

**UNA REVISIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LA VALIDEZ DE  
CONTENIDO DE LOS CUESTIONARIOS, ESCALAS E  
INVENTARIOS AUTOAPLICADOS MÁS UTILIZADOS EN  
ESPAÑA PARA EVALUAR LA DEPRESIÓN  
CLÍNICA EN ADULTOS**

Jesús Sanz<sup>1</sup>  
Amaia Izquierdo  
María Paz García-Vera  
*Universidad Complutense de Madrid*

**Resumen**

El objetivo del presente estudio fue analizar, desde la perspectiva de la validez de contenido, los cuestionarios, escalas e inventarios autoaplicados más populares en España para evaluar la depresión clínica en adultos. Para ello, se realizó una búsqueda en las bases de datos bibliográficos Psicodoc y PsycINFO que permitió identificar 16 instrumentos muy utilizados en España para ese fin. Estos instrumentos fueron analizados respecto a si el contenido de sus ítems era apropiado para medir los síntomas de las definiciones de episodio depresivo y distimia del DSM-IV y la CIE-10 (relevancia) y respecto a si sus ítems eran proporcionales a los síntomas de tales definiciones (representatividad). Entre los instrumentos analizados, destacaban las diferentes versiones completas del Inventario de Depresión de Beck (BDI-I, BDI-IA y BDI-II), la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (SDS) y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), ya que sus ítems presentaban un mayor grado de relevancia y representatividad del contenido de las definiciones sintomáticas de depresión clínica del DSM-IV y la CIE-10.

**PALABRAS CLAVE:** *depresión, evaluación, validez de contenido, escalas, inventarios, cuestionarios.*

**Abstract**

This study was aimed at analyzing, from the content validity perspective, the most popular self-report questionnaires, scales and inventories for assessing clinical depression in adults in Spain. To do this, electronic searches were conducted in two bibliographic databases: Psicodoc and PsycINFO. These

---

<sup>1</sup> *Correspondencia:* Jesús Sanz. Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas. 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid). España. Correo electrónico: [jsanz@psi.ucm.es](mailto:jsanz@psi.ucm.es)  
*Fecha de recepción del artículo:* 07-05-2013.  
*Fecha de aceptación del artículo:* 09-07-2013

searches revealed 16 instruments that are widely used in Spain to that aim. These instruments were analyzed with respect to whether the content of their items were appropriate for measuring the symptoms of the DSM-IV and ICD-10 definitions of depressive episode and dysthymia (relevance) and with respect to whether their items were proportional to the symptoms of those definitions (representativeness). Among the analyzed instruments, the following stood out: the full versions of the Beck Depression Inventory (BDI-I, BDI-IA y BDI-II), the Zung Self-Rating Depression Scale (SDS) and the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), since their items showed a greater degree of relevance and representativeness of the content of the DSM-IV and ICD-10 symptomatic definitions of clinical depression.

KEY WORDS: *depression, assessment, content validity, scales, inventories, questionnaires.*

### Introducción

Se estima que, a lo largo de su vida, el 10,55% de la población española mayor de 18 años ha sufrido un episodio depresivo mayor y el 3,65% un trastorno distímico, mientras que, durante el último año, aproximadamente un 3,96% de los españoles mayores de 18 años han padecido un episodio depresivo mayor y un 1,49% un trastorno distímico (Haro et al., 2006). Estas cifras de prevalencia convierten al episodio depresivo mayor en el trastorno mental más frecuente en España, circunstancia que también se produce en otros países europeos, americanos o asiáticos (Alonso et al., 2004; Kawakami et al., 2005; Kessler et al., 2005). Dada esa elevada prevalencia, no es de extrañar que exista una gran variedad de instrumentos para la evaluación de la depresión. Por otro lado, puesto que la principal sintomatología depresiva tiene que ver con el estado de ánimo deprimido y la pérdida de interés o de la capacidad para el placer (American Psychiatric Association (APA), 1994/1995, 2000/2002; Organización Mundial de la Salud (OMS), 1993/1994), síntomas todos ellos de marcado carácter subjetivo, tampoco es de extrañar que buena parte de esos instrumentos sean cuestionarios, escalas o inventarios de autoinforme que el propio paciente debe completar (autoaplicados). De hecho, actualmente existe un número tan grande de este tipo de instrumentos que el problema al que se enfrentan los profesionales e investigadores en el área de la depresión es precisamente seleccionar, de ese amplio repertorio, cuál es el más apropiado para sus objetivos (Nezu, Ronan, Meadows y McClure, 2000; Santor, Gregus y Welch, 2006). Por ejemplo, Santor et al. (2006), en su revisión de cuestionarios, escalas e inventarios desarrollados para medir la gravedad de la depresión, identificaron más de 280 instrumentos publicados en la literatura científica hasta el año 2000, mientras que más recientemente, Santor (2013), en su página web dedicada al

registro de escalas y medidas, recogía 439 instrumentos desarrollados para medir la depresión en el ámbito clínico, la inmensa mayoría de ellos (422) cuestionarios, escalas e inventarios autoaplicados.

Los objetivos para los cuales se pueden utilizar estos instrumentos en el ámbito clínico son muy variados: cribado o despistaje (*screening*), diagnóstico y clasificación, descripción de los síntomas y de las áreas problemáticas, formulación del caso y comprobación de hipótesis clínicas, planificación del tratamiento, predicción de conductas relevantes (p. ej., conductas de suicidio o violencia), evaluación de los resultados del tratamiento, etc., y la mayoría de las situaciones clínica suelen demandar la consecución de varios de esos objetivos. Aunque algunos instrumentos pueden ser útiles para conseguir de forma aceptable varios de esos objetivos, es poco probable que un único instrumento sea apropiado para alcanzar todos ellos con unas mínimas garantías. Por tanto, la selección de un instrumento para la evaluación de la depresión implica, en primer lugar, determinar los objetivos de dicha evaluación y la población a la que pertenece la persona o personas que van a ser evaluadas, y, en segundo lugar, valorar la adecuación a esos objetivos y a esa población de las características del instrumento y de las interpretaciones o inferencias de las medidas que esos instrumentos proporcionan.

Entre dichas características habría que tener en cuenta, por un lado, qué relación costes-beneficios presenta el instrumento respecto a aspectos prácticos tales como la cantidad de tiempo que demanda del evaluado y del evaluador, su grado de complejidad cognitiva (p. ej., legibilidad, comprensibilidad), su utilidad incremental respecto a la información que ya se ha obtenido por otros medios o instrumentos, o su complejidad a la hora de puntuarse e interpretarse. Por otro lado, y de manera fundamental, habría que tener en cuenta cuáles son las propiedades psicométricas de las interpretaciones o inferencias de las medidas o puntuaciones que ofrece el instrumento, es decir, en qué grado las puntuaciones del instrumento miden lo que se quiere medir para conseguir los objetivos propuestos (validez) y en qué grado tales puntuaciones son consistentes o estables (fiabilidad). En resumen, y tal y como la Comisión Internacional de Tests (ITC, 2000) ha resaltado, para optimizar el uso adecuado de los tests es importante elegir tests técnicamente correctos y adecuados a cada situación, así como estimar la utilidad potencial del test para la situación evaluativa en cuestión.

En la actualidad se considera que la validez, definida como el grado en que los datos empíricos y la teoría justifican las interpretaciones de las puntuaciones de un instrumento para unos objetivos concretos, es la propiedad psicométrica más importante, y que existen diversas fuentes de datos o procedimientos de validación que reflejan distintas facetas de la validez (American Educational Research Association, American Psychological

Association y National Council on Measurement in Education, 1999; Prieto y Delgado, 2010; Urbina, 2004). Entre esos procedimientos se encuentra la *validación del contenido* o *validez de contenido* que trata de evaluar el grado en que los elementos de un instrumento son *relevantes* y *representativos* del constructo de interés para un objetivo de evaluación en particular (Haynes, Richard y Kubany, 1995; Sireci, 1998). Como bien señalan Prieto y Delgado (2010), “difícilmente se podrá justificar la calidad de las medidas si los ítems no representan de forma suficiente las diferentes facetas de las manifestaciones del constructo. Si eso sucede, el constructo estará *infrarrepresentado* y, en consecuencia, las puntuaciones no alcanzarán el grado de validez requerido. Asimismo, la evidencia de que las respuestas a los ítems están influidas por variables ajenas al constructo de interés constituye una de las principales amenazas a la validez produciendo la denominada *varianza irrelevante al constructo*” (p. 72). En definitiva, la validez de contenido de un test nos indica que se está midiendo lo que se quiere medir, lo que va a favorecer la interpretación de sus resultados y, a su vez, justifica en gran parte su uso.

Precisamente, el objetivo de este trabajo fue revisar y analizar, desde la perspectiva de la validez de contenido, los cuestionarios, escalas e inventarios autoaplicados más utilizados en España para evaluar la depresión clínica en adultos, de forma que este análisis pudiera servir a los usuarios de dichos instrumentos para seleccionar los más adecuados para sus objetivos. Para ello, en primer lugar se definió el constructo de interés que tratan de medir tales instrumentos, en este caso, la depresión clínica en adultos. En segundo lugar, se buscaron en las bases de datos bibliográficos de psicología los cuestionarios, escalas e inventarios autoaplicados que se suelen utilizar en España para medir la depresión clínica en adultos y se seleccionaron entre ellos los más utilizados. Finalmente, se analizaron los instrumentos seleccionados teniendo en cuenta tanto si sus ítems eran apropiados para medir los síntomas que definen la depresión clínica (*relevancia*), como si eran proporcionales a los síntomas que definen la depresión clínica (*representatividad*), dos de los componentes principales de la validez de contenido (Haynes et al., 1995; Prieto y Delgado, 2010; Sireci, 1998). Así, un instrumento tendría una alta relevancia para el contenido de la depresión clínica, si sus ítems cubren todos los síntomas que definen la depresión clínica y no tiene ítems que midan síntomas que no forman parte del dominio de la depresión clínica (p. ej., no tiene ítems que reflejen síntomas de otros trastornos psicológicos), mientras que un instrumento tendría una alta representatividad del contenido de la depresión clínica si el porcentaje de ítems que, sobre el total de ítems del instrumento, mide un determinado tipo o conjunto de síntomas se corresponde con la proporción que representa dicho tipo o conjunto de síntomas sobre el total de síntomas que definen la depresión clínica.

### **Definición de Depresión Clínica**

El término “depresión clínica” hace referencia a diversos constructos, entre ellos, a un síntoma (la tristeza patológica o estado de ánimo deprimido), un síndrome (el síndrome depresivo) y varios trastornos (p. ej., el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico) (García-Vera y Sanz, 2012; Vázquez y Sanz, 2008). La presente revisión se centra en la depresión clínica entendida como un síndrome (un conjunto de síntomas y signos que covarían) o como un trastorno (un síndrome para el cual se han especificado ciertos parámetros de duración, gravedad, curso o historia natural y disfuncionalidad, y se han descartado algunas posibles causas). En estos dos sentidos, el concepto de depresión clínica ha ido evolucionando y cambiando a lo largo de la historia del pensamiento y de la psicopatología, siendo objeto de intensos e interminables debates en la psiquiatría y en la psicología clínica (Jackson, 1989; Sanz, en prensa). No obstante, actualmente, las definiciones de depresión clínica más consensuadas, validadas e influyentes, aunque no ajenas a polémicas y discusiones (Kendler, Myers y Zisook, 2008; Wakefield y First, 2012; Zimmerman, Chelminski, McGlinchey y Young, 2006; Zimmerman et al., 2010), son las propuestas por la cuarta edición del “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1994/1995, 2000/2002) y la clasificación de trastornos mentales y del comportamiento de la décima revisión de la “Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud” (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1993/1994), las cuales distinguen, dentro del concepto global de trastornos depresivos, dos trastornos, el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico, basados en dos síndromes depresivos muy parecidos. Así, por ejemplo, ambos conceptos comparten la idea de que los dos síntomas principales de los trastornos depresivos son el bajo estado de ánimo y la anhedonia, que la duración mínima de los síntomas depresivos debe ser al menos dos semanas en el caso del trastorno depresivo mayor o dos años en el caso del trastorno distímico, y que los síntomas deben provocar en la persona malestar clínicamente significativo o dificultades para llevar a cabo su actividad laboral y social o deterioro de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Es más, tal y como se puede observar en las Tablas 1 y 2, los dos conceptos muestran muchas coincidencias en los síntomas definitorios más allá del estado de ánimo deprimido y de la anhedonia (p. ej., fatigabilidad o pérdida de energía o vitalidad, aumento o disminución del peso o apetito, alteraciones del sueño, ideación y conductas suicidas) y en los síntomas asociados que conforman distintas especificaciones del trastorno (p. ej., síntomas psicóticos, melancólicos/somáticos y catatónicos). Así, respecto a la definición del episodio depresivo, ambas definiciones, la del

DSM-IV y la CIE-10, son prácticamente idénticas ya que comparten nueve síntomas diagnósticos de un total de nueve para el DSM-IV y de diez para la CIE-10, con la única diferencia de que la CIE-10 incluye un síntoma diagnóstico cognitivo más (pérdida de confianza y autoestima, y sentimientos de inferioridad) y el DSM-IV amplía el criterio sintomático de estado de ánimo para incluir la irritabilidad en los niños y adolescentes. En relación con el trastorno distímico, el solapamiento de síntomas diagnósticos es menor, pero aun así importante: todos los síntomas de la definición del DSM-IV (salvo uno, aumento/disminución del peso o apetito) se incluyen en la definición de la CIE-10, pero ésta añade cinco síntomas más, uno anímico (llanto fácil), dos motores (aislamiento social y disminución de la locuacidad) y dos cognitivos (sentimiento de incapacidad para enfrentarse con las responsabilidades de la vida diaria y pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado).

**Tabla 1.** Síntomas que incluyen los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos del DSM-IV y de la CIE-10

Síntomas	DSM-IV (APA, 1994/1995)		CIE-10 (OMS, 1993/1994)	
	Episodio depresivo mayor	Trastorno distímico	Episodio depresivo	Distimia
<b>Anímicos</b>				
- Estado de ánimo deprimido	X	X	X	X
- Llanto fácil				X
- Estado de ánimo irritable	X <sup>a</sup>			
<b>Motivacionales</b>				
- Disminución o pérdida del placer o interés	X		X	X
<b>Físicos</b>				
- Fatigabilidad o pérdida de energía o vitalidad	X	X	X	X
- Aumento/disminución del peso o apetito	X	X	X	
- Insomnio, hipersomnía o alteraciones del sueño	X	X	X	X

Síntomas	DSM-IV (APA, 1994/1995)		CIE-10 (OMS, 1993/1994)	
	Episodio depresivo mayor	Trastorno distímico	Episodio depresivo	Distimia
<b>Motores</b>				
- Agitación o enlentecimiento psicomotor	X		X	
- Conducta o intentos suicidas	X <sup>b</sup>		X <sup>b</sup>	
- Aislamiento social				X
- Disminución de la locuacidad				X
<b>Cognitivos</b>				
- Sentimientos excesivos o inapropiados de inutilidad o culpa o autoreproches desproporcionados	X		X	
- Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones	X	X	X	X
- Ideas recurrentes de muerte o suicidio	X <sup>b</sup>		X <sup>b</sup>	
- Pérdida de confianza y autoestima, y sentimientos de inferioridad		X	X	X
- Sentimientos de desesperanza o desesperación		X		X
- Sentimiento de incapacidad para enfrentarse con las responsabilidades de la vida diaria				X
- Pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado				X
<b>Nº de criterios diagnósticos sintomáticos<sup>c</sup></b>	9	7	10	12

*Nota.* <sup>a</sup>Sólo se considera en niños y adolescentes y como parte del criterio diagnóstico relativo al estado de ánimo. <sup>b</sup>Ideación suicida/muerte y actos/intentos suicidas se consideran un mismo criterio diagnóstico. <sup>c</sup>Se refiere al número de criterios que propone el DSM-IV y el CIE-10; obsérvese que en la tabla algunos criterios se han dividido en dos según indican las notas señaladas con los superíndices a y b.

**Tabla 2.** Síntomas asociados a las especificaciones de los trastornos depresivos del DSM-IV y de la CIE-10

Síntomas asociados a las especificaciones	DSM-IV (APA, 1994/1995)	CIE-10 (OMS, 1993/1994)
<b>Psicóticos:</b>		
- Ideas delirantes	X	X
- Alucinaciones	X	X
<b>Catatónicos:</b>		
- Inmovilidad motora <sup>a</sup>	X	X
- Actividad motora excesiva	X	
- Negativismo extremo <sup>a</sup>	X	X
- Peculiaridades del movimiento voluntario	X	
- Ecolalia o ecopraxia	X	
<b>Melancólicos (DSM-IV) o somáticos (CIE-10):</b>		
- Falta o pérdida de reactividad a los EE que habitualmente producen un respuesta emocional o son placenteros	X	X
- Cualidad distintiva del estado de ánimo depresivo	X	
- Empeoramiento por la mañana	X	X
- Despertar precoz o 2 horas antes de lo usual o más	X	X
- Pérdida marcada de la libido		X
<b>Atípicos:</b>		
- Reactividad del estado de ánimo	X	
- Abatimiento (sentir brazos o piernas pesados o inertes)	X	
- Sensibilidad al rechazo interpersonal	X	

*Nota.* <sup>a</sup> En la CIE-10 el criterio diagnóstico es la presencia de estupor depresivo que habitualmente se define como una disminución o ausencia total de movimientos espontáneos con mutismo parcial o total, negativismo y posturas rígidas mantenidas.

### **Cuestionarios, escalas e inventarios autoaplicados más utilizados en España para evaluar la depresión clínica en adultos**

Para localizar los cuestionarios, escalas e inventarios autoaplicados más utilizados actualmente en España para evaluar la depresión clínica en adultos, se realizó una búsqueda en las base de datos Psicodoc y PsycINFO, desde enero de 1990 a diciembre de 2012. En ambas base de datos, la búsqueda se realizó en el campo “resumen” con los términos: “inventario” o “escala” o “cuestionario” (“*inventory*” o “*scale*” o “*questionnaire*” en PsycINFO) y “depresión” (“*depression*” en PsycINFO), y limitando los resultados a aquellos que incluían el término “España” (“*Spain*” en PsycINFO) en el campo “afiliación” de los autores o en el campo “localización” del estudio (este último sólo disponible en PsycINFO). Esta búsqueda dio lugar a 416 registros en Psicodoc y a 746 en PsycINFO. De los instrumentos que se citaban en dichos registros se incluyeron en la presente revisión los que cumplían los siguientes criterios de inclusión:

- Instrumentos desarrollados con el objetivo específico de evaluar la depresión clínica, entendiendo como tal los síndromes depresivos (conjunto de síntomas depresivos) o los trastornos depresivos. Por lo tanto, se descartaron los instrumentos centrados en la evaluación de un único síntoma depresivo (p. ej., la Escala de Desesperanza de Beck (BHS) o la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (SRS)) así como los instrumentos desarrollados para evaluar en población general la tristeza, el estado de ánimo deprimido, el afecto negativo, la depresión rasgo y constructos similares (p. ej., el Cuestionario de Depresión Estado-Rasgo (ST/DEP), la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS), el Perfil de Estados de Ánimo (POMS), la Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA), o la subescala de Depresión del NEO PI-R) o para evaluar otros trastornos del estado de ánimo como los episodios maníacos o hipomaníacos del trastorno bipolar (p. ej., el Cuestionario de Trastornos del Estado de Ánimo (MDQ)).
- Inventarios, escalas o cuestionarios autoaplicados, descartándose, por consiguiente, los instrumentos heteroaplicados mediante entrevista u observación (p. ej., la Escala de Evaluación de la Depresión de Hamilton (HDRS, HRSD ó HAM-D), la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GADS), la Escala de Depresión de Montgomery-Åsberg (MADRS), el Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión (CET-DE), la Escala para la Valoración de la Depresión de Raskin (RDRS) o la Escala de Melancolía de Bech-Rafaelsen (MES)).

- Originarios de España o con adaptación española o con al menos un estudio sobre sus propiedades psicométricas en población clínica española, descartándose, en consecuencia, por ejemplo, los instrumentos que no contaban con adaptación española ni con ningún estudio localizado sobre sus propiedades psicométricas en población española (p. ej., las Escalas de Leeds para la Autoevaluación de la Ansiedad y la Depresión (LSAD) y el Inventario Multiescalar de Depresión de Chicago (CMDI) o las cinco subescalas de depresión de Harris-Lingoes del MMPI-2), o aquellos instrumentos cuyas propiedades psicométricas tan sólo habían sido evaluadas en la población general española o en la población de ancianos españoles (p. ej., una versión breve de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD-7) de Herrero y Gracia, un Cuestionario de Depresión construido con el modelo de Rasch de Cadavid, Delgado y Prieto, y la escala de Depresión del IPAT).
- Desarrollados para la población clínica adulta en general o utilizados en dicha población, descartándose, por tanto, los instrumentos desarrollados específicamente para niños o adolescentes (p. ej., el Inventario de Depresión Infantil (CDI), el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS), la Escala de Evaluación de la Depresión (EED) de Del Barrio y Silva, la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (RADS)), ancianos (p. ej., la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), la Escala EURO-D –esta última es además heteroaplicada–), mujeres en el período posparto (p. ej., la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)) o pacientes con trastornos específicos (p. ej., la Escala de Depresión de Calgary para la Esquizofrenia (CDSS) o la Escala de Cornell para la Depresión en la Demencia (CSDD), las cuales además son heteroaplicadas; el Inventario de Depresión en Trastornos Neurológicos para la Epilepsia (NDDI-E)).

Tras aplicar estos criterios de inclusión, los registros bibliográficos analizados permitieron identificar los siguientes 31 instrumentos:

- El Inventario de Depresión de Beck, en sus tres versiones completas: original de 1961 (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961), modificada de 1978 (BDI-IA; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Beck y Steer, 1993) y segunda edición (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996), y en sus versiones breves: versión breve de 13 ítems del BDI (Beck y Beck, 1972), las dos versiones breves del BDI-IA (Beck y Steer, 1993; Bennett et al., 1997) y la versión breve del BDI-II para atención primaria o pacientes médicos (BDI-PC o BDI-FastScreen; Beck, Guth, Steer y Ball, 1997; Beck, Steer y Brown, 2000).

- La subescala de Depresión de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) de Zigmond y Snaith (1983).
- La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977) y sus versiones abreviadas de 8 ítems (CES-D 8; Huppert et al., 2009; Van de Velde et al., 2010) y 7 ítems (CESD-7; Herrero y Gracia, 2007).
- La subescala de Depresión del Cuestionario de 90 Síntomas Revisado (SCL-90-R) de Derogatis (1977).
- La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (SDS; Zung, 1965).
- La subescala de Depresión del Cuestionario de Salud General (GHQ-28) de Goldberg y Hillier (1979).
- Las escalas clínicas de Depresión (D ó 2) de la versión original del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI; Hathaway y McKinley, 1967) y de su segunda versión (MMPI-2; Hathaway y McKinley, 1989) y la escala de Depresión basada en el contenido (DEP) del MMPI-2.
- El módulo de Depresión del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ) de Spitzer, Kroenke y Williams (1999) y su aplicación como escala aislada de 9 ítems o Cuestionario de Salud del Paciente de 9 ítems (PHQ-9; Kroenke, Spitzer y Williams, 2001).
- El Cuestionario Tridimensional para la Depresión (CTD) de Jiménez-García y Miguel-Tobal (2003).
- Las subescalas de Depresión del Inventario Breve de Síntomas (BSI) de Derogatis (1975) y de su versión abreviada de 18 ítems (BSI-18; Derogatis, 2001).
- El Cuestionario Básico de Depresión (CBD) de Peñate Castro (2001).
- Las escalas de Distimia (D) y Depresión Mayor (CC) de las versiones del Inventario Clínico Multiaxial de Millon segunda (MCMI-II; Millon, 1987) y tercera (MCMI-III; Millon, Davis y Millon, 1997).
- Las siete escalas de Depresión (D1, D2, D3, D4, D5, D6 y D7) del Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ) de Krug (1980).
- La subescala de Depresión de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG; Goldberg, Bridges, Duncan-Jones y Grayson, 1988) utilizada de forma autoaplicada.
- Las subescalas de Depresión de las dos versiones (completa y breve de 21 ítems) de las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS y DASS-21, respectivamente) de Lovibond y Lovibond (1995).
- La subescala de Depresión del Inventario Chino de Polaridad (CPI) de Zhen y Lin (1994).

Como cabría esperar, estos 31 instrumentos no habían sido citados todos con la misma frecuencia en las bases de datos bibliográficos. En la Tabla 3 se presenta el número de trabajos que sobre cada uno de esos 31 instrumentos se localizaron en PsycINFO y Psycodoc.

**Tabla 3.** Estudios recogidos en las bases de datos bibliográficas Psycodoc y PsycINFO publicados entre 1990 y 2012 que han utilizado cuestionarios, escalas o inventarios autoaplicados de evaluación de la depresión clínica en adultos

<b>Instrumento</b>	<b>Psycodoc</b>	<b>PsycINFO</b>	<b>Referencia de la adaptación española</b>
Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-IA, BDI-II, BDI breve, BDI-IA breves y BDI-PC o BDI-FastScreen)	118	189	BDI: Conde y Useros (1974; Conde et al., 1976) BDI breve: Conde y Franch (1984) BDI-IA: Vázquez y Sanz (1997, 1999) BDI-II: Beck et al. (2011a, adaptación española de J. Sanz y C. Vázquez) BDI-IA breves: Sanz y García-Vera (2007) BDI-PC o BDI-FastScreen: Beck et al. (2011b, adaptación española de J. Sanz et al.)
Subescala de Depresión de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)	20	71	Adaptada por Snaith en colaboración con Bulbena y Berrios en 1986 (Tejero, Guimerá, Farré y Peri, 1986; Herrero et al., 2003); existe otra adaptación de Caro e Ibáñez (1992)
Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D, CES-D 8 y CESD-7)	12	37	CES-D: existen varias adaptaciones (Soler et al., 1997; Vázquez et al., 2007) CES-D 8: Huppert et al. (2009; Van de Velde et al., 2010) CESD-7: Herrero y Gracia (2007)
Escala de Depresión del SCL-90-R	6	23	SCL-90-R: Derogatis (2002, adaptación española de J. L. González de Rivera et al.)
Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (SDS)	13	14	Conde et al. (1970, 1973)
Subescala de Depresión del Cuestionario de Salud General (GHQ-28)	12	7	Lobo et al. (1986; Goldberg y Williams, 1996, adaptación española de A. Lobo y P. E. Muñoz)
Escalas clínicas de Depresión (D) del MMPI y del MMPI-2 y Escala de Depresión (DEP) del MMPI-2	4	11	MMPI: Hathaway y McKinley (1975, adaptación española del Departamento de Psicología de TEA) MMPI-2: Hathaway y McKinley (1999, adaptación española de A. Ávila-Espada y F. Jiménez-Gómez)

<b>Instrumento</b>	<b>Psicodoc</b>	<b>PsycINFO</b>	<b>Referencia de la adaptación española</b>
Subescala de Depresión del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ) y Cuestionario de Salud del Paciente de 9 ítems (PHQ-9)	1	9	Diez-Quevedo et al. (2001; Pinto-Meza et al., 2005)
Cuestionario Tridimensional para la Depresión (CTD)	8	0	Jiménez-García y Miguel-Tobal (2003)
Escalas de Depresión del Inventario Breve de Síntomas (BSI) y del BSI-18	3	4	BSI: existen varias adaptaciones (Aragón et al., 2000; Pereda et al., 2007; Ruipérez et al., 2001) BSI-18: Derogatis (2001; Durá et al., 2006)
Cuestionario Básico de Depresión (CBD)	5	1	Peñate Castro (2001)
Escalas de Distimia (D) y Depresión Mayor (CC) del MCMI-II y del MCMI-III	3	3	MCMI-II: Millon (1998, 1999, 2002, adaptación española de A. Ávila) MCMI-III: Millon et al. (2007, adaptación española de V. Cardenal y M. P. Sánchez)
Escalas de Depresión (D1, D2, D3, D4, D5, D6 y D7) del Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ)	2	3	Krug (1986, adaptación española de N. Seisdedos)
Subescala de Depresión de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) utilizada de forma autoaplicada	3	2	Adaptación de la versión original heteroaplicada: Montón et al. (1993)
Subescalas de Depresión de las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS) y de la DASS-21	1	2	Bados et al. (2005)
Subescala de Depresión del Inventario Chino de Polaridad (CPI)	1	0	Benavent et al. (2004)

Como puede observarse en dicha tabla, el instrumento utilizado en un mayor número de estudios españoles recogidos en Psicodoc y PsycINFO fue, con diferencia, el BDI en sus diferentes versiones (118 y 189 estudios, respectivamente); a mucha distancia, le seguían un primer grupo de instrumentos compuesto por la subescala de Depresión de la HAD (20 y 71 estudios, respectivamente) y la CES-D (12 y 37 estudios, respectivamente) que, a su vez, mostraban una frecuencia de uso notablemente mayor que un segundo grupo de instrumentos compuesto por la escala de Depresión del SCL-90-R, la SDS, la subescala de Depresión del GHQ-28 y las escalas D y DEP del MMPI/MMPI-2. El resto de instrumentos no llegaron a alcanzar la cifra de 10 estudios en ninguna de las bases de datos bibliográficas consultadas. Por tanto, en el presente estudio se decidió restringir el análisis del contenido de los instrumentos a los siete instrumentos que superaron esa cifra de 10 estudios y a sus respectivas versiones y escalas (salvo que éstas no cumplieran los criterios de inclusión mencionados anteriormente). La única excepción al respecto fue el MCMI-II/MCMI-III que, a pesar de no alcanzar la cifra de 10 estudios, también fue incluido en el análisis de su contenido ya que un reciente estudio realizado con una muestra de 3.126 psicólogos profesionales españoles reveló que el MCMI ocupaba la tercera posición entre los instrumentos más utilizados por dichos psicólogos, siendo el primero de los más utilizados por los psicólogos que trabajaban en el campo de la psicología clínica (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). En este sentido, hay que recordar que la búsqueda bibliográfica realizada en la presente investigación estaba limitada a los trabajos publicados cuyo registro incluía la palabra “depresión” en el resumen, de manera que habría dejado fuera, por ejemplo, a todos los estudios que habiendo utilizado todas las escalas del MCMI-II o del MCMI-III, incluidas las de depresión (CC y D), en su resumen no las habían mencionado explícitamente.

#### **Relevancia para el contenido de la depresión clínica de los cuestionarios, escalas e inventarios autoaplicados más utilizados en España**

Los dos primeros autores de esta investigación evaluaron de forma independiente los ítems del BDI, HAD, CES-D, SDS, MMPI y MCMI, en sus diferentes versiones y escalas, en cuanto a su relevancia para los síntomas de los criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor y la distimia del DSM-IV y de la CIE-10 recogidos en la Tabla 1, y las discrepancias en las evaluaciones fueron discutidas hasta alcanzar un consenso. El primer autor y la tercera autora

del presente estudio siguieron el mismo procedimiento para evaluar los ítems de las subescalas de depresión del SCL-90-R y del GHQ-28, y así mismo evaluaron los ítems de todos los instrumentos en cuanto a su relevancia para los síntomas asociados a las especificaciones de los trastornos depresivos del DSM-IV y de la CIE-10 recogidos en la Tabla 2.

En la Tabla 4 se presentan los resultados de dichas evaluaciones respecto a la relevancia de los ítems de los diferentes instrumentos para los síntomas de los criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor y la distimia del DSM-IV y de la CIE-10, pero, en cambio, en aras de la brevedad, no se presentan los correspondientes resultados respecto a la evaluación de la relevancia de los ítems para los síntomas asociados a las especificaciones, los cuales pueden solicitarse al primer autor. En cualquier caso, estos últimos resultados como los de la Tabla 4 aparecen resumidos, en términos de porcentajes, en la Tabla 5. Así, en esta última tabla y sobre la base de las evaluaciones realizadas, se presentan los porcentajes de síntomas de depresión mayor, de síntomas de distimia y de síntomas de especificaciones, tanto según el DSM-IV como según la CIE-10, que quedan cubiertos por los ítems de cada uno de los instrumentos. Además, en dicha tabla se presenta, para cada instrumento, su número total de ítems y el porcentaje de ítems de ese total que evalúan síntomas depresivos.

Los resultados de la Tabla 5 indican, en primer lugar, que, tanto teniendo en cuenta la definición sintomática del DSM-IV como la de la CIE-10, la mayoría de los instrumentos evaluados cubren ligeramente mejor los síntomas del episodio depresivo mayor (porcentajes medios de 72,9-71,2%, respectivamente) que los síntomas del trastorno distímico (porcentajes medios de 68,7-58,3%), y en ambos casos, en general, por encima del 50% de los síntomas de tales trastornos, mientras que apenas reflejan los síntomas asociados a las especificaciones de los trastornos depresivos (porcentajes medios de 2,7-0,7%). En segundo lugar, los resultados también señalan que no existen apenas diferencias entre la cobertura que hacen los instrumentos de los síntomas definitorios de los trastornos depresivos según el DSM-IV (porcentajes medios de 72,9% y 68,7% para la depresión y la distimia, respectivamente) y la cobertura que hacen de los síntomas definitorios de los trastornos depresivos según la CIE-10 (porcentajes medios de 68,7% y 58,3% para la depresión y la distimia, respectivamente). En tercer lugar, el instrumento que mejor refleja los síntomas del episodio depresivo mayor es el BDI-II (100% de síntomas DSM-IV y CIE-10), seguido de la SDS (100% de síntomas DSM-IV y 90% de síntomas CIE-10), mientras que tanto el BDI-I como el BDI-IA y el BDI-II son los

instrumentos que mejor reflejan los síntomas del trastorno distímico (100% de síntomas DSM-IV y 75% de síntomas CIE-10), seguidos de la CES-D (85,7% de síntomas DSM-IV y 83,3% de síntomas CIE-10). En cuarto lugar, y tal y como cabría esperar, los instrumentos breves, es decir, los que tienen menos de 10 ítems (las subescalas de depresión del HADS y del GHQ-28 y el BDI-FS), son los que peor cubren los síntomas de la depresión mayor y la distimia, tanto según la definición del DSM-IV como según la definición de la CIE-10, no superando en ningún caso el 50% de dichos síntomas, pero, inesperadamente, también la escala de Distimia (D) del MCMI-III, compuesta de 14 ítems, no superó en ningún caso dicho porcentaje y la escala de Depresión del SCL-90-R, compuesta de 13 ítems, tan sólo superó dicho porcentaje y muy escasamente en el caso de los síntomas del episodio depresivo mayor según el DSM-IV (55,5%). En quinto lugar, entre todos los instrumentos breves, el BDI-FS es el que mejor refleja los síntomas del episodio depresivo mayor y de la distimia (respectivamente, 44,4% y 50% de síntomas DSM-IV y 42,8% y 41,7% de síntomas CIE-10), ya que los otros dos instrumentos no llegan en ningún caso al 35% de síntomas cubiertos.

Por otro lado, teniendo en cuenta el porcentaje de ítems que evalúan síntomas depresivos de cada instrumento (véase la Tabla 5), se puede estimar que en la mayoría de los instrumentos sus puntuaciones totales están determinadas fundamentalmente por la presencia y gravedad de síntomas depresivos (porcentaje medio de 86,7% ítems que miden depresión), aunque en este aspecto destacan el BDI-II y la escala de Depresión Mayor (CC) del MCMI-III así como los tres instrumentos breves (las subescalas de depresión del HADS y del GHQ-28 y el BDI-FS), ya que el 100% de sus ítems miden síntomas depresivos y, por tanto, sus puntuaciones totales están determinadas totalmente por la presencia y gravedad de síntomas depresivos. Por el contrario, las dos escalas clínica de Depresión (D) del MMPI y del MMPI-2 incluyen menos de un 50% de ítems cuyo contenido esté relacionado con los síntomas depresivos diagnósticos que definen la depresión mayor y la distimia según el DSM-IV o la CIE-10 (45% y 47,4%, respectivamente), por lo que cabría estimar que una parte muy importante de sus puntuaciones están determinadas por la presencia y gravedad de síntomas no depresivos.

**Tabla 4.** Correspondencia entre los síntomas clave del diagnóstico de los trastornos depresivos y los ítems de los cuestionarios de depresión

Síntomas depresivos de los criterios diagnósticos		Ítems de los cuestionarios de depresión			
DSM-IV (1994) †	CIE-10 (1993) ‡	BDI-I y BDI-IA	BDI-II	BDI-FS	SDS
1. Estado de ánimo deprimido (o irritable en niños y adolescentes)	1. Humor depresivo	(1) Tristeza (10) Lloro (11) Irritabilidad	(1) Tristeza (10) Llanto (17) Irritabilidad	(1) Tristeza	(1) Animo deprimido (3) Llanto (15) Irritabilidad
2. Disminución del placer o del interés	2. Pérdida de interés o placer	(4) Insatisfacción general (12) Desinterés social (21) Desinterés por el sexo	(4) Pérdida de placer (12) Pérdida de interés (21) Pérdida de interés en el sexo	(4) Pérdida de placer	(6) Interés por el sexo (18) Satisfacción vital (20) Interés estable
3. Fatiga o pérdida de energía	3. Falta de vitalidad o aumento de fatigabilidad	(17) Fatiga (15) Dificultad en el trabajo (se requiere esfuerzo extra)	(15) Pérdida de energía (20) Cansancio o fatiga		(10) Fatiga
4. Aumento/disminución del peso o del apetito	4. Aumento/disminución del apetito y peso	(18) Disminución del apetito (19) Disminución del peso	(18) Cambios en el apetito		(5) Apetito estable (7) Disminución del peso
5. Insomnio o hipersomnia	5. Alteraciones del sueño	(16) Insomnio	(16) Cambios en patrón de sueño		(4) Insomnio
6. Agitación o enlentecimiento psicomotor	6. Cambios de actividad psicomotriz con agitación o inhibición		(11) Agitación		(13) Agitación (12) Facilidad para hacer cosas
7. Sentimientos excesivos o inapropiados de inutilidad o culpa	7. Auto-reproches desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada	(3) Sentimiento de fracaso (6) Sentimiento de castigo (5) Culpabilidad (8) Autoculpación	(3) Sentimientos de fracaso (6) Sentimientos de castigo (5) Sentimientos de culpa (8) Autocríticas (14) Inutilidad	(3) Sentimientos de fracaso (6) Autocríticas	(17) Sentimientos de ser útil

Síntomas depresivos de los criterios diagnósticos		Ítems de los cuestionarios de depresión			
DSM-IV (1994) †	CIE-10 (1993) ‡	BDI-I y BDI-IA	BDI-II	BDI-FS	SDS
8. Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones	8. Disminución de la capacidad de pensar y concentrarse, acompañadas de indecisión y vacilación	(13) Indecisión	(13) Indecisión (19) Dificultad de concentración		(11) Capacidad para pensar (16) Facilidad para tomar decisiones
9. Ideas recurrentes de muerte o suicidio o intentos suicidas	9. Pensamientos de muerte o suicidio, o conducta suicida	(9) Pensamientos de suicidio	(9) Pensamientos de suicidio	(7) Pensamientos de suicidio	(19) Ideas de suicidio
10. Baja autoestima	10. Pérdida de confianza y autoestima, y sentimientos de inferioridad	(7) Auto decepción (14) Autoimagen	(7) Insatisfacción con uno mismo	(5) Insatisfacción con uno mismo	
11. Sentimientos de desesperanza	11. Sentimientos de desesperanza o desesperación	(2) Pesimismo	(2) Pesimismo	(2) Pesimismo	(14) Esperanza
	12. Sentimiento de incapacidad para enfrentarse con las responsabilidades de la vida diaria				
	13. Llanto fácil	(10) Llanto	(10) Llanto		(3) Llanto
	14. Pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado	(2) Pesimismo	(2) Pesimismo	(2) Pesimismo	(14) Esperanza
	15. Aislamiento social				
	16. Disminución de la locuacidad				

Nota. Entre paréntesis los números de los correspondientes ítems en cada cuestionario. † Del 1 al 9 aparecen los criterios sintomáticos del episodio depresivo mayor, mientras que los del trastorno distímico corresponden a los números 1, 3, 4, 5, 8, 10 y 11. ‡ Del 1 al 10 aparecen los criterios sintomáticos del episodio depresivo, mientras que los de la distimia corresponden a los números 1, 2, 3, 5, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 16.

Tabla 4. (Continuación)

Síntomas depresivos de los criterios diagnósticos		Ítems de los cuestionarios de depresión		
DSM-IV (1994) †	CIE-10 (1993) ‡	MCMI-II/CC	MCMI-II/D	CES-D
1. Estado de ánimo deprimido (o irritable en niños y adolescentes)	1. Humor depresivo	(5) Llanto (26) Explosiones de llanto o cólera (36) Llanto (45) Estado de ánimo deprimido (76) Tristeza (99) Desánimo y tristeza	(5) Llanto (26) Explosiones de llanto o cólera (27) Sentirse vacío y solo (36) Llanto (45) Estado de ánimo deprimido (76) Tristeza (99) Desánimo y tristeza (107) Irritabilidad (132) Tristeza y melancolía (167) Sentirse destrozado	(1) Irritabilidad (3) Tristeza (12) Alegría (17) Llanto (18) Tristeza
2. Disminución del placer o del interés	2. Pérdida de interés o placer	(81) Desinterés por el sexo	(83) Desinterés social (86) Capacidad de interesarse	(16) Satisfacción vital
3. Fatiga o pérdida de energía	3. Falta de vitalidad o aumento de fatigabilidad	(33) Fatiga (53) Pérdida de energía (96) Fatiga (108) Pérdida energía	(71) Fatiga (53) Pérdida de energía (96) Fatiga (108) Pérdida energía	(7) Pérdida de energía (20) Falta de energía
4. Aumento/disminución del peso o del apetito	4. Aumento/disminución del apetito y peso			(2) Inapetencia
5. Insomnio o hipersomnia	5. Alteraciones del sueño	(72) Insomnio	(72) Insomnio	(11) Sueño inquieto
6. Agitación o enlentecimiento psicomotor	6. Cambios de actividad psicomotriz con agitación o inhibición		(46) Perfeccionismo y enlentecimiento	(13) Hablar poco
7. Sentimientos excesivos o inapropiados de inutilidad o culpa	7. Autorreproches desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada	(54) Sentimientos de fracaso (95) Impulsividad y culpa (110) Sentimientos de culpa (136) Culpa e ideas de suicidio (154) Sentimientos de castigo	(54) Sentimientos de fracaso (97) Sentimientos de culpa (110) Sentimientos de culpa (136) Culpa e ideas de suicidio (154) Sentimientos de castigo (166) Sentimientos de competencia	(4) Sentimientos de valía (9) Sentimientos de fracaso

Síntomas depresivos de los criterios diagnósticos		Ítems de los cuestionarios de depresión		
DSM-IV (1994) †	CIE-10 (1993) ‡	MCMI-II/CC	MCMI-II/D	CES-D
8. Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones	8. Disminución de la capacidad de pensar y concentrarse, acompañadas de indecisión y vacilación	(109) Tener que pensar las cosas una y otra vez	(109) Tener que pensar las cosas una y otra vez	(5) Disminución de la concentración
9. Ideas recurrentes de muerte o suicidio o intentos suicidas	9. Pensamientos de muerte o suicidio, o conducta suicida	(59) Pensamientos de suicidio (79) Pensamientos de suicidio (136) Culpa e ideas de suicidio	(59) Pensamientos de suicidio (79) Pensamientos de suicidio (136) Culpa e ideas de suicidio	
10. Baja autoestima	10. Pérdida de confianza y autoestima, y sentimientos de inferioridad		(25) Inseguridad sobre qué es y quiere (166) Sentimientos de competencia	
11. Sentimientos de desesperanza	11. Sentimientos de desesperanza o desesperación			(6) Pesimismo (8) Ilusión por el futuro
	12. Sentimiento de incapacidad para enfrentarse con las responsabilidades de la vida diaria			
	13. Llanto fácil	(5) Llanto (26) Explosiones de llanto o cólera (36) Llanto	(5) Llanto (26) Explosiones de llanto o cólera (36) Llanto	(17) Llanto
	14. Pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado			(6) Pesimismo (8) Ilusión por el futuro
	15. Aislamiento social		(27) Sentirse vacío y solo	(11) Sentirse solo
	16. Disminución de la locuacidad			(13) Hablar poco

*Nota.* Entre paréntesis los números de los correspondientes ítems en cada cuestionario. † Del 1 al 9 aparecen los criterios sintomáticos del episodio depresivo mayor, mientras que los del trastorno distímico corresponden a los números 1, 3, 4, 5, 8, 10 y 11. ‡ Del 1 al 10 aparecen los criterios sintomáticos del episodio depresivo, mientras que los de la distimia corresponden a los números 1, 2, 3, 5, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 16.

**Tabla 4. (Continuación)**

Síntomas depresivos de los criterios diagnósticos		Ítems de los cuestionarios de depresión			
DSM-IV (1994) †	CIE-10 (1993) ‡	HADS/Depresión	MMPI/D	MMPI-2/D	MMPI-2/DEP
1. Estado de ánimo deprimido (o irritable en niños y adolescentes)	1. Humor depresivo	(6) Estado de ánimo alegre	(67) Infelicidad (41) Ánimo bajo (107) Felicidad (158) Llanto (160) Sentirse bien (248) Alegre sin razón (296) Animoso sin razón	(56) Infelicidad (38) Ánimo bajo (95) Felicidad (146) Llanto (148) Sentirse bien (226) Alegre sin razón (267) Animoso sin razón	(38) Ánimo bajo (56) Infelicidad (65) Sentirse triste (95) Felicidad (146) Llanto (388) No tener momentos de abatimiento
2. Disminución del placer o del interés	2. Pérdida de interés o placer	(2) Capacidad de disfrutar (4) Capacidad de reírse o divertirse (10) Desinterés por el aspecto físico (14) Capacidad para divertirse con lectura, radio o TV	(8) Capacidad de interesarse (52) Desinterés social (207) Capacidad para disfrutar	(9) Capacidad de interesarse (46) Desinterés social (188) Capacidad para disfrutar	(9) Muchas cosas resultan interesantes (400) Sentir que nada le importa (539) Perder interés en resolver propios problemas
3. Fatiga o pérdida de energía	3. Falta de vitalidad o aumento de fatigabilidad		(189) Pérdida de energía (259) Pérdida de energía (272) Lleno de energía	(175) Pérdida de energía (233) Pérdida de energía (330) Lleno de energía	(388) No tener momentos de abatimiento
4. Aumento/ disminución del peso o del apetito	4. Aumento/ disminución del apetito y peso		(2) Buen apetito (155) Peso estable	(2) Buen apetito (143) Peso estable	
5. Insomnio o hipersomnia	5. Alteraciones del sueño		(5) Despertar fácil por el ruido (43) Sueño irregular y desasosegado (152) Sin pensamientos molestos al dormir	(5) Despertar fácil por el ruido (39) Sueño irregular e intranquilo (140) Sin pensamientos molestos al dormir	(3) Levantarse por las mañanas descansado

Síntomas depresivos de los criterios diagnósticos		Ítems de los cuestionarios de depresión			
DSM-IV (1994) †	CIE-10 (1993) ‡	HADS/Depresión	MMPI/D	MMPI-2/D	MMPI-2/DEP
6. Agitación o enlentecimiento psicomotor	6. Cambios de actividad psicomotriz con agitación o inhibición	(8) Enlentecimiento			
7. Sentimientos excesivos o inapropiados de inutilidad o culpa	7. Autorreproches desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada		(142) Sentimientos de inutilidad	(130) Sentimientos de inutilidad	(82) Arrepentirse mucho (130) Sentimientos de inutilidad (234) Creer que está condenado (246) Creer que sus pecados son imperdonables (411) Pensar que no se vale para nada
8. Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones	8. Disminución de la capacidad de pensar y concentrarse, acompañadas de indecisión y vacilación		(32) Dificultad para concentrarse (46) Capacidad para pensar estable (159) Disminución de capacidades intelectuales (178) Sin problemas de memoria	(31) Dificultad para concentrarse (43) Capacidad para pensar estable (147) Disminución de capacidades intelectuales (165) Sin problemas de memoria	(147) Disminución de capacidades intelectuales
9. Ideas recurrentes de muerte o suicidio o intentos suicidas	9. Pensamientos de muerte o suicidio, o conducta suicida		(88) Sentimientos de que merece la pena vivir	(75) Sentimientos de que merece la pena vivir	(75) Sentimientos de que merece la pena vivir (303) Deseo de estar muerto (506) Pensar en matarse (520) Pensar en suicidarse (546) Pensar en la muerte y en la vida en el más allá

Síntomas depresivos de los criterios diagnósticos		Ítems de los cuestionarios de depresión			
DSM-IV (1994) †	CIE-10 (1993) ‡	HADS/Depresión	MMPI/D	MMPI-2/D	MMPI-2/DEP
10. Baja autoestima	10. Pérdida de confianza y autoestima, y sentimientos de inferioridad		(86) Falta confianza en sí mismo (122) Sentimientos de competencia	(73) Falta confianza en sí mismo (109) Sentimientos de competencia	(377) No estar satisfecho con su forma de ser
11. Sentimientos de desesperanza	11. Sentimientos de desesperanza o desesperación	(12) Sentimiento de optimismo en el porvenir			(454) No tener esperanza en el porvenir (512) Imposibilidad de superar una pérdida
	12. Sentimiento de incapacidad para enfrentarse con las responsabilidades de la vida diaria				
	13. Llanto fácil		(158) Llanto	(146) Llanto	(146) Llanto
	14. Pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado	(12) Sentimiento de optimismo en el porvenir			
	15. Aislamiento social				(277) Sentirse solo incluso con gente
	16. Disminución de locuacidad				

*Nota.* Entre paréntesis los números de los correspondientes ítems en cada cuestionario. † Del 1 al 9 aparecen los criterios sintomáticos del episodio depresivo mayor, mientras que los del trastorno distímico corresponden a los números 1, 3, 4, 5, 8, 10 y 11. ‡ Del 1 al 10 aparecen los criterios sintomáticos del episodio depresivo, mientras que los de la distimia corresponden a los números 1, 2, 3, 5, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 16.

Tabla 4. (Continuación)

Síntomas depresivos de los criterios diagnósticos		Ítems de los cuestionarios de depresión			
DSM-IV (1994) †	CIE-10 (1993) ‡	MCMI-III/CC	MCMI-III/D	SCL-90-R/Depresión	GHQ-28/Depresión
1. Estado de ánimo deprimido (o irritable en niños y adolescentes)	1. Humor depresivo	(44) Estado de ánimo deprimido y triste (34) Perder los nervios (128) Sentimientos de depresión sin razón (150) Sentimientos de depresión por pensar en el futuro (142) Sentirse vacío y hueco	(62) Tristeza y desánimo (86) Estado de ánimo triste, deprimido y sin ánimo (142) Sentirse vacío y hueco	30. Sentirse triste 20. Llorar por cualquier cosa	
2. Disminución del placer o del interés	2. Pérdida de interés o placer	(104) Pérdida de placer por no merecerlo (111) Pérdida de interés (148) Pérdida de placer	(104) Pérdida de placer por no merecerlo (111) Pérdida de interés (148) Pérdida de placer	5. Falta de interés en relaciones sexuales 32. No tener interés por nada	D3. Sentimiento de que la vida no merece la pena
3. Fatiga o pérdida de energía	3. Falta de vitalidad o aumento de fatigabilidad	(1) Quedarse sin fuerzas (4) Sentirse débil y cansado (55) Sentirse agotado (130) Pérdida de energía para concentrarse en responsabilidades diarias	(55) Sentirse agotado (130) Pérdida de energía para concentrarse en responsabilidades diarias	14. Sentirse con muy pocas energías 71. Sentir que todo cuesta mucho esfuerzo	
4. Aumento/disminución del peso o del apetito	4. Aumento/disminución del apetito y peso	(107) Pérdida de apetito y dificultad para dormir			
5. Insomnio o hipersomnia	5. Alteraciones del sueño	(74) Dificultad para dormir y sueño no reparador (107) Pérdida de apetito y dificultad para dormir (149) Temblores y dificultad para dormir por recuerdo doloroso			

Síntomas depresivos de los criterios diagnósticos		Ítems de los cuestionarios de depresión			
DSM-IV (1994) †	CIE-10 (1993) ‡	MCMII-III/CC	MCMII-III/D	SCL-90-R/Depresión	GHQ-28/Depresión
6. Agitación o enlentecimiento psicomotor	6. Cambios de actividad psicomotriz con agitación o inhibición				
7. Sentimientos excesivos o inapropiados de inutilidad o culpa	7. Autorreproches desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada		(24) Sentimientos de fracaso (25) Sentimientos de culpa (56) Culpabilidad por inutilidad	26. Sentirse culpable por cosas que ocurren 79. Sentirse inútil	D1. Pensar que no vale para nada
8. Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones	8. Disminución de la capacidad de pensar y concentrarse, acompañadas de indecisión y vacilación				
9. Ideas recurrentes de muerte o suicidio o intentos suicidas	9. Pensamientos de muerte o suicidio, o conducta suicida	(154) Intentos suicidas (171) Ideación suicida		15. Pensar en quitarse la vida	D3. Sentimiento de que la vida no merece la pena D4. Pensar en suicidarse D6. Desear estar muerto D7. Idea repetida de suicidio
10. Baja autoestima	10. Pérdida de confianza y autoestima, y sentimientos de inferioridad		(141) Sentimientos de que los demás tienen mala opinión de uno mismo		
11. Sentimientos de desesperanza	11. Sentimientos de desesperanza o desesperación	(150) Sentimientos de depresión por pensar en el futuro		54. Perder las esperanzas en el futuro	D2. Vivir sin esperanza

12. Sentimiento de incapacidad para enfrentarse con las responsabilidades de la vida diaria	(130) Pérdida de energía para concentrarse en responsabilidades diarias	(130) Pérdida de energía para concentrarse en responsabilidades diarias		D5. No poder hacer nada por tener los nervios desquiciados
13. Llanto fácil			20. Llorar por cualquier cosa	
14. Pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado		(15) Pesimismo		
15. Aislamiento social			29. Sentirse solo	
16. Disminución de la locuacidad				

*Nota.* Entre paréntesis los números de los correspondientes ítems en cada cuestionario. † Del 1 al 9 aparecen los criterios sintomáticos del episodio depresivo mayor, mientras que los del trastorno distímico corresponden a los números 1, 3, 4, 5, 8, 10 y 11. ‡ Del 1 al 10 aparecen los criterios sintomáticos del episodio depresivo, mientras que los de la distimia corresponden a los números 1, 2, 3, 5, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 16.

**Tabla 5.** Porcentajes de síntomas depresivos cubiertos por los cuestionarios de depresión, número total de ítems de los cuestionarios y porcentajes de ítems de los cuestionarios que evalúan síntomas depresivos

Cuestionarios	Criterios diagnósticos del DSM-IV			Criterios diagnósticos de la CIE-10			Nº de ítems	% de ítems que evalúan síntomas depresivos
	% de síntomas de depresión mayor	% de síntomas de distimia	% de síntomas atípicos o de especificaciones	% de síntomas de depresión mayor	% de síntomas de distimia	% de síntomas atípicos o de especificaciones		
BDI-I	88,9%	100%	0%	90%	75%	0%	21	95,2%
BDI-IA	88,9%	100%	0%	90%	75%	0%	21	95,2%
BDI-II	100%	100%	0%	100%	75%	0%	21	100%
BDI-FS	44,4%	42,8%	0%	50%	41,7%	0%	7	100%
SDS	100 %	85,7%	7,1%	90%	66,7%	12,5%	20	90%
MCMI-II/CC	77,8%	57,1%	7,1%	70%	50%	0%	31	67,7%
MCMI-II/D	88,9%	71,4%	7,1%	90%	66,7%	0%	36	83,3%
CES-D	88,9%	85,7%	7,1%	80%	83,3%	0%	20	95%
HADS/ Depresión	33,3%	28,5%	0%	30%	33,3%	0%	7	100%
MMPI/D	88,9%	85,7%	7,1%	90%	58,3%	0%	60	45%
MMPI-2/D	88,9%	85,7%	7,1%	90%	58,3%	0%	57	47,4%
MMPI-2/DEP	77,8%	85,7%	0%	80%	75%	0%	33	75,8%
MCMI-III/CC	66,7%	71,4%	0%	60%	50%	0%	17	100%
MCMI-III/D	44,4%	42,8%	0%	50%	50%	0%	14	92,8%
SCL-90- R/Depresión	55,5%	42,8%	0%	50%	50%	0%	13	84,6%
GHQ- 28/Depresión	33,3%	14,3%	0%	30%	25%	0%	7	100%
Media	72,91%	68,75%	2,66%	71,25%	58,33%	0,78%	24	86,69%

### **Representatividad del contenido de la depresión clínica de los cuestionarios, escalas e inventarios autoaplicados más utilizados en España**

En la Tabla 6 se presentan los porcentajes de criterios sintomáticos de la definición de la depresión clínica del DSM-IV y de la CIE-10 que se corresponden con distintos tipos de síntomas, en concreto, con síntomas de tipo anímico, motivacional, físico, motor o cognitivo. Así, por ejemplo, la definición sintomática de episodio depresivo mayor del DSM-IV incluye un 10% de síntomas anímicos, un 10% de síntomas motivacionales, un 30% de síntomas físicos, un 20% de síntomas motores y un 30% de síntomas cognitivos (véase también la Tabla 1), porcentajes muy similares a los que presenta la definición sintomática de episodio depresivo de la CIE-10 (9,1%, 9,1%, 27,3%, 18,2% y 36,4%, respectivamente). Sin embargo, la definición sintomática de trastorno distímico del DSM-IV incluye una mayor porcentaje de síntomas físicos y cognitivos (42,8% en ambos casos) y, por el contrario, no incluye ningún síntoma motivacional ni motor (0% en ambos casos), ausencia en la cual se distingue de la definición sintomática de distimia del CIE-10 que sí incluye síntomas motivacionales y motores (8,3% y 16,7%, respectivamente) (véase la Tabla 6).

Teniendo en cuenta esos porcentajes y siguiendo el procedimiento de evaluación señalado anteriormente, se calculó, para cada instrumento, el porcentaje de sus ítems que se correspondía con los distintos tipos de síntomas que definen la depresión clínica según el DSM-IV y la CIE-10, de manera que así se pudiera evaluar la representatividad del contenido de la depresión clínica que muestra cada instrumento. Tales porcentajes se recogen también en la Tabla 6, junto con la diferencia media, en valor absoluto, entre los porcentajes de tipos de síntomas de las definiciones de depresión clínica del DSM-IV o CIE-10 (porcentajes de síntomas anímicos, motivacionales, físicos, motores y cognitivos) y los porcentajes de tipos de síntomas correspondientes en los instrumentos. Teniendo en cuenta esas diferencias medias y considerando, además, que para ningún tipo de síntoma la diferencia de porcentajes entre los criterios diagnósticos y los ítems de un instrumento no fuera igual o mayor de 20%, los resultados de la Tabla 6 sugieren que, respecto a la definición sintomática de episodio depresivo mayor del DSM-IV, los instrumentos que representan mejor el contenido de dicha definición son, por este orden, la SDS, la CES-D y el BDI-II (con diferencias medias de 7%, 9% y 10,5%, respectivamente), mientras que respecto a la definición sintomática de episodio depresivo de la CIE-10 tales instrumento son, por este orden, el BDI-I/BDI-IA, la SDS y el BDI-II (con diferencias medias de 7,7%, 7,7% y 8,7%, respectivamente).

**Tabla 6.** Porcentajes de criterios sintomáticos que se corresponden con los distintos tipos de síntomas que definen la depresión según el DSM-IV y la CIE-10 y porcentajes de ítems de los cuestionarios de depresión que se corresponden con esos síntomas

Síntomas	Criterios del DSM-IV (1994)		Criterios del CIE-10 (1993)		Ítems de los cuestionarios de depresión							
	Episodio depresivo mayor	Trastorno distímico	Episodio depresivo	Distimia	BDI-I y BDI-IA	BDI-II	BDI-FS	SDS	MCMI-II/CC	MCMI-II/D	CES-D	HADS/D
Depresivos												
- Anímicos	10%	14,3%	9,1%	16,7%	14,3%	14,3%	14,3%	15%	19,3%	27,8%	25%	14,3%
- Motivacionales	10%	0%	9,1%	8,3%	14,3%	14,3%	14,3%	15%	3,2%	5,5%	5%	57,1%
- Físicos	30%	42,8%	27,3%	25%	23,8%	19%	0%	20%	16,1%	13,9%	20%	0%
- Motores †	20%	0%	18,2%	16,7%	0%	4,8%	0%	10%	0%	2,8%	10%	14,3%
- Cognitivos †	30%	42,8%	36,4%	33,3%	42,8%	47,6%	71,4%	25%	25,8%	27,8%	25%	14,3%
- Atípicos-especificaciones					0%	0%	0%	5%	3,2%	5,5%	10%	0%
No depresivos					4,8%	0%	0%	10%	32,3%	16,7%	5%	0%
Diferencia media en valor absoluto*												
- E. depresivo mayor DSM-IV					9,5%	10,5%	20%	7%	10,8%	11,6%	9%	20,6%
- T. distímico DSM-IV					6,7%	9,5%	17,1%	13,3%	10,4%	13,1%	13,3%	28,5%
- E. depresivo CIE-10					7,7%	8,7%	18,2%	7,7%	11,2%	11,9%	9,4%	21,3%
- Distimia CIE-10					7,2%	8,1%	17,6%	5,7%	8,2%	8,9%	6,3%	19,5%

Nota. † El criterio sintomático de ideación/actos suicidas se ha considerado como dos síntomas, uno cognitivo (ideación suicida) y otro motor (actos suicidas).

\* Es el resultado de promediar las diferencias, en valor absoluto, entre los porcentajes de tipos de síntomas en las definiciones de depresión clínica del DSM-IV o CIE-10 (porcentajes de síntomas anímicos, motivacionales, físicos, motores y cognitivos) y los porcentajes de tipos de síntomas correspondientes en los instrumentos.

Los resultados de la Tabla 6 también sugieren que el instrumento que representa mejor el contenido de la definición sintomática de trastorno distímico del DSM-IV es el BDI-I/BDI-IA; aunque el BDI-II y la subescala de Depresión del SCL-90-R también obtuvieron diferencias medias bajas (9,5% y 9,7%, respectivamente) entre los porcentajes de tipos de síntomas depresivos cubiertos por sus ítems y los porcentajes de los criterios sintomáticos, estos dos instrumentos, como todos los demás excepto el BDI-I/BDI-IA, tuvieron respecto algún tipo de síntomas una diferencia igual o mayor de 20% (23,8% y 27,4% menos síntomas físicos para el BDI-II y la subescala de Depresión del SCL-90-R, respectivamente). Finalmente, con respecto a la definición sintomática de distimia de la CIE-10, los instrumentos que representan mejor el contenido de dicha definición son, por este orden, la SDS, la CES-D y el BDI-I/BDI-IA (con diferencias medias de 5,7%, 6,3% y 7,2%, respectivamente).

Por otro lado, los resultados de la Tabla 6 sugieren que, en general, la mayoría de los instrumentos representan igualmente bien el contenido de la definición sintomática de episodio depresivo que el contenido de la definición sintomática de distimia, y tanto si se utilizan las definiciones del DSM-IV como las de la CIE-10; de manera relacionada, la Tabla 6 también sugiere que la mayoría de los instrumentos representan igualmente bien las definiciones sintomáticas de depresión clínica del DSM-IV que las de la CIE-10.

### Conclusiones

El objetivo del presente estudio era revisar, desde la perspectiva de la validez de contenido, los cuestionarios, escalas e inventarios autoaplicados más utilizados en España para evaluar la depresión clínica en adultos, para lo cual se analizó el contenido de los ítems de 16 instrumentos en función de las definiciones sintomáticas de episodio depresivo y distimia del DSM-IV y de la CIE-10. Por supuesto, para lograr ese objetivo hubiera sido deseable poder revisar estudios empíricos sobre la validez de contenido de dichos instrumentos en los que, por ejemplo, se hubiera consultado a un número pequeño ( $N < 10$ ), moderado ( $10 \leq N \leq 30$ ) o amplio ( $N > 30$ ) de expertos independientes mediante un procedimiento sistematizado (Prieto y Muñiz, 2000). Sin embargo, no se ha encontrado ningún estudio publicado con esas características. También hubiera sido deseable poder ampliar el análisis del contenido de los instrumentos a otros elementos de los mismos distintos a sus ítems (p. ej., sus instrucciones) y teniendo en cuenta otros aspectos de las definiciones de depresión clínica del DSM-IV y de la CIE-10 distintos a los sintomáticos. Claramente, estas cuestiones deseables deberían ser abordadas en futuras investigaciones.

No obstante, con esas limitaciones en mente, los resultados del presente estudio permiten concluir, en primer lugar, que los psicólogos españoles cuentan con un buen número de cuestionarios, escalas e inventarios cuyos ítems son *relevantes* para medir los síntomas de los criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor y la distimia del DSM-IV y de la CIE-10 y que *representan* razonablemente bien el contenido de las definiciones sintomáticas de estos trastornos depresivos. En segundo lugar, que existen diferencias entre los instrumentos en cuanto al grado en que sus ítems son relevantes y representativos del episodio depresivo mayor y de la distimia en adultos y que, por tanto, se espera que la consulta de las Tablas 4, 5 y 6 del presente estudio pueda servir a los usuarios de dichos instrumentos para seleccionar los más adecuados para sus objetivos. En este sentido, una tercera conclusión que se puede extraer del presente estudio, es que, entre los instrumentos analizados, destacan las diferentes versiones completas del BDI (BDI-I, BDI-IA y BDI-II), la SDS y la CES-D ya que sus ítems presentan un mayor grado de relevancia y representatividad del contenido de las definiciones sintomáticas de la depresión clínica del DSM-IV y la CIE-10. Por el contrario, los resultados del presente estudio también advierten sobre las deficiencias y limitaciones, desde la perspectiva de la validez de contenido, que presentan instrumentos como la escala de Distimia (D) del MCMI-III, la escala de Depresión del SCL-90-R, las escalas clínicas de Depresión (D) del MMPI y MMPI-2 y todos los instrumentos breves analizados en el presente estudio (BDI-FS, subescala de Depresión del GHQ-28 y subescala de Depresión de la HADS). Respecto a estos últimos, es importante subrayar que esas deficiencias son en parte lógicas debido a su pequeño número de ítems (< 10), pero que, no obstante, deberían hacer que sus usuarios sopesaran de manera más concienzuda las ventajas y limitaciones de su utilización y, en todo caso, elijan la mejor alternativa entre ellos. En este sentido, el BDI-FS parece ser el que mejor refleja los síntomas del episodio depresivo mayor y de la distimia según el DSM-IV y la CIE-10.

Finalmente, merece la pena recordar, en línea con lo señalado en la Introducción, que la elección de cualquier instrumento para la evaluación de la depresión clínica en adultos no sólo tiene que tener en cuenta la relevancia y representatividad de sus ítems respecto a las definiciones diagnósticas al uso de los trastornos depresivos, sino también, y de manera importante, sus otras propiedades psicométricas de validez y fiabilidad, así como su relación costes-beneficios respecto a diversos aspectos prácticos.

### Referencias

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., de Girolamo, G. The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (Suppl. 420), 21-27.
- American Educational Research Association, American Psychological Association, y National Council on Measurement in Education (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.
- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson. (Orig. 1994).
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado*. Barcelona: Masson. (Orig. 2000).
- Aragón, N., Bragado, M. C., y Carrasco, I. (2000). Fiabilidad y estructura factorial del Inventario Breve de Síntomas (BSI) en adultos. *Psicología Conductual*, 8, 77-83.
- Bados, A., Solanas, A., y Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema*, 17, 679-683.
- Beck, A. T., y Beck, R. W. (1972). Screening depressed patients in family practice. A rapid technic. *Postgraduate Medicine*, 52, 81-85.
- Beck, A. T., Guth, D., Steer, R. A., y Ball, R. (1997). Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 785-791.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press (Trad. esp. en Bilbao: Desclee de Brower, 1983).
- Beck, A. T., y Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory*. Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2000). *BDI-Fast Screen for medical patients, Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2011a). *Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II* (Adaptación española: Sanz, J., y Vázquez, C.). Madrid: Pearson Educación.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2011b). *Manual. BDI-FastScreen. Inventario de Depresión de Beck FastScreen para pacientes médicos* (Adaptación española: Sanz, J., Izquierdo, A., y García-Vera, M. P.). Madrid: Pearson Educación.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

- Benavent, P., Álvarez, P., García-Valls, J. M., Livianos, L., y Rojo, L. (2004). Inventario Chino de Polaridad: su adaptación a nuestro ámbito. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32, 363-370.
- Bennett, D. S., Ambrosini, P. J., Bianchi, M., Barnett, D., Metz, C., y Rabinovich, H. (1997). Relationship of Beck Depression Inventory factors to depression among adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 45, 127-134.
- Caro, I., e Ibáñez, E. (1992) La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión: su utilidad práctica en psicología de la salud. *Boletín de Psicología*, 36, 43-69.
- Comisión Internacional de Tests (ITC). (2000). Directrices internacionales para el uso de los tests. [Traducción de la Comisión de Tests del Colegio Oficial de Psicólogos de España]. *INFOCOP*, 77, 21-32. Consultado el 30 de abril de 2013 en: <http://www.cop.es/infocop/vernumeroCOP.asp?id=1000>
- Conde, V., Escriba, J. A., e Izquierdo, J.A. (1970). Evaluación estadística y adaptación castellana de la Escala Autoaplicada para la Depresión de Zung. *Archivos de Neurobiología. Parte I, XXXIII, 2*, 185-206 y *Parte II, XXXIII, B*, 201-203.
- Conde, V., y Esteban-Chamorro, T. (1973). Revisión crítica de dos adaptaciones castellanas de la "Self Rating Depresión Scale" (SDS) de Zung. *Archivos de Neurobiología*, 36, 375-392.
- Conde, V., y Franch, J. I. (1984). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid: Upjohn Farmaquímica.
- Conde, V., y Useros, E. (1974). El inventario para la medida de la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 12, 153-167.
- 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.
- Derogatis, L. R. (1975). *Brief Symptom Inventory*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R: administration, scoring and procedures manual I*. Baltimore, MD: Clinical Psychometrics Research.
- Derogatis, L. R. (2001). *Brief Symptom Inventory (BSI)-18. Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: NCS Pearson.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 Síntomas Revisado. Manual* (Adaptación española: González de Rivera y Revuelta, J. L., de las Cuevas, C., Rodríguez-Abuin, M., y Rodríguez Pulido, F.). Madrid: TEA Ediciones.
- Diez-Quevedo, C., Rangil, T., Sanchez-Planell, L., Kroenke K., y Spitzer, R. (2001). Validation and utility of the Patient Health Questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 63, 679-686.
- Durá, E., Andreu, Y., Galdón, M.J., Ferrando, M., Murgui, S., Poveda, R., y Jiménez, Y. (2006). Psychological assessment of temporomandibular disorders patients. Confirmatory analysis of the dimensional structure of the Brief Symptoms Inventory 18 (BSI-18). *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 365-370.

- García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2012). Depresión. En M<sup>a</sup>. I. Comeche Moreno y M. A. Vallejo Pareja (Dir.), *Manual de terapia de conducta en la infancia, 2ª edición* (pp. 197-241). Madrid: Dykinson.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., y Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 297, 897-899.
- Goldberg, D. P., y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Goldberg, D., y Williams, P. (1996). *Cuestionario de Salud General, GHQ (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones* (Adaptación española: Lobo, A., y Muñoz, P. E.). Barcelona: Masson.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., Alonso, J., y el Grupo ESEMeD-España (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126, 445-451.
- Hathaway, S. R., y McKinley, J. C. (1967). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. New York: Psychological Corporation
- Hathaway, S. R., y McKinley, J. C. (1975). *Cuestionario de personalidad MMPI. Manual* (Adaptación española: Departamento de Psicología de TEA). Madrid: TEA.
- Hathaway, S. R., y McKinley, J. C. (1989). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2). Manual for administration and scoring*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Hathaway, S. R., y McKinley, J. C. (1999). *MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2. Manual* (Adaptación española: Ávila-Espada, A., y Jiménez-Gómez, F.). Madrid: TEA Ediciones.
- Haynes, S. N., Richard, D. C. S., y Kubany, E. S. (1995). Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. *Psychological Assessment*, 7, 238-247.
- Herrero, J., y Gracia, F. E. (2007). Una medida breve de la sintomatología depresiva (CESD-7). *Salud Mental*, 30, 40-46.
- Herrero, M. J., Blanch, J., Peri, J. M., De Pablo, J., Pintor, L., y Bulbena, A. (2003). A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry*, 25, 277-283.
- Huppert, F. A., Marks, N., Clark, A., Siegrist, J., Stutzer, A., Vittersø, J., y Wahrendorf, M. (2009). Measuring well-being across Europe: description of the ess well-being module and preliminary findings. *Social Indicators Research*, 91, 301-315.
- Jackson, S. W. (1989). *Historia de la melancolía y de la depresión desde los tiempos hipocráticos a la época moderna*. Madrid: Turner.
- Jiménez García, G. I. y Miguel-Tobal, J. J. (2003). El Cuestionario Tridimensional para la Depresión (CTD): un nuevo instrumento para medir la tristeza/depresión. *Ansiedad y Estrés*, 9, 17-34.

- Kawakami, N., Takeshima, T., Ono, Y., Uda, H., Hata, Y., Nakane, Y., Nakane, H., Iwata, N., Furukawa, T. A., y Kikkawa, T. (2005). Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 441-452.
- Kendler, K. S., Myers, J., y Zisook, S. (2008). Does bereavement-related major depression differ from major depression associated with other stressful life events? *American Journal of Psychiatry*, 165, 1449-1455.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., y Walters, E. E. (2005) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., y Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9 validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613.
- Krug, S. E. (1980). *Clinical Analysis Questionnaire. Manual*. Champaign, ILL: Institute for Personality and Ability Testing.
- Krug, S. E. (1986). *CAQ. Cuestionario de análisis clínico. Manual* (Adaptación española: Seisdedos, N.). Madrid: TEA.
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J., y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140.
- Lovibond, P. F., y Lovibond, S. H. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sidney, Australia: Psychology Foundation of Australia.
- Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II manual (2ª ed.)*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Millon, T. (1998). *MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II. Manual* (Adaptación española: Ávila-Espada, A.). Madrid: TEA Ediciones.
- Millon, T. (1999). *MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon II. Manual (2ª ed.)* (Adaptación española: Ávila-Espada, A.). Madrid: TEA Ediciones.
- Millon, T. (2002). *MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon II. Manual (3ª ed.)* (Adaptación española: Ávila-Espada, A.). Madrid: TEA Ediciones.
- Millon, T., Davis, R. D., y Millon, C. (1997). *The Millon Clinical Multiaxial Inventory-III manual (2ª ed.)*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Millon, T., Davis, R. D., y Millon, C. (2007). *MCMI-III. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III. Manual* (Adaptación española: Cardenal, V., y Sánchez, M. P.). Madrid: TEA Ediciones.
- Montón, C., Pérez-Echevarría, M. J., Campos, R., García Campayo, J., y Lobo, A. (1993). Escalas de Ansiedad y Depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención Primaria*, 12, 345-349.
- Muñiz, J., y Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 31, 108-121.
- Nezu, A. M., Ronan, G. F., Meadows, E. A., y McClure, K. S. (Eds.). (2000). *Practitioner's guide to empirically based measures of depression*. New York: Kluwer Academic/Plenum Press.

- Organización Mundial de la Salud (1994). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación*. Madrid: Meditor. (Orig. 1993).
- Peñate Castro, W. (2001). Presentación de un cuestionario básico para evaluar los síntomas genuinos de la depresión. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(115), 671-869.
- Pereda, N., Forns, M., y Peró, M. (2007). Dimensional structure of the Brief Symptom Inventory with Spanish college students. *Psicothema*, 19, 634-639.
- Pinto-Meza, A., Serrano-Bianco, A., Peñarrubia, M. T., Blanco, E., y Haro, J. M. (2005). Assessing depression in primary care with the PHQ-9: Can it be carried out over the telephone? *Journal of General Internal Medicine*, 20, 738-742.
- Prieto, G., y Muñiz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 77, 65-71.
- Prieto, G., y Delgado, A. R. (2010). Fiabilidad y validez. *Papeles del Psicólogo*, 31, 67-74.
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Ruipérez, M. Á., Ibáñez, M. I., Lorente, E., Moro, M., y Ortet, G. (2001). Psychometric properties of the Spanish version of the BSI: contributions to the relationship between personality and psychopathology. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 241-250.
- Santor, D. A. (2013). *Registry of scales and measures. Psychological tests, scales, questionnaires and checklists*. Consultado el 2 de mayo de 2013 en: <http://www.scalesandmeasures.net/>
- Santor, D. A., Gregus, M., y Welch, A. (2006). Eight decades of measurement in depression. *Measurement*, 4, 135-155.
- Sanz, J. (en prensa). Evaluación de los trastornos del estado de ánimo. En J. L. Graña Gómez, M. E. Peña Fernández y J. M. Andreu Rodríguez (Eds.), *Manual docente de psicología clínica legal y forense, vol. II (3ª ed.)*. Madrid: Servicio de Publicaciones de la Universidad Complutense de Madrid.
- Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2007). Análisis psicométrico de las versiones breves del «Inventario para la Depresión de Beck» de 1978 (BDI-IA). *Psicología Conductual*, 15, 191-214.
- Sireci, S. G. (1998). The construct of content validity. *Social Indicators Research*, 45, 83-117.
- Soler, J., Pérez-Sola, V., Puigdemont, D., Pérez-Blanco, J., Figueres, M., y Álvarez, E. (1997). Estudio de validación del Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) en una población española de pacientes con trastornos afectivos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 25, 243-249.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., y el Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group (1999). Validation and utility of a self-report version of the PRIME-MD: the PHQ primary care study. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 282, 1737-1744.

- Tejero, A., Guimerá, E. M., Farré, J. M., y Peri 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 Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 13, 233-238.
- Van de Velde, S., Bracke, P., Levecque, K., y Meuleman, B. (2010). Gender differences in depression in 25 European countries after eliminating measurement bias in the CES-D 8. *Social Science Research*, 39, 396-404.
- Vázquez, C., y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.
- Vázquez, C., y Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10, 59-81.
- Vázquez, C., y Sanz, J. (2008). Trastornos del estado de ánimo: aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*, vol. 2. Edición revisada y actualizada (pp. 233-269). Madrid: McGraw-Hill.
- Vázquez, F. L., Blanco, V., y López, M. (2007). An adaptation of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for use in non-psychiatric Spanish populations. *Psychiatry Research*, 149, 247-252.
- Urbina, S. (2004). *Essentials of psychological testing*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Wakefield, J. C., y First, M. B. (2012). Validity of the bereavement exclusion to major depression: does the empirical evidence support the proposal to eliminate the exclusion in DSM-5? *World Psychiatry*, 11, 3-10.
- Zhen, Y. P., y Lin, K. M. (1994). The reliability and validity of the Chinese Polarity Inventory. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 126-131.
- Zimmerman, M., Chelminski, I., McGlinchey, J. B., y Young, D. (2006). Diagnosing major depressive disorder X: can the utility of the DSM-IV symptom criteria be improved? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 893-897.
- Zimmerman, M., Galione, J. N., Chelminski, I., Young, D., Dalrymple, K., y Witt, K. C. (2010). Validity of a simpler definition of major depressive disorder. *Depression and Anxiety*, 27, 977-981.
- 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.