

## CAPÍTULO IV

---

# EVALUACIÓN DE TRASTORNOS DEPRESIVOS Y BIPOLARES

**Carmelo Vázquez**

*Universidad Complutense de Madrid*

**A** lo largo de este capítulo efectuaré una revisión de los instrumentos más utilizados para la evaluación de la depresión y la manía, tanto en aquellos aspectos conducentes a un diagnóstico como en ciertas variables ligadas a los trastornos anímicos (e.g., ideas irracionales, pensamientos automáticos, etc.).

El punto de partida esencial para comprender la evaluación de los trastornos afectivos es establecer claramente la distinción entre síntoma, síndrome y cuadro clínico (e.g., Vázquez y Sanz, 1991a; Vázquez y Lozoya, en prensa). El término «depresión» a veces lo empleamos simplemente para denotar un estado de ánimo bajo, alicaído. Esto es sencillamente un *síntoma* anímico que está presente en muchos momentos de la vida de una persona y también está presente en la mayor parte de los trastornos mentales (ansiedad, esquizofrenia, anorexia, etc.). En un sentido más estricto, la depresión puede entenderse como un *síndrome* o conjunto de síntomas: baja autoestima, desesperanza, apatía, desinterés por las cosas o por los demás, dolores corporales, etc. Muchas de las escalas que evalúan «depresión» adoptan esta perspectiva acumulativa: se obtiene una puntuación total depresiva mediante la suma de los síntomas presentes. Por último, en un sentido aún más restrictivo, la depresión es un cuadro clínico, una *entidad diagnóstica*. Es decir, existen determinados sistemas de clasificación (como, por ejemplo, el DSM-III-R) que denominan «depresiva» sólo a aquella persona que cumple un conjunto *determinado* de síntomas, pero además cum-

ple otras condiciones (e.g., ausencia de trastornos esquizofrénicos y delirantes, ausencia de factores causales orgánicos, etc.). Una conclusión crucial de esta distinción es que para el diagnóstico de la depresión es deseable emplear tanto una perspectiva *categorial* o clasificatoria como una perspectiva más *dimensional*. En definitiva, es necesario conocer a qué categoría diagnóstica pueden pertenecer los síntomas que manifiesta el sujeto y, por otro lado, poder cuantificar (normalmente a través de escalas) la gravedad de los síntomas presentes.

No hay que olvidar que las escalas y otros instrumentos cuantificadores de la gravedad sirven exclusivamente para identificar síntomas y valorar su intensidad. Sin embargo, el diagnóstico categorial se efectúa teniendo en cuenta no sólo el número y tipo de síntomas presentes, sino la ausencia de otros cuadros clínicos potencialmente presentes (ejemplo, esquizofrenia, intoxicación por drogas, etc.), la duración de los síntomas, determinadas combinaciones de presencia/ausencia de síntomas, etc.).

## 1. TIPOS DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Tal y como se plantea en el DSM-III-R (APA, 1987), el concepto básico en esta categoría general es el de *episodio*, es decir, un período continuado de al menos unas dos semanas en el que han aparecido un conjunto de síntomas afectivos. Dentro de la categoría de los Trastornos del Estado de Ánimo, se distinguen a su vez dos grandes subcategorías: *Trastorno Depresivo* y *Trastornos Bipolares*.

Los trastornos depresivos se caracterizan, en general, por la presencia de al menos un *episodio de depresión* sin que exista o haya existido una historia de episodios maníacos o hipomaníacos (ver Vázquez y Sanz, 1991a).

La subcategoría diagnóstica más frecuente e importante de los Trastornos Depresivos es la *depresión mayor*, lo que comúnmente se entiende por un cuadro depresivo. Para su diagnóstico se requiere cumplir una serie de síntomas y cumplir una serie de adicional de criterios como, por ejemplo, que los síntomas no se deban a una causa orgánica ni a una reacción normal ante la pérdida de un ser querido (véase la Tabla 4-1). Así una persona cuyo trastorno anímico sea *consecuencia* de una enfermedad, no debe recibir el diagnóstico de «trastorno afectivo» sino el de «trastorno orgánico del estado de ánimo» (categoría que no está incluida en el apartado de los «Trastornos del Estado de ánimo», sino en el de los «Trastornos orgánicos»). Asimismo, la reacción de depresión relativamente frecuente ante la muerte de alguien

cercano —pensemos en la viudez en este caso—, tampoco es diagnosticable dentro de esta categoría animica. Una segunda subcategoría depresiva de interés es la denominada «*distimia*»: un estado de depresión que, sin llegar a cumplir rigurosamente todos los síntomas de la depresión mayor, ha persistido durante al menos 2 años de modo continuado; en cierto modo, se trataría de una especie de «personalidad depresiva».

En cuanto a los Trastornos Bipolares, en esta categoría se incluye a aquellas personas que manifiesten o hayan manifestado *episodios de manía* (véase la Tabla 4-2), hayan existido o no episodios de depresión. En algunas personas hay alternancias de episodios maníacos y depresivos, mientras que en otras los episodios de manía se alternan con periodos de relativa normalidad.

Como puede apreciarse, diagnosticar un cuadro afectivo no es sencillo. No basta sólo emplear una escala de síntomas sino que se requiere el uso de unos criterios diagnósticos precisos de inclusión y exclusión que permitan efectuar un diagnóstico adecuado. Ahora bien, una vez establecido el diagnóstico, resulta pertinente el uso de medidas para cuantificar la gravedad de la sintomatología y a esto dedicaremos buena parte del capítulo. Como hemos insistido en otras ocasiones (e.g., Vázquez, 1986, 1991; Vázquez y Lozoya, 1994), una evaluación adecuada de los trastornos afectivos debería incluir idealmente tanto un sistema de diagnóstico *categorial* como un método de cuantificación de síntomas que nos permita evaluar la *gravedad* del trastorno.

Para la formulación categorial es deseable proporcionar un diagnóstico tipo DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, RDC (Vázquez, 1990a,b) (1). Este diagnóstico puede efectuarse simplemente siguiendo las indicaciones diagnósticas de estos sistemas de clasificación mediante un sencillo «listado de síntomas» que cubra los criterios expuestos en la Tabla 4-1 y Tabla 4-2, o bien, cuando se trate de protocolos de investigación más rigurosos, empleando *entrevistas estructuradas* que conduzcan a este tipo de diagnóstico. Estas entrevistas (e.g., SADS, DIS, etc.), proporcionan una detallada información psicopatológica del paciente, incrementan la fiabilidad del diagnóstico efectuado, permiten la comparabilidad de los resultados con los de otros estudios rigurosos publicados, y proporcionan diagnósticos categoriales reconocidos. Asimismo, en estudios epidemiológicos rigurosos puede ser de gran utilidad el empleo de estas entrevistas para poder establecer diagnósticos categoriales comparables con otros estudios.

---

(1) Incluso puede ser deseable efectuar un diagnóstico siguiendo las pautas de dos o más de estos sistemas dado que no son absolutamente coincidentes. Por ejemplo, como han demostrado Gallagher et al. (1992), a pesar de su aparente similitud, el DSM-III-R y los RDC son *menos restrictivos* que el DSM-III (APA, 1980) para el diagnóstico de la *melancolía* (un subtipo de depresión mayor en el que predominan síntomas vegetativos y un estado de ánimo más decaído).

**Tabla 4-1**  
**Resumen de los criterios diagnósticos**  
**de «Episodio depresivo mayor» según el DSM-III-R (APA, 1987)**

---

- A.** DURANTE al menos 2 SEMANAS, presencia de al menos 5 de los siguientes síntomas, incluyendo el 1 o el 2 necesariamente:
- 1) Estado de ánimo deprimido.
  - 2) Disminución del placer o interés.
  - 3) Aumento o disminución de peso/apetito.
  - 4) Aumento o disminución del dormir.
  - 5) Agitación o enlentecimiento psicomotor.
  - 6) Fatiga o pérdida de energía.
  - 7) Sentimientos de inutilidad o culpa.
  - 8) Problemas de concentración o toma de decisiones.
  - 9) Ideas de muerte o de suicidio.
- B.** 1) Origen no orgánico (e.g., enfermedades, drogas o alcohol).  
2) No debido a duelo normal.
- C.** Ausencia de delirios no depresivos.
- C.** Ausencia de esquizofrenia.
- 

**Tabla 4-2**  
**Resumen de los criterios diagnósticos**  
**de «Episodio maniaco» según el DSM-III-R (APA, 1987)**

---

- A.** Período preciso y persistente con estado de ánimo elevado, expansivo o irritable.
- B.** Presencia de al menos tres de los siguientes síntomas:
- 1) Excesiva autoestima o grandiosidad.
  - 2) Disminución de la necesidad de dormir.
  - 3) Locuacidad.
  - 4) Sensación de que los pensamientos van muy rápido (fuga de ideas).
  - 5) Distrabilidad.
  - 6) Actividad excesiva.
  - 7) Actividades de riesgo.
- C.** El estado de ánimo es incapacitante o requiere hospitalización.
- D.** Ausencia de alucinaciones o delirios previos.
- E.** Ausencia de esquizofrenia.
- F.** Origen no orgánico (e.g., enfermedades, drogas o alcohol).
-

Además de esta evaluación categorial, es deseable incluir una evaluación dimensional de los síntomas. Es decir, dado que se supone que la sintomatología depresiva varía en intensidad a lo largo de un continuo, es conveniente valorar la gravedad de los síntomas. Más adelante revisaremos con más detalle los principales instrumentos existentes y las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos.

## 2. EPIDEMIOLOGÍA

Existe una notable disparidad entre los diversos estudios existentes, básicamente dependiendo de qué *criterios* se utilizan para definir la depresión. Aquí se hará mención de aquellos estudios que han analizado el *porcentaje de personas de la población general que satisfacen criterios diagnósticos estrictos* de depresión, normalmente con el DSM-III o DSM-III-R (Boyd & Weissman, 1985; Weissman & Boyd, 1985; Clayton, 1986; Belsher & Costello, 1988). Cuando se emplean otros criterios más flexibles (e.g., puntos de corte en sencillas escalas autoaplicadas de síntomas) los resultados suelen ser artificialmente más elevados (Compas, Ey, y Grant, 1993).

*Trastornos depresivos.* Por subgrupos diagnósticos, el conjunto de los Trastornos Depresivos es mucho más frecuente que el de los Trastornos Bipolares: los depresivos suponen un 90% del conjunto total de los afectivos, mientras que los bipolares suponen el 10% restante. En cuanto a las cifras de prevalencia vital, alrededor de un 5% tendrá *al menos un episodio depresivo mayor* a lo largo de su vida, busque o no ayuda profesional para superarlo (Boyd & Weissman, 1981). La *prevalencia puntual*, es decir, el porcentaje de la población que en un momento dado sufre un trastorno depresivo, es del 1-2% en los hombres y del 3-4% en las mujeres. Respecto a la *incidencia anual* (tasa de *nuevos* casos detectados anualmente) es de 100/100.000 habitantes en los hombres y de 250/100.000 habitantes en las mujeres.

Un dato transcultural consistente es que los trastornos depresivos aparecen aproximadamente en el *doble* de mujeres que de hombres. Tanto los datos provenientes de muestras de la población general como de pacientes hospitalizados, muestran que por término medio el riesgo de manifestar esta alteración en el curso de la vida es de un 7-8% para las mujeres y tan sólo del 2-4% para los hombres (Clayton, 1983). Estas diferencias según el sexo son reales y no obedecen a ningún artefacto estadístico como a veces se ha argumentado (Vázquez y Sanz, en prensa). No obstante, existen algunas excepciones interesantes: no existen diferencias sexuales en la prevalencia de la depresión en sociedades no modernas (como los Amish), los

ancianos, o los estudiantes universitarios (Nolen-Hoeksema, 1987). En cuanto a la repetición de los episodios, una vez se ha sufrido ya uno el número medio de nuevos episodios es de cinco a seis. La duración media de un episodio es 7-8 meses o incluso más (Clayton, 1986). Un dato también interesante es que, comparando los datos de estudios longitudinales de varias décadas, parece que hay una clara tendencia actual a un *aumento* de la depresión en la población y en especial entre los varones jóvenes (Smith y Weissman, 1991). Finalmente, frente a lo que a menudo se cree, no parece haber diferencias debidas al estatus socioeconómico.

Las cifras sobre recaídas que se manejan en la actualidad son menos optimistas que las que se manejaban hace algunos años (véase Vázquez y Sanz, 1991a). Estudios mejor diseñados y con un seguimiento de los casos más continuo, establecen que aproximadamente el 25% de los unipolares hospitalizados recaen a los 6 meses, un 35% al cabo del primer año, y un 50% al cabo de dos años. Estas cifras son aún peores cuando la depresión coexiste con alguna enfermedad orgánica o dolencia crónica (Belsher & Costello, 1988). Los datos ponen claramente de manifiesto que mientras que variables como el sexo o el estado civil no afectan significativamente en la probabilidad de recaer, ciertos factores *psicosociales* juegan un papel importante: presencia de estresores (crónicos o agudos), falta de apoyo social y existencia de disfunciones cognitivas (Jarrett, 1990; Lewinsohn et al., 1988; Belsher & Costello, 1988).

*Trastornos bipolares.* Al ser trastornos mucho más infrecuentes, las cifras de incidencia y de prevalencia puntual son mucho más inciertas como puede apreciarse en la Tabla 4-3. Los primeros episodios se suelen dar en pacientes más jóvenes (una media de 20 años) y, como con los episodios depresivos mayores, parece haber en la actualidad una prevalencia al alza. Además, la cronicidad del trastorno es más elevada que la de los trastornos depresivos. Es un trastorno en el que no hay diferencias en función del sexo ni del estatus socioeconómico. Por último, como también sucede con la depresión mayor, estos trastornos son más frecuentes en áreas urbanas que rurales (Smith y Weissman, 1991).

### 3. EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS

#### 3.1. Pauta de entrevista diagnóstica aplicada

La herramienta diagnóstica y evaluadora fundamental es la entrevista, aunque no siempre sea fácil obtener información de una persona deprimida. Su frecuente falta de interés y de motivación *también* puede extenderse

**Tabla 4-3**  
**Características diferenciadoras de los trastornos depresivos**  
**y los bipolares**

	<b>TRASTORNOS DEPRESIVOS</b>	<b>TRASTORNOS BIPOLARES</b>
% del total de trastornos del estado de ánimo	90 %	10 %
Edad de comienzo aproximada	40 años	20 años
Mujeres/Hombres	2/1	1/1
<b>Prevalencia vital:</b>		
Mujeres	7-8 %	1 %
Hombres	2-4 %	1 %
<b>Prevalencia puntual:</b>		
Mujeres	3-4 %	0,5 %
Hombres	1-2 %	0,5 %
<b>Incidencia anual (casos nuevos):</b>		
Mujeres	250/100.000 hab.	30/100.000 hab.
Hombres	100/100.000 hab.	30/100.000 hab.
Número medio de episodios	5-6	8-9
Duración media del episodio (meses)	8	4
Porcentaje vital de recaídas	75 %	95 %
Recaídas en el primer año	30 %	?
Cronicidad media	10 %-15 %	25 %

a la entrevista, haciendo a veces frustrante la tarea. Por otro lado, algunos sesgos cognitivos y emocionales de los pacientes pueden hacer teñir negativamente la información que proporcionan: puede que empleen términos muy absolutistas para enjuiciar sucesos pasados o, como hemos demostrado recientemente, que tiendan a recordar mejor lo negativo que lo positivo (Matt, Vázquez y Campbell, 1992). Por todo esto se requiere que el entrevistador sea paciente, empático, y sensible a la información verbal y no verbal del cliente. Es recomendable, por ejemplo, evitar el empleo del término «depresión» con los pacientes para describir su estado ya que esto puede reforzar su idea de que la depresión es un rasgo o algo crónico (Shaw *et al.*, 1985).

La exploración del paciente ha de centrarse no sólo en episodios actuales sino también pasados, y naturalmente hay que explorar si ha habido algún *episodio de manía* en el pasado, en cuyo caso se clasificaría como «trastorno bipolar», sea cual sea su estado de ánimo actual (DSM-III-R, 1987). Además, es importante que el entrevistador conozca las teorías y

datos actuales sobre la depresión para explorar aquellos factores de riesgo que sabemos asociados a la depresión: problemas económicos, falta de apoyo social, estresores importantes, falta de autoestima, etc.

El instrumento fundamental de exploración de un paciente es la entrevista en cualquiera de sus formatos, desde las más estructuradas a las más abiertas. En cualquier caso, una *entrevista con fines diagnósticos* debe conllevar un guión bien determinado. Desde nuestro punto de vista, la aproximación más razonable es seguir de cerca los criterios del DSM-III y/o DSM-III-R, independientemente de que también puedan valorarse otros síntomas (e.g., lloro) que no están presentes en estos criterios. A continuación vamos a exponer una serie de consejos para una sencilla *exploración diagnóstica* siguiendo los criterios DSM-III (Leber *et al.*, 1985) (2).

En el DSM-III se considera *necesaria* la presencia durante al menos 2 semanas de: a) un *estado de ánimo* bajo y constante durante la mayor parte del día, o b) una disminución de *placer o de interés* en las actividades cotidianas. Pero además de cumplir uno de estos dos criterios, se requiere también la presencia de cuatro de los siguientes síntomas:

1. *Cambios de peso y/o apetito*. La pérdida de peso y/o apetito es un síntoma tradicionalmente considerado típico de la depresión. Aunque haya más discusión sobre si el exceso de peso y/o apetito es también característico, en el DSM-III también se incluye esta posibilidad. El criterio indicado en el DSM-III es un aumento o disminución de peso del 5% sobre el peso habitual. A veces es difícil valorar este síntoma porque puede que el paciente: a) tenga poco apetito para la comida pero, sin embargo, coma muchos dulces o tenga estereotipias alimentarias; b) tenga una enfermedad física o medicación que afecte su apetito o su peso; c) coma tanto como siempre pero diga no disfrutar nada con la comida; d) tenga un apetito con muchos altibajos. En todos estos casos, es conveniente preguntarse dos cosas: 1) ¿es esta condición *diferente* a lo que sucede normalmente en esta persona?, y 2) ¿lo *vive* el paciente como un problema? Si las respuestas a ambas preguntas son afirmativas, deberíamos considerar que el síntoma está presente.

2. *Trastornos del sueño*. Como sucede con el síntoma anterior, el insomnio se ha considerado siempre como un síntoma depresivo, pero con el hipersomnio hay más dudas. En cualquier caso, se debe explorar tanto el insomnio inicial, como el medio, y el terminal, y analizar cómo es el estado de somnolencia del paciente durante las 24 horas (véase una revisión en Vázquez, 1990d). Un criterio habitual para el insomnio inicial es tardar más

---

(2) Naturalmente se pueden emplear instrumentos más sofisticados como las entrevistas estructuradas SAQS, SCID, o CIDI, todas ellas conducentes a diagnósticos con criterios operativos (RDC, DSM-III-R, o CIE-10).

de 30 minutos en quedarse dormido. El insomnio medio describe la situación de despertarse más de 30 minutos durante la noche con dificultades para volver a dormir. El insomnio tardío debería valorarse como existente cuando el paciente dice despertarse, sin poder volver a dormir, entre una y tres horas antes de la hora que era habitual. Por el contrario, no hay un criterio claro para diagnosticar hipersomnio. La entrevista SADS, por ejemplo, considera la presencia de hipersomnio si el paciente duerme una hora más de lo que en él era habitual.

El diagnóstico de los problemas del sueño puede complicarse cuando el paciente está bajo medicación antidepressiva u otra, tiene dolores, turnos de trabajo rotatorios, etc. Si el paciente ha mejorado su sueño por efectos de la medicación específica (e.g., somníferos), la entrevista diagnóstica SADS sugiere que se evalúe este ítem en base a cómo considera el paciente que sería su sueño *si no* estuviese medicado. Pero, de nuevo, cuando la decisión sea complicada, suele ser útil valorar si el patrón de sueño es diferente al de antes de estar deprimido y si esto resulta un problema para el paciente.

3. *Trastornos psicomotores.* Éste es un síntoma que suele estar insuficientemente valorado en las escalas autoaplicadas de depresión. Hace referencia tanto a retardo como a agitación. No basta con que el paciente se sienta más agitado, nervioso o lento. Su diagnóstico requiere alguna manifestación conductual que sea *visible para los demás*. Normalmente el *retardo* se expresa en un habla o movimientos enlentecidos. La *agitación* suele manifestarse en locuacidad verbal, a veces, en hablar a gritos, no poderse estar quieto (deambular, frotarse las manos, tirarse del pelo mientras se está sentado), etc. Estas características pueden ser tan pronunciadas que a veces se habla de «depresión retardada» o «depresión agitada», respectivamente. Aunque a menudo la información obtenida durante la entrevista —incluido el comportamiento del paciente durante la misma— puede bastar para valorar el síntoma, puede ser necesario requerir información de familiares o amigos.

4. *Fatiga o pérdida de energía.* Es necesario hacer preguntas para distinguir entre pérdida de energía y pérdida de *interés* pues son síntomas diferentes. A veces, los entrevistados dicen tener falta de energía, pero en realidad se trata de una disminución en el interés.

5. *Sentimientos excesivos de falta de valía, autorreproches, o culpa.* Para la valoración de la culpa el clínico ha de situarla en el contexto cultural, religioso y social en el que se mueve el paciente. El requisito general del DSM-III de que los síntomas estén presentes a diario o casi a diario durante 2 semanas, ayuda a tomar una decisión en este sentido.

6. *Dificultad para concentrarse, pensar, o tomar decisiones.* A veces se

ha considerado que esto es parte del «retardo psicomotor» pero en el DSM-III se tiene en cuenta como algo aparte. Las preguntas típicas tienen que ver sobre si el paciente es capaz de seguir una conversación o programas de TV, concentrarse en el trabajo, etc. Hay que hacer entender al paciente con nuestras preguntas que una cosa es tener interés en algo y otra, qué es lo que se evalúa con este ítem, si es capaz de concentrarse en eso.

7. *Pensamientos recurrentes de suicidio o muerte.* Un clínico está *siempre* moral y deontológicamente obligado a valorar la presencia posible de este sintoma en la depresión. Uno de los falsos tópicos existentes, es el de que hablar de suicidio puede activar ideas o planes de suicidio. Por el contrario, hablar de esto suele ser un alivio para los pacientes. En el caso de que sea un síntoma claro, éste debería ser el primer objetivo terapéutico (e.g., Beck *et al.*, 1983). Obviamente los planes o intentos de suicidio deben contabilizarse como presencia del sintoma. Por otro lado, a diferencia de lo que corresponde hacer con otros síntomas, parece razonable concebir como «presente» este síntoma aunque no haya aparecido diariamente de un modo persistente.

Cumplir estos síntomas no supone automáticamente diagnosticar un «episodio depresivo». Hay que *descartar* una serie de condiciones *excluyentes* con las que puede confundirse un episodio de esta naturaleza (Vallejo y Gastó, 1990): síndromes orgánicos afectivos, demencias y pseudodemencias, trastornos de ansiedad, esquizofrenias y trastornos esquizoafectivos, trastornos adaptativos, trastornos del sueño, trastornos sexuales (véase una amplia revisión del diagnóstico diferencial de la depresión en Vázquez y Sanz, 1991a).

Por último, para la decisión final sobre si alguno de estos ítems es diagnosticable o no en un paciente dado, puede necesitarse recurrir a información complementaria derivada de escalas (e.g., escalas de autoestima, desesperanza, etc.) u otros procedimientos (e.g., información de familiares).

## 3.2. Instrumentos de medida: consideraciones generales

### 3.2.1. *¿Evaluación categorial o dimensional?*

Como hemos señalado en otro lugar (Vázquez y Sanz, 1991a), la pregunta diagnóstica crucial ante una persona con un problema anímico es si constituye un cuadro clínico depresivo. ¿Es un trastorno depresivo o es otra categoría diagnóstica? Esta primera aproximación la efectúa *todo* clínico sea cual sea su orientación e incluso en aquellos clínicos que nieguen efectuar «diagnósticos» en su práctica cotidiana (Vázquez, 1991). La respuesta a esta

pregunta ha de provenir del empleo de algún sistema de clasificación categorial o, en otras palabras, de etiquetas diagnósticas.

Los criterios diagnósticos más aceptados son los del DSM-III (1980, 1987). Este sistema de clasificación tiene la indiscutible ventaja de que *explicita* los criterios que han de utilizarse para dar un diagnóstico determinado. Aunque no exento de posibles críticas (Vázquez, 1990b), su uso debería ser de cumplimiento obligado especialmente en cualquier protocolo de investigación. El empleo de un procedimiento estándar diagnóstico como el DSM-III permite alcanzar un requisito imprescindible de cualquier empresa científica: la comunicabilidad de los hallazgos y la adopción de un sistema común conceptual razonablemente fiable.

La evaluación categorial de los Trastornos afectivos es altamente deseable aun reconociendo las múltiples *arbitrariedades* que conlleva una formalización diagnóstica de este tipo (Wetzler & vanPraag, 1989). Estas arbitrariedades se manifiestan en la inclusión de unos criterios y no otros (por ejemplo, en el DSM-III-R no figuran síntomas como «llorar»), en la consideración de puntos de corte determinados (por ejemplo, requerir la presencia de síntomas al menos durante *dos* semanas), y en la presencia de un número determinado de síntomas (por ejemplo, la presencia de al menos *cinco* de un conjunto de nueve; ¿por qué no seis o cuatro?). Por otro lado, en el DSM-III y DSM-II-R no se considera que ningún síntoma sea más importante que otro; es decir, es un tipo de clasificación «horizontal» que no otorga más peso a la presencia de determinados síntomas. Todos los síntomas, si aparecen, reciben el mismo valor diagnóstico. Una de las pocas excepciones se da precisamente en la sección de los «Trastornos del estado de ánimo», en donde es necesaria la presencia de un «estado de ánimo deprimido» o una «disminución del placer» para poder efectuar un diagnóstico de «episodio depresivo mayor» (véase la Tabla 4-1).

Hay que tener en cuenta que un diagnóstico categorial apenas tiene valor para el diseño terapéutico. Pero en los últimos años, incluso los protocolos terapéuticos de orientación más conductual acertadamente incorporan diagnósticos DSM-III para definir e identificar los sujetos, independientemente de que después se utilicen otras técnicas de evaluación más dimensionales para el seguimiento de la terapia, análisis del cambio terapéutico, etcétera.

Para ofrecer un diagnóstico categorial con el DSM-III se pueden seguir simplemente los criterios señalados en el manual y comprobar, con una entrevista clínica si están o no presentes. Sin duda, éste es el modo de funcionamiento habitual. Sin embargo, en protocolos de investigación rigurosos es casi obligado incorporar otros procedimientos más elaborados que permitan lograr una mayor fiabilidad diagnóstica. El instrumento más ade-

cuado es, sin duda, la *entrevista estructurada*; es decir, entrevistas que, al emplear un guión fijo y un sistema de valoración cuantitativa de las respuestas del sujeto, permiten hacer un repaso sistemático a un determinado problema clínico (Vázquez, 1990a). Cada pregunta formulada al paciente tiene la finalidad de obtener una información completa y fiable para proporcionar finalmente un diagnóstico clínico. Algunas de estas entrevistas, como las que revisaremos a continuación, *conducen directamente* a un diagnóstico DSM-III o DSM-III-R en función de las respuestas del sujeto.

**SADS.** La SADS (Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia) es una compleja entrevista estructurada que requiere un entrenamiento especial (Endicott, 1978; Endicott y Spitzer, 1979). Cada ítem está definido de un modo muy preciso, se indica exactamente la pregunta que hay que efectuar y se señala cómo hay que valorar la gravedad, normalmente en una escala de 7 puntos, de cada respuesta (Vázquez, 1990b). Existen dos versiones: la SADS normal y la SADS-L (versión vital) que cubre los problemas psicopatológicos habidos ahora y en el pasado. Es una entrevista larga (dura de 1 a 2 horas) y proporciona diagnósticos RDC que son de gran parecido a los DSM-III (Vázquez, 1990c). La SADS, desarrollada con fines de investigación para poder lograr altos índices de fiabilidad interjueces, cubre dos posibles diagnósticos: Trastornos afectivos y Esquizofrenia. Su uso, como el de otras entrevistas estructuradas, es ampliamente recomendable en protocolos de investigación (véase una aplicación, en nuestro país, por Vizcarro *et al.*, 1986).

**SCID.** El SCID (Structured Clinical Interview for DSM-III; Spitzer, Williams & Gibbon, 1987) es una entrevista estructurada de formato casi idéntico a la SADS pero cubre muchas más etiquetas diagnósticas que ésta. También desarrollada por Robert Spitzer —coordinador de los grupos de trabajo del DSM-III, DSM-III-R y DSM-IV— permite obtener un diagnóstico DSM-III-R de diversas entidades diagnósticas incluidos los Trastornos del Estado de Ánimo.

El uso de estas entrevistas estructuradas permite precisar mejor el diagnóstico efectuado pues en cada pregunta se ofrece explícitamente la pregunta a efectuar, una breve guía orientativa para el clínico, y finalmente el modo de valorar y cuantificar la respuesta del sujeto. Con un adecuado entrenamiento, estas entrevistas permiten obtener elevados índices tanto de fiabilidad interjueces como de validez (Wtzler & van Praag, 1989).

### 3.2.2. *¿Escala de observación o autoaplicadas?*

Suele ser relativamente fácil detectar la presencia de un síntoma psicopatológico. El problema es evaluar su *gravedad* y el grado en que afecta al

*ajuste* vital del paciente (Hamilton, 1987). Aquí es donde las escalas ofrecen su principal aportación. Casi todas evalúan la gravedad de los síntomas en varios puntos (normalmente entre 3 y 5). Algunas emplean un criterio de duración o frecuencia de los síntomas y otras de intensidad (véase la Tabla 4-5).

Es siempre complicado determinar la validez de una escala porque en Psiquiatría y en Psicología Clínica no existe lo que se denomina «criterios dorados» (*golden criteria*). Es decir, no existen criterios infalibles (e.g., pruebas radiológicas, test bioquímicos, etc.) que permitan contrastar la validez de un instrumento. Por eso, la tarea de validación es siempre aproximativa y acumulativa (Silva, 1989). Así pues, es *imposible* obtener una escala o un instrumento diagnóstico «absolutamente válidos» porque carecemos de criterios de referencia precisos e incontestables en Psicopatología. Los típicos procedimientos para validar una escala psicopatológica (de ansiedad, depresión, o de cualquier otro constructo) son: a) compararla con los juicios clínicos de expertos (normalmente en escalas de Likert de 3 a 11 puntos), b) comprobar si correlaciona bien con otras escalas semejantes (lo que no deja de ser algo circular), y c) ver si es capaz de diferenciar grupos supuestamente diferentes en el constructo que se pretende medir.

Hay dos grandes técnicas de medida: escalas de *observación* o heteroaplicadas y escalas *autoaplicadas*. En las primeras, es el clínico quien evalúa la gravedad del paciente, mientras que en las segundas es el propio paciente quien lo hace. Ningún procedimiento es en sí mismo mejor que el otro y de hecho ofrecen resultados de *eficacia similar* (Lambert *et al.*, 1986). Las heteroaplicadas tienen la ventaja de que se pueden aplicar en pacientes poco colaboradores, con dificultades de concentración, o con problemas para entender el lenguaje escrito. Además, son útiles cuando, por cualquier razón, no se quiere saturar a una persona con tests de papel y lápiz. Asimismo, se puede evaluar síntomas de difícil valoración con escalas autoaplicadas: síntomas somáticos, psicomotores, nivel de «insight», etc. Por el contrario, las autoaplicadas son muy útiles porque se pueden utilizar de modo repetido, proporcionan información sobre la propia visión del paciente y son fáciles y económicas en general (véase la Tabla 4-4). Pero es difícil construir escalas autoaplicadas adecuadas en Psicopatología. Por ejemplo, hay que hacer uso de palabras comunes, inteligibles para la mayoría, lo que puede reducir el valor clínico de la escala ya que hay ciertos matices técnicos que pueden ser difíciles de transmitir a los no especialistas. Por ejemplo, las palabras «ansiedad» y «depresión» tienen unos significados concretos en Psicopatología que no sabemos hasta qué punto la gente normal es capaz de diferenciar a pesar de que esos términos los utilizamos frecuentemente en escalas autoaplicadas.

Cada instrumento tiene ventajas e inconvenientes específicos (véase la

Tabla 4-4  
 Comparación entre los procedimientos de auto-informe y los basados en entrevista en la evaluación de los trastornos afectivos.  
 (Adaptado de Paykel y Norton, 1985; Hamilton, 1987).

ÁREAS EVALUADAS	AUTO-INFORME	ENTREVISTA CLÍNICA
ESTADO DE ÁNIMO SUBJETIVO	Adecuado.	Menos adecuado.
INFORME VERBAL DE LOS SÍNTOMAS	Sí.	Sí.
CONDUCTAS OBSERVABLES	No.	Sí.
ANÁLISIS DEL «INSIGHT»	No.	Sí.
ESPECIFICIDAD	Más global.	Más específica.
RANGO DE GRAVEDAD	Menos útil con depresión grave, características psicóticas, o gran retardo. Poco útil en episodios de manía.	Utilizable en cualquier rango. Quizás menos sensible para depresiones ligeras. Útil en manía.
CIRCUNSTANCIAS	Requiere la motivación, colaboración y capacidad de concentración del paciente.	Puede completarse con una cooperación mínima por parte del paciente.
COSTE	Breve, fácil y barato.	Más laboriosa. Requiere la intervención de un profesional preparado.
SESGOS POTENCIALES	Típicos sesgos de respuesta de los tests de papel y lápiz (e.g., aquiescencia, deseabilidad social). Sesgos especiales debidos al trastorno (e.g. distorsiones de memoria).	Sesgos de respuesta y distorsiones por parte del entrevistador (e.g., evitar dar puntuaciones elevadas, inferir la gravedad de un síntoma a partir de lo que se evalúa en otro).

**Tabla 4-5**  
**Características de los principales instrumentos de evaluación de la depresión.**  
**(Adaptado de Hamilton y Shapiro, 1990 y Shaw et al., 1985).**

	<b>BDI</b>	<b>MMPI-D</b>	<b>SDS</b>	<b>HDRS</b>	<b>SADS</b>
<b>Estilo</b>	Autoaplicado.	Autoaplicado.	Autoaplicado.	Heteroaplicado.	Entrevista.
<b>Número ítems</b>	21.	60.	20.	17 + 4.	
<b>Duración</b>	10-15 minutos.	10-15 minutos.	10-15 minutos.	30 minutos.	15-30 minutos.
<b>Escala</b>	Alternativas por orden de gravedad (0-3).	Características o síntomas presentes o ausentes (0-1).	Duración (0-3).	Gravedad (0-2; 0-4).	Síntomas presentes o ausentes.
<b>Marco temporal</b>	Última semana.	Actitudes, conductas u opiniones que uno suele hacer «por lo general».	Última semana.	Estado actual.	Episodio actual.
<b>Referencia</b>	Beck et al. (1961).	Hathaway y McKinlay (1951).	Zung (1965).	Hamilton (1967).	Endicott (1978).
<b>Ventajas</b>	Administración fácil, sensible al cambio, muy utilizada, buena discriminación.	Sensible a cambios de humor.	Buena validez concurrente con otras escalas, sensible a cambios.	Muy utilizada, alta fiabilidad interjefes, buena sensibilidad.	Uso de criterios operativos diagnósticos.
<b>Inconvenientes</b>	Alta correlación con ansiedad.	Ítems demasiado heterogéneos; carece de validez discriminante con ansiedad; validez muy dudosa.	Validez, discriminante escasa.	Peso excesivo a síntomas somáticos, poco uso con población no clínica.	Larga, exige entrenamiento, validez concurrente moderada.

Tabla 4-4). Por último, es muy importante señalar que las escalas *simplemente* registran lo que es *común* a todos los pacientes, pero no la información idiosincrática necesaria para el tratamiento (Hamilton, 1987). Para esto se necesita recurrir a otros tipos de información complementaria (entrevista, medición de otras variables, análisis conductual, etc.).

### 3.3. Evaluación de síntomas depresivos

#### 3.3.1. Escalas de observación

##### *Escala para la Evaluación de la Depresión de Hamilton (HRSD)*

Es la escala de heterovaloración más utilizada internacionalmente. Publicada en 1960, la forma más utilizada es la revisada en 1967, que incluye menos ítems y una mejor definición de los mismos (3). El uso de esta escala requiere la valoración por parte del clínico del estado del paciente a través de la entrevista clínica habitual y de todos aquellos medios de obtención de información que el clínico estime oportuno (Hamilton, 1967, 1987).

La escala no pretende efectuar diagnósticos de depresión. Fue diseñada como un instrumento para cuantificar la sintomatología de pacientes *una vez* diagnosticados categorialmente de depresión, aunque su uso se ha extendido para valorar síntomas depresivos en cualquier otro cuadro psicológico o médico (e.g., pacientes de Parkinson, anoréxicas, pacientes cardíacos, esquizofrénicos, etc.), Roberson, 1989.

La HDRS contiene 17 ítems que evalúan la gravedad de los síntomas. Algunos se evalúan en una escala de 0 a 2 (0 = Ausente; 1 = Dudoso; 2 = Presente) y otros en una escala de 0 a 4 (0 = Ausente; 1 = Trivial o dudoso; 2 = Ligero; 3 = Moderado; 4 = Grave). La HDRS incorpora ciertos aspectos que son difíciles de evaluar a través de instrumentos autoaplicados: conciencia de enfermedad («insight») (4), retardo o agitación psicomotora, y presencia de ideas delirantes depresivas. Una de las características de esta escala es que posee muchos ítems «somáticos», lo que a veces se le ha criticado por ser quizás excesivo (véase la Tabla 4-6). No obstante hay ciertos síntomas (e.g., exceso de apetito o hipersomnio) que no se valoran.

Como en la inmensa mayoría de los instrumentos clínicos, con la posi-

---

(3) Hamilton (1960) incluyó cuatro ítems, que no miden gravedad, utilizables en circunstancias especiales (e.g., respuesta al tratamiento): Variación diurna (18), Despersonalización (19), Pensamiento paranoide (20), y Obsesionalidad (21).

(4) No obstante, una crítica a la escala es si la «Falta de insight» debería contemplarse como un síntoma más. Es dudoso que esto tenga que ver realmente con la gravedad del cuadro.

ble excepción del MMPI-D, no existe una estandarización de las puntuaciones. El rango de puntuación de la HRSD varía de 0 a 52 y se emplea normalmente una serie de puntos de corte (véase la Tabla 4-7). En cuanto a las soluciones factoriales de la misma, Bech (1981) indica que los resultados más consistentes parecen ser un factor unimodal de *gravedad* y un factor bimodal de *tipo* de depresión (retardada *versus* agitada).

Uno de los problemas de la escala es que hay cierta confusión sobre su empleo. Para valorar los síntomas se requiere tener en cuenta toda la información posible sobre el paciente y el empleo de una entrevista clínica. Pero aunque ha habido varios esfuerzos para concretar estos procedimientos (e.g., Hamilton, 1980; Loudon y Tiplady, 1981; Miller *et al.*, 1985), *no existen* aún pautas claras para llevar a cabo la HDRS. Además, los intentos para transformar esta escala heteroaplicada en un listado de síntomas de más fácil aplicación han sido frontalmente rechazados por el autor de la escala (Hamilton, 1987; Hamilton y Shapiro, 1990). Así pues la escala deja una cierta parte de la varianza sin control: como no se especifican detalladamente los procedimientos de valoración, cada clínico decide aspectos tan importantes como lo que significa intensidad «moderada, ligera o grave» (Thompson, 1989b). Pero a pesar de estos problemas, tanto la fiabilidad interjueces como la correlación con la impresión clínica global de expertos sobre el paciente son sorprendentemente buenas: en torno a 0,90 (e.g., Bech *et al.*, 1975; Knesevich *et al.*, 1977) (5). Por otro lado, la HDRS es una de las escalas más sensibles para detectar *cambios* debidos al tratamiento (Hedlund y Vieweg, 1979a).

En cuanto a la validez, la escala de Hamilton *separa* razonablemente bien diferentes grupos de pacientes en función de su gravedad; por ejemplo, Schwab *et al.* (1965) compararon las puntuaciones en la HDRS de pacientes médicos por un lado y depresivos por otro y hallaron una distribución bimodal. Además, las correlaciones son moderadamente altas tanto con otros instrumentos de observación acreditados como con escalas autoaplicadas (Kearns *et al.*, 1982; Senra y Polaino, 1993). En concreto, Hedlund y Vieweg (1979a) en su amplia revisión de estudios, informaron de unas correlaciones medias de la HRSD con el BDI, la SDS y el MMPI de 0,58, 0,45 y 0,44 respectivamente.

Aunque es posiblemente la escala más utilizada para evaluar la eficacia terapéutica de los antidepresivos (6) (cf. Robertson, 1989), quizás le falta

(5) Pero ver Bech (1987, p. 22).

(6) Para algunos la «eficacia terapéutica» consiste en disminuir las puntuaciones del HDRS en un 50 por 100, para otros consiste en disminuirlas al nivel de «no-depresión» (v.g., 6 puntos o menos), y para otros simplemente consiste en una disminución estadísticamente significativa. Este problema técnico tiene, no obstante, una enorme complejidad e implicaciones, pero rebasa la finalidad de este capítulo discutirlo extensamente (Vázquez y Sanz, 1991).

sensibilidad para detectar cambios en los pacientes *más graves*. En estos casos, escalas como la MADRS pudieran ser más adecuados (véase más adelante).

### *Escala de Melancolía de Bech-Rafaelsen*

Es una modificación efectuada sobre sólidas bases matemáticas de la escala de Hamilton, con el fin de conseguir mejorar la validez de ésta (Bech y Rafaelsen, 1980). Se trata de una escala heteroaplicada basada en los 11 ítems del HDRS con mejores correlaciones con un criterio externo de *gravedad* otorgada por jueces expertos. Para ello, se suprimieron de la escala de Hamilton los ítems más vegetativos, con la excepción del Sueño aunque reducido a un único ítem. Lo más interesante de la escala es la evaluación mediante cuatro ítems del *retardo* motor, verbal, intelectual, y emocional que caracteriza la denominada «depresión melancólica»:

- Estado de ánimo deprimido.
- Sentimientos de culpa.
- Trabajo e intereses.
- Trastornos de sueño.
- Cansancio y dolores.
- Ansiedad psíquica.
- Impulsos suicidas.
- Retardo emocional.
- Retardo intelectual.
- Actividad verbal disminuida.
- Actividad motora disminuida.

Cada ítem es valorado en una escala de 5 puntos (desde 0 = Ausente a 4 = Grave). La correlación de los ítems con la puntuación total varía de 0.52 a 0.88. La fiabilidad interjueces varía de 0.79 a 0.93 (Bech *et al.* 1983). Su correlación con la escala de Hamilton es muy alta: 0.97 (Rafaelsen *et al.*, 1980). Por otro lado, el trabajo psicométrico con la escala es muy completo (véase Bech, 1987). En suma, parece una escala apropiada para la evaluación de pacientes melancólicos o retardados o, lo que es prácticamente lo mismo, de pacientes *graves* (Bech, 1987; Vázquez y Sanz, 1991a). Asimismo está especialmente indicada cuando se pretenden evaluar *cambios* terapéuticos, en cuyo caso su rendimiento puede ser incluso mejor que la MARS de Montgomery-Asberg.

Al igual que la HDRS se supone que su uso está limitado a personas con cierto dominio clínico. No obstante se han publicado unas pautas para facilitar su aplicación (Bech *et al.*, 1986). Junto a esta escala de melancolía,

Bech diseñó una escala con ítems opuestos a los citados para evaluar manía, que más adelante revisaremos.

### *Escala de Evaluación de la Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS)*

Es una escala diseñada específicamente para ser sensible al *cambio* y a los efectos del tratamiento (Montgomery y Asberg, 1979). Consiste en 10 ítems que se evalúan de 0 a 7 (el 0 indica síntoma inexistente). Hay cuatro síntomas relacionados con el estado de ánimo (Tristeza aparente, Tristeza expresada, Pensamientos pesimistas, y Pensamientos suicidas), dos con ansiedad (Tensión interna, Dificultades de concentración), tres con síntomas somáticos (Sueño disminuido, Apetito disminuido, y Laxitud), y uno con anhedonia (Incapacidad para sentir). La escala se debe utilizar tras una entrevista clínica. Una puntuación de 9 o menos indicaría «no depresión» (Levine *et al.*, 1987). Es una escala corta, con claras instrucciones sobre su uso y sobre cómo asignar grados de gravedad (Snaith *et al.*, 1987). Existe una versión en castellano de la escala (Conde y Franch, 1984).

Dado que no evalúa a fondo aspectos vegetativos e incide más en síntomas anímicos, puede ser de gran utilidad cuando se trata de pacientes con enfermedades físicas concomitantes cuyos síntomas somáticos pueden confundirse con los síntomas somáticos propiamente depresivos (Lloyd, 1990; Kearns *et al.*, 1982). De hecho correlaciona 0.81 con la subescala de depresión de la HAD, una escala específicamente diseñada para evaluar depresión y ansiedad en enfermos físicos hospitalizados (ver más adelante).

### **3.3.2. Escalas autoaplicadas**

#### *Inventario de Depresión de Beck (BDI)*

El BDI es un instrumento de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos (Beck *et al.*, 1961, 1980). Se han empleado algunas versiones más breves del BDI (por ejemplo, con 11 ítems) pero en una serie de recientes directrices sobre el BDI se ha desaconsejado el uso de estas versiones abreviadas (Kendall *et al.*, 1987).

Aunque se diseñó con la idea de que no estuviese ligado a ninguna teoría en particular, el BDI se caracteriza por cubrir más síntomas *cognitivos* (desesperanza, pérdida de autoestima, falta de concentración, etc.) que otros instrumentos (véase la Tabla 4-6). Cada ítem está compuesto por cuatro alternativas, ordenadas de menor a mayor gravedad (de 0 a 3 puntos), y

la tarea del sujeto es elegir aquella frase que se aproxime más a cómo se ha sentido durante la última semana. Por ejemplo, el ítem dedicado a explorar la «tristeza» es el siguiente:

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste.
- 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

**Tabla 4-6**  
**Porcentaje con que contribuye a la puntuación teórica total cada tipo de síntoma en diferentes escalas de depresión.**

Síntomas	BDI	HDRS	ZUNG	Bech-Rafaelsen	MADRS
Estado de ánimo	9	8	15	18	30
Vegetativos	29	28	35	18	30
Motores	0	12	5	18	0
Sociales	5	8	0	9	0
Cognitivos	52	28	35	27	30
Ansiedad	0	16	5	9	10
Irritabilidad	5	0	5	0	0

Adaptado de Thompson (1989a).

**Estado de ánimo:** Incluye tristeza, falta de alegría, cualidad distinta del estado de ánimo, lloro y variación diurna.

**Vegetativos:** Incluye trastorno de sueño, cambio en apetito, cambio de peso, pérdida de libido, estreñimiento y fatiga.

**Motores:** Incluye agitación, retardo e inquietud motora.

**Sociales:** incluye aislamiento, apartamiento e incapacidad de funcionar en el trabajo o en otras tareas.

**Cognitivos:** Incluye pensamientos de desesperanza e indefensión, de suicidio, de enfermedad, de culpa, así como falta de conciencia de enfermedad e indecisión.

**Ansiedad:** Incluye ansiedad psíquica, somática y fóbica.

**Irritabilidad:** Incluye tanto hostilidad dirigida hacia uno mismo como hacia los demás.

Un aspecto a tener en cuenta es que el BDI no recoge síntomas que supongan déficits *por exceso* (e.g., aumento de peso, agitación psicomotora, hipersomnio). Así pues, la idea subyacente al inventario es que la depresión se caracteriza por una *inhibición* general ignorando así otros posibles síntomas de naturaleza contraria que, por ejemplo, sí se contemplan en el DSM-III-R.

Al igual que la escala de Hamilton, se ha utilizado y se utiliza con poblaciones muy dispares, no sólo con pacientes depresivos, cuando se quiere evaluar la presencia de síntomas depresivos. La puntuación total del BDI consiste simplemente en la suma de los puntos obtenidos en los 21 ítems. El BDI cubre bastante bien el tipo de síntomas descritos en el DSM-III-R e incluye otros que no se tienen en cuenta en estos criterios diagnósticos: irritabilidad, lloro, hipocondría, y autoimagen corporal (véase Vázquez y Sanz, 1991a). En la Tabla 4-7 señalamos los puntos de corte más utilizados habitualmente.

**Tabla 4-7**  
**Puntos de corte más utilizados en algunas de las principales escalas de evaluación de la depresión.**

	Rango	No Depresión	Depresión ligera	Depresión moderada	Depresión grave
BDI (Beck)	0-63	0-9	10-15	16-23	24-63
HDRS-17 (Hamilton)	0-52	0-6	7-17	18-24	25-52
Bech-Rafaelsen	0-44	0-5	6-14	15-25	26-44
SDS (Zung)	20-100	20-35	36-51	52-67	68-100
HAD	0-42	0-7	—	—	—

Los estudios psicométricos con el BDI son casi exhaustivos (véase la amplia revisión de Beck *et al.*, 1988) y es, con la HDRS, la escala más utilizada. La *fiabilidad* dos mitades es alta o muy alta (desde 0.58 a 0.93) y su *consistencia* interna muy alta (Alfa medio = 0.87). Los resultados con muestras españolas indican una fiabilidad test-retest de tres meses en torno a 0.70 y un alfa de Crombach de 0.82 (Vázquez y Sanz, 1991ab).

En cuanto a su *validez*, el BDI es muy utilizado para evaluar cambio terapéutico (e.g., Dobson, 1989; Freeman y Munro, 1990), con resultados semejantes a la HDRS (Hedlund y Vieweg, 1979a). En efecto, la mejoría clínica juzgada por expertos correlaciona alrededor de 0.80 con los cambios en las puntuaciones en el BDI (Bech *et al.*, 1975). Su validez también se ha

examinado comparándola con otras escalas (Robertson, 1989; Vizcarro y García, 1981; Tompson, 1989b; Vázquez, 1986; Shaw *et al.*, 1985; Beck *et al.*, 1988). Excepto en algunos estudios (e.g., Kearns *et al.*, 1982), en general la correlación entre el BDI, la HDRS, la SDS de Zung, y las escalas analógicas visuales es moderada (en torno a 0.70). La correlación es menor con listas de adjetivos depresivos, pero quizás debido a la dudosa validez de estos últimos instrumentos (véase más adelante). Bailey y Coppen (1976) demostraron que en algunos pacientes la HDRS refleja mejor los cambios terapéuticos que el BDI, mientras que en otros, sin que se sepa aún porqué, sucede lo contrario: el BDI es más sensible que la HDRS. Esto sugiere la conveniencia, cuando ello sea posible, de incluir *ambas medidas* en un mismo protocolo (Edwards *et al.*, 1984; Lambert *et al.*, 1986).

En nuestro país disponemos de la adaptación efectuada por Conde *et al.* (1976), en la actualidad algo desfasada pues emplearon una versión anterior del BDI, y no la más actual de 1980 (Vázquez y Sanz, en preparación). De los distintos análisis factoriales efectuados con el BDI (véase Beck *et al.*, 1988) parece desprenderse que hay un factor general de depresión que se puede descomponer en tres más altamente intercorrelacionados. Actitudes negativas hacia uno mismo, molestias somáticas, y rendimiento disminuido.

Uno de los problemas del BDI es que para algunos pacientes puede ser difícil de entender o engorrosa (Kearns *et al.*, 1982). Por otro lado, un grave error común es pensar que el BDI «diagnóstica» depresión. El BDI, como la mayoría de los instrumentos de valoración de síntomas, simplemente ofrece una aproximación cuantitativa, *nunca diagnóstica*, de los síntomas depresivos (Vázquez, 1986; Kendall *et al.*, 1987; Ruiz y Bermúdez, 1989). En otras palabras, una persona puede tener una alta puntuación en el BDI, sin que esto indique la presencia de un *trastorno depresivo* tal y como se define en clasificaciones como el DSM-III. Por ejemplo, muchos pacientes médicos pueden tener puntuaciones altas en el BDI pero pocos cumplen criterios estrictos DSM-III de depresión (e.g., Smith *et al.*, 1985). Evidentemente esto también sucede con la HDRS y el resto de las escalas cuyo objetivo no es diagnosticar sino evaluar *gravedad de síntomas*: en un estudio con 80 pacientes con una puntuación mayor a 25 en Hamilton, sólo el 71% satisfacía los Criterios Diagnósticos de Investigación (RDC), unos criterios muy semejantes a los que aparecen en el DSM-III (APA, 1980).

### *La escala de Depresión Autoaplicada de Zung (SDS)*

Diseñada por Zung (1965), consiste en 20 frases relacionadas con la depresión (e.g., «Me canso por cualquier cosa») que el sujeto evalúa en

una escala Likert de cuatro puntos en términos de «frecuencia» (desde 1 = «Raramente, o nunca» hasta 4 = «Casi todo el tiempo, o siempre»). Es una escala que ha sido adaptada al castellano (Conde y Esteban, 1974, 1975).

Precisamente uno de los problemas de la SDS es que evalúa *frecuencia* y no intensidad sintomatológica. Así pues, un ítem de gran intensidad pero que ha sido poco frecuente, obtendría una puntuación *baja*. De hecho diversos estudios (e.g., Biggs *et al.*, 1978) han demostrado que es una escala poco idónea para valorar síntomas depresivos cuando la intensidad de los síntomas es alta. Además, se pide al sujeto que evalúe la «frecuencia» de síntomas de modo *indeterminado*, es decir, sin ningún marco temporal específico, lo que incrementa el error potencial de la escala.

Las correlaciones entre la SDS y la HDRS oscilan entre 0.50 y 0.79. También presenta una correlación moderadamente alta, entre 0.59 y 0.70, con el MMPI-D (Zung, 1967), lo que resalta la escasa sensibilidad al cambio de la SDS dado que el MMPI-D se presenta como una medida de rasgos de personalidad, no de estados actuales de ánimo.

Aunque la SDS es fácil de aplicar y corregir, su uso parece cada vez menor ya que, junto a estos problemas citados, no es suficientemente sensible al *cambio* terapéutico (Hedlund y Vieweg, 1979b; Hamilton y Shapiro, 1990). Además, hay dudas sobre su validez de *contenido*: no tiene ítems de retardo, culpa, y apenas cubre ítems somáticos, lo que hace poco recomendable su uso (Snaith, 1987).

A pesar de estos marcados inconvenientes, merece señalarse que con esta escala se efectuó el denominado «Estudio Sociológico. Libro Blanco de la Depresión en España» (1982), un trabajo financiado por laboratorios farmacéuticos, con el que se intentó efectuar una estimación general de la prevalencia de la depresión en nuestro país. Según los datos recogidos con este instrumento, un 7% de la población general urbana mayor de 15 años (N = 3000 entrevistados) tendría un nivel de depresión entre moderada y grave (véase la Tabla 4-7).

#### *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)*

Es una escala autoaplicada dirigida a evaluar síntomas de depresión y de ansiedad durante la pasada semana en pacientes con problemas *médicos*, no psiquiátricos (Zigmond y Snaith, 1983). Consiste en 14 ítems (7 de depresión y 7 de ansiedad) con una escala Likert de cuatro puntos (valorables de 0 a 3). Por ejemplo, para el síntoma «*Me siento tenso o "molesto"*», el sujeto ha de elegir entre cuatro opciones: todos los días, muchas veces, a veces,

nunca. Una puntuación de 0-7 en cualquiera de las dos escalas se considera normal, 8-10 es una puntuación de «caso probable», y más de 11 se considera como caso de ansiedad o de depresión.

Dado que el instrumento se diseñó específicamente para su uso con pacientes hospitalizados con trastornos físicos, excluye la evaluación de síntomas somáticos que tienen una alta probabilidad de deberse a la enfermedad física existente. La correlación entre ambas subescalas es nula en algunos estudios ( $-0.04$ , cf. Aylard *et al.*, 1987) pero alta en otros (e.g., Bramley *et al.*, 1987) aunque, como han demostrado Caro e Ibáñez (1992), estas diferencias pueden depender del tipo de patología de los pacientes evaluados.

La escala tiene algunos problemas. El primer lugar, la unidad de medida de la escala no es constante puesto que en algunos ítems se evalúa la intensidad del síntoma y en otros, como en el ejemplo citado, la frecuencia. Además, la evaluación de la depresión está algo limitada: se centra básicamente en el área de la anhedonia (pérdida de placer), pues los autores consideran que ésto es lo más distintivo en los pacientes médicos (Snaith, 1987; Lloyd, 1990). Sin embargo, el síndrome depresivo no es sólo esto.

Pero la HAD tiene ciertas ventajas. Por su facilidad de administración y economía, tiene utilidad como instrumento de evaluación inicial (o «screening») en ambientes hospitalarios o para ofrecer una evaluación sencilla y general de niveles de depresión y ansiedad (e.g., Tejero *et al.*, 1986). De hecho, para los pacientes la HAD puede que sea un instrumento más fácilmente comprensible que otros como el BDI (cf. Robertson, 1989). No obstante, una evaluación más precisa exigiría el empleo adicional de instrumentos más circunscritos a la depresión y a la ansiedad. De hecho, atenerse sólo al HAD es muy probable que haga incurrir en muchos falsos positivos (Thompson, 1989c).

### *Escalas Analógicas Visuales (VAS)*

Estas escalas pueden ser utilizadas tanto por observadores como por los propios sujetos. Utilizadas desde los años veinte, fueron incorporadas a la Psicología Clínica por Zealley y Aitken (1969). La idea es muy simple: se trata de una línea con dos extremos (e.g., desde «Nada deprimido» hasta «Más deprimido que nunca»), normalmente de 100 mm de longitud, en la que el sujeto ha de marcar el lugar en que se «situaria» su estado de ánimo. La puntuación es la distancia desde el principio de la línea hasta donde se ha situado la marca. Aunque una VAS se podría emplear para cada ítem de una escala, en el caso de la depresión se suele emplear sólo para evaluar el

estado de ánimo. A pesar de su aparente simpleza se trata de un método muy eficaz para evaluar diferentes estados de ánimo (depresión, ansiedad, irritabilidad), especialmente cuando se trata de efectuar medidas muy repetidas (Aitken, 1969; Crawford-Little y McPhail, 1973). Por ejemplo, si deseamos monitorizar *diariamente* el estado de ánimo de una persona y comprobar si existen fluctuaciones, estas sencillas escalas pueden ser el instrumento de elección (7).

Evidentemente estas escalas son muy *inespecíficas* (es decir, no están ligadas a ningún cuadro diagnóstico concreto) y no tienen absolutamente ningún valor diagnóstico. No obstante, es sorprendente su buen comportamiento respecto a escalas más complejas. Por ejemplo, hemos hallado que la correlación de la VAS con la puntuación total del BDI es de aproximadamente 0.70 en universitarios españoles (Vázquez y Ring, 1993), una cifra semejante e incluso algo inferior a la hallada en otros estudios (véase Thompson, 1989b). Su correlación con la puntuación total de la escala de depresión de Hamilton es de 0.78 (Zealley y Aiken, 1969) y su fiabilidad test-retest a las 24 horas con pacientes es próxima a 0.70 (Folstein y Luria, 1973). Estas altas correlaciones no deben hacer nunca perder de vista las limitaciones de las VAS como procedimientos de evaluación, aunque evidentemente pueden jugar un interesante papel por su economía, sencillez, y complemento de información (McCormack *et al.*, 1988; Bech *et al.*, 1976).

### *Listas de adjetivos*

Desde los años 60, se han venido desarrollando una serie de listas de adjetivos para medir diversos emocionales «transitorios» (véase Ávila y Giménez, 1991; Fernández-Ballesteros, 1992). Uno de los instrumentos más conocidos es la Lista de Adjetivos Depresivos de Lubin (Depression Adjective Checklist, DACL) consistente en siete listas de unos 30 adjetivos (positivos y negativos) relacionados con la depresión. Aunque tienen una alta consistencia interna, en torno a 0.90 (Tanaka-Matsumi & Kameoka, 1986), su validez es más bien cuestionable: sus correlaciones con instrumentos como los arriba mencionados no suelen superar el rango de .50-.60 (Byrely & Carlson, 1982).

Más que evaluar síndromes depresivos o de cualquier otra psicopatología, evalúan estados de ánimo de un modo sencillo y, por lo tanto, son muy inespecíficos (Vázquez y Lozoya, 1994). Con estas escalas no se le pide al sujeto que evalúe de algún modo sus síntomas sino que se le pide elegir aquellos adjetivos de una lista que se adecúen más a su estado de ánimo

---

(7) Estas escalas son de una gran utilidad en programas de tratamiento en los que interesa tener un «termómetro» sensible del estado de ánimo (e.g., Beck *et al.*, 1983; Burns, 1990).

actual. Estas escalas, al igual que la VAS, son bastante sensibles a pequeñas fluctuaciones en el estado de ánimo y en este sentido tienen su mayor utilidad. De hecho, de todos los instrumentos citados en este capítulo, las listas de adjetivos son las que manifiestan una menor validez concurrente con otras escalas de depresión o con juicios clínicos de gravedad; oscila entre 0.25 y 0.58 (ver Shaw *et al.*, 1985).

Hay varias versiones. Una muy utilizada en Psiquiatría es la de Zerssen (Zerssen *et al.*, 1974, 1985) consistente en 28 pares de adjetivos, teniendo que elegir el sujeto el adjetivo de cada par que mejor refleje su estado actual (e.g., alegre-triste).

### 3.4. Evaluación de síntomas maníacos

El creciente empleo del litio desde los años setenta para el control de los trastornos bipolares ha favorecido el interés en desarrollar escalas que midan cambios en los síntomas maníacos tras la medicación. Además de la solución obvia de efectuar un listado de síntomas basado en clasificaciones como el DSM-III-R, se pueden utilizar algunos instrumentos específicos para la evaluación de la manía aunque, desgraciadamente, son bastante escasos y normalmente heteroaplicados. Las escalas autoaplicadas, de hecho, no son muy útiles ya que un paciente en fase maniaca suele estar agitado, hiperactivo, y con una escasa consciencia (*insight*) de su problema. En cualquier caso, los instrumentos existentes se basan en pocos pacientes y el trabajo de validación de las mismas no ha sido todo lo intenso que cabía esperar (8).

#### *Escala MMPI-MA*

Ésta es una de las subescalas del MMPI. Consta de 46 ítems muy heterogéneos, y se supone que sirve para identificar síntomas maníacos en pacientes psiquiátricos. Aunque no se disponen de datos sobre la validez específica de esta subescala (cf. Shaw *et al.*, 1985), la escala del MMPI en su totalidad tiene una validez bastante dudosa (Helmes y Reddon, 1993) por lo que su uso no parece aconsejable. Además, al ser una escala autoaplicada, su uso es cuestionable cuando se trata de pacientes maníacos en fases agudas. Por otro lado una puntuación elevada en la MMPI-MA o en la subescala de depresión del MMPI (MMPI-D) no indican necesariamente que la manía o la depresión están elevadas puesto que las subescalas del MMPI tienen una *correlación* bastante elevada entre sí. Así pues, una puntuación

---

(8) Además de las escalas que señalaremos aquí, cabe citar las de Blackburn *et al.* (1977) y Young *et al.* (1978), no reseñadas por falta de espacio.

elevada pudiera deberse a puntuaciones elevadas en otras escalas (e.g., hipocondría). Por otro lado, y esto es aún más importante, el MMPI (y su moderna versión, el MMPI-2) fueron diseñados para diferenciar grupos de personas. En el caso de la MMPI-D se trataba de encontrar ítems que diferenciasen deprimidos de no deprimidos, lo que plantea graves problemas de validez de criterio de este instrumento (Helmes y Reddon, 1993): un deprimido puede diferenciarse en muchas cosas de un no deprimido y sin embargo esos elementos de diferencia pueden no tener ninguna relevancia clínica. En suma, el MMPI no parece un instrumento recomendable.

### *Escala de Estado Maníaco (MS)*

Es un instrumento de 26 ítems creado por Beigel *et al.* (1971). Para cada ítem se evalúa «frecuencia» y «gravedad» del síntoma mediante dos escalas Likert (de 1 a 5) multiplicándose las puntuaciones en las dos escalas, de modo que el puntaje total para cada ítem oscila entre 0 y 25. La MS se diseñó como una escala de observación hospitalaria, requiere cierto entrenamiento, y el paciente es evaluado tras observar su conducta durante un día (unas 8 horas). La escala incluye dos elementos depresivos (ítems 1 y 14) puesto que el estado deprimido no es infrecuente en estos pacientes. De hecho, la correlación entre estos ítems y la puntuación global en la escala es bastante elevada (Murphy y Beigel, 1974), lo que viene a confirmar que la manía no es lo opuesto a la depresión. Con el fin de mostrar el tipo de ítems que se suele incluir en las escalas de manía, exponemos los contenidos en la escala MS (9).

1. Parece deprimido.
2. Está hablando.
3. Se mueve de un sitio a otro.
4. Efectúa amenazas.
5. Tiene poco juicio.
6. Se viste inadecuadamente.
7. Parece feliz o dichoso\*.
8. Busca la compañía de otros\*.
9. Está distraible\*.
10. Tiene ideas de grandiosidad.
11. Está irritable.
12. Está combativo o destructivo.
13. Está delirante.
14. Verbaliza sentimientos depresivos.

---

(9) Con un asterisco figuran aquellos ítems que, según Bech *et al.* (1975), pudieran ser los más válidos para evaluar manía con esta escala.

15. Está activo.
16. Está discutiendo.
17. Habla de temas sexuales.
18. Está enfadado.
19. Descuida su aspecto personal.
20. Tiene un control de impulsos disminuido\*.
21. Verbaliza sentimientos de bienestar.
22. Está suspicaz.
23. Hace planes irreales.
24. Demanda el contacto con otros\*.
25. Está preocupado sexualmente.
26. Salta de un tema a otro\*.

Algunos autores han sugerido que la escala es demasiado larga y heterogénea. En este sentido, Bech *et al.* (1975) han demostrado que seis ítems pueden ser suficientes para obtener una puntuación sensible a diferentes niveles de severidad (véanse los ítems indicados con un asterisco en la lista anterior). La escala tienen índices elevados de fiabilidad interjueces, validez concurrente con criterios de expertos (10), y sensibilidad al cambio. No obstante, una crítica típica de esta escala es que es demasiado larga, poco clara en su utilización, y con ítems bastante inespecíficos (Thompson, 1989b).

#### *Escala de Mania de Bech-Rafaelsen*

Posiblemente es el instrumento más utilizado actualmente (Bech *et al.*, 1978). Es otro instrumento heteroaplicado. Tiene sólo 11 ítems, con definiciones precisas para evaluar la gravedad de cada ítem (desde 0 = No presente a 4 = Grave/extremo). Es una escala bastante homogénea: correlaciones ítem-total entre 0.72 y 0.94 (con la excepción del sueño: 0.48), y una muy buena fiabilidad interjueces (superior a 0.90). Aunque parece sensible al cambio y con una aceptable correlación con indicadores de gravedad global otorgados por clínicos expertos, el trabajo psicométrico con la escala ha sido más bien escaso.

## 4. MEDIDAS COGNITIVAS

Además del estado sintomático general del paciente, existen instrumentos mucho más específicos, destinados a evaluar diversas áreas de funciona-

---

(10) Por ejemplo, la fiabilidad interjueces del estudio original de la MS osciló entre 0.86 y 0.99. Por otro lado, la puntuación total de la MS con las puntuaciones globales de los psiquiatras fue de 0.96.

miento. Quizás los instrumentos adicionales más empleados son los que evalúan variables cognitivas. En este apartado efectuaremos un breve repaso de algunos de los que consideramos más útiles (véase una revisión más fondo en, por ejemplo, Clark, 1988; Blackburn, 1988; Hammen y Krantz, 1985; Freeman y Munro, 1990).

Sin pretender efectuar una revisión *conceptual* de los constructos que pretenden medir estos instrumentos (v. g., pensamientos automáticos, desesperanza, ideas irracionales, etc.), es conveniente subrayar dos aspectos:

- a) la inmensa mayoría de estos instrumentos evalúan *productos cognitivos verbales*, pero no evalúan ni operaciones ni estructuras cognitivas (Sanz y Vázquez, 1991a), y
- b) aunque para investigar los productos cognitivos que tienen las personas deprimidas existen diversos procedimientos de evaluación como las técnicas de «muestreo del pensamiento», de «pensar en voz alta», de «listado de pensamientos», etc. (cf. Kendall y Hollon, 1981), la estrategia más utilizada son los *cuestionarios* de autoafirmaciones (Clark, 1988), como veremos a continuación.

#### 4.1. Pensamientos automáticos

##### *Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ, Hollon y Kendall, 1980)*

Para evaluar «pensamientos automáticos» no hay un instrumento claramente mejor que otro, aunque el ATQ-30 es probablemente el más utilizado. Contiene las 30 frases más comunes que una muestra grande de estudiantes universitarios (N = 800) indicó que aparecían de modo «automático» cuando se sentían deprimidos (Hollon y Kendall, 1980) e.g., «No valgo nada». Cada cognición es evaluada en términos de la frecuencia de aparición durante la semana pasada en una escala de 1 a 5, y la puntuación total es simplemente la suma de los 30 ítems. Es un instrumento de muy sencilla aplicación y con correlaciones en torno a 0.60 con la gravedad de la depresión medida con el BDI.

No obstante es cuestionable si lo que mide son realmente pensamientos automáticos, en el sentido estricto de la Psicología Cognitiva, o más bien ideas de carácter rumiativo (véase Hartlage, Alloy, Vázquez y Dyckman, 1993). Aunque autores como Coyne y Gotlib (1983) han planteado que es difícil que alguien pueda estimar la frecuencia de pensamientos automáticos de una semana, lo cierto es que el ATQ distingue bien entre

deprimidos y no deprimidos, y es muy utilizado actualmente en la investigación básica y de eficacia de tratamientos. Existe una versión más moderna, el ATQ-R (Kendall *et al.*, 1989), resultante de añadir 10 ítems que reflejan pensamientos automáticos *positivos*.

#### 4.2. Ideas irracionales

*Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS, Weissman y Beck, 1978)*

La DAS consiste en 2 formas paralelas (A y B) de 40 ítems cada una, aunque la mayor parte de la investigación se efectúa simplemente con la DAS-A (e.g., Vázquez y Ring, 1993; Sanz y Vázquez, 1993, en prensa). Cada ítem refleja ideas próximas al concepto de Ellis de «idea irracional» y de «pensamientos disfuncionales» de Beck: pensamientos o creencias falsas, *absolutistas* y psicológicamente dañinos (e.g., «Si fracaso en mi trabajo, soy un fracaso como persona»).

Es una escala con una buena consistencia interna (coeficientes alfa próximos a 0.90) y fiabilidad test-retest (alrededor de 0.80 para un período de 8 semanas). Su correlación con el BDI oscila alrededor de 0.40. Es importante señalar el hecho de que sólo el 50-55 por 100 de los pacientes que experimentan un episodio depresivo muestra durante el mismo una puntuación anormalmente elevada en la DAS (Norman *et al.*, 1983; Hamilton y Abramson, 1983), lo que pone de manifiesto que los elementos cognitivos evaluados por el DAS no son están necesariamente presentes en todas las depresiones (Sanz y Vázquez, 1991). En cuanto a la *especificidad* de las creencias disfuncionales, los resultados no son concluyentes. Mientras que algunos estudios han encontrado que los pacientes depresivos manifiestan un mayor número de actitudes disfuncionales que otros pacientes psiquiátricos no deprimidos (Dobson y Shaw, 1986; Hamilton y Abramson, 1983), otros trabajos, por contra, no han conseguido hallar diferencias significativas entre esos grupos (Hollon *et al.*, 1986; Silverman, Silverman y Eardley, 1984).

La DAS es una medida *sensible al cambio* terapéutico (véase Sanz y Vázquez, 1993). Pero esto plantea algunos problemas teóricos dado que, según la teoría de Beck, los pensamientos disfuncionales serían una característica relativamente *estable* de las personas, independientemente del estado de ánimo de las mismas. Así pues, parece cuestionable la utilidad del DAS como instrumento para evaluar actitudes depresogénicas estables. Existe una amplia revisión del DAS y de su factorización con muestras españolas en Sanz y Vázquez (1993, 1994).

Tabla 4-8  
 Características generales de algunos de los instrumentos más utilizados para evaluar productos cognitivos en la depresión.

ESCALA	REFERENCIA	COMENTARIOS
<b>Pensamientos automáticos</b> Cuestionario de pensamientos automáticos (ATQ-30 y ATQ-R-40)	Hollon y Kendall (1980) Kendall et al. (1989)	Treinta frases negativas automático. Evaluación en cinco puntos de la frecuencia durante la última semana. Muy utilizada en clínica e investigación. El ATQ-R es idéntico, pero incluye 10 frases positivas.
Cuestionario de pensamientos molestos	Clark (1986)	Seis pensamientos ansiosos y seis negativos (basados en el ATQ). En escalas Likert de nueve puntos, el sujeto ha de evaluar para cada uno: frecuencia, tristeza, preocupación, intrusividad y desaprobación.
Listado de Cogniciones (Depresión) Inventario de Cogniciones de Crandell	Beck et al. (1987) Crandell y Chambless (1986)	Treinta y cuatro frases depresivas (con cuatro temas: indefensión, desesperanza, inferioridad y desapego) y 11 positivas. Se evalúa su frecuencia en una escala de cinco puntos.
<b>Atribuciones causales</b> ASQ	Seligman et al. (1979)	Doce situaciones hipotéticas (seis de logro y seis de dependencia) para evaluar las atribuciones causales del paciente en tres dimensiones: internalidad, globalidad y estabilidad.
Escalas Atribuciones Multidimensionales	Lefcourt (1981)	Más utilizada en investigación que un clínica. Dos escalas Likert de 24 ítems. Mide atribuciones de locus de control.
<b>Expectativas negativas</b> Escala de Desesperanza	Beck y Weissman (1974)	Veinte ítems de Verdadero/Falso respecto a actitudes del cliente sobre el futuro. Muy utilizada. Buen predictor de suicidio.
<b>Distorsiones cognitivas</b> Escala de Actitudes Distorsionales	Weissman y Beck (1978)	Dos formas paralelas (A y B) de 40 pensamientos generales absolutistas: Evalúa grado de acuerdo en escala Likert de siete puntos.
Cuestionario de Cogniciones	Fennell y Campbell (1984)	Muy utilizada en clínica e investigación. Ocho situaciones complejas de la vida. El sujeto responde a una serie de preguntas sobre cada una. No muy utilizado.
Test de Estilos Cognitivos Test de Respuesta Cognitiva	Blackburn et al. (1986) Watkins y Rush (1978)	Treinta situaciones de la vida. Mide errores de pensamiento negativo en el cliente. Treinta y ocho frases incompletas. El sujeto las completa y se cuentan las «respuestas negativas irracionales» emitidas.
Cuestionario de Sesgo Cognitivo Test de Creencias Irracionales	Krantz y Hammen (1979) Jones (1969)	Seis situaciones problemáticas para jóvenes universitarios (tres sociales y tres de logro). Cien ideas irracionales basadas en Ellis. El sujeto señala el grado de acuerdo con cada una de ellas (de 1 a 5).

### *Cuestionario de Sesgo Cognitivo (CBQ, Krantz y Hammen, 1979)*

Está diseñado para comprobar la hipótesis de Beck de que los depresivos muestran sesgos negativos al interpretar información referente a uno mismo, el mundo, y el futuro. Se presentan 6 cortas historias con una serie de preguntas finales sobre cómo interpretar cada una de ellas y se le ofrecen al sujeto, para cada pregunta, 4 opciones de respuesta: una sesgada-depresiva, una no sesgada-depresiva, una sesgada-no depresiva, y una no sesgada-no depresiva. El objetivo de la prueba es confirmar si existe un sesgo interpretativo de la realidad y si éste es de tipo depresivo o no.

### *Test de Creencias Irracionales (IBT, Jones, 1969)*

Es un test basado en la teoría cognitiva de Ellis, quien propone que la asunción de ideas irracionales, absolutistas, es la causa básica de los desajustes emocionales. El IBT consiste en 100 frases de carácter irracional en las que el sujeto ha de señalar su grado de creencia en ellas en una escala Likert de 7 puntos. Contiene 10 subescalas diferentes derivadas de un análisis factorial, que se supone que representan diferentes grupos de «ideas irracionales». El principal trabajo con esta escala se ha efectuado con estudiantes, no con pacientes. Por otro lado, dado que su contenido es semejante al DAS de Beck, en general, parece más recomendable utilizar esta última.

## **4.3. Expectativas negativas**

### *Escala de Desesperanza (HS, Beck et al., 1974)*

Es una escala de muy sencilla aplicación que consta de 21 afirmaciones que expresan predicciones generales sobre el propio *futuro* del sujeto, a quien se le pide que señale si cree «cierto» o «falso» cada ítem (e.g., «No tiene sentido intentar en serio conseguir algo que deseo porque probablemente no lo conseguiré»). El rango de puntuación de la escala es de 0 a 21. La escala HS tiene buenas cifras de fiabilidad y la validez queda demostrada, entre otras cosas, por ser la mejor variable psicológica de predicción del suicidio. De hecho la desesperanza correlaciona mejor con el suicidio que incluso con la depresión. Beck *et al.* (1989) hallaron que una puntuación mayor de 9 precedía el 91% de los casos de suicidio de una muestra de 165 pacientes hospitalizados. Los estudios empleando la HS han demostrado que las personas deprimidas obtienen una puntuación significativamente más alta que los sujetos no deprimidos (Wikinson y Blackburn, 1981; Ha-

milton y Abramson, 1983; Blackburn, Jones y Lewin, 1986; Dohr, Rush y Bernstein, 1989) o que los pacientes psiquiátricos no deprimidos (Wilkinson y Blackburn, 1981; Hamilton y Abramson, 1983).

En resumen, la falta de esperanza parece el mejor predictor de la autolisis y la escala HS es un instrumento adecuado de evaluación. Es muy frecuente administrar esta escala al principio, antes y después del tratamiento.

#### 4.4. Atribuciones causales

##### *Cuestionario de Atribuciones Causales (ASQ, Seligman et al., 1979)*

Algunas pruebas están especialmente destinadas a evaluar distorsiones atribucionales: Cognitions Questionnaire (Fennell y Campbell, 1984), Cognitive Response Test (Watkins y Rush, 1983), etc. (véase la Tabla 4-8). No obstante, quizás la más utilizada es el Cuestionario de Estilo Atribucional (ASQ). Se trata de 12 situaciones hipotéticas: 6 positivas y 6 negativas, cada una de las cuales contiene tres temas de logro y tres interpersonales. Para cada situación, el sujeto ha de pensar cuál sería la causa más probable de ese hecho si le ocurriese a él y entonces ha de valorar esta causa en varias dimensiones empleando el formato Likert: Internalidad (hasta qué punto esa causa es debida a uno mismo o a otra persona y circunstancias), Globalidad (hasta qué punto esa causa influye en otras áreas de la vida de uno), y Estabilidad (en qué medida esa causa volvería a estar presente en el futuro ante una situación semejante). Con este cuestionario se pretende comprobar el *estilo atribucional* de los sujetos puesto que según la teoría de la indefensión aprendida un «estilo atribucional negativo» (v. g., hacer atribuciones causales internas, estables, y globales para sucesos negativos) hace a un sujeto especialmente proclive a la depresión (Peterson y Seligman, 1984; Vázquez y Sanz, 1991a).

Las cifras de consistencia interna de cada una de las tres dimensiones es realmente baja (alfas en torno a .50), pero estas cifras mejoran cuando se combinan las tres dimensiones para ofrecer un índice de Internalidad + Globalidad + Estabilidad para resultados positivos (alfa = .75) y para resultados negativos (alfa = .70). No obstante, esta combinación puede que no sea psicométrica y conceptualmente muy correcta (Hammen y Krantz, 1985).

Decenas de estudios han analizado la relación entre depresión y atribuciones causales medias con el ASQ. En un estudio meta-analítico Sweeney et al. (1986) demostraron que los resultados de los 104 trabajos publicados hasta esa fecha avalaban efectivamente la existencia en las personas depri-

midas de un estilo atribucional Interno-Global-Estable para *sucesos negativos*, aunque la correlación media no supera .30. Sin embargo, la existencia de un estilo depresivo Externo-Específico-Inestable para sucesos positivos (e.g., «he sacado sobresaliente sólo porque he tenido mucha suerte en el examen») no parece ser una característica de las personas deprimidas. Es decir, para sucesos positivos, las atribuciones causales de los deprimidos *no difieren* de las que efectúan los no deprimidos. Ahora bien, la evidencia empírica sobre el papel *causal* de las atribuciones en la depresión es todavía bastante endeble (véase Sanz y Vázquez, 1991a). En nuestra experiencia, es un cuestionario algo confuso para los sujetos pero, a pesar de todo, parece útil para identificar sujetos vulnerables a futuras depresiones (Vázquez, Avia, *et al.*, en preparación).

## 5. MEDIDAS CONDUCTUALES

Las medidas conductuales de la depresión es un tema a menudo olvidado, incluso en libros específicos dedicados a la evaluación de la depresión (e.g., Sartorius y Ban, 1986). El énfasis clínico en los aspectos afectivos del cuadro y, por otro lado, el desarrollo de teorías cognitivas aparentemente con más poder predictivo, ha hecho olvidar los aspectos más conductuales (Jacobson, 1981; Rehm, 1987). Como hemos señalado, los modelos estrictamente conductuales de la depresión están en franco retroceso dentro del panorama actual. Desde el punto de vista etiológico, aunque los elementos estrictamente conductuales puede que no sean muy relevantes, desde el punto de vista de la *planificación del tratamiento* son esenciales (e.g., Beck *et al.*, 1983; Bas y Andrés, 1993). No obstante, en general falta por investigar tanto su posible utilidad diagnóstica como su valor para medir la eficacia de los tratamientos.

### 5.1. Actividad general

Greden y Carrol (1981) han sugerido que sería deseable prestar más atención a la evaluación de los aspectos psicomotores de la depresión pues esto puede ayudar a mejorar las clasificaciones al uso y la monitorización del tratamiento. Variables como el gesto, la postura, los movimientos de cabeza, etc., han recibido alguna atención de los investigadores de la depresión pero no hay datos sistemáticos en el área de la actividad conductual (e.g., retardo motor, sexualidad, ingesta y apetito...). Como señala Jacobson (1981), apenas si existen estudios observacionales de estas variables en el *ambiente natural* de los pacientes, para comprobar si las quejas de estos están correlacionadas con déficits apreciables por observadores.

Deprimidos y no deprimidos parece que no se diferencian tanto por el nivel de actividad general que efectúan sino por el número de actividades agradables y desagradables que llevan a cabo (Lewinsohn y Amenson, 1978). En este sentido, dentro de las teorías conductuales de la depresión, quizás los instrumentos más interesantes fueron los desarrollados inicialmente por Lewinsohn para evaluar la frecuencia y disfrute de *actividades reforzantes*. Estas escalas pueden tener utilidad en el diseño de las terapias psicológicas con los pacientes y en la monitorización del tratamiento. Hay dos escalas básicas:

## 5.2. Inventario de sucesos agradables (MacPhillamy y Lewinsohn, 1971) (11)

Es una heterogénea lista de 320 actividades relativamente comunes, sociales o solitarias, que suelen ser agradables para muchas personas: ver viejos amigos, coser, estar con los hijos, ir al cine, etc. Respecto a la puntuación de la escala, para cada actividad, el sujeto ha de señalar con qué frecuencia la ha realizado durante los últimos 30 días (0 = No ha sucedido; 1 = Ha sucedido poco: entre 1 y 6 veces; 2 = Ha sucedido a menudo; 7 o más veces) y en qué medida ha disfrutado con ella (0 = No fue agradable; 1 = Fue algo agradable; 2 = Fue muy agradable). Se puede además obtener un índice de «Placer obtenido» multiplicando la puntuación en «frecuencia» por la de «disfrute». Aunque existen algunas normas para personas norteamericanas (MacPhillamy y Lewinsohn, 1982), no existe ningún estudio de tipificación español, si bien esto no impide su uso clínico individual con pacientes.

La fiabilidad test-retest de la escala es aceptable: aproximadamente 0.80 para un mes, y 0.60 para los tres meses (MacPhillamy y Lewinsohn, 1982). En cuanto a los estudios de validez, son bastante escasos y realizados con pocos pacientes. Respecto a su validez de constructo, tiene una correlación aceptable con escalas de estado de ánimo y discrimina bien entre deprimidos y no deprimidos (estos últimos se implican en más actividades positivas reforzantes). No obstante, la existencia de diferencias entre deprimidos y no deprimidos no debe llevarnos a concluir que una baja tasa de reforzadores sea la *causa* de la depresión (Vázquez y Sanz, 1991aa). Por el contrario, parece que el hecho de que los pacientes obtengan menos reforzadores está causado por elementos cognitivos tales como expectativas disminuidas, sensación de indefensión, etc. (Hammen y Krantz, 1985). En todo caso, este es un instrumento de interés terapéutico (Lewinsohn, 1976; Beck *et al.*, 1983; Burns, 1990).

---

(11) También existe una versión reducida de la escala con las 49 actividades que correlacionan más con el estado de ánimo (Lewinsohn *et al.*, 1979).

### 5.3. Inventario de sucesos desagradables (Lewinsohn y Talkington, 1979)

Lewinsohn propuso que los depresivos no sólo experimentan y/o disfrutan menos experiencias positivas sino que además son más sensibles ante sucesos aversivos. Esta es la razón por la que se creó este inventario. Consta también de 320 actividades negativas y se puntúa de modo semejante al anterior. Tiene una buena consistencia interna (alfa = 0.96 para la puntuación total) y una buena fiabilidad test-retest (0.52 al mes y 0.62 a los tres meses). Aunque es capaz de diferenciar entre normales y depresivos, las diferencias no están tanto en el número de experiencias aversivas que ambos dicen experimentar sino en cómo «juzgan» (un elemento cognitivo) su adversidad. Uno de los problemas conceptuales de la escala es que incluye tipos de estresores muy diferentes (agudos, crónicos, continuos, y de la vida cotidiana), y esto hace que se pierda discriminabilidad dado que no todos estos estresores tienen un papel equiparable en la etiología de la depresión (Vázquez, Crespo y Ring, en prensa; Brown, 1989). Por último, una crítica de estos instrumentos es que se trata, en realidad, de autoinformes retrospectivos más que de instrumentos observacionales. Por tanto, hay que considerarlos sujetos a posibles distorsiones de memoria (Jacobson, 1981).

## 6. MEDIDAS FISIOLÓGICAS

La depresión, como el resto de los trastornos mentales, no es una enfermedad en sentido estricto, al menos con los datos que disponemos hasta ahora (Vázquez, 1990a). No es de extrañar la ausencia de signos somáticos que tengan valor diagnóstico (12). Sin embargo, existe una ingente cantidad de investigación biológica intentando buscar características somáticas diferenciadoras de los trastornos afectivos (Gastó y Vallejo, 1990). Se han empleado muchas medidas diferentes para intentar desentrañar diferencias sustanciales entre deprimidos y no deprimidos: diferencias en vascularización hemisférica cerebral, conductancia de la piel (García Merita, 199), secreción de saliva, tensiones anómalas en músculos frontales (Teasdale y Rezin, 1978), etc. Los resultados muestran que todavía no existe *ninguna* variable fisiológica que pueda servir para efectuar diagnósticos (e.g., Blackburn, 1988). No obstante, existe una especial investigación sobre dos potenciales marcadores diagnósticos (Hamilton y Shapiro, 1990):

- 1) *Trastornos específicos del sueño*. Aunque varios parámetros pudieran

---

(12) En el DSM-III no existe absolutamente ningún criterio de tipo somático (e.g., niveles hormonales en sangre) que sirva para diagnosticar la depresión ni ningún otro trastorno, con la excepción de los síndromes orgánicos cerebrales.

estar afectados, en general los resultados más robustos hacen referencia a anomalías en el sueño REM (fundamentalmente aparición más rápida de la primera fase REM y mayor tiempo en fase REM en especial en el primer tercio de la noche). Estas anomalías no son generales. Es más frecuente observarlas en determinados subgrupos de pacientes (los de más edad, los que presentan características psicóticas, o los más endógenos). No obstante los resultados aún no son nada definitivos y bastante contradictorios entre estudios que han seguido la misma metodología.

2) «*Test de la supresión de dexametasona (DST)*». El test va dirigido a comprobar la actividad del sistema límbico, el hipotálamo, la hipófisis y las glándulas supracorticales en la depresión. La inyección de una sustancia (dexametasona) hace disminuir la actividad de este complejo sistema adrenocortical en personas normales. Sin embargo, en algunos deprimidos esta inyección no produce la disminución de dicha actividad, lo que sugiere que podría haber una hiperactividad del sistema en los deprimidos. El problema es que no tiene una gran especificidad. En efecto, aunque es bastante buena para diferenciar deprimidos de normales, tiene resultados pobres cuando se trata de personas con diabetes, y da muchos falsos positivos en personas con hipotiroidismo, infecciones, alto estrés, manía, demencia, psicosis agudas, o alcoholismo, por citar sólo algunas condiciones (Hamilton y Shapiro, 1990; Arana y Mossman, 1988; Braddock, 1986). Además, la sensibilidad no es tampoco alta. Las mejores cifras se observan en pacientes con psicosis (detecta un 67% de los casos) y en ancianos (detecta un 65%).

En definitiva, es posible que los parámetros del sueño y el DST puedan tener importancia en la investigación de la depresión (para monitorizar tratamientos o para cuantificar gravedad) pero aún es prematuro el intento de utilizarlos como *marcadores diagnósticos*.

## 7. CONCLUSIONES

1. La evaluación diagnóstica de la depresión requiere un diagnóstico categorial (e.g., DSM-III-R) y una cuantificación dimensional.

2. No hay un protocolo ideal de medida. De hecho, los instrumentos de evaluación dimensional de la depresión presentan intercorrelaciones bastante elevadas, en torno a .60-.70, a pesar de su aparente heterogeneidad en cuanto al tipo de síntomas que cubre, el marco temporal que utilizan, etc. (Lambert *et al.*, 1986; Schaefer *et al.*, 1985). Así pues, en general, la elección de una medida u otra va a depender más de preferencias y necesidades personales que de auténticas diferencias psicométricas (véase la Tabla 5-5). Empleando las palabras de Hamilton (1976): «No puede existir una

escala que sea mejor para todos los propósitos, en todas las circunstancias, y que sea utilizable por cualquier tipo de evaluador». Una elección razonable sería incluir un instrumento de *heterovaloración* como el HDRS de Hamilton y una escala *autoaplicada* como el BDI de Beck. En todo caso, la elección depende de varios parámetros:

- a) *Contexto de la evaluación.* Por ejemplo, en pacientes hospitalizados o con enfermedades físicas puede ser adecuado el uso del IAD. Además, factores como una excesiva longitud del protocolo puede hacer aconsejable emplear instrumentos sencillos y fáciles (e.g., escalas analógicas visuales) aun no siendo psicométricamente idóneos.
- b) *Edad del paciente.* Existen escalas específicas destinadas a evaluar la depresión en niños (Polaino, 1988; Del Barrio, 1992) y en ancianos (Vázquez y Lozoya, 1994).
- c) *Tipo de paciente.* Por ejemplo, es más adecuado emplear escalas de observación en pacientes maníacos. Asimismo cuando deseemos evaluar cambio terapéutico puede ser aconsejable emplear varias escalas pues no todas tienen la misma sensibilidad para diferentes aspectos del posible cambio (cognitivo, motor, vegetativo, etc.). Como hemos analizado, las escalas difieren en el tipo de síntomas que evalúan, el marco temporal que utilizan, etc.

3. Es recomendable el empleo de otros instrumentos que evalúen áreas de interés, en especial aquellas más relacionadas teóricamente con la depresión (apoyo social, cogniciones, estilos de afrontamiento, reforzadores, coping, ansiedad, etc.) para efectuar una evaluación completa y con sentido clínico.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aitken, R. C. (1969): Measurement feeling using visual analogue scales. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 62, 989-993.
- Arana, G. W., y Mossman, D. (1988): The dexamethasone suppression test: approaches to the use of a laboratory test in psychiatry. *Neurological Clinics*, 6, 21-39.
- Ávila, A., y Giménez, A. (1991): Los adjetivos en tareas de evaluación psicológica: Propiedades y valor estimular. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 44, 465-475.
- Aylard, P. R., Gooding, J., McKenna, P. J., y Snaith, R. P. (1987): A validation study of three anxiety and depression self-assessment scales. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 261-268.
- Bailey, J., y Coppen, A. (1976): A comparison between the Hamilton Rating Scale and the Beck Inventory of Depression. *British Journal of Psychiatry*, 128, 486-489.
- Bas, F., y Andrés, V. (1993): *Tratamiento cognitivo-conductual de la depresión: Un manual de tratamiento*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, E. (1983): *Cognitive therapy of depression*. NY: Guilford (trad. esp. en Bilbao: Desclee de Brower; original de 1979).
- Beck, A. T., Brown, G., y Steer, R. A. (1989): Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 309-310.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988): Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. E., y Erbaugh, J. (1969): An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-585.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., y Trexler, L. (1974): The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- Bech, P. (1981): Rating scales for affective disorders: Their validity and consistency. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl. 295, 64, 1-101.
- Bech, P. (1987). Construct validity of rating scales for melancholia. En I. Hindmarch y P. D. Stonier (Eds.), *Human psychopharmacology: Measures and methods* (Vol. 1). NY: Wiley.
- Bech, P., y Clemmesen, L. (1983): The diagnosis of depression: 20 years later. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl. 310, 9-30.
- Bech, P., y Rafaelsen, O. J. (1980): The use of rating scales exemplified by comparison of the Hamilton and the Bech-Rafaelsen melancholia scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl. 285, 62, 128-132.
- Bech, P., Bolwig, T. G., Kramp, P. & Rafaelsen, O. J. (1975): The Bech-Rafaelsen Mania Scale and the Hamilton Depression Rating Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 59, 420-430.
- Bech, P., Kastrup, M., & Rafaelsen, O. J. (1986): Minicompendium of rating scales for states of anxiety, depression, mania, schizophrenia, with corresponding DSM-III syndromes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73, Suppl. 326, 1-35.
- Bech, P., Rafaelsen, O. J., Kramp, P., y Bolwig, T. G. (1978): The Mania Rating Scale: Scale construction and interobserver agreement. *Neuropharmacology*, 17, 430-431.

- Beigel, A., Murphy, D., y Bunney, W. E. (1971): The Manic State Rating Scale: scale construction, reliability, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 25, 256-262.
- Belsher, G. & Costello, C. G. (1988): Relapse after recovery from unipolar depression: A critical review. *Psychological Bulletin*, 104, 84-96.
- Biggs, J. T., Wylie, I. T., y Ziegler, V. E. (1978): Validity of the Zung Self Rating Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 132: 381-385.
- Blackburn, I. M. (1988): Psychological processes in depression. En E. Miller y P. J. Cooper (Eds.): *Adult abnormal psychology*. Edimburgo: Churchill Livingstone.
- Blackburn, I. M., Jones, S., y Lewin, R. J. (1986): Cognitive style in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 25, 241-251.
- Blackburn, I. M., Loudon, J. B., y Ashworth, C. M. (1977): A new scale for measuring mania. *Psychological Medicine*, 7, 453-458.
- Boyd, J. & Weissman, M. (1981): Epidemiology of affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1039-1046.
- Boyd, J. & Weissman, M. (1985): Epidemiología. En F. S. Paykel (Ed.): *Psicopatología de los trastornos afectivos*. Madrid: Pirámide (original: 1982).
- Bradock, L. (1986): The dexamethasone suppression test: fact and artefact. *British Journal of Psychiatry*, 148, 363-374.
- Bramley, P. N., Easton, A., Morley, S., y Snaith, R. P. (1987): The differentiation of anxiety and depression by rating scales. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 133-138.
- Brown, G. W. (1989): Depression: A radical social perspective. En K. Herbst y E. Paykel (Eds.): *Depression: An integrative approach*. London: Heineman Medical Books.
- Burns, D. D. (1990): *Sentirse bien*. Barcelona: Paidós (original de 1980).
- Byerly & Carlson (1982): Comparison among inpatients, outpatients, and normals on three self-report depression inventories. *Journal of Clinical Psychology*, 38, 797-804.
- Caro, I., y Ibáñez, E. (1992): La escala hospitalaria de ansiedad y depresión. *Boletín de Psicología*, 36, 43-69.
- Clark, D. A. (1988): The validity of measures of cognition: a review of the literature. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 1-20.
- Clayton, P. J. (1983): Gender and depression. En J. Angst (Ed.): *The origins of depression: Current concepts and approaches*. New York: Raven Press.
- Clayton, P. J. (1986): Prevalence and course of affective disorders. En A. J. Rush & K. Z. Altshuler (Eds.): *Depression: Basic mechanisms, diagnosis, and treatment*. New York: Guilford Press.
- Compas, B., Ey, S., y Grant, K. (1993): Taxonomy, assessment, and diagnosis of depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 114, 323-344.
- Conde, V., y Esteban, T. (1974): Contribución al estudio de la SDS de Zung en una muestra estratificada de la población normal. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 29, 515-553.
- Conde, V., y Esteban, T. (1975): Fiabilidad de la SDS de Zung. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 30, 903-913.
- Conde, V., y Franch, J. I. (1984): *Escalas de evaluación comportamental para la clasificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid: Laboratorios Upjohn.

- 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.
- Coyne, J. C. & Gotlib, I. (1983): The role of cognition in depression: A critical appraisal. *Psychological Bulletin*, 94, 472-505.
- Crawford-Little, J., y McPhail, N. I. (1973): Measures of depressive mood at monthly intervals. *British Journal of Psychiatry*, 122, 447.
- Del Barrio, V. (1992): Evaluación de las características psicopatológicas. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.): *Introducción a la evaluación psicológica I*. Madrid: Pirámide.
- Dobson, K. S. (1989): A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-420.
- Dobson, K. S., y Shaw, B. F. (1986): Cognitive assessment with major depressive disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 13-30.
- Dohr, K. B., Rush, A. J., y Bernstein, I. H. (1989): Cognitive biases and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 263-267.
- Edwards, B. C., Lambert, M. J., Moran, P. W., McCully, T., Smith, K. C., y Ellingson, A. G. (1984): A meta-analytic comparison of the Beck Depression Inventory and the Hamilton Rating Scale for Depression as measures of treatment outcome. *British Journal of Clinical Psychology*, 23, 93-99.
- Endicott, J. (1978): A diagnostic interview: the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 135, 837-844.
- Endicott, J., y Spitzer, R. (1979): Use of the Research Diagnostic Criteria and the Schedule for Affective and Affective Disorders and Schizophrenia to study affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 136, 52-56.
- Endicott, J., Cohen, J., Nee, J., Fleiss, J., y Sarantakos, S. (1981): Hamilton Depression Rating Scale. Extracted from regular and change versions of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 138, 98-103.
- Estudio Sociológico. Libro Blanco de la Depresión en España* (1982): Madrid: Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief y Laboratorios Lederle.
- Fennell, M. J., y Campbell, E. A. (1984): The Cognitions Questionnaire: specific thinking errors in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 23, 81-92.
- Fernández-Ballesteros, R. (1992): Técnicas subjetivas. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.): *Introducción a la evaluación psicológica I*. Madrid: Pirámide.
- Folstein, M. F., y Luria, R. (1973): The validity and reliability of the Visual Analogue Mood Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 12, 51-57.
- Freeman, C. P., y Munro, J. (1990): Process and outcome in psychotherapy. En D. F. Peck y C. M. Shapiro (Eds.): *Measuring human problems*. NY: Wiley.
- Gallagher-Thompson, D., Futterman, A., Hanley-Peterson, P., et al. (1992): Endogenous depression in the elderly: prevalence and agreement among measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 300-303.
- García Merita, M., Miquel, M., y Fuentes, I. (1992): *Psicofisiología clínica: Depresión y esquizofrenia*. Valencia: Promolibro.
- Gasto, C., y Vallejo, J. (1990): Biología de los trastornos afectivos. En J. Vallejo y C. Gasto (Eds.): *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Salvat.
- Greder, J. F., y Carroll, B. S. (1981): Psychomotor function in affective disorders: and overview of new monitoring techniques. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1441-1448.

- Hamilton, E. W., y Abramson, L. Y. (1983): Cognitive patterns and major depressive disorder: A longitudinal study in a hospital setting. *Journal of abnormal Psychology*, 92, 173-184.
- Hamilton, M. (1960): A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hamilton, M. (1967): Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278-296.
- Hamilton, M. (1976): Comparative value of rating scales. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 3, Suppl. 1, 58-60.
- Hamilton, M. (1980): Rating depressive patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 41, 21-24.
- Hamilton, M. (1987): Assessment of Psychopathology. En I. Hindmarch y P. D. Stonier (Eds.): *Human psychopharmacology: Measures and methods*. (Vol. 1): NY: Wiley.
- Hamilton, M., y Shapiro, C. M. (1990): Depression. En D. F. Peck y C. M. Shapiro (Eds.): *Measuring human problems*. NY: Wiley.
- Hammen, C., y Krantz, S. E. (1985): Measures of psychological processes in depression. En E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.): *Handbook of depression. Treatment, assessment, and research*. Homewood, Illinois: Dorsey.
- Hartlage, S., Alloy, L., y Vázquez, C. (1993): Automatic and effortful processing in depression. *Psychological Bulletin*, 2, 247-278.
- Hedlund, J. L., y Vieweg, B. W. (1979a): The Hamilton rating scale for depression: A comprehensive review. *Journal of Operational Psychiatry*, 10, 149-165.
- Hedlund, J. L., y Vieweg, B. W. (1979b): The Zung Self Rating Depression Scale: A comprehensive review. *Journal of Operational Psychiatry*, 10, 51-64.
- Helmes, E., y Reddon, J. R. (1993): A perspective on developments in assessing psychopathology: A critical review of the MMPI and MMPI-2. *Psychological Bulletin*, 113, 453-472.
- Hollon, S. D., y Kendall, P. C. (1980): Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383-395.
- Hollon, S. D., Kendall, P. C., y Lumry, A. (1986): Specificity of depressotypic cognitions in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 52-59.
- Jacobson, N. S. (1981): The assessment of overt behavior in depression. En L. P. Rehm (Ed.), *Behavior therapy of depression: present status and future directions*. NY: Academic.
- Jarrett, R. B. (1990): Psychosocial aspects of depression and the role of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 6 (Supl.), 26-35.
- Jones, R. G. (1969): A factored measure of Ellis' irrational belief system, with personality and maladjustment correlates. *Dissertation Abstracts International*, 29, 11-13.
- Kearns, N. P., Cruickshank, C. A., McGuigan, S. A., Siley, S. A., Shaw, S. P., y Snaith, R. P. (1982): A comparison of depression rating scales. *British Journal of Psychiatry*, 141, 45-49.
- Kendall, P. C., y Hollon, S. D. (1981): Assessing self-referent speech: Methods in the measurement of self-statements. En P. C. Kendall y S. D. Hollon (Eds.): *Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions*. New York: Academic Press.

- Kendall, P. C., Hollon, S. D., Beck, A. T., y Ingram, R. E. (1987): Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 289-299.
- Kendall, P. C., Howard, B. L., y Hays, R. C. (1989): Self-referent speech and psychopathology: The balance of positive and negative thinking. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 583-589.
- Krantz, S., y Hammen, C. (1979): Assessment of cognitive bias in depression. *Journal of Abnormal*, 88, 611-619.
- Lambert, M. J., Hatch, D. R., Kinston, M. D., & Edwards, B. C. (1986): Zung, Beck, & Hamilton Rating Scales as measures of treatment outcome: A meta-analytic comparison. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 54, 54-59.
- Leber, W. R., Beckham, F. E., y Danker-Brown, P. (1985): Diagnostic criteria for depression. En F. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression. Treatment, assessment, and research*. Homewood, Illinois: Dorsey.
- Lcvine, S., Deo, R., y Mahadevan, K. (1987): A comparative trial of a new antidepressant, fluoxetine. *British Journal of Psychiatry*, 150, 653-655.
- Lewinsohn, P. M., y Amenson, C. S. (1978): Some relations between pleasant and unpleasant mood related event depression. *Journal Abnormal Psychology*, 87, 644-654.
- Lewinsohn, P. M., y Talkington, J. (1979): Studies in the measurement of unpleasant events and relations with depression. *Applied Psychological Measurement*, 3, 83-101.
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H. M., y Rosenbaum, M. (1988): A prospective study of risk factors for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 251-264.
- Loudon, J. B., y Tiplady, B. (1981): Assesment of depression and the non-psychiatrist. *Advances in the Biosciences*, 31, 101-110.
- Lloyd, G. G. (1990): Adjustment to illness. En D. F. Peck y C. M. Shapiro (Eds.), *Measuring human problems*. NY: Wiley.
- MacPhillamy, D. J., y Lewinsohn, P. M. (1971): *The Pleasant Events Schedule*. Manuscrito no publicado. Universidad de Oregon.
- MacPhillamy, D. J., y Lewinsohn, P. M. (1982): The Pleasant Events Schedule: Studies on reliability, validity, and scale intercorrelation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 363-380.
- Marsella, A. J., Hirschfeld, R. M. A., y Katz, M. M. (Eds.) (1987): *The measurement of depression*. Chichester: Wiley.
- Matt, G., Vázquez, C. & Campbell, K. (1992): Mood-congruent recall of affectively toned stimuli: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 2, 227-256.
- McCormack, H. H., Horne, D., y Sheather, S. (1988): Clinical application of visual analogue scales: A critical review. *Psychological Medicine*, 18, 1007-1019.
- Miller, I. W., Bishop, S., Norman, W., y Maddaver, H. (1985): The modified Hamilton Rating Scale for Depression: reliability and validity. *Psychiatric Research*, 14, 131-142.
- Montgomery, S. A., y Asberg, M. (1979): A new depression rating scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.
- Murphy, D. L., y Beigel, A. (1974): Depression, elation and lithium carbonate responses in manic patient subgroups. *Archives of General Psychiatry*, 31, 643-648.
- Nolcn-Hoeksema, S. (1987): Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101, 259-282.

- Norman, W. H., Miller, I. W., & Klee, S. H. (1983): Assessment of cognitive distortion in a clinically depressed population. *Cognitive Therapy & Research*, 7, 133-140.
- Peterson, C., y Seligman, M.E.P. (1984): Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91, 347-374.
- Polaino, A. (1988) (Ed.): *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata.
- Rafaelsen, O. J., Bech, P., Bolwig, T., Kramp, P., y Gjerris, A. (1980): The Bech-Rafaelsen combined rating scale for mania and melancholia. *Psychiatria Fennica Suppl.* 327-331.
- Rehm, L. P. (1987): The measurement of behavioral aspects of depression. En A. J. Marsella, R. M. Hirschfeld, y M. M. Katz (Eds.): *The measurement of depression*. NY: Guilford.
- Robertson, M. M. (1989): The assessment of mood and its components. En I. Hindmarch y P. D. Stonier (Eds.): *Human psychopharmacology: Measures and methods (Vol. 2)*: NY: Wiley.
- Ruiz Caballero, J. A., y Bermúdez, J. (1989): Consideraciones en torno al Beck Depression Inventory como instrumento de identificación de sujetos deprimidos en nuestras subclínicas. *Evaluación Psicológica*, 5, 255-272.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1991): Trastornos depresivos (II): Productos, operaciones, proposiciones y estructuras cognitivas. En A. Belloch y E. Ibáñez (Eds.): *Manual de Psicopatología*, vol. 2 (785-875): Valencia: Promolibro.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1993): Adaptación española de la Escala de Actitudes disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck: propiedades psicométricas y clínicas. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 19, 707-750.
- Sanz, J. & Vázquez, C. (1994): Algunas consideraciones adicionales sobre la escala de actitudes disfuncionales (DAS). *Análisis y Modificación de Conducta*.
- Sartorius, N., y Ban, T. A. (Eds.) (1986): *Assessment of depression*. Berlin: Springer-Verlag & World Health Organization.
- Schaefer, A., Brown, J., Watson, C., Plemel, D., et al. (1985): Comparison of the validities of the Beck, Zung, and MMPI depression scales. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 415-418.
- Schwab, J. J., Bialow, M. R., y Holzer, C. E. (1967): A comparison of two rating scales for depression. *Journal of Clinical Psychology*, 23, 94-99.
- Seligman, M.E.P., Abramson, L. Y., Semmel, A., y von Baeyer, C. (1979): Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 242-247.
- Senra, C., y Polaino, A. (1993): Concordance between clinical and self-report depression scales during the acute phase and after treatment. *Journal of Affective Disorders*, 27, 13-20.
- Shaw, B. F., Vallis, T. M., & McCabe, S. B. (1985): The assessment of the severity and symptom patterns in depression. En E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression. Treatment, assessment, and research*. Homewood, Illinois: Dorsey.
- Silva, F. (1989): *Evaluación conductual y criterios psicométricos*. Madrid: Pirámide.
- Silverman, J. S., Silverman, J. A., y Eardley, D. A. (1984): Do maladaptive attitudes cause depression? *Archives of General Psychiatry*, 41, 28-30.
- Smith, A. L., y Weissman, M. M. (1991): Epidemiología de los trastornos depresivos: perspectivas nacionales e internacionales. En J. P. Feighner y W. F. Boyer (Eds.): *Diagnóstico de la depresión*. NY: Wiley (edición especial traducida por Laboratorios Beecham).

- Smith, M. D., Hong, B. A., y Robson, A. M. (1985): Diagnosis of depression in patients with endstage renal disease. *American Journal of Medicine*, 79, 160-166.
- Snaith, R. P. (1987): The concepts of mild depression. *British Journal of Psychiatry*, 160, 387-393.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. & Gibbon, M. (1987): *Structured Clinical Interview for DSM-III-R- Outpatient version (SCID-OP, 1/4/87)*: Biometrics Research Department. New York: Psychiatric Institute.
- Sweeney, P. D., Anderson, K., y Bailey, S. (1986): Attributional style in depression: A meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 974-991.
- Tanaka-Matsumi, J. & Kameoka, V. A. (1986): Reliabilities and concurrent validities of popular self-report measures of depression, anxiety, and social desirability. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 54, 328-33.
- Teasdale, J. D., y Rezin, V. (1978): Effect of thought-stopping on thoughts, mood and corrugator EMG in depressed patients. *Behavior Research and Therapy*, 16, 97-102.
- Tejero, A., Guimerá, E. J. M. Farré, y Perí, J. M. (1986): Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: Un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Depto. de Psiquiatría de la Facultad de Medicina en Barcelona*, 13, 233-238.
- Thompson, C. (1989a): Introduction. En C. Thompson (Ed.): *The instruments of psychiatric research*. NY: Wiley.
- Thompson, C. (1989b): Affective disorders. En C. Thompson (Ed.): *The instruments of psychiatric research*. NY: Wiley.
- Thompson, C. (1989c): Anxiety. En C. Thompson (Ed.): *The instruments of psychiatric research*. NY: Wiley.
- Vallejo, J., y Gastó, C. (1990): *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Salvat.
- Vázquez, C. & Ring, J. (1993): Altered cognitions in depression: Are dysfunctional attitudes stable? *Personality and Individual Differences*, 5, 475-479.
- Vázquez, C. (1986): Escalas evaluadoras de la depresión: limitaciones conceptuales y metodológicas. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 41, 101-113.
- Vázquez, C. (1990a): El concepto de conducta anormal. En F. Fuentenebro & C. Vázquez (Eds.): *Psicología médica. Psicopatología y Psiquiatría* (vol. 2) (pp. 655-678): Madrid: McGraw-Hill.
- Vázquez, C. (1990b): Fundamentos teóricos y metodológicos de la clasificación en Psicopatología. En F. Fuentenebro & C. Vázquez (Eds.): *Psicología médica. Psicopatología y psiquiatría* (vol. 2) (pp. 655-678): Madrid: McGraw-Hill.
- Vázquez, C. (1990c): Sistemas de clasificación en Psicopatología. En F. Fuentenebro & C. Vázquez (Eds.): *Psicología médica. Psicopatología y psiquiatría* (vol. 2) (pp. 655-678): Madrid: McGraw-Hill.
- Vázquez, C. (1990d): Trastornos del sueño. En F. Fuentenebro & C. Vázquez (Eds.): *Psicología médica. Psicopatología y psiquiatría* (vol. 2) (pp. 655-678): Madrid: McGraw-Hill.
- Vázquez, C., y Lozoya, G. (1994): Trastornos anímicos en las personas de edad; Epidemiología, evaluación y diagnóstico diferencial. En J. Buendía (Ed.): *Psicología de la salud y envejecimiento*. Madrid: Siglo XXI.
- Vázquez, C., y Ring, J. (en preparación): *El CID (Coping Inventory of Depression): Un instrumento para evaluar estrategias de afrontamiento ante la depresión*. Universidad Complutense y California School of Professional Psychology.

- Vázquez, C., y Sanz, J. (1991a): Trastornos depresivos (I): datos clínicos y modelos teóricos. En A. Belloch y E. Ibáñez (Eds.), *Manual de Psicopatología*. Vol. 2 (717-784): Valencia: Promolibro.
- Vázquez, C., y Sanz, J. (1991b): *Fiabilidad y validez factorial de la versión española del Inventario de Depresión de Beck*. Comunicación presentada en el III Congreso de Evaluación Psicológica, Barcelona, 25-28 de septiembre.
- Vázquez, C., y Sanz, J. (en prensa): Trastornos del estado de ánimo (I): Clínica, diagnóstico, curso y epidemiología. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (Eds.): *Manual de Psicopatología*. Madrid: MacGraw Hill.
- Vázquez, C., y Sanz, J. (en preparación): Adaptación española del *Inventario de Depresión de Beck: propiedades psicométricas y clínicas*.
- Vázquez, C., Avia, M. D., Jiménez, F., y Saura, F., (en preparación): Adaptación española del Cuestionario de Estilo Atribucional (ASQ): Universidad Complutense.
- Vázquez, C., Crespo, M., y Ring, J. (en prensa): Estrategias de afrontamiento. En J. Guimón, G. Berrios y A. Bulbena (Eds.): *Medición en Psiquiatría*. Barcelona: Salvat.
- Vizcarro, C. & García Marcos, J. A. (1981): Los auto-informes. En R. Fernández Ballesteros & J. A. Carrobes (Eds.): *Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Vizcarro, C., León, O., Garcimartín, J., García, J., Llorente, G., Romero, J., y Vargas, J. A. (1986): Aportaciones de una entrevista estructurada (SADS) al acuerdo interjueces en el diagnóstico por medio los Criterios Diagnósticos para la Investigación. *Evaluación Psicológica*, 2, 99-114.
- Watkins, J. T., y Rush, A. J. (1983): Cognitive Response Test. *Cognitive Therapy and Research*, 7, 425-435.
- Weissman, A. N., y Beck, A. T. (1978, noviembre): *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation*. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement of The Behavior Therapy, Chicago.
- Weissman, M. M. & Boyd, J. H. (1985): Affective disorders: Epidemiology. En H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds): *Comprehensive Textbook of Psychiatry, IV*. (vol. 1): Baltimore: Williams & Wilkins.
- Wetzler, S., y van Praag, M. (1989): Assessment of depression. En S. Wetzler (Ed.): *Measuring mental illness: Psychometric assessment for clinicians*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Wilcoxon, L. A., Scharader, S. L., y Nelson, R. E. (1984): Formulaciones conductuales de la depresión. En W. E. Craighead, A. E. Kazdin y M. J. Mahoney (Eds.): *Modificación de Conducta: Principios, Técnicas y Aplicaciones*. Barcelona: Omega (original 1979):
- Young, J. C., Biggs, J. T., Ziegler, V., y Meyer, D. A. (1978): A rating scale for mania: Reliability, validity, and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*, 133, 429-435.
- Zealley, A. K., y Aitken, R. C. (1969): Measurement of mood. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 62, 993-996.
- Zerssen, D. von, Strian, F., y Schwarz, D. (1974): Evaluation of depressive states, especially in longitudinal studies. En P. Pichot y R. Olivier (Eds.): *Psychological measurement in psychopharmacology*. London: Karger.

- Zerssen, D., von (1985): Personalidad y desórdenes afectivos. En E. S. Paykel (Ed.), *Psicopatología de los trastornos afectivos*. Madrid: Pirámide (original: 1982):
- Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983): The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Zung, W.W.K. (1965): A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.