Creo que todo lo que tiene que pasar, pasará
43. Soy desconfiado
44. Tengo miedo a salir de casa
45. Me cuesta mantener la atención
46. Siento como el mundo sigue y yo me quedo atrás
47. Me siento angustiado
48. Me siento culpable
49. Le doy muchas vueltas a las cosas antes de saber que hacer
50. Creo que no valgo para nada
51. No disfruto con las cosas que antes disfrutaba.
52. Soy una persona enfermiza
53. Creo que vivir es muy cansado
54. Me considero una persona débil
55. Me cuesta mucho empezar cualquier cosa
56. Pienso que todo lo que tengo se debe a mi esfuerzo
57. Soy lento en responder
58. Soy incapaz de permanecer sentado
59. Tardo en conciliar el sueño
60. Peso menos de lo que debería
61. Me levanto con la sensación de no haber dormido
62. Soy una persona vaga
63. Visito al médico
64. Considero que el sexo es algo aburrido
65. Siento miedo ante la vida
66. Me sudan las manos
67. Nada me interesa.
68. Creo que soy una carga para los demás
69. Me gusta guardar las distancias con los demás
70. Tengo mala memoria

71. Como por necesidad
72. Hablo constantemente y no puedo parar
73. No puedo dormir
74. Me siento apático
75. Me agoto con facilidad
76. Me cuesta pronunciar una palabra
77. Tengo un gran temor a enfermar
78. Tengo temblores
79. Todo me cansa
80. La soledad me hace infeliz
81. Creo que en la vida nadie da nada por nada
93. Me siento incapaz de divertirme y pasarlo bien.
83. Me siento solo
84. Creo que pienso demasiado en mi mismo
85. Tengo una forma de hablar lenta y cansina
86. Tengo una salud débil
87. Se me seca la boca
88. Soy una persona que está en tensión
89. Necesito que alguien este a mi lado
90. Mi motivación general es mínima o nula.

**6.- SEGUNDO ESTUDIO: PRIMEROS DATOS SOBRE
LA VALIDEZ DIFERENCIAL Y DISCRIMINANTE DEL
CUESTIONARIO BASICO DE DEPRESION (CBD)**

Wenceslao Peñate

Dto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos
Facultad de Psicología
Universidad de La Laguna

**Trinidad Fernández
Isabel Soto**

Psicólogas. Práctica privada
Cartagena. Murcia

De acuerdo con los resultados obtenidos en el primer estudio, el CBD aisló una serie de áreas/síntomas con entidad propia y que normalmente están asociadas con la existencia del síndrome-constructo (episodio) depresivo. Así, se pudieron seleccionar 10 factores de primer orden denominados de la siguiente forma: sentimientos de tristeza y disforia, problemas de sueño y fatiga, torpeza mental, hipocondría, labilidad emocional y decisonal, baja autoestima, apatía y bajo rendimiento, miedo a la soledad y la enfermedad, nerviosismo-ansiedad, y problemas de apetito y peso. Con ellos se representaba de forma clara, para nosotros, las distintas áreas que componían el fenómeno depresivo en sí mismo (al margen de su plasmación concreta en conductas de día a día). Algunas áreas aparecen de forma conjunta y otras se encuentran representadas por un solo factor.

De acuerdo con lo previsto, la idea de que el fenómeno depresivo suponía la covariación de esta sintomatología, frente a los modelos categoriales-aditivos que parten de la presencia de varios de esos (y otros) síntomas, se realizó un análisis factorial de segundo orden, con rotación ortogonal. La covariación interfactores dio como resultado una estructura bifactorial, donde el primer factor explicaba de largo el mayor volumen de la varianza, incluyendo a ocho de los diez factores de primer orden. Sin embargo, el segundo factor tenía la peculiaridad de incluir a los factores de carácter fisiológico o neurovegetativo: problemas de sueño y fatiga (compartido con el primer factor), nerviosismo-ansiedad (donde los items hacen referencia a reacciones fisiológicas) y problemas de apetito y peso. Tal covariación bifactorial apoyaba la hipótesis de la dependencia interfactores para dar cuenta de una suerte de característica depresiva consolidada, cuyo nivel de aprehensión iba a depender de la plasmación en cada individuo en particular (relaciones altamente positivas con neuroticismo). Por lo demás, tanto los factores de primer como de segundo orden obtuvieron altas y significativas correlaciones con las puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck (Beck y otros, 1961) y la escala autoevaluativa de Zung (1965), lo que apoyaba su validez convergente.

Ahora se planteaba una primera aproximación a cómo se comportaba el cuestionario con una muestra clínica, con el fin de aportar datos sobre su validez diferencial y discriminante. Ciertamente, nuestra

propuesta se analizó en un primer momento con población normal. Apoyando la propuesta de un modelo dimensional (p.e., Eysenck, 1986; Pukrop y otros, 1998, Watson, Clark y Harkness, 1994; Widiger y Costa, 1994; Wiggins y Pincus, 1989), se trataría de observar la existencia de ese continuo normalidad-anormalidad y su capacidad para discriminar entre depresión y otros trastornos psicopatológicos. La validación diferencial además se complementaría con la capacidad de predicción de los distintos factores en la pertenencia a una categoría diagnóstica u otra.

MÉTODO

Sujetos: la muestra utilizada ha consistido en 41 pacientes externos de los gabinetes psicológicos de las dos psicólogas firmantes de este trabajo. De ellas 31 eran mujeres y 10 hombres. El rango de edad fue de 16 a 61 años, situándose la mayoría (29) de 20 a 40 años. Con respecto al diagnóstico (tomando las categorías del DSM-IV) la muestra quedó de la siguiente forma:

Distribución de la muestra de acuerdo con las categorías diagnósticas del DSM -IV.

| Diagnóstico | Frecuencia | % |
|-------------------------------|------------|-------|
| TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO | 23 | 56.1 |
| TRASTORNOS POR ANSIEDAD | | |
| PÁNICO (c/s agorafobia) | 10 | 24.4 |
| OBSESIVO-COMPULSIVO | 4 | 9.8 |
| FOBIAS ESPECÍFICAS | 1 | 2.4 |
| TRASTORNOS SOMATOFORMES | 3 | 7.3 |
| TOTAL | 41 | 100.0 |

Instrumentos: Para establecer el diagnóstico, a cada paciente se le administró una serie de pruebas y procedimientos de evaluación. Para el presente trabajo consignar que se le administraron el Inventario de Depresión de Beck (BDI, en la adaptación española de Conde, Esteban y Useros, 1976), y nuestro Cuestionario Básico de Depresión. Ambas pruebas se administraron normalmente al principio de la fase diagnóstica, aunque en algunos casos se administraron posteriormente, sin que en ningún caso fuera una vez que el problema del cliente empezara a remitir.

Procedimiento: Como se ha señalado, a toda la muestra se le administraron ambas pruebas, al tiempo que eran clasificadas dentro de alguna de las categorías clínicas del DSM-IV. Al trabajar con pacientes clínicos, se presenta el obstáculo de que muy pocos de ellos muestran un cuadro nosológico puro, de los descritos en el DSM-IV, por lo que se clasificaron de acuerdo con el o los déficits prevalentes. Así, es posible que algunas personas diagnosticadas como depresivas también posean características de otros problemas. Al mismo tiempo puede ocurrir lo contrario, que algunos problemas prevalentemente no depresivos, cursen secundariamente con algún episodio o síntoma depresivo.

Finalmente, debe recordarse que las instrucciones del BDI evalúa el estado de ánimo de la semana anterior, mientras que el CBD es menos situacional, más estable y le pide a la persona que indique en que medida los contenidos de los ítems son característicos de su forma de ser [se le pide si son una forma de ser, actuar, pensar, sentir propia con al menos dos años de estabilidad (3), si lo es en determinados periodos de su vida (2), si lo es de forma muy circunstancial (1), o si no lo es en absoluto (0)]. Con ello quedaba más o menos claro el carácter más situacional del BDI y más básico del CBD.

RESULTADOS

Para ordenar los resultados, la muestra se dividió en dos grupos: uno compuesto por aquellas personas que habían recibido un diagnóstico de depresión (grupo de depresivos, N=23) y otro compuesto por el resto de grupo (grupo de otras categorías psiquiátricas, N=18).

Como procedimientos de análisis, se utilizaron indistintamente pruebas bivariadas y multivariadas, disponiendo en primer lugar de las relaciones entre las distintas puntuaciones y factores, seguido de un contraste de medias intergrupo para las puntuaciones obtenidas, para terminar con procedimientos de determinación multivariados. En todos los casos se ha utilizado la solución factorial del CBD obtenida en el primer estudio.

Con respecto a la relación entre escalas-factores y puntuaciones totales, en la tabla 6.1 se recogen las correlaciones (tipo Pearson) entre los factores de primer y segundo orden y la puntuación total en el BDI, para el total de la muestra.

Tabla 6.1.- Correlaciones entre los factores de primer y segundo orden del CBD y la puntuación total en el BDI para la muestra total (N = 41)

| | F2 | F3 | F4 | F5 | F6 | F7 | F8 | F9 | F10 | FFI | FFII | BDI |
|------|------|-----|-------|------|-------|-------|-------|-------|-----|-------|-------|-------|
| F1 | .44* | .29 | .48** | .33 | .72** | .65** | .33 | .27 | .06 | .88** | .82** | .43* |
| F2 | | .13 | .16 | -.02 | .31 | .37* | .07 | .04 | .12 | .52** | .58** | .32 |
| F3 | | | .19 | .36* | .14 | .12 | .39* | .37* | .31 | .40* | .31 | .34 |
| F4 | | | | .09 | .32 | .41* | .32 | .23 | .23 | .49** | .40* | .26 |
| F5 | | | | | .41* | .27 | .55** | .50** | .10 | .52** | .44* | .13 |
| F6 | | | | | | .62** | .26 | .19 | .13 | .78** | .65** | .39* |
| F7 | | | | | | | .29 | .06 | .03 | .70** | .54** | .33 |
| F8 | | | | | | | | .48** | .15 | .55** | .55** | .03 |
| F9 | | | | | | | | | .34 | .35 | .46* | .33 |
| F10 | | | | | | | | | | .07 | .14 | .55** |
| FFI | | | | | | | | | | | .94** | .28 |
| FFII | | | | | | | | | | | | .19 |

NOTA: F1=Sentimientos de tristeza y disforia. F2=Problemas de sueño y fatiga. F3=Torpeza mental. F4=Hipocondría. F5=Labilidad emocional y decisional. F6=Baja autoestima. F7=Apatía y bajo rendimiento. F8=Miedo a la soledad y a la enfermedad con labilidad emocional. F9=Nerviosismo- ansiedad. F10=Problemas de apetito y peso. FI=Primer factor de segundo orden. FII=Segundo factor de segundo orden. BDI=puntuación total en el Inventario de Depresión de Beck.

* $p \leq .01$; ** $p \leq .001$

Como puede observarse, prácticamente todas las correlaciones son positivas, mostrándose la escala de problemas de apetito y peso (F10), como la más independiente (no relaciones significativas con ningún otro factor de primer orden), seguida de otro factor de carácter neurovegetativo como el factor dos de problemas de sueño y fatiga, con varias correlaciones cercanas a cero. El resto de factores de primer orden mantienen un promedio de 3-4 correlaciones significativas por encima de 1%.

Con respecto a los índices totales (no se debe tener en cuenta las altas correlaciones entre los factores de primer y segundo orden por un claro problema de aditividad), los dos factores de segundo orden de la escala CBD mantienen unas relaciones muy estrechas, positivas y significativas (cercanas a 1.00), incluso cuando se eliminan para el cálculo los ítems compartidos, encontrándose, por otro lado, una ausencia de relaciones significativas entre estas puntuaciones y el BDI, que sólo logra mantener correlaciones positivas con dos factores significativos (sentimientos de tristeza y disforia, y baja autoestima) y, curiosamente, con el factor más independiente: los problemas de apetito y peso. Lógicamente, cabría pensarse que al utilizar conjuntamente a una muestra de individuos depresivos y no depresivos y al poseer el inventario de Beck una orientación situacional, era previsible esas escasas relaciones. Si se aislaran las correlaciones sólo para la muestra de depresivos, el comportamiento relacional del BDI sería distinto. Las correlaciones de la puntuación total en el BDI y los factores del CBD para la muestra de depresivos (N = 23) fueron como sigue:

| F1 | F2 | F3 | F4 | F5 | F6 | F7 | F8 | F9 | F10 | FFI | FFII |
|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-------|
| .54* | .58* | .26 | .16 | .28 | .48 | .28 | .05 | .44 | .30 | .54* | .63** |

NOTA: F1=Sentimientos de tristeza y disforia. F2=Problemas de sueño y fatiga. F3=Torpeza mental. F4=Hipocondría. F5=Labilidad emocional y decisional. F6=Baja autoestima. F7=Apatía y bajo rendimiento. F8=Miedo a la soledad y a la enfermedad con labilidad emocional. F9=Nerviosismo- ansiedad. F10=Problemas de apetito y peso. FI=Primer factor de segundo orden. FII=Segundo factor de segundo orden.

* $p \leq .01$; ** $p \leq .001$

En este caso, como se observa, los coeficientes se han elevado apreciablemente, aunque al disminuir el tamaño de la muestra los niveles de significación son más difíciles de alcanzar. Lo importante aquí es que los dos índices generales de depresión del CBD (los dos factores de segundo orden) alcanzan ahora con la muestra de depresivos coeficientes elevados y significativos, hecho que ya se había constatado para la población normal.

Con respecto a la capacidad diferenciación de los distintos índices entre una muestra de depresivos frente a una muestra con otros problemas psicológicos (básicamente ansiedad), ésta se puso a prueba a través de un contraste de medias (*t* de student) entre ambos grupos. En la tabla 6.2. siguiente se resumen estos contrastes.

En todas las puntuaciones medias de los distintos factores, excepto una (F3, torpeza mental), el grupo de depresivos puntuó por encima del grupo de no depresivos. Sin embargo, para los factores de primer orden, sólo tres de ellos (baja auto-estima, sentimientos de tristeza y disforia, y apatía y bajo rendimiento) alcanza significación estadística, siendo la de mayor significación la de baja-autoestima. Sin embargo, los dos factores generales de segundo orden (FFI, más asociado con factores cognitivos; y FFII, con mayor representación de contenidos fisiológicos y neurovegetativos), alcanzan una significación estadística, con una puntuación más elevada del grupo de depresivos.

Llama la atención el dato de la no significación de la puntuación total en el inventario de Beck. Sin embargo, hay que hacer notar un detalle para nosotros muy clarificador. Mientras que en el caso del CBD en ninguna puntuación se obtuvo diferencias significativas en las varianzas, con el BDI las diferencias de varianzas sí aparecieron. En el caso del grupo de depresivos, la distribución no es especialmente anormal (una desviación típica de 9.9 para una puntuación media de 24.17), pero en el caso del resto de la muestra con otros diagnósticos, la distribución es extremadamente anormal (la desviación típica, 17.8, es superior a la media, 17.3). De hecho un registro de frecuencias muestra como el rango va de 2 a 86, existiendo un único valor que se repite en más de una ocasión (la puntuación ocho que se repite en cuatro ocasiones).

Tabla 6.2.- Diferencias de media (t de student) entre depresivos y otros problemas psicológicos para los distintos factores del CBD y la puntuación total en el BDI

| FACTORES | DEPRESIVOS (N=23) | | OTROS TRASTORNOS (N=18) | | t |
|----------|----------------------|-------|----------------------------|-------|---------|
| | MEDIA | dt | MEDIA | dt | |
| F1 | 24.17 | 7.99 | 18.25 | 7.27 | 2.54** |
| F2 | 9.43 | 3.67 | 8.7 | 3.76 | .65 |
| F3 | 6.91 | 3.23 | 7.05 | 2.86 | -.15 |
| F4 | 5.43 | 2.39 | 4.45 | 2.19 | 1.40 |
| F5 | 7.35 | 2.10 | 6.60 | 2.14 | 1.15 |
| F6 | 10.39 | 3.85 | 6.80 | 2.86 | 3.43*** |
| F7 | 5.55 | 2.66 | 4.05 | 2.21 | 1.95* |
| F8 | 9.78 | 3.07 | 9.75 | 3.19 | .03 |
| F9 | 3.50 | 1.67 | 4.43 | 2.25 | 1.53 |
| F10 | 3.74 | 2.40 | 3.35 | 3.33 | .44 |
| FFI | 79.00 | 20.07 | 66.00 | 18.49 | 2.20** |
| FFII | 51.57 | 13.08 | 43.15 | 14.06 | 2.03** |
| BDI | 24.17 | 9.90 | 17.30 | 17.80 | 1.53# |

NOTA: F1=Sentimientos de tristeza y disforia. F2=Problemas de sueño y fatiga. F3=Torpeza mental. F4=Hipocondría. F5=Labilidad emocional y decisional. F6=Baja autoestima. F7=Apatía y bajo rendimiento. F8=Miedo a la soledad y a la enfermedad con labilidad emocional. F9=Nerviosismo-ansiedad. F10=Problemas de apetito y peso. FI=Primer factor de segundo orden. FII=Segundo factor de segundo orden. BDI=puntuación total en el Inventario de Depresión de Beck. dt=desviación típica.

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$; # : estimación de t para varianzas separadas

Si a ello se le añade el comentario hecho sobre el diagnóstico, con la posibilidad real de que algunos pacientes con diagnósticos prevalentes distintos a la depresión, también sufran algún episodio depresivo secundario al trastorno principal, se explican los resultados obtenidos en el BDI: mientras que el grupo de depresivos tienden a puntuar alrededor de 24-25, en el grupo de no depresivos, la puntuación media de 17 es engañosa, ya que se pueden encontrar casi por igual cualquier puntuación en el inventario de Beck (posiblemente dependiendo de si se posee o no alguna característica depresiva o ha sufrido algún episodio de esa naturaleza).

Finalmente, vistos los resultados hasta aquí, consideramos interesante conocer la capacidad de clasificación de las variables analizadas con los procedimientos bivariados, sobre la muestra que hemos dividido en dos grupos diagnosticados como depresivos y no depresivos. El hecho de que la mayoría de los casos de no depresivos sean personas con problemas de ansiedad, le confiere a análisis multivariado el papel de asumir la vertiente más compleja de discriminación de los inventarios y escalas de depresión, como hemos podido observar con los modelos PANAS y los modelos tripartitos: la diferenciación entre los trastornos de ansiedad y depresión.

El procedimiento de análisis planteado, análisis discriminante (método paso a paso, V de Rao), con los factores de primer orden y la puntuación total en el BDI como variables predictoras, permitirá observar, si es posible, cuáles áreas/síntomas del CBD discriminan entre los dos trastornos. La identificación de esas áreas posibilitará un primer acercamiento a los síntomas genuinos de la depresión.

El resultado del análisis discriminante (depresivos frente a no depresivos) se resume en la tabla 6.3.

En primer lugar, la función discriminante resultante incluye a cuatro variables de las 11 posibles. Las dos primeras son los dos factores que usualmente se señalan como diferenciadores de la depresión: la baja auto-estima (F6) y los sentimientos de tristeza y disforia (afecto triste con elementos de anhedonia, F1), que ya se habían mostrado como factores diferenciadores en los contrastes de medias. El tercer factor (Nerviosismo-ansiedad) evalúa una variable que también usualmente cursa con la depresión, aunque no es un componente genuino de la misma. Sorprende que se incluya en el tercer

Tabla 6.3.- Resumen del analisis discriminante (método V de Rao) sobre los grupos de depresivos y otros trastornos (N = 41)

| TABLA RESUMEN | | | | | | | |
|---------------|----------|-----------------|------|----------|------|-------------|------|
| PASO | VARIABLE | LAMBDA DE WILKS | p | V DE RAO | p | CAMBIO EN V | p |
| 1 | F6 | .78 | .001 | 11.77 | .001 | 11.77 | .001 |
| 2 | F1 | .75 | .003 | 13.49 | .001 | 1.72 | .190 |
| 3 | F9 | .72 | .005 | 15.86 | .001 | 2.37 | .124 |
| 4 | F8 | .69 | .006 | 18.72 | .001 | 2.86 | .091 |

| FUNCIÓN CANÓNICA DISCRIMINANTE | | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------|------------|----------|-----------------|-----------|----------|----|------|
| FUNCIÓN | VALOR PROPIO | % VARIANZA | r_{xy} | DESPUES FUNCIÓN | λ | χ^2 | gl | p |
| | | | | 0 | .69 | 16.07 | 4 | .006 |
| 1 | .52 | 100 | .58 | | | | | |

r_{xy} =correlación canónica; λ =lambda de wilks; χ^2 =ghi cuadrado; gl=grados de libertad; p=probabilidad.

| CORRELACIONES INTRA-GRUPO ENTRE LAS VARIABLES DISCRIMINANTES Y LA FUNCIÓN CANÓNICA OBTENIDA | | | |
|---|------------------|-----------|------------------|
| VARIABLES | FUNCIÓN CANÓNICA | VARIABLES | FUNCIÓN CANÓNICA |
| F6 | .74 | BDI | .22 |
| F1 | .36 | F3 | .19 |
| F5 | .33 | F10 | .17 |
| F9 | .33 | F4 | .06 |
| F7 | .30 | F8 | .01 |
| F2 | .30 | | |

Tabla 6.3 (continuación).- Resumen del análisis discriminante (método V de Rao) sobre los grupos de depresivos y otros trastornos (N = 41)

| CENTROIDES DE LOS GRUPOS | |
|--------------------------|---------|
| GRUPOS | FUNCIÓN |
| DEPRESIVOS | .66 |
| OTROS TRASTORNOS | -.75 |

| | | PREDICCIÓN | | | |
|--|----------|------------|------|--------------|--------|
| GRUPO REAL | Nº CASOS | DEPRESIVOS | | OTROS TRAST. | |
| | | CASOS | % | CASOS | % |
| DEPRESIVOS | 23 | 16 | 69.6 | 7 | 30.4 |
| OTROS TRAST. | 18 | 0 | 100 | 18 | 100 |
| PORCENTAJE DE CASOS CORRECTAMENTE CLASIFICADOS | | | | | 82,93% |

NOTA: F1=Sentimientos de tristeza y disforia. F2=Problemas de sueño y fatiga. F3=Torpeza mental. F4=Hipocondría. F5=Labilidad emocional y decisional. F6=Baja auto-estima. F7=Apatía y bajo rendimiento. F8=Miedo a la soledad y a la enfermedad con labilidad emocional. F9=Nerviosismo-ansiedad. F10=Problemas de apetito y peso. BDI=puntuación total en el Inventario de Depresión de Beck.

paso, cuando en el grupo de 'otros diagnósticos' están representados mayoritariamente los trastornos por ansiedad. Quizás se explique si se tiene en cuenta que los contenidos eran típicamente fisiológicos. La última variable incluida es el factor ocho, *miedo a la soledad y a la enfermedad*, un factor complejo que en todo caso redundaba en la determinación cognitivo-atribucional de la función obtenida.

En segundo lugar, la función discriminante es altamente significativa (el χ^2 asociado para 4 grados de libertad, 16,07, obtiene una probabilidad igual o menor de 0,006), separando correctamente a los dos grupos de depresivos y no depresivos (centroides). Con respecto al peso de las distintas variables en la función discriminante, destaca en primer lugar la contribución de la baja autoestima,

seguida a distancia por los sentimientos de tristeza y disforia. El resot de factores descienden en su participación en la función discriminante. Hay que señalar que la puntuación total en el BDI alcanza un coeficiente de 0,22, tres veces menor que el obtenido por el factor de baja autoestima. El porcentaje de casos correctamente clasificados por esta función casi alcanza el 82%, lo que, teniendo en cuenta los criterios diagnósticos reseñados con anterioridad, es un porcentaje muy estimable.

DISCUSIÓN

La aplicación del Cuestionario Básico de Depresión a una población clínica ha mostrado la capacidad del mismo para diferenciar entre depresivos y personas con otros diagnósticos. Teniendo en cuenta que este era un cuestionario elaborado en principio para una población normal, los resultados muestran la posible versatilidad de esta prueba.

Esta capacidad para diferenciar entre depresivos y no depresivos es especialmente cierto para los dos índices generales (los dos factores de segundo orden), lo que no logra hacer, en sentido estricto, un inventario clínico como el BDI (una de cuyas virtudes se suele esgrimir es su validez discriminante, Beck, Steer y Garbin, 1988). Además, este resultado es especialmente relevante desde que sólo tres factores de primer orden, sobre diez, logran diferenciar significativamente los dos grupos señalados.

Esto para nosotros tiene algunas implicaciones, que pueden aparecer como contradictorias. En primer lugar, que sean los dos factores de segundo orden los que diferencien a depresivos y no depresivos es una prueba de la tesis que defiende la covariación como elemento más distinguible de la depresión. Esto es, la depresión estaría constituida por áreas con naturaleza propia, que no tienen porqué aparecer todas al mismo tiempo (con la misma intensidad), algunas de las cuales se pueden encontrar en otros trastornos, pero que mantienen un patrón peculiar de covariación entre sí. Este patrón es la clave para entender sintomáticamente el hecho depresivo.

Pero, por otro lado, tres áreas/síntomas de primer orden (baja auto-estima, sentimientos de tristeza y disforia, y apatía y bajo rendimiento) también diferencian entre depresivos y otros trastornos, lo que nos llevaría a un segundo nivel de análisis. Las tres áreas señaladas mantienen una cierta tradición en el diagnóstico diferencial de la depresión y en la identificación de sus síntomas más genuinos. La baja autoestima es el elemento que más se repite en las escalas de depresión (Levitt y Lubin, 1975), y el afecto triste y la anhedonia se han planteado como elementos distintivos de la depresión (según las clasificaciones psicopatológicas). Además, los trabajos que han tratado de discriminar entre ansiedad y depresión han encontrado en la anhedonia el elemento más distinguible (Clark y Watson, 1991). El hecho de que el grupo de contraste ('otros trastornos'), esté casi conformado por personas con problemas de ansiedad, apoya en mayor medida estos hallazgos. Este segundo nivel de análisis plantea que, si bien la covariación es elemento más distinguible, el hecho de que además los síntomas que covarían no tienen porqué ser los mismos, puede darse la circunstancia de que existan síntomas que covarían con mayor frecuencia que otros. Y esos pueden ser los señalados anteriormente.

Además de ello, el análisis discriminante nos muestra cómo esos factores que covarían son más de naturaleza cognitivo-atribucional que de índole fisiológico-neurovegetativo, siendo especialmente relevantes los relativos a los sentimientos de tristeza y a la baja autoestima. El hecho de que los factores con contenidos neurovegetativos no discriminen entre los dos grupos diagnósticos nos devuelve a la polémica sobre qué contenidos componen en sí mismos el síndrome depresivo. Evidentemente, algunos contenidos aquí recogidos pueden ser cuestionados, al tiempo que se podrían incluir otros. Sin embargo, sí parece evidente que los que discriminan pueden ser considerados como una primera aproximación a los síntomas típicos del fenómeno depresivo (y posiblemente de la personalidad depresiva, dentro del modelo dimensional). Se hacen necesarios nuevos análisis que nos informen sobre la estabilidad estructural del cuestionario y sobre la consistencia de estos resultados. Eso es lo que vamos a plantear en los siguientes trabajos.

**7.- TERCER ESTUDIO: VALIDACIÓN CRUZADA
DE LA ESTRUCTURA FACTORIAL DEL CBD.
DATOS SOBRE SUS CARACTERÍSTICAS
PSICOMÉTRICAS**

**Wenceslao Peñate
Manuel González**

Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos
Facultad de Psicología
Universidad de La Laguna

Tal y como se ha venido expresando, la alternativa evaluativa de la depresión vía cuestionarios se apoya en que este trastorno está conformado por distintas áreas que tienen entidad en sí mismas, pero que a su vez covarían para dar cuenta del fenómeno depresivo. Esta alternativa se vertebrará a través de una estrategia jerárquica de análisis que, en primer lugar, aisle a esas áreas/síntomas con naturaleza propia (áreas como los sentimientos de tristeza, la anhedonia, las quejas de mal funcionamiento cognitivo, la indecisión, la hipocondría, los problemas de sueño o apetito, etc.); y, en segundo lugar, en una estrategia de análisis que permita agrupar esas áreas en una dimensión unitaria superior.

A modo de resumen, esto supone que, utilizando una estrategia de análisis factorial exploratorio, en un primer momento los distintos síntomas de la depresión deben aparecer como estructuras separadas para posteriormente agruparse (covariar) entre sí. Como se comentó en la introducción, los análisis factoriales a los que han sido sometidas diferentes escalas de depresión, muestran la existencia de una multifactorialidad, que denotaría esa multiestructuralidad.

Desafortunadamente, los datos que se poseen sobre esa multiestructuralidad parece que sólo coinciden en ese aspecto. Sin embargo, existen pocas similitudes en las áreas/síntomas encontrados. Ni siquiera se observa esta coincidencia cuando se analiza un mismo inventario, como se ha puesto de relieve con una escala tan estudiada como el Inventario de Depresión de Beck (p.e., Beck, Steer y Garbin, 1988; Steer, Beck y Garrison, 1986).

Cabe pensar que las distintas escalas e inventarios no coinciden en la extracción de los mismos factores ya que pueden estar rastreando contenidos distintos (como han evidenciado los análisis de contenidos de las diferentes escalas). Sin embargo, lo esperable ahora es que la estructura encontrada para un cuestionario en un momento determinado, aparezca en nuevos análisis a los que se le someta, es decir, que la estructura sea estable, si los contenidos lo son y si lo que se está midiendo es igualmente estable y consistente.

La propuesta del Cuestionario Básico de Depresión pretende ofrecer una cierta estabilidad estructural, en el doble proceso señalado.

Por los que respecta a los cuestionarios sobre depresión, encontramos items que, por su redacción formal o por los contenidos que

muestréan, hacen referencia a niveles de consolidación distintos, mezclando características muy consolidadas con aspectos situacionales. Por otro lado, hay cuestionarios que piden que se responda cómo se siente, piensa o actúa en el momento en que se administra el cuestionario (situacional), a instrucciones de respuestas donde se pide que se responda, a sí es o no es algo característico en uno, o, como normalmente ocurre, a cómo se ha sentido la semana pasada. Es por ello que parece recomendable, en la medida de lo posible, diferenciar los niveles de consolidación cuando se redacte un ítem, así como las instrucciones para responder, con la garantía de un mayor ajuste psicométrico de la prueba, entre los que se incluye la estabilidad de la estructura factorial de la misma.

En la línea que venimos comentado, en el primer estudio, los resultados obtenidos sobre la estructura factorial del CBD mostraron la existencia de distintas áreas-factores con entidad propia, áreas que normalmente están asociadas con el diagnóstico del trastorno depresivo, y que, en un segundo momento, conformaron una estructura bifactorial de segundo orden. En el segundo estudio se aportaron datos sobre la validez diferencial y discriminante del CBD: el cuestionario discrimina adecuadamente entre depresivos y otros problemas psicológicos, siendo los factores decisivos los referidos a la baja-autoestima y a los sentimientos de tristeza y disforia. Además, la depresión parece evidenciar una estructura donde existe un núcleo central (la conjunción del afecto triste y la anhedonia) sobre el que se establecen una serie de relaciones que, posiblemente varíen de una población a otra, de una persona depresiva a otra, y/o de un tiempo a otro.

El objetivo de la presente investigación es poner a prueba la estabilidad factorial del CBD, tanto en los factores de primer orden como de segundo orden, así como el carácter nuclear de los sentimientos de tristeza y disforia. En este caso con una nueva muestra de alumnado universitario y bachillerato.

MÉTODO

Sujetos: El número total de estudiantes que participaron en este trabajo fue de 393, de los que 240 eran mujeres y 153 hombres.

El rango de edad osciló entre los 16 y 40 años, con una media de 19,11 años y desviación típica de 2,79. Del total de la muestra, el 33% era alumnado de 1º de Psicología, el 43% lo era de 1º Filología, el 9'4% de 1º de Matemáticas, todos de la Universidad de La Laguna, así mismo el 8'9% eran estudiantes de 3º de BUP, 2% de COU y el 3'3% de FP, de un Instituto de la zona Norte de Tenerife. Prácticamente todos ellos eran solteros (el 98'7%).

Además, se llevó a cabo un retest, transcurrido un intervalo temporal de tres meses. Cumplimentaron las mismas pruebas un total de 64 estudiantes (el 16'28% del total de la muestra del primer pase).

Instrumentos: Se emplearon para esta investigación dos cuestionarios: El mencionado Cuestionario Básico de Depresión (CBD), y el Inventario de Depresión de Beck (BDI, Beck y otros, 1961), en la versión castellana realizada por Conde, Esteban y Useros (1976). En este caso, además, se variaron las instrucciones para BDI para tratar de homologarlo lo más posible con el formato de nivel básico de consolidación del CBD. El BDI pregunta cómo se ha sentido el evaluado la semana anterior. Como hemos visto, ese formato proporciona un nivel de consolidación menos estable, lo que podría estar explicando algunos coeficientes de correlación bajos con el CBD. Es por ello que se modificaron las instrucciones por otras de carácter más estable y básico. Así, se le pedía al alumnado que respondiera a los items tal y como «se siente o piensa normalmente en su vida diaria, eligiendo la alternativa que mejor refleje su forma de ser».

Procedimiento: La cumplimentación de los dos cuestionarios antes mencionados, se realizó en sesiones grupales y en las mismas aulas a las que asistían los estudiantes, previo acuerdo con el profesorado, explicación del propósito del trabajo al alumnado, siendo la participación voluntaria y garantizándoles la confidencialidad de la información. Se administró en primer lugar el CBD y posteriormente el BDI.

RESULTADOS

Los datos fueron sometidos a análisis factorial con rotación oblicua (oblimín), a partir de una extracción de componentes principales. Se

le pidió al programa que extrajera un máximo de diez factores, por ser éstos los encontrados en el estudio antes mencionado. Las condiciones de análisis fueron: (i) se seleccionaron aquellos ítems que poseían una saturación igual o mayor a .30, (ii) si había una saturación de esa cuantía en más de un factor, se le asignaba a aquél que presentaba mayor saturación en valor absoluto. De los diez factores posibles, se aislaron nueve, que explicaron el 46.88% de la varianza total.

Tabla 7.1.- Solución factorial de primer orden (método oblimín sobre componentes principales), ítems, saturaciones, comunalidades (h^2), valor propio, porcentaje de varianza total y porcentaje de varianza extraída en la rotación correspondientes al factor I (sentimientos de tristeza y disforia con baja auto-estima) del CBD ($n = 387$)

| Ítems | sat | h^2 |
|---|--------------|-------|
| 1.- Me considero una persona alegre. | -.36 | .46 |
| 2.- Los recuerdos me hacen sentir culpable. | .33 | .26 |
| 4.- Me siento fracasado. | .59 | .53 |
| 5.- Me siento infeliz. | .60 | .50 |
| 6.- Me cuesta mucho vivir. | .54 | .45 |
| 7.- Me siento triste. | .45 | .47 |
| 8.- Me siento angustiado. | .49 | .47 |
| 9.- Me siento culpable. | .35 | .22 |
| 11.- Me considero una persona débil. | .31 | .45 |
| 12.- Siento miedo ante la vida. | .39 | .41 |
| 15.- Me siento sólo. | .52 | .43 |
| 35.- Pienso que soy una persona sin suerte. | .52 | .44 |
| 36.- Creo que los demás valen más que yo. | .75 | .65 |
| 37.- Me gustaría ser distinto a como soy. | .67 | .57 |
| 38.- Me veo una persona atractiva. | -.39 | .35 |
| 39.- Veo más defectos que virtudes en mi persona. | .70 | .54 |
| 40.- Creo que no valgo para nada. | .75 | .63 |
| | V.P. 11.21 | |
| | % V.T. 19.66 | |
| | % V.R. 23.06 | |

NOTA: sat. = saturación; h^2 = comunalidad; V.P. = valor propio; %V.T. = porcentaje de varianza total explicada por el factor; %V.R. = porcentaje de varianza rotada.

El primer factor aislado obtuvo un valor propio de 11.21 y explicó un 19.66% de la varianza total. Está constituido por un total de 17 ítems. Estos ítems venían a representar conjuntamente los factores del primer análisis que estaban representando los contenidos más típicamente unidos al síndrome depresivo: los sentimientos de tristeza y disforia, y el factor de baja autoestima. En la tabla 7.1 se resumen los datos para este factor.

Tabla 7.2.- Solución factorial de primer orden (método oblímín sobre componentes principales), ítems, saturaciones, comunales (h^2), valor propio, porcentaje de varianza total y porcentaje de varianza extraída en la rotación correspondientes al factor II (torpeza mental con apatía y bajo rendimiento) del CBD ($n = 387$)

| Ítems | sat | h^2 |
|--|--------------|-------|
| 18.- Soy lento. | .47 | .39 |
| 22.- Se me olvidan las cosas con facilidad. | .71 | .62 |
| 23.- Tengo problemas para concentrarme. | .70 | .57 |
| 24.- Me cuesta mantener la atención. | .67 | .55 |
| 25.- Soy lento en responder. | .51 | .43 |
| 26.- Tengo mala memoria. | .61 | .51 |
| 41.- Creo que no rindo lo suficiente. | .49 | .46 |
| 43.- Me cuesta mucho empezar cualquier cosa. | .54 | .42 |
| 44.- Soy una persona vaga. | .42 | .45 |
| | V.P. 2.90 | |
| | % V.T. 5.08 | |
| | % V.R. 13.27 | |

NOTA: sat. = saturación; h^2 = comunalidad; V.P. = valor propio; %V.T. = porcentaje de varianza total explicada por el factor; %V.R. = porcentaje de varianza rotada.

En la tabla 7.2 observamos el segundo factor extraído, con un valor propio de 2.90 y un porcentaje de varianza total de 5.08%. Está compuesto por 9 items, que recogen contenidos de dos factores de la primera factorización: la torpeza mental (problemas de atención, memoria y concentración) y el factor de bajo rendimiento y apatía.

El tercer factor, que se resume en la tabla 7.3, obtuvo un valor propio de 2.48 y una varianza total de 4.35%. Estuvo compuesto por 5 items, que recogen aspectos relacionado con el cansancio, que en la factorización del primer estudio se incluía conjuntamente con los problemas de sueño.

Tabla 7.3.- Solución factorial de primer orden (método oblimín sobre componentes principales), items, saturaciones, comunales (h^2), valor propio, porcentaje de varianza total y porcentaje de varianza extraída en la rotación correspondientes al factor III (cansancio) del CBD (n = 387)

| Items | sat | h^2 |
|-------------------------------------|--------------|-------|
| 10.- Creo que vivir es muy cansado. | .46 | .47 |
| 13.- Me siento apático. | .62 | .69 |
| 14.- Todo me cansa. | .50 | .50 |
| 16.- Me siento cansado. | .57 | .48 |
| 21.- Me agoto con facilidad. | .51 | .44 |
| | V.P. 2.48 | |
| | % V.T. 4.35 | |
| | % V.R. 19,18 | |

NOTA: sat. = saturación; h^2 = comunalidad; V.P. = valor propio; %V.T. = porcentaje de varianza total explicada por el factor; %V.R. = porcentaje de varianza rotada.

El cuarto factor se recoge en la tabla 7.4, con un valor propio de 2.09 y una varianza total de 3.61%. Compuesto por 4 ítems, que se refieren a problemas para conciliar el sueño, el otro componente del segundo factor del primer estudio, con claros problemas de específicos abultados.

Tabla 7.4.- Solución factorial de primer orden (método oblimín sobre componentes principales), ítems, saturaciones, comunales (h^2), valor propio, porcentaje de varianza total y porcentaje de varianza extraída en la rotación correspondientes al factor IV (problemas de sueño) del CBD (n = 387)

| Ítems | sat | h^2 |
|---|-------------|-------|
| 17.- Tengo problemas para conciliar el sueño. | .85 | .78 |
| 19.- Me levanto con la sensación de no haber dormido. | .48 | .45 |
| 20.- No puedo dormir. | .77 | .65 |
| 42.- Tengo problemas de sueño. | .86 | .81 |
| | V.P. 2.06 | |
| | % V.T. 3.61 | |
| | % V.R. 9.67 | |

NOTA: sat. = saturación; h^2 = comunalidad; V.P. = valor propio;
 %V.T. = porcentaje de varianza total explicada por el factor;
 %V.R. = porcentaje de varianza rotada.

El factor cinco, estuvo constituido por tres ítems, cuyo valor propio es 1.87 y la varianza rotada 3.28%, este factor está compuesto por tres ítems, que vemos en la tabla 7.5, similar al factor encontrado en la primera factorización.

Tabla 7.5.- Solución factorial de primer orden (método oblimín sobre componentes principales), items, saturaciones, comunalidades (h^2), valor propio, porcentaje de varianza total y porcentaje de varianza extraída en la rotación correspondientes al factor V (labilidad emocional y decisional) del CBD (n = 387)

| Items | sat | h^2 |
|--|-------------|-------|
| 31.- Cambio de ánimo con facilidad. | .75 | .72 |
| 32.- Soy indeciso. | .48 | .54 |
| 33.- Cambio rápidamente de la tristeza a la alegría. | .66 | .47 |
| | V.P. 2.45 | |
| | % V.T. 3.28 | |
| | % V.R. 8.81 | |

NOTA: sat. = saturación; h^2 = comunalidad; V.P. = valor propio;

%V.T. = porcentaje de varianza total explicada por el factor;

%V.R. = porcentaje de varianza rotada.

Tabla 7.6.- Solución factorial de primer orden (método oblimín sobre componentes principales), items, saturaciones, comunalidades (h^2), valor propio, porcentaje de varianza total y porcentaje de varianza extraída en la rotación correspondientes al factor VI (miedo a la soledad y la enfermedad) del CBD (n = 387)

| Items | sat | h^2 |
|---|-------------|-------|
| 45.- Temo por mi salud. | .58 | .56 |
| 47.- Tengo un gran temor a enfermar. | .63 | .58 |
| 48.- La soledad me hace infeliz. | .60 | .52 |
| 49.- Soy una persona que está en tensión. | .50 | .38 |
| 50.- Necesito que alguien esté a mi lado. | .51 | .45 |
| | V.P. 1.69 | |
| | % V.T. 2.96 | |
| | % V.R. 8.38 | |

NOTA: sat. = saturación; h^2 = comunalidad; V.P. = valor propio;

%V.T. = porcentaje de varianza total explicada por el factor;

%V.R. = porcentaje de varianza rotada.

En la tabla 7.6 observamos el sexto factor, constituido por 5 ítems, cuyo valor propio fue de 1.69 y el porcentaje de varianza total de 2.96%. Los ítems hacen referencia al factor de miedo a la enfermedad y soledad.

El factor séptimo se resume en la tabla 7.7, representa el área comprometida con las quejas somáticas y el miedo a enfermarse. El valor propio es 1.60 y el porcentaje de varianza total es de 2.80%, está compuesto por tres ítems, correspondiendo al factor de hipocondría.

Tabla 7.7.- Solución factorial de primer orden (método oblimín sobre componentes principales), ítems, saturaciones, comunalidades (h^2), valor propio, porcentaje de varianza total y porcentaje de varianza extraída en la rotación correspondientes al factor VII (hipocondría) del CBD (n = 387)

| Items | sat | h^2 |
|---------------------------------|-----|-------|
| 28.- Soy una persona enfermiza. | .76 | .67 |
| 29.- Suelo visitar al médico. | .73 | .60 |
| 30.- Tengo una salud débil. | .74 | .67 |
| V.P. 1.60 | | |
| % V.T. 2.80 | | |
| % V.R. 7.80 | | |

NOTA: sat. = saturación; h^2 = comunalidad; V.P. = valor propio; %V.T. = porcentaje de varianza total explicada por el factor; %V.R. = porcentaje de varianza rotada.

En la tabla 7.8 encontramos los ítems del factor ocho, que estuvo constituido por 4 ítems, con un valor propio de 1.51 y un porcentaje de varianza de 2.64, los ítems hacen referencia al factor de nerviosismo-ansiedad, con un ítem relativo a la labilidad emocional.

Tabla 7.8.- Solución factorial de primer orden (método oblimín sobre componentes principales), items, saturaciones, comunalidades (h^2), valor propio, porcentaje de varianza total y porcentaje de varianza extraída en la rotación correspondientes al factor VIII (nerviosismo-ansiedad) del CBD (n = 387)

| Items | sat | h^2 |
|--|-------------|-------|
| 46.- Se me saltan las lágrimas sin darme cuenta. | .50 | .38 |
| 52.- El corazón me late rápidamente. | .60 | .45 |
| 53.- Se me nubla la visión y me mareo. | .57 | .41 |
| 54.- Tengo temblores. | .45 | .33 |
| | V.P. 1.51 | |
| | % V.T. 2.69 | |
| | % V.R. 7.70 | |

NOTA: sat. = saturación; h^2 = comunalidad; V.P. = valor propio; %V.T. = porcentaje de varianza total explicada por el factor; %V.R. = porcentaje de varianza rotada.

En la tabla 7.9 podemos observar el noveno factor, con un valor propio de 1.43 y una varianza total de 2.50%, lo componen un total de 4 items, correspondiendo a los problemas de apetito y peso, aunque incluye un items de ideación suicida.

Un primer vistazo al resultado del análisis factorial muestra una serie de coincidencias con respecto a la primera factorización, tanto en los contenidos como en el orden de aparición. De nuevo, las áreas/ factores son las que usualmente están implicadas en los trastornos depresivos, destacando ese primer factor de sentimientos de tristeza y baja autoestima, al que acompañan las restantes áreas, tales como apatía, cansancio, labilidad emocional, etc, que conforman la idea generalizada de que el síndrome depresivo está formado por áreas con naturaleza propia.

Tabla 7.9.- Solución factorial de primer orden (método oblimín sobre componentes principales), ítems, saturaciones, comunalidades (h^2), valor propio, porcentaje de varianza total y porcentaje de varianza extraída en la rotación correspondientes al factor IX (problemas de apetito y peso) del CBD (n = 387)

| Ítems | sat | h^2 |
|---|-------------|-------|
| 27.- Creo que estar dormido es lo más placentero que me puede pasar | .42 | .24 |
| 55.- No tengo apetito. | .55 | .42 |
| 56.- Peso menos de lo que debería. | .66 | .46 |
| 57.- Como por necesidad. | .46 | .25 |
| | V.P. 1.43 | |
| | % V.T. 2.50 | |
| | % V.R. 6.18 | |

NOTA: sat. = saturación; h^2 = comunalidad; V.P. = valor propio; %V.T. = porcentaje de varianza total explicada por el factor; %V.R. = porcentaje de varianza rotada.

Para contrastar las dos estructuras factoriales se llevó a cabo un análisis de congruencia entre los factores del primer estudio y los factores actuales. Los coeficientes de congruencia se fundamentan en las saturaciones obtenidas por los ítems, en cada factor, al margen de su cuantía y suponen una medida de la similitud entre estructuras factoriales (Herrero, Cuesta y Grossi, 1991). Hay que indicar que estos coeficientes se han calculado tomando como referencia a los factores que agrupaban más áreas. Así, por ejemplo, en el caso de los problemas de sueño y fatiga, que en la solución actual se dividió en dos, se toma como referencia ese factor primero más amplio. En la tabla 7.10 se resumen los dos análisis factoriales y los coeficientes de congruencia.

Tabla 7.10.- Comparación de las dos estructuras factoriales del CBD con los coeficientes de congruencia por factores

| PRIMERA FACTORIZACIÓN | SEGUNDA FACTORIZACIÓN | CC |
|---|---|-----|
| F1 Sentimientos de tristeza y disforia. | F1 Sentimientos de tristeza y disforia con baja autoestima. | .95 |
| F6 Infravaloración-baja autoestima. | | |
| F2 Problemas de sueño y fatiga. | F3 Cansancio. | .92 |
| | F4 Problemas de sueño. | |
| F3 Torpeza mental. | F2 Torpeza mental con apatía y bajo rendimiento | .88 |
| F7 Apatía y bajo rendimiento. | | |
| F5 Labilidad emocional y decisional. | F5 Labilidad emocional y decisional | .95 |
| F4 Hipocondría. | F7 Hipocondría. | .93 |
| F8 Miedo a la soledad y la enfermedad | F6 Miedo a la soledad y la enfermedad | .95 |
| F9 Nerviosismo-ansiedad. | F8 Nerviosismo-ansiedad | .95 |
| F10 Problemas de apetito y peso. | F9 Problemas de apetito y peso. | .97 |

CC=coeficiente de congruencia.

Como puede observarse, existe una gran similitud entre ambas estructuras, siendo los cambios más destacables los siguientes: (i) un factor del primer estudio, problemas de sueño y fatiga que ahora se divide de manera más lógica en dos factores, separando los problemas de sueño de los de fatiga (cansancio); (ii) y dos factores de la solución actual que unifican cada uno dos factores del primer estudio: el factor de sentimientos de tristeza y disforia con baja autoestima, que en la primera factorización aparecen por separado; y el factor de torpeza mental con apatía y bajo rendimiento que también aúna los factores de torpeza mental con el de apatía y quejas sobre problemas de ejecución. Los coeficientes de congruencia encontrados superan prácticamente todos 0,90 (salvo el de torpeza mental con apatía). Cinco de ellos, además, son iguales o superiores a 0,95.

Siguiendo con la lógica del análisis, la clave de la depresión sería la covariación de todas estas áreas-factores en un factor general de depresión. En ese sentido, se llevó a cabo análisis correlacionales entre los nueve factores. En la tabla 7.11, se observan las correlaciones entre los nueve factores.

Tabla 7.11.- Matriz de correlaciones correspondientes a los factores del cuestionario básico de depresión. (N=393)

| | F2 | F3 | F4 | F5 | F6 | F7 | F8 | F9 |
|----|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| F1 | .45*** | .58*** | .36*** | .35*** | .42*** | .32*** | .38*** | .24*** |
| F2 | | .48*** | .23*** | .32*** | .24*** | .20*** | .23*** | .12* |
| F3 | | | .37*** | .28*** | .34*** | .26*** | .29*** | .24*** |
| F4 | | | | .17*** | .31*** | .24*** | .29*** | .17*** |
| F5 | | | | | .24*** | .17*** | .29*** | .16*** |
| F6 | | | | | | .26*** | .37*** | .18*** |
| F7 | | | | | | | .29*** | .12** |
| F8 | | | | | | | | .23*** |

NOTA: F1=Sentimientos de tristeza y disforia con baja-autoestima. F2=Torpeza mental, apatía y bajo rendimiento. F3=Cansancio. F4=Problemas de Sueño. F5=Labilidad Emocional y decisional. F6=Miedo a la enfermedad y soledad. F7=Hipocondría. F8=Nerviosismo-Ansiedad. F9=Problemas de apetito y Peso.

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Como podemos observar en la tabla anterior, todos los factores mantienen relaciones positivas y altamente significativas, por lo que en principio podemos predecir la covariación de los factores de primer orden, para dar una estructura general que vendría a determinar el síndrome depresivo. Así, con esta matriz de correlaciones sería esperable en una rotación factorial de segundo orden una solución factorial tendente a la uniestructuralidad. En ese sentido, se realizó un análisis factorial sobre factores comunes, con rotación

varimax. Todos los factores de primer orden saturaron en un primer factor, aunque también poseían saturaciones secundarias en otros. Esto hizo que la estructura resultante fuera en la práctica una estructura monofactorial. El resultado de este análisis se recoge en la tabla 7.12.

Tabla 7.12.- Solución factorial de segundo orden, varimax sobre factor común, del CBD. N = 393

| FACTORES DE PRIMER ORDEN | FI | h ² |
|--|-------------------|----------------|
| F1.- Sentimientos de tristeza y disforia con baja-autoestima | .78 | .62 |
| F2.- Torpeza mental, apatía y bajo rendimiento. | .62 | .38 |
| F3.- Cansancio. | .74 | .54 |
| F4.- Problemas de sueño. | .58 | .34 |
| F5.- Labilidad emocional y decisional. | .53 | .28 |
| F6.- Miedo a la enfermedad y soledad. | .62 | .39 |
| F7.- Hipocondría. | .51 | .26 |
| F8.- Nerviosismo-ansiedad. | .62 | .39 |
| F9.- Problemas de apetito y peso. | .40 | .16 |
| | Valor Propio | 3.38 |
| | % Varianza Total | 37.6 |
| | % Varianza Rotada | 100 |

NOTA: FI = Factor de segundo orden. h² = comunalidad.

Como puede observarse, aparece una estructura unifactorial, siendo el factor con mayor saturación el uno (sentimientos de tristeza y disforia con baja autoestima), entremezclándose entre los aspectos cognitivos de la depresión, otros de carácter neurovegetativo, modificando la solución bifactorial del primer estudio.

Una vez expuestos los análisis sobre la replicabilidad de la estructura factorial, se analizaron dos tipos de fiabilidades: la consistencia interna para cada factor, de primer y segundo orden; y la estabilidad temporal de cada uno de los factores aislados.

Para el primer caso se realizaron análisis de consistencia interna (alfa de Cronbach), tanto para los factores de primer y segundo orden, en el primer pase y en el segundo pase. Los resultados se pueden ver la tabla 7.13.

Tabla 7.13.- Coeficientes de consistencia interna (alfa de cronbach) de los nueve factores de primer orden y de segundo orden del cuestionario basico de depresion. N = 393 (1º pase). N = 63 (2º pase)

| FACTORES | ALFA | | Nº ITEMS |
|----------|---------|---------|----------|
| | 1º PASE | 2º PASE | |
| F1 | .83 | .84 | 17 |
| F2 | .79 | .82 | 9 |
| F3 | .73 | .71 | 5 |
| F4 | .81 | .90 | 4 |
| F5 | .61 | .60 | 3 |
| F6 | .66 | .60 | 5 |
| F7 | .76 | .83 | 3 |
| F8 | .57 | .63 | 4 |
| F9 | .42 | .72 | 4 |
| FI | .91 | .92 | 54 |

NOTA: F1=Sentimientos de tristeza y disforia con infravaloración-baja-autoestima. F2=Torpeza mental, apatía y bajo rendimiento. F3=Cansancio. F4=Problemas de Sueño. F5=Labilidad Emocional y decisional. F6=Miedo a la enfermedad y soledad. F7=Hipocondría. F8=Nerviosismo- Ansiedad. F9=Problemas de apetito y Peso. FI=Factor de segundo orden.

Como vemos, existe una cierta estabilidad en los coeficientes de consistencia encontrados, aunque son ligeramente más elevados en la muestra del segundo pase. Los índices de consistencia interna para los cuatro primeros factores son elevados, así como para el factor siete (hipocondría). Se produce una caída en la homogeneidad en los factores cinco (labilidad emocional y decisonal) y seis (miedo a la enfermedad y soledad). El factor ocho (nerviosismo-ansiedad) está constituido por items referidos a estados fisiológicos, mucho más dependientes de las situaciones y contextos. El factor nueve (problemas de apetito y peso), puede sorprender la caída, ya que es un área perfectamente identificable en la depresión, pero si se analiza el contenido no, uno de los items no tiene relación semántica con los otros tres. Sin embargo, en la muestra del segundo pase sólo tres de los factores mencionados anteriormente con baja homogeneidad, siguen con índices bajos, y el factor nueve (apetito y peso) aumenta considerablemente en homogeneidad. Respecto al factor de segundo orden, el índice de consistencia interna es muy elevado (tanto en el primer pase como en el segundo supera el valor de 0,90).

Con respecto a la estabilidad temporal, en la tabla 7.14, se muestran los coeficientes de estabilidad temporal (correlación de Pearson).

Tabla 7.14.- Fiabilidad test-retest de los nueve factores de primer y segundo orden del cuestionario básico de depresión. N = 63

| FACTORES | r_{xy} | FACTORES | r_{xy} |
|----------|----------|----------|----------|
| F1 | .79*** | F6 | .72*** |
| F2 | .75*** | F7 | .83*** |
| F3 | .61*** | F8 | .63*** |
| F4 | .66*** | F9 | .73*** |
| F5 | .69*** | F1 | .82*** |

NOTA: F1=Sentimientos de tristeza y disforia con infravaloración-baja-autoestima. F2=Torpeza mental, apatía y bajo rendimiento. F3=Cansancio. F4=Problemas de Sueño. F5=Labilidad Emocional y decisonal. F6=Miedo a la enfermedad y soledad. F7=Hipocondría. F8=Nerviosismo- Ansiedad. F9=Problemas de apetito y Peso. F1=Factor de segundo orden.

*** $p \leq .001$

Tabla 7.15.- Matriz de correlaciones correspondientes a los factores de primer orden del CBD y el factor de segundo orden, con los ítems del inventario de depresión de Beck. (N =393)

| | F1 | F2 | F3 | F4 | F5 | F6 | F7 | F8 | F9 | FI |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| BDI1 | .41*** | .16*** | .24*** | .17*** | .16*** | .18*** | .10* | .26*** | .00 | .38*** |
| BDI2 | .49*** | .28*** | .35*** | .26*** | .14** | .18*** | .19*** | .20*** | .07 | .44*** |
| BDI3 | .45*** | .28*** | .35*** | .16*** | .21*** | .14** | .14** | .06 | .09* | .40*** |
| BDI4 | .45*** | .26*** | .34*** | .21*** | .09* | .10* | .18*** | .14** | .12** | .40*** |
| BDI5 | .28*** | .16*** | .22*** | .10* | .11* | .10* | .08* | .14** | .09 | .26*** |
| BDI6 | .22*** | .14** | .10* | .12* | .17*** | .05 | .12** | .01 | -.01 | .19*** |
| BDI7 | .47*** | .27*** | .32*** | .16*** | .19*** | .14** | .13** | .20*** | .08 | .41*** |
| BDI8 | .29*** | .11* | .19*** | .12** | .10* | .08* | .08 | .19*** | .11* | .26*** |
| BDI9 | .20*** | .03 | .12** | .10* | .07 | .10* | .08 | .15** | .02 | .17*** |
| BD10 | -.00 | .01 | .00 | .00 | .00 | -.03 | .00 | -.03 | .00 | .06 |
| BD11 | .18*** | .11* | .11* | .00 | .08* | -.01 | .12** | .07 | .04 | .15** |
| BD12 | .38*** | .35*** | .39*** | .19*** | .26*** | .26 | .11* | .19*** | .15*** | .44*** |
| BD13 | .29*** | .41*** | .34*** | .19*** | .19*** | .10* | .07 | .17*** | .07 | .37*** |
| BD14 | .29*** | .09* | .20*** | .48*** | .09* | .21*** | .19*** | .24*** | .05 | .34*** |
| BD15 | .23*** | .28*** | .40*** | .18*** | .19*** | .20*** | .16*** | .17*** | .15*** | .36*** |
| BD16 | .12** | .05 | .10* | .09* | .01 | .09* | .14** | .06 | .21*** | .16*** |
| BD17 | .12** | .04 | .06 | .03 | .09* | .07 | .05 | .15** | .11** | .13** |
| BD18 | .20*** | .18*** | .19*** | .12** | .10* | .36*** | .22*** | .15*** | .14*** | .30*** |
| BD19 | .04 | .03 | .11* | .03 | .11* | .07 | .11* | .07 | -.01 | .08* |

NOTA: F1=Infravaloración-baja-autoestima con sentimientos de tristeza y disforia. F2=Torpeza mental, apatía y bajo rendimiento. F3=Cansancio. F4=Problemas de Sueño. F5=Labilidad Emocional y decisional. F6=Miedo a la enfermedad y soledad. F7=Hipocondría. F8=Nerviosismo- Ansiedad. F9=Problemas de apetito y Peso. FI=Factor de segundo orden. BDI1=Estado de ánimo. BDI2=Pesimismo. BDI3=Sentimientos de fracaso. BDI4=Insatisfacción. BDI5=Sentimientos de culpa. BDI6=Odio a sí mismo. BDI7=Autoacusaciones. BDI8=Ideas suicidas. BDI9=Períodos de llanto. BD10=Irritabilidad. BD11=Aislamiento social. BD12=Indecisión. BD13=Incapacidad Laboral. BD14=Trastornos del sueño. BD15=Fatiga. BD16=Pérdida de apetito. BD17=Pérdida de peso BD18=Hipocondría. BD19=Disminución de la Libido.

* p<.05 ** p<.01 *** p<.001

Podemos observar como todos los factores tanto de primer como de segundo orden obtienen una elevada estabilidad temporal, significativa a 1 por 1.000, lo que favorece la interpretación positiva de la estabilidad temporal del cuestionario.

Un último análisis se llevó a cabo para relacionar los factores del CBD con el inventario de depresión de Beck. Este análisis se llevó a cabo tanto con la puntuación total en el BDI, como con cada uno de 19 ítems del inventario. El hecho de relacionar el CBD con los ítems por separado del BDI se hizo con la finalidad de contrastar las áreas extraídas por el CBD con las áreas que se describen en los ítems del BDI. En realidad cada ítem del inventario de Beck representa distintas áreas del funcionamiento depresivo. La correlaciones se recogen en la tabla 7.15.

Como se puede observar, todos los factores del CBD, tanto de primer como de segundo orden, mantienen relaciones positivas y altamente significativas al 1 por 1.000 con los ítems del BDI. Y todos los ítems, excepción hecha en el 10 (irritabilidad) correlacionan positiva y significativamente con el factor de segundo orden, donde 15 de esas correlaciones son significativas al 1 por 1.000, dos lo son al 1% y una al 5%.

Los ítems del BDI que menos correlaciones estadísticamente significativas poseen con los nueve factores del CBD son: el BDI19 (disminución de la libido), que correlaciona con tres factores; el BDI17 (autoacusaciones), correlaciona con cuatro factores; el BDI9 y BDI11 (períodos de llanto y aislamiento social, respectivamente), que correlacionan con cinco factores; el BDI6 y BDI16 (odio a sí mismo y pérdida de apetito, respectivamente) que correlacionan con seis factores del CBD.

DISCUSIÓN

El primer propósito de esta investigación era la de aportar datos sobre la estabilidad estructural del CBD, con una muestra diferente a la primera factorización y utilizando la misma estrategia de análisis: análisis factorial exploratorio, búsqueda inicial del mayor volumen de áreas/ factores implicados en la depresión, búsqueda final de una solución factorial que tendiera a la monofactorialidad como una prueba de la covariación de distintos síntomas que correspondería al elemento distinguible de la depresión.

La estabilidad de la estructura parece salir bien parada ya que en gran medida se reproduce la estructura del primer estudio. La consistencia interna de los distintos factores es aceptable (especialmente los primeros factores de primer orden y el factor de segundo orden). El hecho de que en el segundo pase estos coeficientes no varíen especialmente, muestra la estabilidad de esa consistencia. Los primeros datos que se aportan sobre el test-retest también muestran la estabilidad temporal de esas estructuras factoriales. Los cambios encontrados son mínimos y consisten en cambios de áreas de un factor a otro. Incluso otros cambios favorecen el planteamiento que aquí se ha venido sosteniendo:

Por un lado, está el hecho de que, en lugar de una solución bifactorial de segundo orden, como ocurrió en el primer trabajo, ahora la solución es más parsimoniosa, de un único factor como aglutinador e ilustrador del carácter de la depresión (covariación de síntomas con naturaleza propia), tal y como se había observado en los trabajos sobre el BDI de Tanaka y Huba (1984) o los trabajos de B. Byrne (Byrne y Baron, 1993a y 1993b; Byrne, Baron, Larsson y Melin, 1995).

Por otro lado, la mayor varianza de esa solución monofactorial la aporta el primer factor, que también ha sufrido cambios. El cambio más llamativo es que a los sentimientos de tristeza y disforia se les ha unido la baja autoestima. Es decir, conforman un único factor (el que más varianza explica) las tres áreas más citadas como posibles síntomas genuinos de la depresión (afecto triste, anhedonia y baja autoestima).

El hecho de que estos tres elementos aparezcan conformando una estructura factorial única puede ser de utilidad en la medida que nos pueden estar informando de los síntomas propios de la depresión, pero dentro de la lógica de covarianza intersíntomas. En otras palabras, es posible que esos tres elementos puedan ser considerados como los elementos más distintivos de la depresión, pero no pueden ser considerados de manera aislada, uno a uno, sino que lo distintivo es la covariación entre los tres: los tres elementos, afecto triste, anhedonia y baja autoestima, deberían ser integrados en una misma estructura interdependiente, que conformaría las señas de identidad de la depresión. Ese va a ser el objetivo de los siguientes trabajos.

**8.- CUARTO ESTUDIO: REVISIÓN DEL CUESTIONARIO
BÁSICO DE DEPRESIÓN: AFECTO TRISTE,
ANHEDONIA Y BAJA AUTOESTIMA**

Del estudio precedente hemos extraído dos conclusiones generales: en primer lugar, el fenómeno depresivo puede consistir en la convariación de una serie de áreas-síntomas, que, a su vez, poseen una serie de características en su funcionamiento: esas áreas no tienen porqué ser siempre las mismas (de una persona a otra, de un estudio a otro, de un episodio depresivo a otro), la existencia de una agrupación de los mismos, con un mayor peso de los contenidos referidos al afecto triste, la anhedonia y la baja autoestima.

En segundo lugar, esos tres contenidos conformaron en el último trabajo un único factor. Como se ha señalado, esas tres áreas son las que, de una forma u otra, han venido considerándose como los elementos más prototípicos de la depresión: históricamente el afecto triste se ha considerado como el elemento más distintivo de la depresión (melancolía). Las clasificaciones psicopatológicas consideran a su vez al afecto triste y la anhedonia como los elementos centrales en el diagnóstico de la depresión, de tal forma que, en el caso del episodio depresivo mayor, tiene que ocurrir obligatoriamente uno de esos síntomas. La anhedonia, además, es el elemento más distinguible que se ha podido detectar empíricamente, gracias a los trabajos de los modelos PANAS y tripartitos sobre la comparación sintomática entre ansiedad y depresión. La baja autoestima es el elemento que más frecuentemente se incluye en los contenidos de las escalas de depresión y uno de los síntomas posibles para el diagnóstico de la depresión. Por último, en el estudio segundo donde presentábamos los datos comparativos entre depresivos y no depresivos (fundamentalmente ansiosos), de los tres factores de primer orden que diferenciaron entre ambos grupos, los que lo hicieron con mayor potencia fueron los sentimientos de tristeza y disforia, y la baja-autoestima.

Todos estos datos nos hacen plantear si esos tres elementos serían los síntomas genuinos de la depresión, aunando por un lado los estudios que han intentado buscar estos síntomas de manera aislada con los estudios que han defendido la covariación intersíntomas: lo identificativo de la depresión sería la covariación de distintas áreas/síntomas, pero ahora se restringe esas áreas al afecto triste, la anhedonia y la baja autoestima.

El hecho de que estos tres elementos aparezcan conformando una estructura factorial única puede ser de utilidad en la medida que nos pueden estar informando de los síntomas propios de la depresión, pero dentro de la lógica de covarianza intersíntomas. En otras palabras, es posible que esos tres elementos puedan ser considerados como los elementos más distintivos de la depresión, pero no pueden ser considerados de manera aislada, uno a uno, sino que lo distintivo es la covariación entre los tres: los tres elementos, afecto triste, anhedonia y baja autoestima, deberían ser integrados en una misma estructura interdependiente, que conformaría las señas de identidad de la depresión.

El trabajo que ahora se presenta se basa en la administración de una edición revisada de CBD (CBD-rev), consistente en los 17 ítems que conformaban el factor de afecto triste, anhedonia y baja autoestima, a la que se añadió cuatro ítems de la edición original, correspondientes a anhedonia, pero que no había formado parte de la estructura factorial. Se pretende conocer la estructura factorial de esta escala revisada, y su relación con otros problemas psicológicos, especialmente con los problemas de ansiedad. Se espera que, si esas tres áreas son las que constituyen genuinamente la depresión, no debería mantener relaciones con otros trastornos. La ansiedad es el problema que comúnmente tiene más dificultades para distinguirse empíricamente de la depresión, por lo que las relaciones de esta nueva escala con ansiedad pueden ser de particular interés.

MÉTODO

Sujetos: Participaron 372 personas, 200 correspondientes a estudiantes de bachillerato y COU de un instituto de La Laguna (Tenerife), y 172 correspondientes a primero de Psicología. 125 eran hombres y 247 mujeres. El rango de edades fue de 15 a 24 años, estando el 80% comprendidos entre los 17 y los 21 años.

Instrumentos: Se administró una versión revisada del CBD, consistente en los 17 ítems del primer factor del estudio anterior,

sentimientos de tristeza y disforia con baja autoestima. A este factor se le añadieron cuatro items de la versión original, referidos a anhedonia/pérdida de interés, pero que no formaron parte de la solución factorial final. Estos items hicieron que la escala poseyera finalmente 21 items. Los cuatro items nuevos fueron:

- Nada me interesa.
- No disfruto con las cosas que antes disfrutaba.
- Mi motivación general es mínima o nula.
- Me siento incapaz de divertirme y pasarlo bien.

Con respecto a las instrucciones de cumplimentación, se mantuvieron igual que para el cuestionario original.

Además de estos cuestionarios se administraron tres medidas de ansiedad: (i) El cuestionario Extraversión-Neuroticismo de Pelechano (1972). En este trabajo sólo se tiene en cuenta la puntuación en neuroticismo, como medida general de malestar, con importantes componentes de ansiedad. (ii) Inventario Estado Rasgo de Ansiedad (STAI), formato de rasgo, de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970), edición española de TEA (1982). Es un cuestionario de 20 items que mide el rasgo general de la ansiedad. (iii) Y una traducción del Inventario de Padua (Sanavio, 1988), que evalúa un trastorno concreto de estado de ansiedad como son los problemas obsesivo-compulsivos. El inventario consta de 60 items, agrupados en cuatro factores: *Pérdida de control sobre la actividad mental, sentirse contaminado, conductas de verificación e impulsos irresistibles y preocupaciones sobre la pérdida de control de la conducta motora*. Para nuestro interés sólo hemos tenido en cuenta el primer factor (actividad mental) por ser el que mejor representaba el pensamiento obsesivo, sin hacer referencia a problemas o plasmaciones concretas.

Procedimiento: La cumplimentación de los dos cuestionarios antes mencionados, se realizó en sesiones grupales y en las mismas aulas a las que asistían los estudiantes, previo acuerdo con el profesorado y explicación del propósito del trabajo al alumnado, siendo la participación voluntaria y garantizándoles la confidencialidad de la información. A aquellos alumnos y alumnas que así lo manifestaban, se les daba la oportunidad de conocer sus resultados.

RESULTADOS

El primer análisis que se llevó a cabo fue un análisis factorial con extracción de factor común, con rotación ortogonal (varimax). El resultado obtenido fue una solución bifactorial, pero que en la práctica se convirtió en una solución monofactorial, ya que el segundo factor estuvo compuesto por dos ítems (uno de ellos, además con saturaciones secundarias por encima de 0,40 en el primer factor), lo que convertía ese segundo factor en un factor de un solo ítem ('Me veo una persona atractiva'). En la tabla 8.1 se resume el análisis obtenido.

Como se ha mencionado, se puede entender esta solución como una solución monofactorial, lo que favorecería la explicación de la covariación de las tres áreas recogidas en los 21 ítems (afecto triste, anhedonia y baja autoestima), conformando una estructura unitaria. La consistencia interna (alfa de cronbach) del primer factor (eliminando el ítem número 15), se elevó a 0,92.

Con respecto a la relación con otras variables, una vez extraída esa solución monofactorial identificativa de la depresión, ahora se trataba de conocer sus relaciones con una variable tan cercana empíricamente a la depresión como la ansiedad, lo que ha generado problemas con respecto al diagnóstico diferencial. Las medidas de ansiedad tomadas pretendían ofrecer un continuo de generalidad-especificidad: el elemento más general sería el neuroticismo, como una medida de malestar psicológico general; en un nivel intermedio estaría la ansiedad/rasgo, representando un nivel general, pero sólo referido a ansiedad; y como más específico estaría el pensamiento obsesivo, como una forma particular de expresarse los trastornos por el estado de ansiedad.

Los coeficientes de correlación encontrados entre la puntuación total del CBD-rev (eliminado el ítem 15) y las tres medidas citadas se recogen en la tabla 8.2.

Como puede observarse, las relaciones de la puntuación en el CBD-rev con el resto de las medidas de malestar/ansiedad son positivas y significativas, manteniendo una cuantía similar entre los tres coeficientes. Esto plantea el problema de si realmente el factor de depresión representa algo distinto y separado de otros problemas, como es en este caso el problema de los estados de ansiedad.

Tabla 8.1.- Solución factorial (método varimax sobre factor común), items, saturaciones, comunalidades (h^2), valores propios y porcentaje de varianza total del CBD-Rev ($n = 323^1$)

| Items | F1 | F2 | h^2 |
|--|------|------|-------|
| 1.- Me considero una persona alegre. | -.33 | -.06 | .11 |
| 2.- Los recuerdos me hacen sentir culpable. | .51 | -.04 | .27 |
| 3.- Me siento fracasado/a. | .70 | .14 | .49 |
| 4.- Me siento infeliz. | .72 | .21 | .53 |
| 5.- Me cuesta mucho vivir. | .69 | .28 | .52 |
| 6.- Me siento triste. | .68 | .22 | .49 |
| 7.- Me siento angustiado/a. | .68 | .32 | .53 |
| 8.- Me siento culpable. | .60 | .00 | .37 |
| 9.- Me considero una persona débil. | .68 | -.19 | .53 |
| 10.- Siento miedo ante la vida. | .61 | -.05 | .38 |
| 11.- Me siento sólo/a. | .58 | .09 | .33 |
| 12.- Pienso que soy una persona sin suerte. | .69 | -.02 | .49 |
| 13.- Creo que los demás valen más que yo. | .72 | -.18 | .59 |
| 14.- Me gustaría ser distinto/a a como soy. | .63 | -.13 | .43 |
| 15.- Me veo una persona atractiva. | -.17 | .60 | .42 |
| 16.- Veo más defectos que virtudes en mi persona. | .70 | -.10 | .52 |
| 17.- Creo que no valgo para nada. | .78 | .09 | .60 |
| 18.- Nada me interesa. | .56 | .50 | .51 |
| 19.- No disfruto con las cosas que antes disfrutaba. | .42 | .52 | .40 |
| 20.- Mi motivación general es mínima o nula. | .70 | .40 | .60 |
| 21.- Me siento incapaz de divertirme y pasarlo bien. | .68 | .40 | .57 |
| VALOR PROPIO | 8.6 | 1.7 | |
| PORCENTAJE DE VARIANZA EXPLICADA | 39.5 | 6.6 | |

1 Muestra final resultante, eliminados aquellos que poseían valores perdidos.

Bien es cierto que las tres medidas de ansiedad mantienen entre sí relaciones más estrechas, indicando una mayor cercanía entre las mismas, pero eso no invalida los elevados coeficientes entre las medidas de ansiedad y de depresión. Ante estos hallazgos, se planteó una alternativa distinta de análisis: dado que se estaba trabajando con una muestra de personas normales, era probable que los niveles en esas variables estuvieran en el rango más bajo, covariando las cuatro medidas en esos niveles de ausencia de sintomatología.

Tabla 8.2.- Correlaciones (tipo pearson) entre las cuatro medidas evaluadas: Puntuación total en el CBD-REV (depresión), neuroticismo, ansiedad rasgo (ansiedad) y actividad mental (pensamiento obsesivo). N = 323

| | NEUROTICISMO | ANSIEDAD | PEN.OBSESIVO |
|--------------|--------------|----------|--------------|
| DEPRESIÓN | 0,42*** | 0,52*** | 0,42*** |
| NEUROTICISMO | | 0,73*** | 0,68*** |
| ANSIEDAD | | | 0,68*** |

*** $p \leq 0,001$

La estrategia planteada entonces fue la de dividir la muestra en cuatro grupos extremos de acuerdo a su puntuación en el CBD-rev, correspondientes a subgrupos que se contenían en los rangos siguientes: del percentil 1 al percentil 25, del percentil 1 al percentil 33 (grupos con puntuaciones bajas en depresión), del percentil 66 al 100 y del percentil 75 al 100 (grupos altos en depresión), respectivamente. Es decir cuatro grupos que se caracterizaban por ir desde una menor puntuación en depresión a una mayor puntuación. Los resultados de estos análisis se resumen en la tabla 8.3.

Tabla 8.3.- Correlaciones (tipo pearson) entre las cuatro medidas evaluadas: Puntuación total en el CBD-Rev (depresión), neuroticismo, ansiedad rasgo (ansiedad) y actividad mental (pensamiento obsesivo), en cuatro grupos de la muestra correspondientes a los percentiles del 1 al 25, del 1 L 33, del 66 al 100 y del 75 al 100, según la puntuación en el CBD-Rev

PERCENTIL 25 (N=83)

| | NEUROTICISMO | ANSIEDAD | PEN. OBSESIVO |
|--------------|--------------|----------|---------------|
| DEPRESIÓN | 0,11 | 0,22* | 0,07 |
| NEUROTICISMO | | 0,63** | 0,58** |
| ANSIEDAD | | | 0,57** |

PERCENTIL 33 (N=122)

| | NEUROTICISMO | ANSIEDAD | PEN. OBSESIVO |
|--------------|--------------|----------|---------------|
| DEPRESIÓN | 0,28** | 0,39 | 0,27* |
| NEUROTICISMO | | 0,60** | 0,61** |
| ANSIEDAD | | | 0,52** |

PERCENTIL 66 (N=114)

| | NEUROTICISMO | ANSIEDAD | PEN. OBSESIVO |
|--------------|--------------|----------|---------------|
| DEPRESIÓN | 0,06 | 0,07 | 0,03 |
| NEUROTICISMO | | 0,69** | 0,66** |
| ANSIEDAD | | | 0,61** |

PERCENTIL 75 (N=89)

| | NEUROTICISMO | ANSIEDAD | PEN. OBSESIVO |
|--------------|--------------|----------|---------------|
| DEPRESIÓN | 0,03 | -0,02 | 0,03 |
| NEUROTICISMO | | 0,69** | 0,66** |
| ANSIEDAD | | | 0,61** |

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

De acuerdo con esta estrategia de dividir la muestra según el grado de aprehensión de los niveles de depresión, lo que se observa es que la puntuación en el CBD-rev sólo mantiene correlaciones significativas con la ansiedad en el caso del grupo bajo en depresión más amplio (percentil del 1 al 33). Los resultados son esclarecedores cuando se utilizan los grupos con mayores puntuaciones en depresión: los coeficientes dejan de ser significativos y prácticamente se acercan a cero, mostrando una independencia entre la puntuación en ansiedad y depresión. Mientras que las relaciones entre las tres medidas de ansiedad se siguen manteniendo de manera elevada y significativa en los cuatro subgrupos.

Gráficamente, como se recoge en la figura 8.1., se observa un decremento general de los coeficientes de correlación a medida que la puntuación en depresión se eleva.

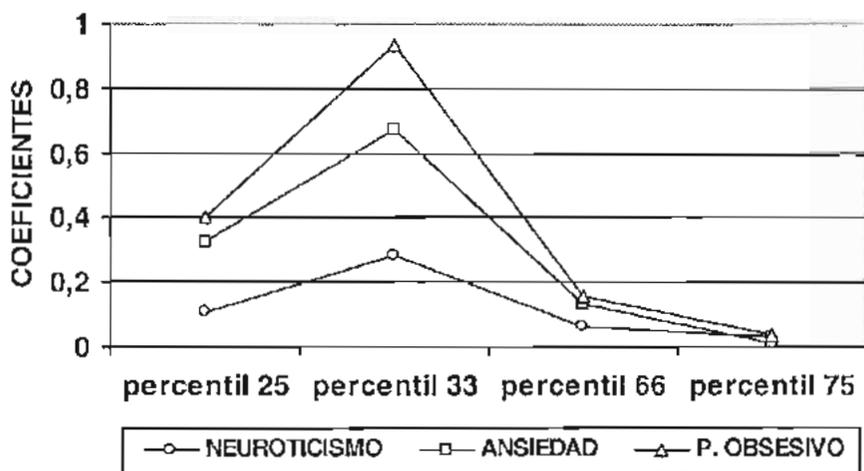


Figura 8.1.- Coeficientes de correlación entre CBD-rev y las medidas de neuroticismo, ansiedad y pensamiento obsesivo, para los cuatro subgrupos. La explicación en el texto

Parece, por los datos expuestos hasta aquí, que se puede hablar de una estructura monofactorial conformada por las tres áreas de afecto triste, anhedonia y baja autoestima, y que esa estructura estaría delimitando los elementos más genuinos de la depresión: las relaciones con una medida tan relacionada con la depresión como es la ansiedad tienden a desaparecer cuando la puntuación en ese factor se eleva.

DISCUSIÓN

Los resultados que brevemente se han expuesto, apoyan los planteamientos iniciales que conjugaban para la depresión una doble singularidad. Por un lado, que la covariación intersíntomas era uno de los rasgos distintivos del trastorno, y, por otro, que esa covariación era especialmente válida cuando se refería a las tres áreas/síntomas resumidas en el factor de sentimientos de tristeza con baja autoestima.

Se corrobora así la estructura monofactorial de los ítems conteniendo afecto triste, anhedonia y baja autoestima, lo que supone modificar el punto de vista con el que hasta ahora nos hemos referido a esos síntomas. Tácitamente se ha hecho referencia a esas áreas como contenidos independientes, conceptual y empíricamente distintos. Quizás ahora habría que empezar a considerarlos como elementos que guardan una gran sinonimia funcional y que conceptualmente forman un todo unitario, que no se debe dividir.

Cuando ese todo unitario se relaciona con una medida tan estrechamente unida a la depresión como es la ansiedad, ya sea en sus manifestaciones más generales o específicas, los datos sugiere que forman un conjunto de síntomas independientes de la ansiedad. Esta independencia se observa cuando se seleccionan los grupos con mayor puntuación en el factor. Si ese factor estuviera midiendo las características más genuinas de la depresión, esos grupos extremos serían los que más cercanos al trastorno depresivo se encuentran. El hecho que sea en esos grupos donde se observa esa independencia entre ansiedad y depresión permite vislumbrar que esas tres áreas efectivamente están midiendo un componente depresivo perfectamente distinguible de la ansiedad, una de las funciones más difíciles para los inventarios tradicionales de evaluación de la depresión.

**9.- QUINTO ESTUDIO: VALIDEZ DISCRIMINANTE
DEL CBD-rev ENTRE DISTINTOS TIPOS DE
TRASTORNOS DEPRESIVOS**

Wenceslao Peñate

Dto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
Facultad de Psicología
Universidad de La Laguna

Ángel Almeida

USM S/C de la Palma
La Palma

Recapitulando lo expuesto hasta aquí, el cuestionario básico de depresión (original) fue aplicado a una muestra de no universitarios (primer estudio), siendo sometido a análisis factorial según la siguiente estrategia: primero un análisis de componentes principales con rotación oblicua, sin limitación de factores, que vendrían a ejemplificar las áreas que componen la depresión. En un segundo momento se realizó un análisis de segundo orden con la intención de encontrar un patrón de covariación común. La factorización de primer orden ofreció 10 factores, que podían ser identificados como áreas de funcionamiento diferenciadas. La rotación de segundo orden ofreció una solución bifactorial, donde por un lado se agrupaban los items con mayor contenido cognitivo (y comportamental) y, por el otro, los items con contenidos básicamente somáticos y neurovegetativos (sueño, fatiga, apetito, peso), quedando la estructura como sigue:

| FACTORES DE PRIMER ORDEN | SATURACIÓN 2º ORDEN | | |
|--|------------------------|-------|----------------|
| | FI | FII | h ² |
| F1 Sentimientos de tristeza y disforia | 0,78 | 0,36 | 0,74 |
| F2 Problemas de sueño y fatiga | 0,56 | 0,40 | 0,47 |
| F3 Torpeza mental | 0,69 | | 0,48 |
| F4 Hipocondría | 0,59 | | 0,42 |
| F5 Labilidad emocional y decisional | 0,76 | | 0,62 |
| F6 Infravaloración-baja autoestima | 0,69 | | 0,50 |
| F7 Apatía y bajo rendimiento | 0,75 | | 0,57 |
| F8 Miedo a la soledad y la enfermedad | 0,46 | 0,37 | 0,35 |
| F9 Nerviosismo-ansiedad | | 0,56 | 0,37 |
| F10 Problemas de apetito y peso | | 0,81 | 0,66 |
| Valor Propio (extracción) | 4,14 | 1,04 | |
| Porcentaje de varianza explicado | 41,4 | 10,4 | |
| Porcentaje de varianza (rotada) | 69,11 | 27,04 | |

Los resultados mostraron cómo el primer factor de primer orden, sentimientos de tristeza y disforia (formado por items relativos a afecto triste y, en menor medida, a la anhedonia), fue el que contribuyó en mayor medida a la explicación de la varianza común. La covariación

de los distintas áreas/factores ofertaron dos tipos de patrones depresivos, uno más cognitivo-conductual y otro más somático-neurovegetativo. La consistencia de estos factores fue aceptable, especialmente para los factores de segundo orden y para los cuatro primeros de primer orden. La convergencia con la puntuación total del BDI fue alta y significativa en el caso de los factores de sentimientos de tristeza, baja autoestima y problemas de apetito y peso.

El tercer trabajo presentado se llevó a cabo con estudiantes de la Universidad de La Laguna e instituto. Los resultados factoriales fueron similares, salvo que ahora en lugar de 10 factores había nueve, y que la agrupación más interesante hacía que se unificaran los items de los factores de sentimientos de tristeza y de baja autoestima. Además, la rotación de segundo orden en este caso ofreció una solución monofactorial. La consistencia interna fue aún más elevada, tanto en el primer pase como en el segundo y la estabilidad temporal (retest con una pequeña muestra en un intervalo de tres meses) fue elevada y significativa para todos los factores.

En medio se presentó un segundo trabajo sobre la validez diferencial y discriminante. Se llevó a cabo con una muestra de 41 pacientes, de los cuales 23 habían sido diagnosticados como depresivos (mayoritariamente distimia) y 18 diagnosticados con otras patologías (de los cuales 15 correspondían a trastornos por ansiedad, de los que a su vez 10 lo eran por trastorno de angustia/ataque de pánico). Se llevó a cabo un análisis discriminante entre los dos grupos diagnósticos. La función resultante obtuvo un χ^2 asociado para 4 grados de libertad de 16,07, estadísticamente significativo. Esta función clasificó correctamente a casi el 82% de los pacientes. Los resultados de esa función fueron los siguientes:

| Paso | Variable | Lambda de Wilks | Sig. | V de Rao | Sig. | Cambio En V | Sig. |
|------|----------|-----------------|-------|----------|-------|-------------|-------|
| 1 | F6 | .77698 | .0014 | 11.76856 | .0006 | 11.76856 | .0006 |
| 2 | F1 | .75243 | .0034 | 13.49020 | .0012 | 1.72165 | .1895 |
| 3 | F9 | .72108 | .0048 | 15.85888 | .0012 | 2.36868 | .1238 |
| 4 | F8 | .68652 | .0055 | 18.72134 | .0009 | 2.86246 | .0907 |

Como puede observarse, los cuatro factores que conformaron la función fueron, por orden, la baja autoestima, los sentimientos de tristeza, la ansiedad-nerviosismo (con items de reacciones fisiológicas) y

el miedo a la enfermedad y la soledad. Estos datos abundaron más sobre la preminencia de las áreas de sentimientos de tristeza, anhedonia y baja autoestima en la determinación del constructo de la depresión.

El cuarto trabajo, consistió en crear una nueva escala consistente en los ítems que componían el primer factor de primer orden obtenido en el tercer estudio y que agrupaba a los contenidos de afecto triste, anhedonia y baja autoestima, a la que se le volvió incluir ítems correspondientes a esas áreas, que no obtuvieron saturaciones elevadas en las dos factorizaciones anteriores. Administrada a una muestra de universitarios y jóvenes de bachillerato, la solución factorial, ofreció una solución prácticamente monofactorial (salvo el ítem de autoestima 'me veo una persona atractiva'):

| Items | F1 | F2 | h ² |
|--|------|------|----------------|
| 1.- Me considero una persona alegre. | -.33 | -.06 | .11 |
| 2.- Los recuerdos me hacen sentir culpable. | .51 | -.04 | .27 |
| 3.- Me siento fracasado/a. | .70 | .14 | .49 |
| 4.- Me siento infeliz. | .72 | .21 | .53 |
| 5.- Me cuesta mucho vivir. | .69 | .28 | .52 |
| 6.- Me siento triste. | .68 | .22 | .49 |
| 7.- Me siento angustiado/a. | .68 | .32 | .53 |
| 8.- Me siento culpable. | .60 | .00 | .37 |
| 9.- Me considero una persona débil. | .68 | -.19 | .53 |
| 10.- Siento miedo ante la vida. | .61 | -.05 | .38 |
| 11.- Me siento sólo/a. | .58 | .09 | .33 |
| 12.- Pienso que soy una persona sin suerte. | .69 | -.02 | .49 |
| 13.- Creo que los demás valen más que yo. | .72 | -.18 | .59 |
| 14.- Me gustaría ser distinto/a a como soy. | .63 | -.13 | .43 |
| 15.- Me veo una persona atractiva. | -.17 | .60 | .42 |
| 16.- Veo más defectos que virtudes en mi persona. | .70 | -.10 | .52 |
| 17.- Creo que no valgo para nada. | .78 | .09 | .60 |
| 18.- Nada me interesa. | .56 | .50 | .51 |
| 19.- No disfruto con las cosas que antes disfrutaba. | .42 | .52 | .40 |
| 20.- Mi motivación general es mínima o nula. | .70 | .40 | .60 |
| 21.- Me siento incapaz de divertirme y pasarlo bien. | .68 | .40 | .57 |
| VALOR PROPIO | 8.6 | 1.7 | |
| PORCENTAJE DE VARIANZA EXPLICADA | 39.5 | 6.6 | |

En resumen, parece que la amplia disparidad de factores encontrados en los análisis factoriales de este y otros autoinformes vienen a justificar por un lado la dificultad que existe para apresar el hecho depresivo y, por otro, la existencia de áreas de funcionamiento psicológico con entidad propia. Los resultados del CBD apuntan en ese sentido, apoyando la tesis de que es la covariación de esas áreas la que da cuenta del fenómeno depresivo, siendo de especial interés la validez discriminante de los factores de segundo orden, como ejemplificación de esa covariación. Finalmente, la bondad de los datos psicométricos apoya la existencia de unas áreas que también covarían especialmente en la identificación de los elementos más genuinos de la depresión: los sentimientos de tristeza y disforia (afecto triste y anhedonia) y la baja autoestima, que a su vez podrían estar determinando la depresión como constructo.

El trabajo que se presenta a continuación pretende aportar datos en la línea de la última afirmación anterior, en este caso administrando la escala revisada a una muestra de depresivos, observando su capacidad de discriminación y diferenciación intradepresivos. Secundariamente, se pondrá a prueba la escala de respuestas que, como se dijo, trataba de ajustarse al curso temporal del fenómeno depresivo.

MÉTODO

Sujetos: participaron 82 personas diagnosticadas como depresivas de acuerdo con los criterios del CIE-10, que acudieron a la Unidad de Salud Mental de S/C de La Palma, en el primer semestre de 1998. De estas 82 personas, 71 eran mujeres (86.6%) y 11 hombres (13.4%). Las edades fueron desde los 21 años hasta 65 (Md de 39 años). Por categorías diagnósticas, la muestra quedó de la siguiente forma:

| CATEGORÍA/EPISODIO | Nº DE CASOS | % |
|--------------------|-------------|------|
| UN EPISODIO | 32 | 39.0 |
| DOS EPISODIOS | 21 | 25.6 |
| TRES EPISODIOS | 22 | 26.8 |
| DISTIMIA | 7 | 8.5 |

EPISODIO=EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

Instrumento: a todos los participantes se les administró el Cuestionario Básico de Depresión, revisado. Esta escala contiene ítems referidos a tres áreas relacionadas usualmente con la depresión: afecto triste, anhedonia y baja autoestima. Cada ítem era contestado en una escala ordinal de cuatro alternativas, modificando las primeras instrucciones y donde la primera significaba que el contenido del ítem no le había ocurrido o, si le había ocurrido, le había durado menos de dos semanas ('ausencia'); la segunda significaba que le había durado más de dos semanas ('semanas'); en la tercera, la duración era entre tres y seis meses, pero menos de un año ('meses'); y en la cuarta, más de un año ('años').

Procedimiento: A las personas que acudieron a consulta en la Unidad de Salud Mental de S/C de La Palma durante el primer semestre de 1998, ya fuera como primera consulta como en consultas sucesivas y a demanda del paciente, se les pidió que contestaran voluntariamente el cuestionario y se les solicitó expresamente permiso para utilizar la información, como datos globales.

RESULTADOS

En un primer momento se quiso conocer cómo se distribuían porcentualmente los ítems de acuerdo con las cuatro categorías de respuestas. En la tabla 9.1 se resumen los porcentajes obtenidos.

Como puede observarse, en general los datos muestran que, si sumamos las respuestas que indican alguna presencia de la sintomatología depresiva (las categorías de 'semanas', 'meses' y 'años'), existe un mayor volumen de respuestas en esas categorías, frente a la categoría de ausencia de la sintomatología¹⁷. Estos datos se invierten, como era lógico esperar, en el caso de los ítems con sentido positivo (los ítems número 1 y 15). A modo de validez interna, como puede denotarse por el coeficiente de correlación *gamma* asociado (para datos ordinales), en general existe una relación positiva entre la respuesta a los ítems y la cantidad de episodios depresivos

17 Salvo para el ítem 'nada me interesa'.

Tabla 9.1.- Porcentajes generales por ítems para las cuatro categorías de respuesta. Muestra global de depresivos (n=82)

| ÍTEM DEL CBD-REV | % CATEGORÍAS DE RESPUESTA | | | | γ |
|--|---------------------------|---------|-------|------|----------|
| | NO | SEMANAS | MESES | AÑOS | |
| 1.- Me considero una persona alegre | 89,0 | 4,9 | 1,2 | 4,9 | -0,08 |
| 2.- Los recuerdos me hacen sentir culpable. | 35,4 | 12,2 | 30,5 | 22,0 | 0,35 |
| 3.- Me siento fracasado/a. | 20,7 | 3,7 | 34,1 | 41,5 | 0,62 |
| 4.- Me siento infeliz. | 11,0 | 8,5 | 37,8 | 42,7 | 0,77 |
| 5.- Me cuesta mucho vivir. | 15,9 | 6,1 | 39,0 | 39,0 | 0,65 |
| 6.- Me siento triste. | 3,7 | 6,1 | 43,9 | 46,3 | 0,74 |
| 7.- Me siento angustiado/a. | 43,2 | 8,6 | 22,2 | 25,9 | 0,67 |
| 8.- Me siento culpable. | 15,9 | 6,1 | 36,6 | 41,5 | 0,16 |
| 9.- Me considero una persona débil. | 15,9 | 6,1 | 36,6 | 41,5 | 0,52 |
| 10.- Siento miedo ante la vida. | 19,5 | 6,1 | 36,6 | 37,8 | 0,64 |
| 11.- Me siento sólo/a. | 28,4 | 1,2 | 32,1 | 38,3 | 0,56 |
| 12.- Pienso que soy una persona sin suerte. | 28,0 | 3,7 | 24,4 | 43,9 | 0,56 |
| 13.- Creo que los demás valen más que yo. | 34,1 | 1,2 | 23,2 | 41,5 | 0,57 |
| 14.- Me gustaría ser distinto/a a como soy. | 8,5 | 4,9 | 32,9 | 53,7 | 0,67 |
| 15.- Me veo una persona atractiva. | 92,7 | 2,4 | 1,2 | 3,7 | 0,15 |
| 16.- Veo más defectos que virtudes en mi persona. | 35,8 | 1,2 | 25,9 | 37,0 | 0,37 |
| 17.- Creo que no valgo para nada. | 26,8 | 3,7 | 29,3 | 40,2 | 0,60 |
| 18.- Nada me interesa. | 57,3 | 7,3 | 17,1 | 18,3 | 0,42 |
| 19.- No disfruto con las cosas que antes disfrutaba. | 7,3 | 9,8 | 42,7 | 40,2 | 0,73 |
| 20.- Mi motivación general es mínima o nula. | 34,1 | 11,0 | 28,0 | 26,8 | 0,30 |
| 21.- Me siento incapaz de divertirme y pasarlo bien. | 7,3 | 14,6 | 37,8 | 40,2 | 0,59 |

γ =coeficiente de correlación gamma.

(uno, dos, tres o más y distimia), en el sentido de que son las personas con mayor duración de su patología depresiva (más episodios depresivos) las que responden con un mayor tiempo de presencia de la sintomatología. Estos coeficientes son más débiles en los casos de los ítems positivos señalados y en los ítems 2 ('Los recuerdos me hacen sentir culpable'), 8 ('Me siento culpable'), 16 ('Veo más defectos que virtudes en mi persona'), 18 ('Nada me interesa') y 20 ('Mi motivación general es mínima o nula').

Dado que la escala de respuestas trataba de ajustarse a los criterios diagnósticos del episodio depresivo (APA, 1994), esto es, duración de la sintomatología más de dos semanas, trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante y distimia (sintomatología presente los dos últimos años), se agruparon el promedio de respuestas a cada una de las cuatro alternativas, sin tener en cuenta cada ítem en concreto, con la finalidad de conocer cómo se ajustaba cada uno de los cuatro grupos de depresivos a las cuatro categorías de respuestas. En la tabla 9.2 se resumen los porcentajes promedios encontrados¹⁸.

Tabla 9.2.- Porcentajes medios de elección de las cuatro alternativas de respuesta según la categoría diagnóstica (N=82)

| | CATEGORÍAS DE RESPUESTA | | | | TOTAL |
|-------------|-------------------------|---------|-------|------|-------|
| | NO | SEMANAS | MESES | AÑOS | |
| UN EPISODIO | 31,3 | 9,3 | 53,1 | 6,3 | 100 |
| DOS | 19,0 | 9,5 | 38,0 | 34,5 | 100 |
| TRES O MÁS | 10,0 | 4,1 | 4,1 | 81,8 | 100 |
| DISTIMIA | 27,1 | 3,0 | 18,6 | 51,3 | 100 |

¹⁸ Hay que indicar que, debido a lo limitado de la muestra, los datos son orientativos. Esto es especialmente cierto con los distímicos (n=7).

Existe una clara tendencia a elegir las categorías de mayor duración o presencia de la sintomatología a medida que aumenta el número de episodios depresivos. En el caso de quienes han sufrido un episodio depresivo, la categoría elegida de manera clara es la de 'meses', seguida por la ausencia de sintomatología (más del treinta por ciento). Se esperaba para este grupo de depresivos una mayor elección de la categoría de 'dos semanas', atendiendo a los criterios de clasificación psicopatológica, pero parece ser que, cuando acuden a consulta o son derivados a una Unidad de Salud Mental (como es este caso), la mayoría de los síntomas tienen una presencia en el tiempo superior, lo que explicaría la elección mayoritaria de la categoría de 'meses'.

En el caso de los pacientes con dos episodios depresivos, claramente las categorías mayoritariamente elegidas son las de 'meses' y 'años' (muy similares en el número de personas). Cuando se analiza a la muestra de tres episodios o más, de una forma muy evidente la categoría de elección es la de 'años' (81,8%). Interesante es el caso de la distimia. En este caso se requiere para su diagnóstico que la sintomatología esté presente al menos dos años, aunque sea de manera más atenuada. Como era de esperar, la categoría más elegida era la de 'años' (más del 50%), pero la siguiente categoría (casi el 30%) fue la de 'ausencia de sintomatología'.

Con estos datos, las categorías de depresivos con episodios recurrentes (dos y tres o más) son las que quedan mejor representadas. Sin embargo, tanto en un episodio como en la distimia, existe un porcentaje elevado de síntomas declarados ausentes. En este caso quizás fuese interesante conocer cómo son elegidos los ítems según las categorías de respuesta, con el fin de tratar de aclarar esa ausencia llamativa de sintomatología. En la tabla 9.3 se reproducen los datos para los ítems³.

19 En este caso se han elegido 19 de los 21 ítems, ya que se eliminaron los dos que estaban en sentido positivo (el uno y 15), debido a las debilidades psicométricas encontradas.

Tabla 9.3.- Promedio de elección de las categorías de respuestas de los 19 ítems (negativos) para los cuatro grupos de depresivos (N=82)

| | PROMEDIOS DE ÍTEMS POR CATEGORÍA DE RESPUESTA | | | | TOTAL |
|-------------|---|---------|-------|------|-------|
| | NO | SEMANAS | MESES | AÑOS | |
| UN EPISODIO | 6 | 2 | 10 | 1 | 19 |
| DOS | 4 | 2 | 7 | 6 | 19 |
| TRES O MÁS | 2 | 0-1 | 0-1 | 16 | 19 |
| DISTIMIA | 5 | 1 | 3 | 10 | 19 |
| TOTAL | 4 | 1-2 | 5-6 | 8 | |

Comentando los datos, en general un promedio de 8 ítems (de los 19) son elegidos por la muestra de depresivos con una duración de 'años'. Por categorías, estos datos se refieren a las personas con tres o más episodios depresivos (16 de los 19 ítems) y, en menor medida, a los distímicos y a los de dos episodios (con 10 y seis ítems, respectivamente). El promedio de ítems de duración de un año para los de un único episodio fue de un ítem.

La siguiente categoría con más ítems elegidos fue la de 'meses'. El promedio fue de cinco-seis ítems, que hicieron referencia básicamente a los de un episodio (10 ítems) y dos episodios (siete ítems). La elección de esta categoría de respuesta fue muy escasa para los de tres o más episodios y para la distimia. La categoría menos elegida fue la de 'semanas'. El promedio fue de uno a dos ítems, repartidos prácticamente por igual en las diferentes categorías. La ausencia de sintomatología fue señalada en un promedio de cuatro ítems. Los de un episodio y los distímicos fueron los que eligieron esta categoría en mayor medida, siendo los de tres episodios o más los que menos la eligieron.

Como se puede apreciar, se puede decir que los pacientes de tres episodios o más se caracterizaron por elegir claramente la categoría de años en prácticamente todos los ítems (el 84,2%). Los

de dos episodios eligieron dos tercios (13 items), divididos casi por igual entre las categorías de 'meses' y 'años'. Los de un episodio eligieron aproximadamente la mitad de los items (10 de ellos) en la categoría de 'meses' y un tercio de ellos (seis items) los consideraron 'ausentes'. Un dato similar a los de un episodio ocurre con los distímicos, aunque en este caso la mitad de los items los situaron en la categoría de 'años'.

Tabla 9.4.- Solución factorial (rotación oblicua sobre componentes principales) del CBD-rev. Muestra de depresivos (N=82)

| ITEMS | F1 | F2 | h ² |
|--|-------|-------|----------------|
| 1.- Me considero una persona alegre. | -0,27 | -0,24 | 0,09 |
| 2.- Los recuerdos me hacen sentir culpable. | 0,50 | 0,28 | 0,26 |
| 3.- Me siento fracasado/a. | 0,52 | 0,56 | 0,43 |
| 4.- Me siento infeliz. | 0,78 | 0,41 | 0,62 |
| 5.- Me cuesta mucho vivir. | 0,81 | 0,30 | 0,65 |
| 6.- Me siento triste. | 0,86 | 0,18 | 0,78 |
| 7.- Me siento angustiado/a. | 0,76 | 0,17 | 0,60 |
| 8.- Me siento culpable. | 0,45 | 0,26 | 0,21 |
| 9.- Me considero una persona débil. | 0,52 | 0,57 | 0,42 |
| 10.- Siento miedo ante la vida. | 0,50 | 0,64 | 0,48 |
| 11.- Me siento sólo/a. | 0,45 | 0,65 | 0,46 |
| 12.- Pienso que soy una persona sin suerte. | 0,39 | 0,72 | 0,53 |
| 13.- Creo que los demás valen más que yo. | 0,26 | 0,81 | 0,66 |
| 14.- Me gustaría ser distinto/a a como soy. | 0,32 | 0,70 | 0,50 |
| 15.- Me veo una persona atractiva. | -0,00 | 0,26 | 0,08 |
| 16.- Veo más defectos que virtudes en mi persona. | 0,19 | 0,73 | 0,55 |
| 17.- Creo que no valgo para nada. | 0,45 | 0,74 | 0,58 |
| 18.- Nada me interesa. | 0,37 | 0,56 | 0,34 |
| 19.- No disfruto con las cosas que antes disfrutaba. | 0,83 | 0,34 | 0,68 |
| 20.- Mi motivación general es mínima o nula. | 0,39 | 0,24 | 0,16 |
| 21.- Me siento incapaz de divertirme y pasarlo bien. | 0,75 | 0,30 | 0,57 |
| VALOR PROPIO | 7,31 | 2,35 | |
| PORCENTAJE DE VARIANZA EXPLICADA | 34,8 | 11,2 | |

Llegados a este punto de descripción de los ítems y las categorías de respuesta elegidas por la muestra de depresivos, se quiso conocer cómo estructuraban esos ítems, en qué medida los agrupaban o los diferenciaban. Para ello se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio, utilizando una rotación oblicua, debido a que se esperaba una alta relación entre los distintos factores que se pudieran extraer²⁰. El resumen del análisis se presenta en la tabla 9.4.

Como puede observarse, se obtuvo una estructura bifactorial, con saturaciones secundarias importantes. Destaca que los dos únicos ítems que se quedan fuera son los dos ya citados con referentes positivos (ítems uno y 15). El primer factor estaría representado por los ítems de *afecto triste* y *anhedonia* (lo que hemos denominado en otro lugar *sentimientos de tristeza y disforia*). El segundo factor estaría formado por ítems de *baja autoestima*, con algunos ítems de afecto triste (nueve, diez y once) y uno de anhedonia (ítem 18). El porcentaje de varianza total explicada fue del 46%, correspondiendo un 34,8% al primer factor. De todas formas, como ya se indicó, los ítems de ambos factores poseen saturaciones secundarias superiores en general a 0,30, lo que presupone una relación estrecha entre ambos ($r_{xy}=0,57$). Un subsiguiente análisis factorial de segundo orden ofreció una solución monofactorial, con una saturaciones idénticas para los dos factores de primer orden (0,89). El porcentaje de varianza explicado fue del 78,4%.

Los coeficientes de consistencia interna informaron de la homogeneidad de las respuestas a los contenidos. En la tabla 9.5 se resumen dichos coeficientes para la muestra total y para cada uno de los grupos de depresivos.

Para la muestra total los tres coeficientes superan los niveles de 0,80. Por grupos, se puede observar que, como era de esperar, el grupo aparentemente más estable, el distímico, es el que obtiene

20 Para llevar a cabo el análisis factorial se transformó la escala ordinal de respuestas en una escala de intervalos, de la siguiente forma: ausencia de sintomatología, 0; presencia de semanas, 1; presencia de meses, 2; y presencia de años, 3.

los coeficientes de consistencia más elevados, mientras que el grupo más lábil, el que más episodios han sufrido, es el menos consistente²¹. Los otros dos grupos se sitúan en niveles cercanos o superiores a 0,80.

Tabla 9.5.- Coeficientes de consistencia interna (alfa de cronbach) de los dos factores de primer orden y el factor de segundo orden, para la muestra total y para cada uno de los subgrupos

| | GRUPOS | | | | TOTAL |
|----------|----------|-----------|------------|----------|-------|
| | UN EPIS. | DOS EPIS. | TRES O MÁS | DISTIMIA | |
| Facuno | 0,75 | 0,76 | 0,38 | 0,91 | 0,84 |
| Facdos | 0,76 | 0,82 | 0,55 | 0,94 | 0,88 |
| 2º orden | 0,81 | 0,84 | 0,63 | 0,92 | 0,90 |

Facuno=Sentimientos de tristeza y disforia; Facdos=baja autoestima.

Por último, se quiso conocer cómo esos factores lograban discriminar entre los distintos grupos de depresivos. Para ello se realizó un análisis de varianza para los cuatro grupos, con contrastes de Scheffe para comparaciones dos a dos. Además de los factores (dos de primer orden y uno de segundo orden), se incluyeron los items uno a uno. De nuevo, como ocurrió en el análisis factorial, se hizo necesario transformar la escala ordinal de respuestas en una escala de intervalos. El resumen de los resultados se recoge en la tabla 9.6.

²¹ De todas formas hay que hacer constar que en este grupo existían items con varianza cero, lo que disminuía el número de items para el cálculo de *alfa*.

Tabla 9.6.- Análisis de varianza para los cuatro grupos de depresivos ítem a ítem y para los factores extraídos (N=82)

| VARIABLE | GRUP A (32) | | GRUP B (21) | | GRUP C (22) | | GRUP D (7) | | F _{3,79} | Scheffe |
|----------|----------------|-----------|----------------|----------|----------------|------|---------------|------|-------------------|--------------|
| | UN EPIS. | DOS EPIS. | TRES O MÁS | DISTIMIA | M | d.t. | M | d.t. | | |
| ITEM1 | 0,28 | 0,81 | 0,29 | 0,90 | 0,09 | 0,29 | 0,14 | 0,38 | 0,41 | |
| ITEM2 | 0,90 | 0,96 | 1,57 | 0,98 | 2,09 | 1,31 | 1,39 | 1,18 | 5,89*** | C>A |
| ITEM3 | 1,31 | 1,02 | 2,14 | 0,91 | 2,86 | 0,64 | 1,57 | 1,14 | 12,01*** | C>A |
| ITEM4 | 1,47 | 0,88 | 2,14 | 0,85 | 2,95 | 0,21 | 2,43 | 1,13 | 16,29*** | BCD>A C>B |
| ITEM5 | 1,44 | 1,01 | 1,90 | 0,94 | 2,82 | 0,66 | 2,43 | 0,79 | 10,92*** | C>AB |
| ITEM6 | 1,75 | 0,67 | 2,19 | 0,68 | 3,00 | 0,00 | 2,29 | 1,11 | 17,34*** | C>AB |
| ITEM7 | 1,91 | 0,69 | 2,38 | 0,59 | 2,91 | 0,45 | 2,29 | 1,11 | 10,42*** | C>A |
| ITEM8 | 1,00 | 1,06 | 1,57 | 1,29 | 1,68 | 1,43 | 0,71 | 1,25 | 2,14 | |
| ITEM9 | 1,65 | 0,98 | 1,86 | 1,10 | 2,86 | 0,47 | 1,86 | 1,35 | 7,99*** | C>AB |
| ITEM10 | 1,31 | 0,97 | 1,86 | 1,11 | 2,82 | 0,66 | 2,14 | 1,07 | 11,21*** | C>AB |
| ITEM11 | 1,25 | 1,08 | 1,71 | 1,23 | 2,71 | 0,90 | 1,86 | 1,35 | 7,53*** | C>AB |
| ITEM12 | 1,19 | 1,09 | 2,00 | 1,22 | 2,73 | 0,88 | 1,57 | 1,51 | 8,58*** | C>A |
| ITEM13 | 1,19 | 1,12 | 1,48 | 1,36 | 2,59 | 1,05 | 2,14 | 1,46 | 6,54*** | C>A |
| ITEM14 | 1,97 | 0,82 | 2,05 | 1,07 | 3,00 | 0,00 | 2,57 | 0,91 | 8,12*** | C>AB |
| ITEM15 | 0,09 | 0,39 | 0,48 | 0,22 | 0,41 | 1,05 | 0,00 | 0,00 | 1,75 | |
| ITEM16 | 1,28 | 1,14 | 1,67 | 1,28 | 2,18 | 1,37 | 1,50 | 1,64 | 2,18 | |

Tabla 9.6 (continuación).- Análisis de varianza para los cuatro grupos de depresivos ítem a ítem y para los factores extraídos (N=82)

| VARIABLE | GRUP A (32) | | GRUP B (21) | | GRUP C (22) | | GRUP D (7) | | F _{3,79} | Scheffe |
|----------|----------------|------|----------------|-------|----------------|------|---------------|-------|-------------------|---------------|
| | M | d.t. | M | d.t. | M | d.t. | M | d.t. | | |
| ITEM17 | 1,28 | 1,02 | 1,67 | 1,28 | 2,59 | 1,05 | 2,43 | 1,13 | 6,88*** | C>A |
| ITEM18 | 0,53 | 0,64 | 0,76 | 1,09 | 1,64 | 1,47 | 1,43 | 1,40 | 4,64** | C>A |
| ITEM19 | 1,66 | 0,70 | 2,05 | 0,92 | 2,91 | 0,29 | 2,43 | 1,13 | 13,23*** | C>AB |
| ITEM20 | 1,25 | 0,95 | 1,19 | 1,21 | 1,82 | 1,47 | 2,29 | 1,11 | 2,49 | |
| ITEM21 | 1,75 | 0,72 | 1,81 | 0,98 | 2,86 | 0,47 | 2,29 | 1,25 | 9,90*** | C>AB |
| FACUNO | 13,45 | 4,35 | 16,81 | 5,06 | 23,05 | 3,15 | 18,00 | 7,96 | 18,37*** | C>AB |
| FACDOS | 12,94 | 5,54 | 17,19 | 7,30 | 25,90 | 4,21 | 17,50 | 11,31 | 18,06*** | C>ABD |
| ZORDEN | 26,42 | 8,46 | 34,00 | 10,33 | 49,05 | 6,28 | 34,50 | 11,93 | 27,86*** | C>ABD DB>A |

M=media; Facuno=Sentimientos de tristeza y disforia; Facdos=baja autoestima.

Comentado los resultados ítem a ítem, cinco de ellos no alcanzaron diferencias significativas: los dos ítems en sentido positivo y los ítems ocho, veinte (pertenecientes a sentimientos de tristeza y disforia) y dieciséis (correspondiente a baja autoestima). Los restantes ítems mantienen en general un patrón similar: la máxima puntuación la obtiene el grupo de tres o más episodios depresivos, le sigue el grupo de los distímicos, en tercer lugar (aunque en algunas ocasiones se sitúa en segundo), el grupo de dos episodios, y, en último lugar, como era esperable, el grupo de un único episodio depresivo. Destaca que el primer grupo no sea el de los distímicos,

sino el de tres episodios o más, lo que viene a coincidir con la versión de que los distímicos son más estables en la presencia de la sintomatología, pero también la poseen de manera más atenuada. Lógicamente, este no es más que un comentario tentativo, se necesitaría un diseño de escala distinto para confirmar esa hipótesis.

Con respecto a las diferencias significativas encontradas, en general señalan una puntuación mayor en el grupo de tres episodios o más frente al grupo de un solo episodio. En otras ocasiones la mayor puntuación también es significativa en referencia al grupo de dos episodios. En general no existen diferencias significativas con los distímicos y el resto de los grupos.

Con respecto a los factores de primer y segundo orden, en el factor de *tristeza y disforia* es nuevamente el grupo de tres o más episodios el que consigue la puntuación más elevada, siendo significativas las diferencias con respecto a los grupos de uno y dos episodios. Con el factor de *baja autoestima* el resultado es similar, sólo que en esta ocasión las diferencias son significativas, incluyendo al grupo de distimia. Por lo que respecta al factor general de 2º orden, este es el que obtiene las diferencias más discriminativas. De nuevo es el grupo de tres o más episodios el que obtiene la puntuación estadísticamente significativa más elevada con respecto a los otros tres grupos, pero a su vez el grupo de distimia y de dos episodios puntúan significativamente más que el grupo de un único episodio.

DISCUSIÓN

La elaboración de una escala para evaluar depresión que contuviera los elementos decisivos y significativos que diferenciaran a la depresión de otros trastornos, desembocó en la oferta de una escala de 21 ítems, que recogía los contenidos de afecto triste, anhedonia y baja autoestima. Ahora se trataba de conocer si esta escala era capaz de discriminar entre distintos tipos de depresión. Para ello contábamos con una muestra de 82 depresivos que pudieron ser clasificados según el número de trastornos depresivos sufridos, además de un grupo de distímicos.

La escala de respuesta del cuestionario trataba de ajustarse a los criterios temporales asignados al episodio depresivo mayor, al trastorno depresivo mayor (episodio único o recurrente) y a la distimia. Idealmente, se trataba de situar la sintomatología en el periodo de dos semanas a los pacientes con trastorno depresivo mayor (episodio único), en varios meses los de dos episodios, periodos de duración de la sintomatología en años para los de tres o más episodios y para los distímicos. Lo que se observa es que la categoría de meses es la más elegida por los de un sólo episodio, los pacientes con dos episodios eligen casi por igual las categorías de meses y años, y los de tres o más episodios y los distímicos eligen la categoría de años. Destaca además el hecho de que la ausencia de sintomatología la eligen en mayor medida los de un único episodio y los distímicos. Parece evidente que la escala ordena adecuadamente a tres de los grupos, pero tiene más dificultades con los de un único episodio. Las razones pueden ser variadas y merecería tener en cuenta si las dos semanas es un periodo de tiempo perfectamente identificable por los pacientes, pero lo que puede ser más acertado es que los pacientes cuando acuden a reclamar ayuda llevan apreciablemente más de dos semanas con la sintomatología (o por lo menos con parte de ella), aunque fuera posiblemente de una manera leve o atenuada.

Con respecto a la estructura factorial, destaca cómo reproduce los dos factores encontrados en otros trabajos con el cuestionario completo. La solución monofactorial encontrada con personas normales, sólo es apreciable en un análisis de segundo orden. Interesante es comentar que la consistencia interna de los factores muestran que el grupo más consistente, como era esperable, fue el de los distímicos y el menos consistente fue el grupo más lábil: el de tres episodios o más.

Finalmente, con respecto a la capacidad para diferenciar entre distintos subgrupos de depresión, destaca que los factores encontrados permiten diferenciar entre el grupo más recidivante y el grupo de un único episodio. Existe una mayor dificultad para diferenciar cuando ocurre más de un episodio. Esto coincide con las clasificaciones psiquiátricas (APA, 1994), que categorizan el episodio depresivo como único o recidivante (si se da en dos o más ocasiones). El grupo

de los distímicos guarda alguna similitud con los que presentan un único episodio, ya que son los que mayor ausencia de sintomatología declaran, pero, mientras que en el caso de los distímicos cuando declaran la presencia de sintomatología, ésta se sitúa en una duración de años, en el caso de los de un sólo episodio, la duración se sitúa en meses.

En definitiva, la estructura formada por items del afecto triste, anhedonia y baja autoestima parece permitir ordenar algunos tipos de depresión, sin embargo parece también que la escala de respuesta necesitaría ajustarse a unos criterios distintos, especialmente en el criterio de menor duración. Por otro lado, se necesitan nuevos contrastes, especialmente con grupos psicopatológicos donde la presencia de la sintomatología depresiva no es el problema prevalente, pero cursa conjuntamente con el problema principal.

**10.- SEXTO ESTUDIO: LA ESTRUCTURA FINAL
DEL CBD-rev. IMPLICACIONES PARA EL
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON LOS
TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

**Wenceslao Peñate
Ignacio Ibáñez
Manuel González**

Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
Facultad de Psicología
Universidad de La Laguna

El último trabajo a presentar pretende ser la propuesta definitiva del cuestionario, aclarando algunos aspectos que quedaban pendientes de los trabajos precedentes, así como tratar de aportar unos datos finales sobre su validez diferencial y de constructo.

De los datos de los dos últimos trabajos parece desprenderse una debilidad en la estructura factorial del CBD-rev: en uno de los trabajos se obtiene una solución prácticamente monofactorial, apoyando así la propuesta de tres áreas centrales de la depresión que covarían entre sí (afecto triste, anhedonia y baja autoestima); mientras que en el trabajo con depresivos se observa una estructura bifactorial donde, a grandes rasgos, un factor representaría al afecto triste con la anhedonia y el otro factor estaría compuesto por los items de baja autoestima.

Cuando se llevó a cabo la primera factorización de CBD original (primer estudio) ambos factores aparecieron por separado, sin embargo, en la segunda factorización (tercer estudio) las tres áreas formaron un solo y potente factor (el que mayor varianza común explicó). Por tanto, queda pendiente determinar cuál de las dos estructuras se ajusta mejor: si una monofactorial formada por las tres áreas o una bifactorial que separe, por un lado, a los sentimientos de tristeza y disforia, y, por otro, a la baja autoestima.

Otro aspecto a poner a prueba es la solidez de la escala revisada para discriminar entre problemas de depresión y ansiedad. Esta discriminación es la prueba más difícil que tienen que abordar los inventarios y escalas de depresión. Hasta ahora hemos visto cómo las tres áreas señaladas diferenciaban significativamente en una muestra clínica entre depresivos y no depresivos (mayoritariamente ansiosos, segundo estudio). Además, cuando seleccionábamos a las personas que puntuaban alto en el CBD-rev, las correlaciones de este cuestionario con las variables de ansiedad se acercaban a cero (independencia funcional). Ahora se trataría de presentar datos conjuntos de ansiedad y depresión y observar en qué medida forman estructuras conjuntas o separadas. Con ello pretendemos aportar al mismo tiempo datos sobre la validez de constructo y validez discriminante.

La lógica a seguir será la propuesta por A. Beck y su grupo de trabajo, comparando los datos de su escala de depresión y de

ansiedad. Hace tiempo que Beck ha defendido que su inventario de depresión discriminaba entre ansiedad y depresión. Administrando ambos inventarios a diferentes muestras clínicas y no clínicas (Clark, Steer y Beck, 1994; Joiner, 1996; Steer, Clark, Beck y Ranieri, 1995; Steer, Clark, Beck y Ranieri, 1999), y por medio de un procedimiento complejo de análisis²², observó cómo las dos escalas formaban un único factor de segundo orden de malestar general, pero cuando se redistribuía ese factor general en dos más específicos, aparecían claramente separadas las estructuras correspondientes a la ansiedad y a la depresión, formando dos entidades (constructos) claramente diferenciados.

En este último trabajo, por tanto, vamos a intentar verificar la estructura factorial del CBD-rev y replicar los trabajos de Beck y colaboradores, incluyendo a nuestro cuestionario en el análisis.

MÉTODO

Sujetos: Participaron 503 residentes de la isla de Tenerife (Islas Canarias), de los que 292 (58,7%) eran mujeres y 211 (41,9%) hombres. El rango de edad osciló entre los 18 y 88 años, con una media de 29,10 años, desviación típica de 10,84 y una moda de 23. Con respecto al estado civil el 71,6% eran solteros, un 14,6% casados y un 3,8% divorciados/separados. Respecto a su nivel de estudios, un 10,7% poseían estudios de EGB, un 15,9% estudios de BUP y COU, un 11,9% de FP, el 29,3% poseían estudios medios y un 32,8% estudios superiores. El 80% de la muestra corresponde a zonas urbanas, mientras que un 20% lo es de zonas rurales. De los 503, 41 personas eran pacientes remitidos por los médicos de familia de dos centros de salud de Santa Cruz y La Laguna (Tenerife) para llevar a cabo un diagnóstico ante la presencia de patología mental.

22 A grandes rasgos, la estrategia consiste en una primera rotación oblicua (método promax) de los ítems conjuntos de ambos cuestionarios, llevar a cabo un segundo orden y, sobre éste, iniciar un proceso inverso por medio de la transformación Schmid-Leiman (Gorsuch, 1983; Loehlin, 1987), para redistribuir la varianza de segundo orden en factores de primer orden, maximizando su capacidad de independencia ('ortogonalización').

En un intervalo entre tres y cuatro meses se volvió a evaluar a 97 de ellos.

Instrumentos: Se administraron las siguientes pruebas: (i) el CBD-rev. (ii) El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck y Steer, 1993b), compuesto por 21 ítems referidos básicamente a estados fisiológicos y, en menor medida, cognitivos, de los trastornos de ansiedad, con el siguiente formato de respuesta, aplicado a la semana anterior: "no aplicable en absoluto"; "levemente, no me molesto mucho"; "Moderadamente, fue muy desagradable"; y "Severamente, casi no podía soportarlo". Y (iii) el Inventario de Depresión de Beck (Beck y otros, 1961, en este caso en la versión española de Vázquez y Sanz, 1991, de 21 ítems).

Procedimiento: Formando parte de las prácticas voluntarias de la asignatura de *Técnicas de exploración psicológicas* (1º de Psicología, Universidad de La Laguna), se le ofertó al alumnado la posibilidad de aplicar una serie de cuestionarios a una muestra de adultos. Esta muestra debía ser localizada por el propio alumnado en su entorno (distribuyéndolas por género), o asignado por nosotros. En ambos casos se tenía que pedir el consentimiento explícito al evaluado. Se llevaron a cabo controles por nuestra parte (telefónico) para garantizar la veracidad de la muestra evaluada.

Con respecto a la muestra clínica, ésta fue derivada por los médicos de familia de los centros de salud citados, con la finalidad de proporcionarles un diagnóstico psicológico ante la sospecha por parte de los facultativos de algún tipo de patología ansiosa o depresiva. En todos los casos se recabó el consentimiento informado de los pacientes.

RESULTADOS

Desde una lógica de análisis factorial exploratorio, se llevaron a cabo los siguientes análisis para determinar el número de factores:

Para la muestra total se llevó a cabo un análisis paralelo (para tres muestras aleatorias distintas) y *el scree test*. Ambos procedimientos recomiendan una solución monofactorial (los cinco primeros valores propios son: 8,92; 1,36; 1,20; 0,96 y 0,89). En la tabla 10.1 se resumen estos datos:

Tabla 10.1.- Datos para el análisis paralelo para determinar el número de factores a extraer (N = 481)

| FACTORES | VALORES PROPIOS | | | | |
|----------|-----------------|-------|-------|-------|---------|
| | REALES | AZAR1 | AZAR2 | AZAR3 | REALES# |
| 1 | 8,94 | 1,36 | 1,47 | 1,41 | 8.92 |
| 2 | 1,36 | 1,30 | 1,26 | 1,40 | 1.37 |
| 3 | 1,20 | 1,27 | 1,24 | 1,33 | 1.18 |

Nota: reales: para los datos del CBD-rev. azar: datos aleatorios con igual número de sujetos, variables y alternativas de respuestas por variables); reales# partiendo de una matriz de correlaciones parcial controlando el sexo.

La retención de dos o tres factores se traduce en factores altamente relacionados. Asimismo, la matriz estructural parece indicar la presencia de un solo factor (todos los ítems tienen relaciones importantes con todos los factores).

También se llevó a cabo una factorización independiente para cada género. En ambos casos parece existir una solución monofactorial. En el caso de las chicas (n=281) los valores propios fueron los siguientes: 8,49; 1,55; 1,34; 1,06; y 0,95. En el caso de los chicos (n=198), los valores propios fueron los siguientes: 9,70; 1,37; 1,06; 0,90; y 0,86.

Una vez detectada la posibilidad de una solución monofactorial, se llevaron a cabo distintos análisis factoriales confirmatorios para poner a prueba los dos modelos señalados en la introducción de este trabajo: un modelo monofactorial y un modelo bifactorial (sentimientos de tristeza y disforia por un lado, y baja autoestima por otro).

En la práctica se contrastaron una solución monofactorial y dos soluciones bifactoriales alternativas. Ante algunos problemas existentes a la hora de contrastar las soluciones bifactoriales, se permitió que las estructuras no fuesen simples (los ítems podían saturar en más de un factor, BIFACTORIAL-2). En la tabla 10.2 se resumen los coeficientes obtenidos para cada modelo probado.

Tabla 10.2.- Modelos de análisis factorial confirmatorio sobre el CBD-rev. N=481. La explicación en el texto

| MODELOS | χ^2 | gl | GFI | AGFI | ECVI | CFI |
|---------------|----------|-----|-------|-------|------|------|
| NULO | 4927 | 210 | 0,237 | 0,160 | | |
| MONOFACTORIAL | 979 | 189 | 0,816 | 0,775 | 1,43 | 0,83 |
| BIFACTORIAL | 1283 | 187 | 0,824 | 0,782 | 2,06 | 0,77 |
| BIFACTORIAL-2 | 885 | 176 | 0,846 | 0,798 | 1,21 | 0,85 |

χ^2 = chi cuadrado; gl=grados de libertad; GFI=índice de bondad de ajuste; AGFI=índice de bondad de ajuste (ajustado); ECVI=índice de validación cruzada esperable; CFI= índice de ajuste comparativo .

Comentando cada modelo, el que peor índices de ajuste obtiene es el modelo nulo (cada ítem formaría un factor). Con respecto al modelo monofactorial, en todos los casos los parámetros son significativos al menos con $p \leq 0,001$. Para este modelo se permitió que el programa introdujera los cambios oportunos en la matriz de errores. El primer modelo bifactorial inicial obtiene índices de ajuste por debajo del modelo monofactorial, pero cuando a este modelo se le permite que los ítems tengan saturaciones secundarias en otro factor al asignado, entonces sus coeficientes de ajuste mejoran apreciablemente.

Con estos datos cabe hacer una interpretación a favor de la monofactorialidad del CBD-rev. En primer lugar, porque el modelo monofactorial obtiene índices de ajuste adecuados y, en segundo lugar, porque el modelo bifactorial que obtiene también coeficientes adecuados se fundamenta en permitir que los ítems saturan en los dos factores, lo que implica necesariamente una solución monofactorial.

La consistencia interna (alfa de cronbach) de esta solución monofactorial obtiene unos coeficientes elevados (0,89 para la muestra total; 0,88 para los hombres; y 0,89 para las mujeres). Con respecto a la estabilidad temporal, retest con 97 personas, ofreció una correlación de Pearson de 0,60, significativa a $p \leq 0,001$.

Para validar diferencialmente el cuestionario se llevaron a cabo contrastes de media (t de student) entre géneros y entre la muestra normal y la muestra clínica, remitida por los médicos de familia. En la tabla 10.3 se resumen estos dos contrastes.

Tabla 10.3.- Diferencias de media por género y por tipo de muestra (clínica y normal), según la puntuación en el CBD-rev.

| Diferencia de medias por género en la puntuación total del CBD-rev | | | | |
|--|-----------|-----------------|-----------|---------|
| Mujeres (N=288) | | Hombres (N=208) | | |
| Media | Des. típ. | Media | Des. típ. | t |
| 14,55 | 4,58 | 13,07 | 4,25 | 1,67 |
| Diferencia de medias según el tipo de muestra (normal vs clínica) | | | | |
| Normal (N=457) | | Clínica (N=41) | | |
| Media | Des. típ. | Media | Des. típ. | t |
| 12,81 | 4,42 | 27,86 | 8,56 | 5,79*** |

*** $p \leq 0,001$

Como puede observarse, no existen diferencias de acuerdo con el género. Además, la distribución asume casi completamente la distribución normal (la media en ambos casos viene a equivaler a tres veces la desviación típica. Sin embargo, como era también esperable, sí existen diferencias significativas entre la muestra normal y la muestra clínica, siendo significativamente superior la media de la muestra clínica.

Con respecto a las relaciones de la puntuación total con las otras variables evaluadas: ansiedad (BAI) y depresión (BDI), se llevó a cabo la misma estrategia que en el cuarto trabajo: correlaciones con la muestra total, correlaciones con una submuestra que se situaba

por debajo del percentil 25 en el CBD-rev, una submuestra que se situaba por encima del percentil 75 en el CBD-rev, y un tercer grupo (en este caso distinto a la investigación anterior) que se situaba en la puntuación promedio en el CBD-rev. En las tablas 10.4 y 10.5 se resumen los coeficientes obtenidos.

Tabla 10.4.- Correlaciones entre el CBD-rev y la puntuación en ansiedad (BAI) y depresión (BDI) para la muestra total (N = 372)

| | BAI | BDI |
|---------|---------|---------|
| CBD-rev | 0,53*** | 0,58*** |

*** $p \leq 0,001$

Tabla 10.5.- Correlaciones entre el CBD-rev y la puntuación en ansiedad (BAI) y depresión (BDI) para los tres grupos señalados

| Grupo | BAI | BDI |
|---------------|--------|----------|
| Bajo (N=106) | 0,02 | -0,01 |
| Medio (N=179) | 0,20** | 0,29**** |
| Alto (N=78) | 0,22 | 0,25* |

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Los resultados en este caso son similares a los encontrados entre el CBD-rev y las medidas de ansiedad: cuando se toman en cuenta los datos generales las relaciones entre el CBD-rev y la ansiedad

es positiva y significativa, aunque es mayor el coeficiente obtenido con la puntuación en el BDI. Si embargo, si se tienen en cuenta los tres grupos señalados, se puede observar que entre los grupos extremos prácticamente desaparecen las relaciones entre ansiedad y depresión. Pero si se analizan los datos en relación con la otra medida de depresión (el BDI), también se encuentra ese tipo de relaciones. Esto nos plantea que, dependiendo de la medida de depresión, las relaciones van a ser más o menos estrechas. El BDI rastrea muchos más síntomas que los que contiene el CBD-rev, esos síntomas de más pueden perfectamente compartirse con los problemas de ansiedad (síntomas de malestar general), explicando así las correlaciones obtenidas.

Un análisis correlacional más se llevó a cabo, diferenciando entre la muestra clínica y la muestra normal. De alguna forma consistía en corroborar los datos anteriores, en la medida en que el grupo alto en el CBD-rev debería ser dimensionalmente equivalente a la muestra clínica, mientras que la muestra de normales se distribuiría más en las puntuaciones promedio. En la tabla 10.6 se resumen los coeficientes obtenidos.

Tabla 10.6.- Correlaciones entre la puntuación total en el CBD-rev y las puntuaciones en ansiedad (BAI) y depresión (BDI), según los dos grupos que expresan

| | BAI | BDI |
|----------------|--------|--------|
| Normal (N=372) | ,53*** | ,58*** |
| Clínica (N=31) | ,01 | ,66*** |

*** $p \leq 0,001$

Los datos parecen confirmar esa predicción, porque las correlaciones entre ansiedad y el CBD-rev es positiva y significativa para la muestra normal. Pero cuando se tiene en cuenta la muestra clínica esa relación desaparece. Las relaciones entre las dos puntuaciones de depresión en ambos casos es positiva y significativa.

Llegados hasta aquí, se planteó la necesidad de llevar a cabo los análisis conjuntos entre las tres escalas, CBD-rev, BAI y BDI, con el fin de comprobar cómo se distribuían las estructuras factoriales de los mismos, de acuerdo con la estrategia del grupo de A. Beck. La lógica de análisis llevada a cabo fue la misma que dicho autor: rotación oblicua (promax) de todos los ítems conjuntamente, segundo orden sobre los factores de primer orden y 'ortogonalización' posterior por medio de la transformación Schmid-Leiman.

Tabla 10.7.- Patrón de saturaciones de los ítems conjuntos del BAI y el CBD-rev. N=481. La explicación en el texto

| ITEMS BAI | BAI-CBD dos factores | | | | |
|-------------------------|----------------------|------|-----|-----|------|
| | Promax | | S-L | | |
| | F1 | F2 | 2º | F1 | F2 |
| 1 Cosquilleo | .51 | -.03 | .38 | .32 | -.02 |
| 2 Acaloramiento | .51 | .05 | .44 | .32 | .03 |
| 3 Debilidad | .54 | .09 | .50 | .33 | .06 |
| 4 Relajación | .77 | -.05 | .57 | .47 | -.03 |
| 5 Temor a lo peor | .62 | .09 | .56 | .38 | .05 |
| 6 Mareos/vértigo | .68 | -.10 | .46 | .42 | -.06 |
| 7 Taquicardia | .78 | -.14 | .51 | .48 | -.08 |
| 8 Inestabilidad | .69 | .07 | .59 | .42 | .04 |
| 9 Terror | .63 | .12 | .59 | .39 | .07 |
| 10 Nerviosismo | .77 | -.03 | .58 | .47 | -.02 |
| 11 Ahogo | .75 | -.05 | .55 | .46 | -.03 |
| 12 Temblor de manos | .57 | .11 | .54 | .35 | .07 |
| 13 Temblor generalizado | .69 | -.01 | .54 | .43 | .00 |
| 14 Control | .70 | .05 | .59 | .43 | .03 |
| 15 Respiración | .69 | -.04 | .51 | .43 | -.03 |
| 16 Miedo a morir | .46 | -.03 | .34 | .28 | -.02 |
| 17 Asustado | .73 | .04 | .61 | .45 | .03 |
| 18 Indigestión | .58 | -.09 | .38 | .36 | -.06 |
| 19 Desmayo | .63 | -.06 | .45 | .39 | -.04 |
| 20 Rubor | .45 | .06 | .40 | .28 | .04 |
| 21 Sudor | .63 | .05 | .53 | .39 | .03 |

Tabla 10.6 (continuación).- patrón de saturaciones de los ítems conjuntos del BAI y el CBD-rev. N=481. La explicación en el texto

| ITEMS CBD-rev | BAI-CBD dos factores | | | | |
|-------------------------|----------------------|------|------|------|------|
| | Promax | | S-L | | |
| | F1 | F2 | 2º | F1 | F2 |
| 1. Alegre. | -.09 | -.49 | -.46 | -.06 | -.30 |
| 2. Recuerdos y culpable | .06 | .48 | .43 | .04 | .30 |
| 3. Fracasad/a. | .00 | .70 | .55 | .00 | .43 |
| 4. Infeliz. | .01 | .71 | .56 | .00 | .44 |
| 5. Vivir. | .03 | .69 | .57 | .02 | .43 |
| 6. Triste. | .12 | .66 | .61 | .07 | .41 |
| 7. Angustiado/a. | .30 | .50 | .63 | .19 | .31 |
| 8. Culpable | .00 | .47 | .37 | .00 | .29 |
| 9. Débil. | .11 | .54 | .51 | .07 | .34 |
| 10. Miedo a vivir. | .16 | .56 | .57 | .10 | .35 |
| 11. Soledad | .04 | .64 | .53 | .02 | .40 |
| 12. No suerte. | -.09 | .68 | .47 | -.05 | .42 |
| 13. No valía. | -.12 | .76 | .50 | -.08 | .47 |
| 14. Ser distinto/a. | -.07 | .72 | .51 | -.04 | .44 |
| 15. Atractiva. | .01 | -.22 | -.17 | .00 | -.14 |
| 16. Defectos. | -.10 | .66 | .44 | -.06 | .41 |
| 17. No valgo. | -.16 | .76 | .47 | -.10 | .47 |
| 18. Desinterés | -.13 | .67 | .43 | -.08 | .41 |
| 19. No disfruto. | .11 | .56 | .53 | .07 | .35 |
| 20. No motivación. | .01 | .73 | .58 | .00 | .45 |
| 21. No divertirme. | .11 | .57 | .53 | .06 | .35 |

F=factores; 2º=factor de segundo orden; S-L=transformación Schmid-Leiman.

En primer lugar se analizaron conjuntamente la escala de ansiedad BAI y el CBD-rev, de acuerdo con la estrategia mencionada. Los resultados del análisis factorial quedaron como se recoge en la tabla 10.6.

Del análisis de los factores extraídos se desprenden claramente dos estructuras diferenciadas: la que corresponde a la ansiedad (BAI) y la que corresponde a la depresión según el CBD-rev. La rotación oblicua promax divide los ítems de los dos cuestionarios en dos factores claramente diferenciados. Todos los ítems de BAI saturan en el primer factor y prácticamente todos los ítems del CBD-rev saturan en un segundo factor (salvo el ítem 15, que queda fuera). Al mismo tiempo, los ítems de los respectivos cuestionarios no obtienen saturaciones secundarias importantes. Pero cuando esos dos factores se rotan conjuntamente para obtener un factor de segundo orden (de acuerdo con la transformación Schmid-Leiman), la solución es una solución homogénea y única (salvo, de nuevo, el ítem 15 del CBD-rev), equivalente a ese factor de malestar general o afectividad negativa de los modelos tripartitos.

Considerando la varianza específica correspondiente al conjunto de los 42 ítems, ésta se distribuye de nuevo en dos factores, volviendo a reproducir la estructura original: los ítems del BAI conformarían una estructura separada de los ítems del CBD-rev. El porcentaje de varianza equivalente al factor general fue de 62,33%. El porcentaje correspondiente al factor de ansiedad-BAI fue de 18,96% y el correspondiente a depresión fue de 9,61%. Estos datos apoyan la capacidad del CBD-rev para representar conceptualmente elementos distintivos frente a la ansiedad, aún cuando se compartan con esa dimensión niveles de covarianza apreciables.

Con el fin de establecer en qué medida el CBD-rev aportaba esa diferenciación conceptual claramente distinta de la que se podría aportar de otras escalas de depresión, se llevó a cabo un nuevo análisis factorial similar al anterior, pero ahora incluyendo los ítems del Inventario de Depresión de Beck. El planteamiento era que si el CBD-rev no añadía nada nuevo a la capacidad de discriminación entre ansiedad y depresión, los ítems de este cuestionario y los del BDI conformarían una estructura conjunta.

El primer dato que cuestionaba este planteamiento es que los índices previos aconsejaban una solución de cuatro factores como la más adecuada. Partiendo de esa solución se llevaron a cabo los análisis. En la tabla 10.7 se resumen dichos análisis.

Tabla 10.7.- Patrón de saturaciones de los ítems conjuntos del BAI, CBD-rev y BDI. N=481. La explicación en el texto

| ÍTEMS BDI | BDI-BAI-CBD cuatro factores | | | | | | | | |
|--------------------|-----------------------------|------|-----|------|-----|------|------|-----|------|
| | Extracción promax | | | | S-L | | | | |
| | F1 | F2 | F3 | F4 | 2º | F1 | F2 | F3 | F4 |
| 1 Estado de ánimo | .08 | .06 | .59 | .20 | .73 | .05 | .04 | .32 | .17 |
| 2 Pesimismo | -.06 | .14 | .43 | .22 | .55 | -.04 | .10 | .23 | .18 |
| 3 Sent. De fracaso | .01 | .15 | .46 | .24 | .64 | .00 | .10 | .25 | .20 |
| 4 Insatisfacción | .04 | .16 | .47 | .09 | .59 | .02 | .10 | .25 | .07 |
| 5 Sent. De culpa | .14 | .21 | .12 | .29 | .53 | .09 | .14 | .07 | .24 |
| 6 Sent. De castigo | .16 | .09 | .35 | .01 | .49 | .10 | .06 | .19 | .01 |
| 7 Odio a sí mismo | -.27 | .11 | .42 | .58 | .56 | -.17 | .07 | .23 | .48 |
| 8 Inculpación | .05 | .05 | .16 | .47 | .48 | .03 | .04 | .09 | .38 |
| 9 Impulso suicida | .15 | .24 | .18 | -.02 | .44 | .09 | .16 | .10 | -.02 |
| 10 Llanto | .15 | -.06 | .41 | .12 | .48 | .09 | -.04 | .22 | .10 |
| 11 Irritabilidad | .21 | .04 | .12 | -.01 | .28 | .13 | .03 | .06 | -.01 |
| 12 Aislamiento | -.04 | -.06 | .34 | .06 | .25 | -.02 | -.04 | .18 | .05 |
| 13 Indecisión | .19 | -.09 | .33 | .21 | .48 | .11 | -.06 | .18 | .17 |
| 14 Imagen corporal | -.06 | .07 | .34 | .19 | .40 | -.04 | .05 | .18 | .16 |
| 15 Capac. Laboral | .00 | -.05 | .68 | -.02 | .53 | .00 | -.03 | .37 | -.01 |
| 16 Insomnio | .19 | .02 | .39 | .00 | .49 | .11 | .01 | .21 | .00 |
| 17 Cansancio | .10 | -.02 | .60 | -.09 | .51 | .06 | -.01 | .32 | -.07 |
| 18 Pérdida apetito | .17 | -.02 | .32 | .07 | .43 | .11 | -.01 | .17 | .06 |
| 19 Pérdida de peso | .16 | -.04 | .37 | -.13 | .34 | .10 | -.03 | .20 | -.11 |
| 20 Hipocondría | .30 | -.13 | .37 | .08 | .50 | .19 | -.09 | .20 | .06 |
| 21 Líbido | .06 | -.03 | .51 | .00 | .45 | .04 | -.02 | .27 | .00 |

Tabla 10.7 (continuación).- Patrón de saturaciones de los ítems conjuntos del BAI, CBD-rev y BDI. N=481. La explicación en el texto

| ÍTEMS BAI | BDI-BAI-CBD cuatro factores | | | | | | | | | |
|--------------------|-----------------------------|------|------|------|-----|-----|------|------|------|--|
| | Extracción promax | | | | S-L | | | | | |
| | F1 | F2 | F3 | F4 | 2º | F1 | F2 | F3 | F4 | |
| 1 Cosquilleo | .39 | -.04 | .19 | -.07 | .39 | .24 | -.03 | .10 | -.06 | |
| 2 Acaloramiento | .51 | .08 | .00 | -.07 | .42 | .31 | .05 | .00 | -.06 | |
| 3 Debilidad | .40 | .06 | .31 | -.15 | .53 | .25 | .04 | .16 | -.12 | |
| 4 Relajación | .65 | -.08 | .08 | .12 | .58 | .40 | -.06 | .04 | .10 | |
| 5 Temor a lo peor | .57 | .03 | .03 | .15 | .59 | .36 | .02 | .02 | .12 | |
| 6 Mareos o vértigo | .63 | -.04 | .09 | -.11 | .48 | .39 | -.03 | .05 | -.09 | |
| 7 Taquicardia | .88 | -.08 | -.16 | -.02 | .48 | .54 | -.05 | -.09 | -.02 | |
| 8 Inestabilidad | .60 | .00 | .09 | .18 | .65 | .37 | .00 | .05 | .15 | |
| 9 Terror | .62 | .08 | .06 | .04 | .62 | .38 | .05 | .03 | .03 | |
| 10 Nerviosismo | .67 | -.07 | .11 | .08 | .61 | .41 | -.04 | .06 | .07 | |
| 11 Ahogo | .80 | .02 | -.08 | -.10 | .53 | .50 | .02 | -.04 | -.08 | |
| 12 Temblor manos | .44 | .01 | .23 | .03 | .56 | .27 | .01 | .12 | .02 | |
| 13 Temblor gral. | .66 | .00 | .07 | .01 | .58 | .41 | .00 | .04 | .01 | |
| 14 Control | .65 | -.02 | .06 | .12 | .60 | .40 | -.02 | .03 | .09 | |
| 15 Respiración | .75 | .02 | -.06 | -.11 | .50 | .47 | .01 | -.03 | -.09 | |
| 16 Miedo a morir | .54 | .00 | -.12 | -.01 | .32 | .33 | .00 | -.06 | -.01 | |
| 17 Asustado | .74 | .03 | -.02 | .08 | .63 | .46 | .02 | -.01 | .07 | |
| 18 Indigestión | .51 | -.06 | .09 | -.13 | .36 | .31 | -.04 | .05 | -.11 | |
| 19 Desmayo | .57 | .00 | .09 | -.12 | .46 | .35 | .00 | .05 | -.10 | |
| 20 Rubor | .41 | -.05 | .06 | .17 | .43 | .25 | -.04 | .03 | .14 | |
| 21 Sudor | .56 | .12 | .09 | -.09 | .55 | .34 | .08 | .05 | -.07 | |

Tabla 10.7 (continuación).- Patrón de saturaciones de los ítems conjuntos del BAI, CBD-rev y BDI. N=481. La explicación en el texto

| ÍTEM CBD-rev | BDI-BAI-CBD cuatro factores | | | | | | | | |
|---------------------|-----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | Extracción promax | | | | S-L | | | | |
| | F1 | F2 | F3 | F4 | 2º | F1 | F2 | F3 | F4 |
| 1 Alegría | -.09 | -.42 | .05 | -.15 | -.43 | -.06 | -.28 | .02 | -.13 |
| 2 Recuerdos culpa. | .09 | .47 | .01 | .17 | .52 | .06 | .31 | .01 | .14 |
| 3 Fracaso | -.09 | .57 | .10 | .27 | .58 | -.05 | .38 | .05 | .22 |
| 4 Infelicidad | -.10 | .58 | .23 | .03 | .57 | -.06 | .39 | .13 | .03 |
| 5 Cuesta vivir. | .10 | .69 | .03 | -.15 | .53 | .06 | .46 | .02 | -.12 |
| 6 Tristeza | .09 | .58 | .16 | -.04 | .61 | .06 | .39 | .09 | -.03 |
| 7 Angustiado | .44 | .51 | -.07 | -.11 | .60 | .27 | .34 | -.04 | -.09 |
| 8 Culpeable | .08 | .48 | -.17 | .10 | .33 | .05 | .32 | -.09 | .08 |
| 9 Débil | .19 | .46 | -.15 | .23 | .50 | .12 | .31 | -.08 | .19 |
| 10 Miedo a la vida. | .32 | .55 | -.28 | .14 | .51 | .20 | .37 | -.15 | .12 |
| 11 Soledad. | -.02 | .49 | .20 | .08 | .56 | -.01 | .33 | .11 | .07 |
| 12 Sin suerte. | -.07 | .61 | .06 | .01 | .45 | -.04 | .41 | .03 | .01 |
| 13 Valía (metero) | -.08 | .70 | -.18 | .33 | .48 | -.05 | .47 | -.10 | .27 |
| 14 Ser distinto | .00 | .64 | -.21 | .31 | .48 | .00 | .43 | -.11 | .26 |
| 15 Atractivo | .01 | -.18 | .09 | -.30 | -.22 | .01 | -.12 | .05 | -.25 |
| 16 Defectos | -.04 | .56 | -.17 | .35 | .44 | -.03 | .38 | -.09 | .29 |
| 17 No Valía. | -.21 | .75 | -.02 | .11 | .44 | -.13 | .50 | -.01 | .09 |
| 18 Desinterés. | -.14 | .77 | .08 | -.23 | .39 | -.09 | .52 | .04 | -.19 |
| 19 No disfruto | -.03 | .49 | .33 | -.08 | .57 | -.02 | .33 | .17 | -.07 |
| 20 No motivación | -.07 | .68 | .21 | -.10 | .57 | -.04 | .45 | .11 | -.08 |
| 21 No divertirme. | .11 | .55 | .19 | -.16 | .56 | .07 | .37 | .10 | -.13 |

F=factores; 2º=factor de segundo orden; S-L=transformación Schmid-Leiman.

Tanto para el BAI como para el CBD-rev los resultados son similares a los que se comentaron en el análisis precedente: el primer factor estaría formado por los ítems de ansiedad-BAI y el segundo factor por los ítems de depresión-CBD (salvo el ítem 15). En ambos casos las saturaciones secundarias son prácticamente inapreciables. En cambio, los ítems del BDI se comportan de una manera distinta: dos de los ítems (irritabilidad e ideación suicida) no obtienen saturaciones relevantes y el resto se divide en dos factores. El segundo de ellos se circunscribe a los sentimientos de culpabilidad (dos ítems) y el odio a sí mismo. Ambos factores del BDI mantienen saturaciones secundarias entre sí, pero muy escasas con respecto al BAI y al CBD-rev (aunque son más apreciables en este último caso).

Cuando los datos son transformados, se obtiene una solución monofactorial de segundo orden, incluyendo por igual ítems de las tres escalas, equivalente a ese superfactor de afectividad negativa, común a la ansiedad y a la depresión. Cuando se analizan las varianzas específicas correspondientes a la contribución relativa de los ítems a ese factor general, lo más llamativo es que el BDI desaparece prácticamente, mientras que el BAI y el CBD-rev mantienen sus estructuras monofactoriales. La varianza común debida al factor general se elevó en este caso al 71%. La varianza específica del BAI fue de 11,9% y la del CBD-rev del 8,6%. La varianza explicada por el BDI fue inapreciable (cerca al 3%).

Analizadas las contribuciones específicas a la varianza total dos a dos, BAI-BDI y BAI-CBD-rev, el BAI-BDI explican un 29% de la varianza, mientras que la varianza explicada por el BAI-CBD-rev se elevó al 38%.

En definitiva, parece que el CBD-rev mantiene una estructura independiente, especialmente en relación con la prueba más difícil que es la diferenciación de los problemas de ansiedad. El hecho de su mayor capacidad de diferenciación con respecto a otro inventario de depresión como el BDI, puede ser debido a la especificidad (y pertinencia) de los tres componentes del CBD-rev (afecto triste, anhedonia y baja autoestima), mientras que el BDI rastrea otros síntomas, más compartibles con los trastornos de ansiedad.

DISCUSIÓN

En este estudio final tratábamos de aportar datos sobre cuál iba a ser la estructura factorial definitiva del CBD-rev. Los datos hasta ahora apoyaban una solución monofactorial o una solución bifactorial (un factor formado por el afecto triste y la anhedonia, y otro factor formado por la baja autoestima).

Por los resultados obtenidos, todos los indicadores tomados apoyan una solución monofactorial. En el análisis factorial exploratorio, el primer factor explica apreciablemente mayor varianza que los restantes factores (que a su vez se mantienen a un nivel muy similar entre ellos). Esta mayor varianza se observa tanto en un análisis global como en los análisis por género.

La verificación de esa estructura monofactorial se obtuvo con el análisis factorial confirmatorio. El modelo monofactorial es el que mejores índices obtiene. Ciertamente es que un modelo bifactorial en el que se admiten saturaciones de los ítems en los dos factores también obtiene coeficientes apreciables, pero esa posibilidad de saturación en los dos factores, convierte al modelo en dos factores altamente correlacionados, que en la práctica apoya una solución monofactorial.

El hecho de que se sostenga una solución monofactorial supone apoyar la significación conceptual de tres áreas que covarían y que hasta ahora habían sido considerados como grupos de síntomas con entidad propia. Desde el punto de vista de un análisis retórico es posible establecer las diferencias sintomatológicas entre el afecto triste, la anhedonia y la baja autoestima. Pero, empíricamente, lo que nos sugiere la solución monofactorial es que esas tres áreas no pueden separarse, sino que deben entenderse como un todo unitario. Si la depresión es la covariación conjunta de una serie de síntomas con entidad propia, la covariación de tres de esos síntomas conforman el núcleo más estable de covarianza.

La estabilidad de ese todo unitario se ve apoyada por unos niveles de consistencia interna elevados. Además, la no existencia de diferencias por género, y elevada estabilidad temporal, permiten apreciar que esa solución monofactorial conforma una estructura estable, de acuerdo con el nivel de consolidación básico que sustenta a los ítems.

El siguiente paso es el papel que los tres grupos de síntomas conjuntamente juegan en la identificación del fenómeno depresivo. De los datos disponibles parece desprenderse que, tomados como un solo factor, es un elemento decisivo en la identificación diferencial de la depresión, especialmente cuando se restringe a las puntuaciones elevadas en la escala y se compara con los problemas de ansiedad. Esta discriminación con respecto a la ansiedad ya se había apreciado en otros estudios, pero en el actual, además, se puede apreciar que ambas dimensiones, la ansiedad y la depresión evaluada por el CBD-rev, conforman estructuras perfectamente diferenciadas, lo que apoya, por un lado, la necesidad de seguir manteniendo la distinción entre ambos problemas, a pesar de la comorbilidad clínica, y, por otro, que la estructura del CBD-rev representa los contenidos más genuinos de la depresión.

11.- VALORACIÓN FINAL

La búsqueda de cuál o cuáles son los síntomas genuinos de la depresión, aquellos que sólo se encuentran en este trastorno y que lo diferencian de los otros, es una de las tareas más complejas que se puedan acometer, debido fundamentalmente a tres razones:

(i) Muchos de los síntomas que se suelen asociar a la depresión también se encuentran en otros trastornos (los problemas de sueño, de apetito, los problemas de concentración y memoria, la ideación suicida, el desinterés sexual, la hipocondría, etc.). Esto hace de entrada difícil establecer cuáles son los síntomas propios de la depresión en la medida en que también aparecen en otros problemas psicológicos. Es más, algunos de ellos conforman trastornos en sí mismos, como los problemas de sueño, las preocupaciones hipocondríacas, los problemas de apetito y peso, por poner algunos ejemplos.

(ii) La identificación inadecuada de la sintomatología depresiva. Como ejemplo, alguno de los síntomas más frecuentemente asociados a la depresión, como pueda ser el afecto triste, no es una condición imprescindible para que ocurra el trastorno, lo que convierte al síntoma más descriptivo de la depresión en uno más, que no necesariamente debe presentarse para diagnosticar depresión (salvo en la distimia).

(iii) La ausencia de estudios sistemáticos que se hayan preocupado por el diagnóstico diferencial de la depresión. Es cierto que las dificultades de un diagnóstico diferencial entre ansiedad y depresión ha permitido en los últimos años el desarrollo de una serie de trabajos (modelos PANAS y tripartito) en la búsqueda de ese patrón distintivo. Sin embargo, hasta la fecha, lo más notorio es la ausencia de trabajos en ese sentido.

Históricamente la depresión (melancolía) ha sido entendida de una manera muy heterogénea, mezclándose síntomas de distintos trastornos y problemas. Sin embargo, de todos los síntomas esgrimidos históricamente, el humor depresivo, el afecto triste, es el más recurrente. Las clasificaciones psicopatológicas han considerado a ese síntoma uno de los síntomas principales, conjuntamente con la anhedonia, de la depresión. Sin embargo, lo característico de las clasificaciones psicopatológicas es que sólo se exige la presencia de uno de ellos para el diagnóstico de la depresión, con lo que, como

se ha mencionado, es poco probable que cualquiera de esos dos síntomas sean los síntomas distintivos en la medida en que su presencia no es obligatoria para diagnosticar un problema depresivo.

Las clasificaciones psicopatológicas se fundamentan en el criterio de expertos. Son un grupo de expertos los que deciden y revisan los síntomas, curso y gravedad de cada trastorno mental. Lógicamente, el juicio del experto estará en relación con su experiencia profesional y científica, pero no se deriva necesariamente de ella. En cambio, otra forma de observar el estudio de los síntomas de la depresión, con base empírica, lo constituyen las escalas e inventarios para evaluar la depresión: si las escalas que evalúan depresión están midiendo realmente depresión, con validez diferencial y discriminante, esas escalas serían una fuente importante para localizar los síntomas prototípicos de la depresión.

Desafortunadamente, las escalas e inventarios para evaluar depresión poseen en general una validez discriminante limitada. Son capaces de discriminar entre depresivos y no depresivos, pero poseen más dificultades para diferenciar a depresivos de otros trastornos, especialmente cuando esos otros trastornos son problemas de ansiedad (ansiedad generalizada y pánico, por ejemplo). Por otro lado, haciendo un análisis de contenido de las distintas escalas, encontramos una gran disparidad. En lo que suelen coincidir todas las escalas es en la baja autoestima. En el resto de los síntomas existe un desacuerdo evidente.

De todas formas, la ausencia de validez discriminante con los problemas de ansiedad, conjuntamente con la comorbilidad de los trastornos de ansiedad y depresión, ha hecho que se plantee una serie de investigaciones con la finalidad de aclarar si existen elementos que puedan distinguir ambos trastornos. De paso, se podrían estar localizando los síntomas genuinos de la depresión. Los datos aportados por los modelos PANAS y tripartito confirman la existencia de un grupo de síntomas compartidos entre la ansiedad y la depresión (malestar general o afectividad negativa) y un grupo de síntomas asociados a la depresión (baja afectividad positiva o anhedonia). De esta forma, la anhedonia se convierte en el elemento central y distintivo de la depresión. Los análisis desde el punto de vista experimental también abundan en lo mismo y los análisis estructu-

rales de las escalas de depresión también parecen aislar un o varios factores relacionados con la anhedonia.

Ocurre que la anhedonia no es un síntoma privativo de la depresión, aparece también el desarrollo de las crisis psicóticas y en algunos trastornos adaptativos. El problema de nuevo se complica y parece que el planteamiento podría cambiarse.

Nuestro planteamiento parte de la idea de la covariación intersíntomas como lo distintivo de la depresión. Es decir, lo distinguible de la depresión no sería, en un primer momento, unos síntomas determinados, sino la covariación de un grupo de ellos, que, de manera aislada tienen entidad propia. Es posible que en un segundo momento se puedan identificar algunos síntomas como más centrales que otros, pero nunca desde relaciones de causa-efecto.

Este último comentario se fundamenta en uno de los tres principios del modelo de parámetros que se han tenido en cuenta aquí para abordar el conocimiento de esos síntomas. El principio de la determinación mutua nos hace reflexionar sobre lo relativas que son las relaciones causa-efecto. Estas pueden variar a lo largo del tiempo, modificar las relaciones entre las variables y la dirección de las mismas. Los síntomas de la depresión tienen ese carácter de determinación mutua que se observa en la covariación intersíntomas.

Un segundo principio señala la temporalidad de los hallazgos. Los datos científicos son siempre provisionales, por lo menos en psicología. Esa provisionalidad la da el propio desarrollo de una ciencia, pero también la naturaleza del objeto de estudio. Uno de los elementos distintivos de la depresión es su curso temporal (al margen de situaciones concretas). Cualquier intento por apresar los síntomas o el patrón de covariación de la depresión tiene que tener presente esa naturaleza temporal.

El tercer principio tiene que ver con los niveles de consolidación. Desde el modelo de parámetros se ha defendido la existencia de tres niveles, al menos, de consolidación: básico, intermedio y situacional. Estos niveles forman un continuo de generalidad-especificidad que no siempre se tiene en cuenta en la búsqueda de los síntomas de la depresión. Contemplar a un mismo nivel de análisis características depresivas consolidadas (básicas) con, por ejemplo, características inestables (situacionales) añade confusión al análisis

y dificulta la interpretación de los hallazgos, entre otras cosas, porque la provisionalidad de los mismos se ve incrementada por la inestabilidad del diseño de investigación.

Nuestro planteamiento por tanto trataba de añadir a los trabajos sobre los síntomas de la depresión esos tres elementos, de la manera siguiente: (i) para identificar el patrón de covarianza intersíntomas había que inventariar el mayor volumen de síntomas posible, en relación con las áreas que se consideran asociadas a la depresión. El inventario de esos síntomas se podría plasmar en un formato de cuestionario, para facilitar su investigación. (ii) La temporalidad de la depresión debería tenerse en cuenta en las instrucciones y formato de respuesta que ese cuestionario dispusiera. Ahora la presencia de la sintomatología debería evaluarse en los términos temporales en los que cursa la depresión: semanas, meses y años. Y (iii) si lo que se pretende es apreciar síntomas y patrones de covariación estables, el formato de la prueba tenía que hacer referencia a un formato de nivel de consolidación básico, el más consolidado y estable posible. En este sentido, la redacción de los items debería procurar tener un formato general, sin hacer mención a tareas, condiciones o situaciones concretas.

Bajo estas premisas se construyó el Cuestionario Básico de Depresión. Los primeros análisis estructurales mostraron la pertinencia de la covariación intersíntomas como el elemento más distintivo de la depresión: una vez aisladas las áreas-síntomas por medio de análisis factorial, los factores de segundo orden se construyeron en función de esas áreas delimitadas previamente. Estos factores de segundo orden vendrían a representar el hecho depresivo. Además, dichos factores discriminaron entre una muestra de depresivos y una muestra de no depresivos, que estaba formada mayoritariamente por ansiosos.

Lo cierto es que, además de esos factores de segundo, algunos factores de primer orden también discriminaron entre depresivos y no depresivos. De los tres factores que discriminaron dos de ellos se correspondían con elementos comúnmente asociados a la depresión: el factor de sentimientos de tristeza y disforia (afecto triste más anhedonia) y el factor de baja autoestima. Curiosamente, ambos factores conformaron una única estructura en un análisis factorial posterior.

Este hecho nos hizo plantearnos si el patrón de covariación no se podría circunscribir a algunas áreas en concreto. Especialmente a aquellas áreas que se han visto como nucleares de la depresión y que ahora podíamos disponer de ellas en un mismo factor. En otras palabras, si el patrón de covariación se podría limitar a los síntomas de afecto triste, anhedonia y baja autoestima. Para ello se construyó una nueva escala formada por ese factor que englobaba a esas áreas/síntomas más algunos ítems referidos a esos mismos contenidos (CBD-rev).

Puesta a prueba esta nueva escala, se volvió a encontrar un patrón de covariación común (una solución monofactorial), al tiempo que permitió observar una independencia funcional con los problemas de ansiedad, ya fueran manifestaciones generales o específicas. Esta independencia funcional se observó especialmente en las puntuaciones más elevadas del CBD-rev, es decir, donde se sospechaba mayor presencia de sintomatología depresiva.

Tratando de probar cómo esta nueva escala se comportaba con una muestra de depresivos, la escala mostró su viabilidad tanto en los contenidos como en el formato temporal de respuestas (salvo para la categoría de 'semanas'), permitiendo discriminar entre distintos tipos de depresión. La ordenación de estos grupos de depresivos y la clasificación de distintas muestras de personas normales nos plantean el carácter dimensional de componente depresivo evaluado, alejándose de planteamientos categoriales. Lo cierto es que también se aportaron datos aparentemente contradictorios con la primera factorización del CBD-rev, ya que con la muestra de depresivos se obtuvo una solución bifactorial de primer orden (un factor formado por los sentimientos de tristeza y disforia, y un factor formado por baja autoestima).

Quedaba por establecer cuál era la estructura definitiva del CBD-rev. Los datos finales apoyaron una solución monofactorial. Esta solución monofactorial vino a formar, además, una estructura claramente distinta de la que podía tener una escala de ansiedad (y que no se verificó en el caso de otras escalas de depresión), lo que apoyaba su consideración de *patrón de covariación distintivo* (del constructo) de la depresión. Los controles psicométricos volvieron a evidenciar la consistencia interna y la estabilidad de la prueba.

Con los datos recopilados hasta aquí, nos parece oportuno hacer un comentario sobre el carácter dimensional de la depresión. Si se aceptara que esas tres áreas de afecto triste, anhedonia y baja autoestima forman una estructura única, estable, y que esa estructura es la que identifica mejor los elementos genuinos de la depresión, entonces se podría hipotetizar cómo se distribuiría esa dimensión, tomando como referencia alguno de los datos aportados aquí. Se podría, en primer lugar, conocer su distribución en percentiles y, en segundo lugar, cómo ser ordenarían alguno de los grupos evaluados aquí. Hay que indicar que para la obtención de las puntuaciones directas se tomó la transformación de las respuestas de 0 a 3, donde 0 representa a la categoría de 'nunca' y 3 a la categoría de 'años'.

La distribución podría quedar como sigue:

| Normales | | | | | | | | | | | | | clínica | | | | |
|----------|----|-------|-------|----|----|----|-------|----|-------|-------|-------|-------|-------------|---------------|-------|----------------------|--|
| | | | | | | | | | | | | | depresión | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | Ansiedad | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | Un episodio | Dos episodios | | Más de dos episodios | |
| | | | | | | | | | | | | | | distimia | | | |
| 13 | 45 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11-12 | 13 | 14-15 | 16-17 | 18-20 | 21-23 | 24-29 | 30-33 | 34-47 | 48-63 | |
| 5 | 10 | 15-25 | 30-35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 97 | |

Nota: Muestras. Para elaborar percentiles $n=498$; para depresión $n=82$; muestra de ansiedad $n=18$; muestra normales $n=457$; muestra clínica genérica $n=41$.

Tentativamente, se puede observar esa dimensionalización desde una muestra de normales hasta una muestra de depresivos, que, a su vez se ordenan dentro de la puntuación en la escala. Los problemas de ansiedad pueden confundirse en los primeros niveles de los problemas depresivos, con puntuaciones directas a partir de 21, representando el percentil 80. Los problemas distímicos se confunden con los depresivos con dos episodios, siendo los que puntúan de manera más elevada los que han tenido más de dos

episodios depresivos. En este caso la puntuación directa ya es superior a 30, representando el percentil 90. Por último se situarían los que han sufrido tres episodios depresivos o más, superando la directa de 40 y el percentil 95. Esa dimensionalización se observa de manera más adecuada si se tiene en cuenta las desviaciones típicas de los grupos, lo que permitiría observar mejor ese continuo. Evidentemente, esto no es más que una propuesta, pero lo que sí parece claro es que la depresión no se ajusta a un modelo categorial.

Por último, facilitamos una posible estrategia de diagnóstico diferencial intratrasorno depresivo, de acuerdo con el porcentaje de categorías temporales de respuesta de los distintos grupos de depresivos (debe entenderse que la categoría de respuesta más elegida debe haber sido en siete ocasiones o más). La propuesta quedaría como sigue:

| Categoría de respuesta más elegida | Trastorno depresivo |
|---|----------------------------|
| 'meses' seguida de 'nunca' | Un episodio |
| 'meses' seguida de 'años' | Dos episodios |
| 'años' mayoritariamente | Tres o más |
| 'años' seguida de 'nunca' | distimia |

En definitiva, lo que se ha tratado de aportar es un grupo de trabajos orientados a la búsqueda de los síntomas prototípicos y genuinos de la depresión, bajo una lógica distinta apoyada en el modelo de parámetros. Quedan muchos controles que superarse para que esta propuesta se afirme como tal, pero los datos obtenidos son alentadores y parecen indicar que los síntomas genuinos de la depresión estarían formados por el afecto triste, la anhedonia y la baja autoestima. Estos síntomas conformarían un patrón de covariación único que no permitiría hablar de esas tres áreas por separado, sino que deben ser entendidas conceptual y funcionalmente como un todo unitario.

11.1.- CONCLUSIONES

De los datos aportados con este grupo de trabajos se pueden extraer las siguientes conclusiones, atendiendo siempre a las muestras evaluadas y las condiciones de cada investigación.

En primer lugar, la depresión evidencia un patrón de covariación intersíntomas, entre los que son más centrales el afecto triste, la anhedonia y la baja autoestima.

En segundo lugar, esas tres áreas forman un patrón de covariación unitario que debe ser entendido conceptual y funcionalmente un único área. Esto implica una consideración distinta de la tradicional diferenciación entre ellas, favoreciendo la aparición de un nuevo concepto que las englobe.

En tercer lugar, el procedimiento para llegar a esas dos primeras conclusiones, el Cuestionario Básico de Depresión y su versión revisada, ha mostrado ser un procedimiento psicométricamente fiable y válido.

En cuarto lugar, el Cuestionario Básico de Depresión, revisado, permite aislar esa estructura conjunta que forman el afecto triste, la anhedonia y la baja autoestima. Esta estructura es perfectamente distinguible de la estructura de otros trastornos.

En quinto lugar, los niveles de depresión evaluados por el Cuestionario Básico de Depresión, revisado, permiten discriminar entre ansiedad y depresión, y diferenciar entre distintos tipos de depresión.

En sexto lugar, la ordenación de personas normales y de personas con distintos trastornos depresivos por medio del Cuestionario Básico de Depresión, revisado, permiten apoyar una visión dimensional, no categorial del fenómeno depresivo.

En último lugar, los tres principios del modelo de parámetros aplicados, determinación mutua, temporalidad y provisionalidad, y nivel de consolidación de las características psicológicas, han demostrado su virtualidad y versatilidad para lograr los hallazgos, que han permitido extraer las conclusiones precedentes.

12.- REFERENCIAS

- American Psychiatric Association** (1987). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. Third edition, revised*. Washington, APA. (trad. Barcelona, Masson, 1988).
- American Psychiatric Association** (1994). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders: DSM-IV*. Washington, APA. (trad. Barcelona, Masson, 1995).
- Andreasen, N., Grove, W., Endicott, J., Coryell, W., Scheftner, W., Hirschfield R. y Keller, M.** (1988). The phenomenology of depression. *Psychiatry and Psychobiology*, 3, 1-10.
- Arechederra, J. y Ayuso, P.** (1995). *Pasado y presente de la enfermedad depresiva*. Madrid, IMC.
- Bas, F. y Andrés, V.** (1996). Diagnóstico y evaluación de la severidad y análisis funcional de la depresión. En G. Buela-Casal, V. Caballo y J. Sierra (Eds.). *Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid. Siglo XXI.
- Beck, A.** (1967). *Depression: Experimental, and Theoretical Aspects*. Nueva York: Harper & Row.
- Beck, A.** (1972). *Depresión: Causes and treatment*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. y Lester, D.** (1973). Components of depression in attempted suicides. *Journal of Psychology*, 85, 257-260.
- Beck, A. y Steer, R.** (1993a). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, Texas, Psychological Corporation.
- Beck, A. y Steer, R.** (1993b). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio, Texas, Psychological Corporation.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G.** (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, Texas, Psychological Corporation.
- Beck, A., Steer, R. y Garbin, M.** (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A., Ward, C., Mendelsohn, M., Mock, J. y Erbaugh, J.** (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beckman, E. y Leber, W.** (Eds.) (1985). *Handbook of depression: Treatment, assessment, and research*. Homewood, Illinois, Dorsey.
- Bethencourt, J.M., Peñate, W., González, M. y Hernández, A.** (1996). El programa de entrevista diagnóstica estructurada (DIS): presentación de la versión española y primeros datos de validez... *Psicologemas*, 10, 47-154.
- Burton, R.** (1997). *Anatomía de la Melancolía*. Madrid, AEN.

- Byrne, B. y Baron, P. (1993a). The Beck Depression Inventory: Testing and cross-validating an hierarchical factor structure for nonclinical adolescents. *Journal of Counseling and Development*, 26, 164-178.
- Byrne, B. y Baron, P. (1993b). Measuring adolescent depression: test of equivalent factorial structure for English and French versions of the Beck Depression Inventory. *Applied Psychology: An International Review*, 42, 33-47.
- Byrne, B., Baron, P., Larsson B. y Melin, L. (1995). The Beck Depression Inventory: Testing and cross-validating a second-order factorial structure for swedish nonclinical adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 345-356.
- Carrillo, J., Rojo, N. y Staats, A. (1996). Vulnerable personality in depression: Investigating commonality in the search for unification. *European Journal of Psychological Assessment*, 12, 202-211.
- Clark, D., Cavanaugh, S. y Gibbons, R. (1983). The core symptoms of depression in medical and psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 171, 582-713.
- Clark, D., Gibbons, R., Fawcett, J., Aagesen, C. y Sellers D. (1985). Unbiased criteria for severity of depression in alcoholic inpatients. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 173, 482-287.
- Clark, L. Steer, R y Beck, A. (1994). Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: Implications for the cognitive and tripartite models. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 645-654.
- Clark, L. y Watson, D. (1988). Mood and Mundane: Relations between daily life events and self-reported mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 296-308.
- Clark, L. y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Cole, D., Truglio, R. y Peeke, L. (1997). Relation between symptoms of anxiety and depression in children: A multitrait-multimethod-multigroup assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 110-119.
- Comrey, A. (1957). A factor analysis of items on the MMPI depression scale. *Educational Psychology measurement*, 17, 578-585.
- Conde, V., Escriba, J. e Izquierdo, J. (1970). Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de Zung. *Archivos de Neurobiología*, 2, 185-281.
- Conde, V. Esteban, T. y Useros, E. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 31, 469-497.

- Cone, J.** (1997). Issues in functional analysis in behavioral assessment. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 259-275.
- Costello, C.** (Eds.) (1993). *Symptoms of depression*. Nueva York, Wiley.
- Cropley, A. y Weckowicz, T.** (1966). The dimensionality of clinical depression. *Australian Journal of Psychology*, 18, 18-26.
- Dobson, K.** (1985). The relationship between anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 5, 307-324.
- D'Zurilla, T., Chang, E., Nottingham, E. y Faccini, L.** (1998). Social problem-solving deficits and hopelessness, depression, and suicidal risk in college students and psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 1091-1107.
- Eysenck, H.** (1986). A critique of contemporary classification and diagnosis. En T. Millon y L. Klerman (Eds.). *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV*. Nueva York, Guilford Press.
- Eysenck, H.** (1994). Normality-abnormality and the three-factor model of personality. En S. Strack y M. Lorr (Eds.). *Differentiating normal and abnormal personality*. Nueva York, Springer-Verlag.
- Feighner, J. y Boyer, W.** (Eds.) (1991-). *Diagnosis of depression. Perspectives in psychiatry* (vv.vv). Nueva York, Wiley.
- Goldberg, D. y Huxley, P.** (1992). *Common mental disorders: A bio-social model*. Londres, Routledge.
- Gorsuch, R.** (1983). *Factor analysis*. Hillsdale, Nueva Jersey, LEA (2ª ed.).
- Gotlib, I. y Cane, D.** (1989). Self-report assessment of depression and anxiety. En P. Kendall y D. Watson (Eds.). *Anxiety and depression: Distinctives and overlapping features*. San Diego, California, Academic Press.
- Gould, J.** (1982). A psychometric investigation of the standard and short form Beck Depression Inventory. *Psychological Reports*, 51, 1167-1170.
- Hamilton, M. y Shapiro, C.** (1990). Depression. En D. Peck y C. Shapiro (Eds.). *Measuring human problems. A practical guide*. Chichester, Wiley.
- Hammen, C. y Compas, B.** (1994). Unmasking unmasked depression in children and adolescents: The problem of comorbidity. *Clinical Psychology Review*, 14, 71-83.
- Harris, E. y Baraclough, B.** (1998). Excess mortality of mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 173, 11-53.
- Hathaway, S. y Mckinley, J.** (1951). *MMPI manual*. Nueva York, Psychological Corporation.
- Hawkins, R.** (1979). The functions of assessment: implications for selection and development of devices for assessing repertoires in clinical, educational, and other settings. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 501-516.

- Hayes, S. y Follette, W. (1992). Can functional analysis provide a substitute for syndromal classification?. *Behavioral Assessment*, 14,345-365.
- Haynes, S. (1998). The changing nature of behavioral assessment. En A. Bellack y M. Hersen (Eds.). *Behavioral Assessment. A practical handbook*. Needham Heights, Massachusset, Allyn&Bacon. (4ª ed.).
- Haynes, S. y O'Brien, W. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10, 649-668.
- Haynes, S. y O'Brien, W. (2000). *Principles and practice of Behavioral Assessment*. Nueva York, Kluwer Academic/Plenum.
- Haynes, S., Uchigakiuchi, P., Meyer, K., Orlimoto, L. y Blaine, D. (1993). Functional analytic causal models and the design of treatment programs: Concepts and clinical applications with childhood behavior problems. *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 189-205.
- Heiby, E. y García-Hurtado, J. (1994). Evaluación de la depresión. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.). *Evaluación Conductual hoy*. Madrid, Pirámide.
- Herrero, F., Cuesta, M. y Grossi, F. (1991). Análisis factorial, lógica fuzzy y sistemas expertos: aplicación al análisis comparativo de estructuras factoriales obtenidas a partir de muestras distintas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 240-252.
- Hill, A. y Dutton, F. (1989). Depression and selective attention to self-esteem threatening words. *Personality and Individual Differences*, 10, 915-917.
- Hinden, B., Compas, B., Howell, D. y Achenbach, T. (1997). Covariation of the anxious-depressed syndrome during adolescence: Separating fact for artifact. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 6-14.
- Hodges, K. (1990). Depression and anxiety in children: A comparison of self-report questionnaires to clinical interview. *Psychological Assessment*, 2, 376-381.
- Horner, R. (1994). Functional assessment: Contribution and future directions. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 401-404.
- Huprich, S. (1998). Depressive personality disorder: Theoretical issues, clinical findings, and future research questions. *Clinical Psychology Review*, 18, 477-500.
- Ibáñez, I., Peñate, W. y González, M. (1997). La estructura factorial de Inventario de Depresión de Beck. *Psicología Conductual*, 5, 71-91.
- Ibáñez, I., González, M. y Peñate, W. (1997). Comparación de modelos factoriales alternativos para la versión española del Inventario de Depresión de Beck. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 283-303.
- Iardi, S. y Craighead, W. (1999). The relationship between personality pathology and dysfunctional cognitions in previously depressed adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 51-57.

- Joiner, T.** (1996). A confirmatory factor analytic investigation of the tripartite model of depression and anxiety in college students. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 521-539.
- Kanfer, F. y Saslow, G.** (1965). Behavioral Analysis. *Archives of General Psychiatry*, 2, 529-538.
- Katz, M.** (1990). The multivantaged approach. En S. Wetzler y M. Katz (Eds.). *Contemporary approaches to psychological assessment*. Nueva York, Brunner-Mazel.
- Kendall, P. y Watson, D.** (Eds.) (1989). *Anxiety and depression: Distinctives and overlapping features*. San Diego, California, Academic Press.
- Levitt, E. y Lubin, B.** (1975). *Depression: Concepts, controversies and some new facts*. Nueva York. Springer-Verlag.
- Lewinsohn, P. y Libet, J.** (1972). Pleasant events, activity schedules, and depressions. *Journal of Abnormal Psychology*, 79, 291-295.
- Lilienfeld, S., Waldman, I. e Israel, A.** (1994). A critical examination of the use of the term and concepts of comorbidity in psychopathology research. *Clinical Psychology*, 1, 71-83.
- Lips, H. y NG, M.** (1985). Use of the Beck Depression Inventory with three non-clinical populations. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 18, 62-74.
- Loehlin, J.** (1987). *Latent variable models: An introduction to factor, path and structural analysis*. Hillsdale, Nueva Jersey, LEA.
- Marsella, A., Hirschfeld, R. y Katz, M.** (Eds.). (1987). *The measurement of depression*. Nueva York. Guilford Press.
- Maser, J. y Cloninger, C.** (1990). Comorbidity of anxiety and mood disorders: Introduction and overview. En J. Maser y C. Cloninger (Eds.). *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington, APA.
- Paykel, E.** (Ed.) (1982). *Psychopathology of affective disorders*. (trad., Madrid, Pirámide, 1985).
- Pelechano, V.** (1972). La personalidad en función de los parámetros de estímulos en la solución de problemas. *Tesis Doctoral*. Universidad Complutense de Madrid.
- Pelechano, V.** (1973). *Personalidad y parámetros: tres escuelas y un modelo*. Barcelona, Vicens Vives.
- Pelechano, V.** (1989). Ejes de referencia y una propuesta temática. Con E. Ibañez y V. Pelechano (Eds.). *Personalidad*. Madrid. Alhambra.
- Pelechano, V.** (1993). La personalidad desde la perspectiva de parámetros. En J.M. Zumalabe y C. Maganto (Eds.). *Tendencias actuales en el estudio y evaluación de la personalidad*. Universidad del País Vasco. Servicio de Publicaciones.

- Pelechano, V.** (1996). Una introducción al modelo de parámetros en personalidad. En V. Pelechano (Ed.). *Psicología de la Personalidad. 1. Teorías*. Barcelona, Ariel.
- Pelechano, V.** (2000). *Teoría sistemática de la personalidad*. Barcelona, Ariel.
- Persons, J. y Fresco, D.** (1998). Assessment of depression. En A. Bellack y M. Hersen (Eds.). *Behavioral Assessment. A practical handbook*. Needham Heights, Massachusset, Allyn&Bacon. (4ª ed.).
- Pukrop, R., Herpertz, S., Sab, H. y Steinmeyer, E.** (1998). Special Feature: Personality and personality disorders. A Facet theoretical analysis of the similarity relationships. *Journal of Personality Disorders, 12*, 226-246.
- Rehm, L.** (1988). Assessment of depression. En A. Bellack y M. Hersen (Eds.). *Behavioral Assessment. A practical handbook*. Nueva York, Pergamon Press. (3ª ed.).
- Rehm, L.** (1990). Cognitive and behavioral theories. En N. Wollman y G. Stricker (Eds.). *Depressive disorders: facts, theories, and treatment methods*. Nueva York, Wiley.
- Reynolds, W. y Gould, J.** (1981). A psychometric investigation of the standard and short form of the Beck Depression Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 306-307.
- Rice, D. y Miller, L.** (1995). The economic burden of affective disorders. *British Journal of Psychiatry, 166* (número especial), 34-42.
- Rose, G. y Staats, A.** (1988). Depression and the frequency and strength of pleasant events: exploration of the Staats-Heiby theory. *Behaviour Research and Therapy, 26*, 489-494.
- Ruipérez, M y Belloch, A.** (1997). Depresión y autoesquemas depresivos en pacientes deprimidos y ansiosos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 2*, 65-80.
- Ruiz-Caballero, J. y Bermúdez, J.** (1993). Estado de ánimo depresivo, decisión léxica y percepción de información emocional. *Boletín de Psicología, 39*, 67-76.
- Sanavio, E.** (1988). Obsession and compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy, 26*, 169-177.
- Sartorius, N. y Ban, T.** (Eds.) (1986). *Assessment of depression*. Ginebra, OMS.
- Shaw, B., Steer, R., Beck, A. y Schut, J.** (1979). The structure of depression in heroin addicts. *British Journal of Addiction, 74*, 295-303.
- Shek, D.** (1990). Reliability and factorial structure of the Chinese Version of the Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology, 46*, 35-43.

- Smith, A. y Weissman, M. (1991). Epidemiology of depressive disorders. En J. Feighner y W. Boyer (Eds.). *Diagnosis of depression. Perspectives in psychiatry* (Vol. 1). Nueva York, Wiley.
- Snaith, P. (1993). What depression rating scales measure?. *British Journal of Psychiatry*, 163, 293-298.
- Spielberger, C., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California, Consulting Psychologists Press. (Adapt. Española, TEA, 1982).
- Staats, A. (1996). *Behavior and personality*. Nueva York, Springer-Verlag.
- Steer, R., Beck, A y Garrison, B. (1986). Applications of the Beck Depression Inventory. En N. Sartorius y T. Ban (Eds.). *Assessment of Depression*. Berlin. Springer-Verlag.
- Steer, R., Clark, D., Beck, A. y Ranieri, W. (1995). Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: A replication. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 542-545.
- Steer, R., Clark, D., Beck, A. y Ranieri, W. (1999). Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: The BDI-II versus the BDI-IA. *Behavior Research and Therapy*, 37, 183-190.
- Steer, R., McElroy, M. y Beck, A. (1982). Structured of depression in alcoholic men: A partial replication. *Psychological Report*, 50, 723-728.
- Tanaka, J. y Huba, G. (1984). Confirmatory hierarchical factor analysis of psychological distress measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 621-635.
- Teri, L. (1982). The use of the Beck Depression Inventory with adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 277-284.
- Watson, D. (1988). Intraindividual and interindividual analysis of Positive and Negative Affect: Their relation to health complaints, perceived stress, and daily activities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1020-1030.
- Watson, D., Clark, L. y Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 346-353.
- Watson, D., Clark, L. y Harkness, A. (1994). Structures of personality and their relevance to psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 18-31.
- Watson, D., Clark, L. y Tellegen, A. (1984). Cross-cultural convergence in the structure of mood: A Japanese replication and a comparison with U.S. findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 127-144.
- Watson, D., Clark, L. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of Positive and Negative Affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

