

# REVISTA DE PSICOLOGIA GENERAL Y APLICADA

**Escalas evaluadoras de la  
depresión: limitaciones conceptuales  
y metodológicas**

Carmelo Vázquez

Volumen 41(1)

1986

---

# Escalas evaluadoras de la depresión: limitaciones conceptuales y metodológicas

CARMELO VAZQUEZ

Universidad Complutense

## RESUMEN

En el presente trabajo se analiza críticamente el uso de escalas y/o inventarios de síntomas cuando se desea clasificar a los sujetos en deprimidos o no deprimidos, según su estado de ánimo. Este tipo de procedimientos ha adquirido una importancia creciente, dado el vigor de los modelos experimentales psicopatológicos de la depresión en los últimos años. Por último, se efectúa un análisis sobre las limitaciones conceptuales y metodológicas de esta serie de medidas.

## ABSTRACT

*In this paper, the use of scales and/or symptom inventories for evaluating depression is analyzed. This kind of measures is usually employed to classify subjects as depressed or nondepressed according their scores on them. Because of the rising importance of the experimental models of depression, those instruments have got a very high frequency of use. Furthermore, this paper deals with a number of both conceptual and methodological limitations that could be arisen in using those measures herein analyzed.*

## INTRODUCCION

Una de las vías más vigorosas de investigación en Psicopatología es, desde hace unos años, la del estudio de determinados síntomas o cuadros psicopatológicos provocados experimentalmente en condiciones controladas. De este modo, los *modelos experimentales* psicopatológicos han intentado reproducir reacciones semejantes a la depresión, la esquizofrenia, la epilepsia, las fobias o las respuestas psicósomáticas humanas (Kimmel, 1971; Serban & Seligman, 1977). La reproducción de un síntoma en condiciones controladas de laboratorio se asienta, obviamente, en la supuesta validez de la analogía creada, esto es, en la real similitud entre el objeto que se pretende modelar (el síntoma natural) y el objeto modelado (el síntoma creado experimentalmente).

Las diferencias entre la situación experimental y las condiciones naturales de la aparición del síntoma clínico se pueden situar en tres niveles: a) En cuanto al tipo de sujetos experimentales (eje.: empleo de ratas para producir síntomas «depresivos»). b) En cuanto al tipo de estímulo suscitador del síntoma (eje.: choques eléctricos inescapables para producir úlceras). c) En cuanto al propio síntoma suscitado (eje.: considerar una respuesta de inhibición motora como una respuesta demostrativa de una inhibición depresiva). Así pues, en todo modelo experimental psicopatológico existen, al menos, estos tres niveles analógicos —no todos ellos presentes simultáneamente de modo necesario— respecto al fenómeno de aparición espontánea o natural (Cosnier, 1975). Así, por ejemplo, los conocidos experimentos iniciales de Seligman y sus colaboradores sobre la «indefensión aprendida» en perros o ratas (véase una revisión en Maier & Seligman, 1976, o Polaino & Vázquez, 1981), pretendían modelar la depresión humana a partir de unos resultados experimentales obtenidos en muestras de especies no humanas, en los que se observaban síntomas evidentemente de no directa homologación con los síntomas observables en una depresión humana verdadera, y, en último lugar, tales síntomas se habían producido por estímulos físicos (choques eléctricos, chorros de agua, etc.) de naturaleza bastante artificial. Así pues, todo intento de reproducir experimentalmente un síntoma psicopatológico requiere un análisis formal muy detallado sobre las similitudes entre dicho síntoma y aquél de aparición natural, si no se quiere correr el peligro de incurrir en isomorfismos superficiales (véase en Polaino & Vázquez, 1983, un análisis sobre los requisitos epistemológicos de los modelos experimentales en Psicopatología).

En la investigación psicopatológica, el estudio de la depresión ha adquirido un papel preponderante. De hecho, como afirma Cantwell (1983), es el cuadro clínico al que se le ha prestado una mayor atención y sobre el que se han realizado más investigaciones en los últimos años. Desde la Psicología se han propuesto modelos etiológicos diversos (Lewinsohn, 1974; Seligman, 1975; Beck, 1967, 1976; Rehm, 1977) que han intentado explicar de un modo consistente la aparición y mantenimiento de conductas depresivas en los seres humanos. En todos estos modelos se observa que gran parte de su aval empírico (ej.: véanse las revisiones de Shaw & Dobson, 1981, o Coyne & Gotlib, 1983) proviene de experimentos realizados con sujetos subclínicamente deprimidos (normalmente estudiantes universitarios) que son así clasificados en función de la puntuación obtenida en una determinada escala o inventario de depresión.

El empleo de sujetos subclínicamente deprimidos en investigaciones psicopatológicas sobre la depresión (ej.: Buceta, 1981; Vázquez Valverde, 1982) supone la asunción implícita de la llamada «hipótesis de la continuidad» (cfr. Beck, 1976) de la depresión. Por esta

razón, el análisis minucioso de los instrumentos diagnósticos o evaluadores de la depresión empleados en estos estudios resulta un prerrequisito imprescindible para contrastar la validez de los mismos. En otras palabras, se hace necesario —y éste es el objetivo fundamental del presente trabajo— comprobar hasta qué punto resultan psicopatológicamente comparables un sujeto con un cierto *grado* de depresión (evaluado a través de cualesquiera inventarios o cuestionarios) y un sujeto que presenta un estado clínico depresivo y que por ello está recibiendo algún tipo de tratamiento. El tema es importante, pues en multitud de investigaciones (basta con revisar publicaciones del prestigio del *Journal of Abnormal Psychology*, *Cognitive Therapy & Research*, o el *Journal of Personality & Social Psychology*) este modelo de investigación está proligando. Incidentalmente, cabe señalar, como también han apuntado Depue & Monroe (1978), que las razones de tal proliferación pueden deberse, al menos en parte, a la frecuente dificultad de acceso que los psicólogos tienen para trabajar en ámbitos clínicos.

## **BASES DE COMPARACION**

La «hipótesis de la continuidad» plantea que la depresión es un continuo y, por tanto, cualquier persona podría ser situada en un punto determinado del mismo (Beck, 1976; Blatt et al., 1976). Según Beck, el bajo estado de la gente normal es semejante en varios aspectos al estado clínico depresivo: ambos grupos de individuos emplean términos descriptores de su estado muy semejantes, la conducta (la voz, la expresión facial...) de una persona triste «recuerda» a la de un deprimido y, a veces, aparecen síntomas semejantes en ambos casos; en palabras del propio Beck (1973, p. 8): «... cada síntoma de la depresión puede graduarse en intensidad a lo largo de una dimensión, y las intensidades más ligeras ciertamente son semejantes a los fenómenos observados en individuos normales que se sienten tristes».

Otros autores (Van Praag, 1977; Depue & Monroe, 1978; Doerfler, 1981; Kanfer & Hagerman, 1981; Shaw, 1982; Coyne & Gotlib, 1983) plantean más cautelas sobre la supuesta homogeneidad cualitativa de las muestras clínicas y las no clínicas, pues se puede correr el peligro de aceptar hipótesis nulas de no diferencias entre deprimidos y no deprimidos y, además, «los factores asociados con la perpetuación de una alteración grave del estado de ánimo puede que sean discontinuos con los que afectan a cambios de una naturaleza más transitoria, y estas diferencias pueden oscurecerse con una focalización casi exclusiva en estudiantes universitarios ligeramente deprimidos» (Coyne & Gotlib, 1983, p. 476). Este es un problema, pues, sobre el que debería prestarse más atención. Es posible que existan ciertos patrones de síntomas, en especial los somáticos (cf. Depue & Mon-

roe, 1978; y Polaino, Vázquez, y Fernández, en prensa), que sean poco frecuentes en los estudiantes «deprimidos», y estas diferencias deberían tenerse en cuenta.

Otro tipo de críticas no nos parecen, sin embargo, tan pertinentes. Así, Coyne & Gotlib, en el trabajo citado, advierten que quizás las muestras universitarias están menos expuestas a factores (ej.: el matrimonio) que normalmente se asocian epidemiológicamente con la depresión. Creemos, por el contrario, que las estadísticas sobre suicidios por depresión en jóvenes (ej.: Sarason & Sarason, 1980) son bien elocuentes, si bien cabe señalar que quizás algunos de los estresores a los que se enfrentan estos individuos puedan ser peculiares (Marx, Garrity, & Bowers, 1975).

## **METODOS HABITUALES DE CUANTIFICACION DE LA DEPRESION**

Si se asume la mencionada «hipótesis de la continuidad» obviamente es de crucial importancia disponer de un instrumento de medida que permita cuantificar la depresión o, más exactamente, el estado de ánimo. El instrumento casi unánimemente utilizado es el Inventario para la Depresión de Beck (BDI, Beck et al., 1961), consistente en una serie de 21 items (19 items en la versión española de Conde et al., 1976), cada uno de ellos correspondiente a un síntoma distintivo y con varias alternativas de respuestas graduadas según la intensidad del síntoma. El rango de valoración de cada síntoma oscila de 0 a 3.

Frente a otras medidas también utilizadas con alguna frecuencia, como la Escala para la Evaluación de la Depresión de Mamilton (*Hamilton Rating Scale*, Hamilton, 1960) —consistente en la valoración de una serie de síntomas por parte del entrevistador—, o la Escala de Autoevaluación de Zung (*Zung Self-Rating Depression Scale*, Zung, 1965), el inventario de Beck se distingue, en cuanto al contenido, por evaluar sobre todo características *cognitivas* (sólo el 32 por 100 de los items evalúan aspectos somáticos o conductuales, frente al 50-80 por 100 de la escala de Hamilton, por ejemplo, cfr. Carroll et al., 1981; Overall & Rhoades, 1982). Por otra parte, tanto la escala de Hamilton como la de Zung son más empleadas en investigaciones de tipo psiquiátrico (Carroll et al., 1981; Overall & Rhoades, 1982) y, además, tienen cierta carga fenomenológica (Carroll, et al., 1973).

El empleo del BDI como instrumento clasificatorio para dicotomizar las muestras de sujetos en deprimidos y no deprimidos, se observa tanto en las investigaciones del paradigma de la indefensión aprendida como en las subsumidas en el marco de las teorías cognitiva de Beck o en las del modelo del autocontrol de Rehm. La única

excepción la constituye el grupo de Lewinsohn (proponente, como es sabido, de una teoría que apela a la disminución de procesos reforzadores contingentes con respuestas no depresivas, como el eje mantenedor de la depresión), el cual emplea como *instrumento* clasificatorio la escala de depresión del MMPI. Como ha señalado Craighead (1980), aún se desconoce si esta diferencia en los procedimientos de selección puede tener algún efecto en los resultados de las propias investigaciones, creando de este modo una diferencia artefactual entre los diversos modelos explicativos de la depresión que se han propuesto. En cualquier caso, la escala del MMPI tiene una orientación más inferencial y menos directa que el resto de las escalas citadas y, además, su validez es más bien dudosa (Mischel, 1974).

Depue & Monroe (1978) han señalado que uno de los principales inconvenientes de este tipo de escalas es el del solapamiento de síntomas; es decir, un sujeto *no deprimido* (pero quizás solitario, infeliz...) puede obtener una elevada puntuación en la escala. No hay síntomas exclusivos en la depresión (véase Klerman, 1980) y, por tanto, en un estudio riguroso se debería emplear el BDI *después* de efectuar el diagnóstico mediante, por ejemplo, los Research Diagnostic Criteria, 1978, o los criterios del *Diagnostic and Statistical Manual-III* (1980). Este punto ha sido acentuado por muchos autores (Carroll et al., 1973; Depue & Monroe, 1978; Huesman, 1978; Doerfler, 1981; Coyne & Gotlib, 1983).

Más concretamente, recogiendo también estas críticas, Depue & Monroe enumeraron los problemas del ampliamente usado BDI:

1. Ofrece un espectro limitado de información (infravalora los síntomas conductuales y somáticos).
2. No ofrece datos sobre el curso clínico, conductas previas...
3. El significado de los items puede que sea muy diferente para un sujeto no deprimido que para uno clínicamente deprimido.

Creemos que este tipo de críticas son más justificadas para el posible *uso clínico* del inventario. Lo importante es que el instrumento pueda *identificar* sujetos con un estado de ánimo deprimido y esto parece que lo satisface de modo eficaz (Carroll et al., 1973). Ahora bien, en estudios con pacientes (ej.: Abramson, Garber, Edwards, & Seligman, 1978) sería deseable el empleo de criterios diagnósticos simultáneos.

Hemos señalado que el BDI (al igual que el resto de los instrumentos citados) es empleado en este tipo de estudios como método de clasificación de los individuos en grupos más o menos homogéneos para comprobar su rendimiento diferencial en una variable dependiente determinada (recuerdo de palabras, nivel de autorreforzamien-

to, reacciones ante una tarea insoluble, etc.). En la inmensa mayoría de los estudios se tiene en cuenta *sólo* la puntuación en el BDI para dividir dicotómicamente a los sujetos: deprimidos - no deprimidos. El criterio de corte o punto de corte es la puntuación total de nueve (en algunas investigaciones aisladas se ha utilizado la puntuación de diez), aunque cabría distinguir *grados de depresión según unos* criterios normativos propuestos (Beck et al., 1961; Beck, 1967; Metcalfe & Goldman, 1965):

No deprimidos ... ..	0-9
Ligeramente deprimidos...	10-15
Moderadamente deprimidos ... ..	16-23
Gravemente deprimidos ... ..	24-63

Con estos criterios, Oliver & Burckham (1977) observaron que su muestra universitaria —N = 222— se componía del 83 por 100 de no deprimidos, el 13 por 100 de deprimidos ligeros, el 3 por 100 de moderadamente deprimidos y el 1 por 100 de gravemente deprimidos. Bumberry et al. (1978), en una muestra semejante, pero más pequeña —N = 56—, obtuvieron los siguientes resultados en las categorías respectivas: 77, 16, 6 y 1 por 100. El *National Institute of Mental Health* señaló una prevalencia de la depresión, en la población general, en torno al 15 por 100. Los resultados en poblaciones universitarias oscilan alrededor del 20-25 por 100 en la mayoría de los estudios. Se observa una coincidencia bastante general en señalar que las tasas epidemiológicas de depresión en universitarios pueden ser hasta un 50 por 100 mayores que en la población adulta (Bumberry, Oliver y McClure, 1978). Es notorio que, en España, los jóvenes tengan unas tasas de depresión intermedia (evaluada por la escala de Zung) superiores a la mayoría de los grupos de edad restantes, si bien las tasas de depresión son menores (véase el Libro Blanco de la Depresión en España, 1982).

## INDICES DE FIABILIDAD Y VALIDEZ

En el trabajo de presentación del BDI, Beck et al. (1961) informaron que la relación —expresada por coeficientes de correlación bise-rial— entre la puntuación en el inventario y el diagnóstico psiquiátrico de depresión oscilaba en torno al 0.66 para dos muestras de pacientes de unos 200 sujetos cada una. En el primer estudio de validación del BDI con muestras universitarias, Bumberry, Oliver y McClure (1978) hallaron una correlación de  $r = 0.77$  entre las puntuaciones en el inventario y una evaluación psiquiátrica de la gravedad (de 0 a 3 puntos) de la depresión en base a los conocidos criterios operativos de Feighner et al. (1972) —muy próximos a los criterios operativos de Feighner et al. (1972) —muy próximos a los crite-

rios de la DSM-III (1980). Sin embargo, esta correlación descendió a  $r=0.30$  cuando se dejaba transcurrir entre un día y dos semanas en la aplicación de ambos métodos. Se pudo así observar una inconsistencia notable: los sujetos anteriormente evaluados como «graves» ( $N=17$ ) tuvieron una puntuación menor en el BDI que los sujetos evaluados posteriormente como «moderados» ( $N=14$ ). Nos parece muy interesante el hecho de que, tomando como criterio las evaluaciones psiquiátricas, hubo dos falsos positivos y siete falsos negativos; aunque esta «disparidad diagnóstica» entre el BDI y la entrevista psiquiátrica supone el 18 por 100 de la muestra total, parece indicar que el BDI introduce criterios más *exigentes* y restrictivos de selección que la propia entrevista diagnóstica.

Considerando la validez concurrente de la escala, Klein y Seligman (1976) observaron que correlacionaba  $r = 0.73$  con la lentitud en escapar del ruido en una tarea de escape/evitación según el típico modelo experimental de la indefensión aprendida (Polaino y Vázquez, 1981; Vázquez y Polaino, 1982). Asimismo, Miller y Seligman (1975) hallaron unas correlaciones de  $r = 0.71$  y  $r = 0.86$  con el fracaso en resolver anagramas y con el descubrimiento del patrón de los mismos, respectivamente.

En un estudio de Hammen (1980) en el que se relacionó el BDI con los RDC (*Research Diagnostic Criteria*, de Spitzer et al., 1978), observó que de 37 personas con una «depresión moderada» según el BDI ( $X \geq 16$ ) sólo cinco permanecían en este estado al cabo de 2-3 semanas, y 28 sujetos (es decir, el 79 por 100 de la muestra); de hecho, 19 sujetos (es decir, el 53 por 100 de la muestra) estaba en el rango de «no deprimidos». Unos datos diferentes en cuanto a la magnitud, pero que ilustran la variabilidad de esta medida de la depresión, fueron ofrecidos por Oliver y Burkham (1979); en una muestra de 222 universitarios seleccionados aleatoriamente, se comprobó que el 67 por 100 de los deprimidos (que constituían el 17 por 100 de la muestra total) aún puntuaban como «deprimidos» al cabo de tres semanas. La fiabilidad test-retest al cabo de las tres semanas fue de  $r = 0.78$ . Además, se observó que existía una correlación negativa entre grado de depresión y curso universitario ( $r = 0.19$ ,  $p \leq 0.01$ ), estando, pues, menos deprimidos los de cursos más avanzados. Es resaltable que, en todos los estudios mencionados, los cambios en las puntuaciones con el transcurso del tiempo tienen la misma dirección: una disminución de las puntuaciones. Es posible, como Oliver y Burkham (1979) comentan, que el BDI tenga algún efecto reactivo artefactual; pero, en cualquier caso, es un problema aún no analizado.

Tanto en este último estudio citado como en otro de Hammen y Padesky (1977) no se han hallado diferencias significativas en cuanto

al sexo (ni en otras variables demográficas); creemos que esto resulta sorprendente a la luz de los datos epidemiológicos más frecuentes (Weissman y Klerman, 1977; Amenson y Lewinsohn, 1981) que señalan que los índices de prevalencia de la depresión son 2:1 o 3:1 —véase, por ejemplo, el Libro Blanco de la Depresión en España, 1982— mayores en las mujeres que en los hombres. Es probable que la población universitaria sea más igualitaria en sus roles sexuales que la población general y, además, influyan cuestiones de status (ej.: la soltería) que, en conjunto, pueden influir en los resultados. En el citado estudio de Hammen y Padesky (1977), la puntuación media de los hombres ( $N = 972$ ) fue de 5.95 y la de las mujeres ( $N = 1300$ ) fue de 6.34. Sin embargo, un análisis discriminante proporcionó diferencias sexuales en el *patrón* de síntomas: los hombres informaban más de incapacidad de llorar, sensación de fracaso y quejas somáticas, mientras que las mujeres informaron más de indecisión y autodesprecio. Estas diferencias se observaron tanto en la muestra total como en la submuestra de los deprimidos moderados.

No obstante, en un reciente estudio, Dobson y Breiter (1983) han hallado una puntuación media de 6.91 para los hombres ( $N = 234$ ) y de 8.39 para las mujeres ( $N = 222$ ) en una muestra de estudiantes universitarios, siendo significativa esta diferencia ( $t = -4.42$ ,  $p \leq 0.001$ ).

En contra de una homologación de resultados entre los sujetos ligera o moderadamente deprimidos y los pacientes clínicos con el mismo o parecido nivel de depresión como algunos autores proponen (Beck et al., 1961; Metcalfe y Goldman, 1965); Hammen y Padesky, 1977), se alza el estudio de Golin y Hartz (1979), quienes descubrieron que la factorización de la escala en su muestra de estudiantes ( $N = 113$ ) produjo sólo un factor consistente —que explicaba el 64,9 por 100 de la varianza total— denominable como «desesperanza» (tristeza, pesimismo, insatisfacción y pensamientos de suicidio eran los síntomas que lo definían). Sin embargo, Weckowicz et al. (1967) descubrieron, en una muestra de pacientes depresivos y utilizando el mismo procedimiento de factorización (esto es, componentes principales con posterior rotación varimax), tres factores («depresión con culpa», «retardo psicomotor» y «alteraciones somáticas»). Si bien Golin y Hartz (1979) concluyeron que la depresión moderada de los estudiantes seguramente sea cualitativamente diferente a la depresión clínica grave, creemos que debe considerarse que el análisis factorial de estos dos autores se realizó sobre la muestra *total*, en la que sólo el 25,3 por 100 de los individuos eran incluibles en el grupo de los deprimidos por tener una puntuación de 9 o más en el BDI.

El hecho de centrarnos casi exclusivamente en la escala de Beck

es por gran uso en clínica y/o investigación y, además, por ser la que proporciona mejor información de un modo más económico. Escalas como la de Zung tienen índices de validez menores e incluso no discriminan adecuadamente grupos diagnósticos; así, por ejemplo, las puntuaciones de los sujetos en esta escala no se corresponde apenas con su grado de depresión evaluado clínicamente (Zung, 1968; Carrol et al., 1973; Conde y Esteban, 1976). Por otro lado, dicha escala evalúa frecuencia de síntomas más que intensidad, por lo que su uso para cuantificar el grado de depresión parece inadecuado (Carroll et al., 1973; Conde y Esteban, 1976). En último lugar, la escala de Hamilton (Hamilton, 1960) es una escala de valoración por parte del entrevistador y, por tanto, es cualitativamente diferente a las otras dos. No obstante, tiene unos aceptables índices de validez (Hamilton, 1969) y es sensible a los cambios terapéuticos (Carroll et al., 1973).

En cuanto a las correlaciones de estas escalas entre sí, las mayores correlaciones se observan entre el BDI y la escala de Hamilton, llegando a correlacionar hasta aproximadamente 0.75 muchos de sus ítems y las respectivas puntuaciones globales en una muestra de pacientes deprimidos (Schwab, Bialow y Holzer, 1967). La correlación media del BDI con la escala de Zung es de aproximadamente 0.40, también en una muestra de sujetos clínicamente deprimidos (Carroll et al., 1973), por lo que, si consideramos que la depresión es un cuadro más o menos homogéneo, habremos de convenir que o bien alguna de las dos medidas es inadecuada (probablemente la escala de Zung) o bien que ambas medidas evalúan aspectos diferentes (ej.: intensidad vs. frecuencia). (Puede verse en Rehm, 1976, o en Vizcarrro y García Marcos, 1981, una revisión de las intercorrelaciones medias de éstas y otras medidas de la depresión).

## **LIMITACIONES METODOLOGICAS**

El uso de escalas de evaluación para evaluar determinados estados psicopatológicos creemos que es legítimo, siempre que se cumplan ciertos requisitos metodológicos y conceptuales. A continuación exponemos resumidamente algunos de los que consideramos más importantes:

a) El uso de escalas «cuantificadoras» presupone, en buena medida, la asunción de los estados psicopatológicos evaluados como un «continuum».

b) Si el instrumento se usa como criterio diferenciador de submuestras previo a una situación experimental, debe aplicarse justo antes de comenzar la tarea experimental (cf. Sacco, 1981).

es por gran uso en clínica y/o investigación y, además, por ser la que proporciona mejor información de un modo más económico. Escalas como la de Zung tienen índices de validez menores e incluso no discriminan adecuadamente grupos diagnósticos; así, por ejemplo, las puntuaciones de los sujetos en esta escala no se corresponde apenas con su grado de depresión evaluado clínicamente (Zung, 1968; Carrol et al., 1973; Conde y Esteban, 1976). Por otro lado, dicha escala evalúa frecuencia de síntomas más que intensidad, por lo que su uso para cuantificar el grado de depresión parece inadecuado (Carroll et al., 1973; Conde y Esteban, 1976). En último lugar, la escala de Hamilton (Hamilton, 1960) es una escala de valoración por parte del entrevistador y, por tanto, es cualitativamente diferente a las otras dos. No obstante, tiene unos aceptables índices de validez (Hamilton, 1969) y es sensible a los cambios terapéuticos (Carroll et al., 1973).

En cuanto a las correlaciones de estas escalas entre sí, las mayores correlaciones se observan entre el BDI y la escala de Hamilton, llegando a correlacionar hasta aproximadamente 0.75 muchos de sus items y las respectivas puntuaciones globales en una muestra de pacientes deprimidos (Schwab, Bialow y Holzer, 1967). La correlación media del BDI con la escala de Zung es de aproximadamente 0.40, también en una muestra de sujetos clínicamente deprimidos (Carroll et al., 1973), por lo que, si consideramos que la depresión es un cuadro más o menos homogéneo, habremos de convenir que o bien alguna de las dos medidas es inadecuada (probablemente la escala de Zung) o bien que ambas medidas evalúan aspectos diferentes (ej.: intensidad vs. frecuencia). (Puede verse en Rehm, 1976, o en Vizcarrro y García Marcos, 1981, una revisión de las intercorrelaciones medias de éstas y otras medidas de la depresión).

## **LIMITACIONES METODOLOGICAS**

El uso de escalas de evaluación para evaluar determinados estados psicopatológicos creemos que es legítimo, siempre que se cumplan ciertos requisitos metodológicos y conceptuales. A continuación exponemos resumidamente algunos de los que consideramos más importantes:

a) El uso de escalas «cuantificadoras» presupone, en buena medida, la asunción de los estados psicopatológicos evaluados como un «continuum».

b) Si el instrumento se usa como criterio diferenciador de submuestras previo a una situación experimental, debe aplicarse justo antes de comenzar la tarea experimental (cf. Sacco, 1981).

- Conde, V., y Esteban, T. (1976): «Problemas metodológicos de las Escalas para la Evaluación de la Depresión». *Revista de Psicología General y Aplicada*, 31, 827-838.
- 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.
- Cosnier, J. (1975): *Neurosis experimental*. Madrid, Taller JB.
- \* Cantwell, D., y Carlson, G. A. (1983): *Affective disorders in childhood and adolescence: An update*. NY, SP Medical & Scientific Books.
- \* Craighead, W. E. (1986): «Away from a unitary model of depression». *Behavior Therapy*, 11, 122-128.
- Coyne, J. C., y Gotlib, I. H. (1983): «The role of cognition in depression: A critical appraisal». *Psychological Bulletin*, 94, 472-505.
- \* Depue, R. A., y Monroe, S. M. (1978): «Learned helplessness in the perspective of the depressive disorders: Conceptual and definitional issues». *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 3-20.
- Diagnostic and Statistical Manual (DSM-III)*. (1980). Washington, APA. (Trad. española en Toray, Barcelona, 1983).
- Dobson, K. S., y Breiter, H. J. (1983): «Cognitive assessment of depression: Reliability and validity of three measures». *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 107-109.
- Dobson, K. S., y Shaw, B. F. (1981): «The effects of self-regulation on cognitive distortions in depression». *Cognitive Therapy & Research*, 5, 391-403.
- Doerfler, L. A. (1981): «Psychological research on depression: A methodological review». *Clinical Psychology Review*, 1, 119-137.
- Feighner, J. P.; Robins, E.; Guze, S. B.; Woodruff, R. A.; Winokur, G., y Muñoz R. (1972): «Diagnostic criteria for use in psychiatric research». *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.
- Golin, S., y Hartz, M. A. (1979): «A factor analysis of the Beck Depression Inventory in a mildly depressed population». *Journal of Clinical Psychology*, 35, 322-325.
- Hamilton, M. (1960): «A rating scale for depression». *Journal of Neurological & Neurosurgery Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hammen, C. L. (1980): «Depression in college students: Beyond the Beck Depression Inventory». *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 48, 126-128.
- Hammen, C. L., y Padesky, C. A. (1977): «Sex differences in the expression of depressive responses on the Beck Depression Inventory». *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 609-614.
- Huessman, L. R. (1978): «Cognitive processes and models of depression». *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 194-198.
- Kanfer, F. H., y Hagerman, S. (1981): «The role of self-regulation». En L. P. Rehm (Ed.), *Behavior therapy for depression: Present status and future direction*. NY, Academic.
- Kimmel, H. D. (Ed.) (1981): «Experimental psychopathology». NY, Academic.

- Conde, V., y Esteban, T. (1976): «Problemas metodológicos de las Escalas para la Evaluación de la Depresión». *Revista de Psicología General y Aplicada*, 31, 827-838.
- 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.
- Cosnier, J. (1975): *Neurosis experimental*. Madrid, Taller JB.
- \* Cantwell, D., y Carlson, G. A. (1983): *Affective disorders in childhood and adolescence: An update*. NY, SP Medical & Scientific Books.
- \* Craighead, W. E. (1986): «Away from a unitary model of depression». *Behavior Therapy*, 11, 122-128.
- Coyne, J. C., y Gotlib, I. H. (1983): «The role of cognition in depression: A critical appraisal». *Psychological Bulletin*, 94, 472-505.
- \* Depue, R. A., y Monroe, S. M. (1978): «Learned helplessness in the perspective of the depressive disorders: Conceptual and definitional issues». *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 3-20.
- Diagnostic and Statistical Manual (DSM-III)*. (1980). Washington, APA. (Trad. española en Toray, Barcelona, 1983).
- Dobson, K. S., y Breiter, H. J. (1983): «Cognitive assessment of depression: Reliability and validity of three measures». *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 107-109.
- Dobson, K. S., y Shaw, B. F. (1981): «The effects of self-regulation on cognitive distortions in depression». *Cognitive Therapy & Research*, 5, 391-403.
- Doerfler, L. A. (1981): «Psychological research on depression: A methodological review». *Clinical Psychology Review*, 1, 119-137.
- Feighner, J. P.; Robins, E.; Guze, S. B.; Woodruff, R. A.; Winokur, G., y Muñoz R. (1972): «Diagnostic criteria for use in psychiatric research». *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.
- Golin, S., y Hartz, M. A. (1979): «A factor analysis of the Beck Depression Inventory in a mildly depressed population». *Journal of Clinical Psychology*, 35, 322-325.
- Hamilton, M. (1960): «A rating scale for depression». *Journal of Neurological & Neurosurgery Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hammen, C. L. (1980): «Depression in college students: Beyond the Beck Depression Inventory». *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 48, 126-128.
- Hammen, C. L., y Padesky, C. A. (1977): «Sex differences in the expression of depressive responses on the Beck Depression Inventory». *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 609-614.
- Huessman, L. R. (1978): «Cognitive processes and models of depression». *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 194-198.
- Kanfer, F. H., y Hagerman, S. (1981): «The role of self-regulation». En L. P. Rehm (Ed.), *Behavior therapy for depression: Present status and future direction*. NY, Academic.
- Kimmel, H. D. (Ed.) (1981): «Experimental psychopathology». NY, Academic.

c) El instrumento debería ser capaz de diferenciar no sólo muestras de sujetos normales y sujetos con un grado determinado de la patología que pretende evaluar, sino que debería diferenciar entre muestras de sujetos con diferentes patologías (Meehl, 1973; Rehm, 1976).

d) Ha de considerarse que un instrumento cuantificador (ej.: BDI) no es un instrumento diagnóstico (Depue & Monroe, 1978; Vázquez, 1984) y, por tanto, no supe la tarea de un diagnóstico clínico formal (utilizando, por ejemplo, la DSM-III, 1980).

En definitiva, creemos que el uso de escalas «cuantificadoras» es decididamente útil siempre que se asuman estos principios conceptuales y metodológicos. El uso de este tipo de instrumentos es, por otra parte, de una importancia vital en el desarrollo de la investigación en Psicopatología y en Personalidad, dada la dificultad que existe, en general, para el acceso a muestras clínicas de sujetos.

#### REFERENCIAS

- Abramson, L. Y.; Garber, J.; Jdwards, N. B., y Seligman, M. E. P. (1978): «Expectancy changes in depression and schizophrenia». *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 102-109.
- Amenson, C. S., y Lewinsohn, P. M. (1981): «An investigation into the observed sex differences in prevalence of unipolar depression». *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 1-13.
- Beck, A. T. (1967): *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. NY, Harber.
- Beck, A. T. (1974): «The development of depression: A cognitive model». En R. J. Friedman y M. M. Katz (Eds). *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. NY, Wiley.
- BecBeck, A. T. (1976): *Cognitive therapy and the emotional disorders*. NY, International University Press.
- Beck, A. T.; Ward, C.; Mendelson, M.; Mock, J., y Erbaugh, J. (1961): «An inventory for measuring depression». *Archives of Genral Psychiatry*, 4, 561-571.
- Buceta, J. M. (1981): *Learned helplessness: Un acercamiento experimental al estudio de la depresión*. Tesis Doctoral, Universidad Complutense.
- Bumberry, W.; Oliver, J., y McClure, J. N. (1978): «Validation of the Beck Depression Inventory in a university population using psychiatric estimate as the criterion». *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 46, 150-155.
- \* Carroll, B. J.; Fielding, J. M., y Blashky, T. G. (1973): «Depression rating scales». *Archives of General Psychiatry*, 28, 361-366.
- Carroll, B. J.; Feinberg, M.; Smouse, P.; Rawson, S. G., y Greden, J. F. (1981): «The Carroll Rating Scale for Depression: I. Development, Reliability, and Validation». *British Journal of Psychiatry*, 138, 194-200.

- Klein, D. C., y Seligman, M. E. P. (1916): «Reversal of performance deficits and perceptual deficits in learned helplessness and depression». *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 11-26.
- Klerman, G. L. (1980): «Overview of affective disorders». En H. I. Kaplan, A. M. Freedman, y B. J. Sadock (eds.), *Comprehensive textbook of Psychiatry*. Baltimore, Williams & Wilkins. (Trad. española en Barcelona, Salvat, 1983).
- Lewinsohn, P. M. (1974): «Clinical and theoretical aspects of depression». En K. S. Calhoun, H. E. Adams, y K. M. Mitchell (Eds.), *Innovative methods in psychopathology*. NY, Wiley.
- Libro Blanco de la Depresión en España (1982)*. Madrid, Laboratorios Lederle.
- Maier, S. F., y Seligman, M. E. P. (1976): «Learned helplessness: Theory and evidence». *Journal of Experimental Psychology: General*, 105, 3-46.
- Marx, M. B.; Garrity, T. E., y Bowers, F. R. (1975): «The influence of life experience on the health of college freshmen». *Journal of Psychosomatic Research*, 19, 78-89.
- Maser, J. D., y Seligman, M. E. P. (1977): *Psychopathology: Experimental models*. (Trad. española en Madrid, Alhambra, 1982).
- Metcalf, M., y Goldman, E. (1965): «Validation of an inventory for measuring depression». *British Journal of Psychiatry*, 111, 240-242.
- Meehl, P. (1973): «Why I do not attend case conference». En P. Meehl, *Psychodiagnosis: Selected papers*. Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Miller, W. R., y Seligman, M. E. P. (1975): «Depression and learned helplessness in man». *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 228-238.
- Mischel, W. (1974): *Personalidad y evaluación*. México, Trillas.
- Oliver, J. M., y Burkhart, R. (1979): «Depression in university students: Duration, relation to calendar time, prevalence, and demographic correlates». *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 667-670.
- Overall, J. E., y Rhoades, H. M. (1982): «Use of the Hamilton rating scale for classification of depressive disorders». *Comprehensive Psychiatry*, 23, 370-376.
- Polaino, A., y Vázquez, C. (1981): «Indefensión aprendida (Learned helplessness)»: Un modelo experimental animal. *Psuquis*, 2, 169-180.
- Polaino, A.; Vázquez, C., y Fernández, E.: «Síntomas depresivos en una muestra universitaria»: Un análisis de «clusters», en prensa.
- Rehm, L. P. (1976): «Assessment of depression». En M. Hersen y A. S. Bellack (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook*. Oxford: England, Pergamon.
- Sacco, W. P. (1981): «Invalid use of the Beck Depression Inventory to identify depressed college-student subjects: A methodological comment». *Cognitive Therapy & Research*, 5, 143-147.
- Sarason, I. G., y Sarason, B. R. (1980): *Abnormal Psychology (3 ed.)*. NY, Prentice-Hall.
- Serban, G. y Kling, A. (Eds.) (1976): *Animal models in human psychobiology*. NY, Plenum.

- Schwab, J. J.; Bialow, M.; Holzer, C. E., et al. (1976): «Sociocultural aspects of depression in medical inpatients. II. Symptomatology and classification. *Archives of General Psychiatry*, 17, 539-542.
- Seligman, M. E. P. (1975): *Helplessness. On depression, development, and death*. San Francisco, Freeman. (Trad. española en Madrid, Debate, 1981).
- Shaw, B. F. (1982): «Stress and depression: A cognitive perspective». En R. W. Neufeld (Ed.), *Psychological stress and psychopathology*. NY, McGraw-Hill.
- Shaw, B. F., y Dobson, K. S.: «Cognitive assessment of depression». En T. V. Merluzzi, C. R. Glass, y M. Genest (Eds.), *Cognitive assessment*, NY, Gilford.
- Van Praag, H. M. (1977): *Depression and schizophrenia*. NY, Spectrum.
- Vázquez, C.: *La indefensión aprendida: Revista crítica de un modelo experimental de depresión*. Memoria de Licenciatura. Universidad Complutense, 1981.
- Vázquez, C. (1984): *Estado de ánimo y tipo de presentación estimular: Relaciones con los juicios de contingencia*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense.
- Vizcarro, C., y García, J. A. (1981): «Los autoinformes». En R. Fernández Ballasteros y J. A. Carrobes (Eds.), *Evaluación conductal*, Madrid, Pirámide, 1981.
- Weckowith, T. E.; Muir, W., y Cropley, A. J. (1976): «A factor analysis of the Beck Inventory of Depression». *Journal of Consulting Psychology*, 31, 23-28.
- Wellsman, A. N., y Klerman, G. L. (1977): «Sex differences and the epidemiology of depression». *Archives of General Psychiatry*, 34, 98-111.
- Zung, W. W. (1965): «A self-rating depression scale». *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.