

J. A. Ramos-Brieva¹
A. Cordero²
R. Gutiérrez²
M. Zamarro²

El Criterio diagnóstico axial para la depresión. Desarrollo, validez constructiva, validez predictiva y fiabilidad

¹ Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario Ramón y Cajal
Universidad de Alcalá
Madrid

² Servicio de Salud Mental «Miraflores»
Alcobendas (Madrid)

Introducción. Los autores desarrollan un nuevo Criterio diagnóstico para la depresión (CDAD) compuesto por siete ítems: ánimo, motivación/interés, impulso, gusto/placer, trabajo cotidiano, energía y distinta cualidad. Se proponen examinar su validez predictiva, y fiabilidad, así como sus propiedades psicométricas y su validez constructiva. Existen pocos estudios que hayan examinado las propiedades psicométricas de otros criterios diagnósticos para la depresión actualmente en uso.

Material y métodos. Entrevistan a 111 pacientes psiquiátricos atendidos consecutivamente en régimen ambulatorio. Sesenta cumplían los criterios para episodio depresivo de la CIE-10 y 51 formaban parte del grupo de control: enfermos psiquiátricos no deprimidos. Utilizan para ello un breve cuestionario autoaplicado (IDASD) donde los pacientes señalan cómo se encuentran. Cada ítem tiene una escala analógico visual para que los sujetos cuantifiquen sus respuestas.

Resultados. Para que el CDAD diagnostique correctamente depresión, debe exigírsele reunir cuatro ítems o más. De ellos, al menos dos deben pertenecer a un grupo de tres ítems que fueron extraídos mediante una función discriminante (ánimo, energía y distinta cualidad).

El CDAD así construido tiene una sensibilidad de 0,93 y una especificidad de 0,82, con una fiabilidad kappa de 0,76 y una proporción de casos totales acertados del 88% al 93%. Cuando el grupo de control está formado exclusivamente por pacientes psiquiátricos asintomáticos, la especificidad sube hasta 0,92.

Un análisis factorial revela que el CDAD es unidimensional y tiene una buena validez de constructo (0,69). También tiene una buena fiabilidad alfa ($\alpha = 0,92$), una consistencia por la prueba de las dos mitades elevada ($R = 0,91$) y una correlación test-retest alta ($r = 0,67$).

El acuerdo diagnóstico CDAD entre dos psiquiatras que utilizan como fuente de datos el IDASD es muy alta ($\kappa: 1,00$).

Conclusiones. El sistema CDAD/IDASD ofrece un procedimiento para diagnosticar depresión válido y fiable. También posee una excelente arquitectura interna, una buena validez de constructo y consistencia interna. Estos datos son mucho más de lo que se puede decir de otros criterios diagnósticos más al uso, de los que se carece de esta información.

Palabras clave:
Depresión. Criterios diagnósticos. Validación. Validez constructiva. Evaluación.

Actas Esp Psiquiatr 2009;37(6):306-319

The Axial Diagnostic Criteria for Depression. Development, construct and predictive validity and reliability

Introduction. The authors have developed a new axial diagnostic criterion for depression (ADCD) made up of seven items: mood, motivation/interest, impulse/drive, liking/pleasure, daily job, energy and different quality. They have aimed to examine its predictive validity and reliability, psychometric properties and constructive validity. There are few studies that have examined the psychometric properties of other diagnostic criteria for depression currently in use.

Material and methods. A total of 111 psychiatric outpatients who attended an out-patient clinic consecutively were interviewed. Sixty met the ICD-10 criteria for depressive episode and 51 formed a part of the control group: non-depressed psychiatric outpatients. For the interview, the authors used a brief self-administered questionnaire (IDASD) in which the patients indicated how they felt. Each item had a Visual Analogue Scale so that the subjects could quantify their answers.

Results. Four or more items are needed for the ADCD to correctly diagnose depression. At least two of these should belong to a group of three items that were extracted using a discriminant function (mood, energy and different quality).

Correspondencia:
Jesús Antonio Ramos Brieva
Servicio de Psiquiatría - Hospital
Universitario Ramón y Cajal
Ctra. Colmenar km 9,100
28034 Madrid
Correo electrónico:
jramosb.hrc@salud.madrid.org

The ADCD constructed in this way has a 0.93 sensitivity and 0.82 specificity, with a kappa reliability of 0.76 and a proportion of total cases correctly classified ranging from 88% to 93%. Specificity reaches up to 0.92 when the control group is formed exclusively by symptom-free psychiatric outpatients.

A factor analysis reveals that the ADCD is a one-dimensional model that has good construct validity (0.69). It also has good alpha reliability ($\alpha = 0.92$), elevated consistency of the two halves of the test ($R = 0.91$) and a high test-retest correlation ($r = 0.67$).

The ADCD diagnostic agreement between two psychiatrists who use the IDASD as a data source is very high ($\kappa: 1.00$).

Conclusions. The ADCD/IDASD system offers a valid and reliable procedure to diagnose depression. It also has an excellent internal architecture, good construct validity and internal consistency. These data are much more than what can be said about other more used diagnostic criteria, which lack this information.

Key words:

Depression. Diagnostic criteria. Validation. Constructive validity. Evaluation.

INTRODUCCIÓN

Hace 30 años se crearon los criterios diagnósticos operativos (CDO) para resolver el importante problema de la fiabilidad diagnóstica^{1,2}. Su uso favoreció que numerosos casos de depresión que antes quedaban mal clasificados recibieran un diagnóstico, y que la fiabilidad diagnóstica entre los psiquiatras se incrementara³.

Aunque su finalidad inicial fue homogeneizar los criterios diagnósticos de los evaluadores, pronto se comprobó que los CDO para la depresión son los que menos acuerdo alcanzan entre los psiquiatras, sobre todo en los casos con una intensidad sintomatológica media o baja⁴. Ello se debe, en parte, a que los psiquiatras interpretan de forma diferente la presencia de los diferentes ítems⁵ y, también, a la discutida validez intrínseca de los CDO propiamente dichos.

Pese a su relativa fiabilidad y validez predictiva, siempre se expresaron serias dudas acerca de la validez constructiva de los CDO para la depresión (y de otros trastornos) desde que su uso se generalizó a partir de la edición del DSM-III⁶. Dada la escasa atención que ha recibido esta clase de investigación, hoy día, aún se mantienen sin resolver los recelos acerca de la validez de constructo de los CDO para la depresión en uso, y todavía se ignora si realmente diagnostican lo que dicen diagnosticar^{7,8}.

Los CDO referidos a la depresión contienen un listado de síntomas que, siendo frecuentes en la enfermedad, no

son específicos. Así, la pérdida de peso, el insomnio, la ideación suicida, la sintomatología vegetativa, son síntomas que también aparecen en otros trastornos diferentes a la depresión y configuran los CDO de otras alteraciones, lo que les resta validez. Es probable que tal circunstancia sea también la causa del incremento exponencial de las comorbilidades que indujo la introducción de esos CDO⁹.

Los autores comunicaron hace algún tiempo que tales síntomas, repetidos en los CDO de diferentes trastornos y, por tanto, nada específicos, sobran en los CDO para la depresión¹⁰. Ahora, otros parecen estar llegando a la misma conclusión¹¹.

Las razones que permiten dudar de la validez constructiva de los CDO para la depresión son variadas: 1) utilizan una extensa gama de ítems y no todos son igual de relevantes (son poco sensibles); 2) muchos de esos ítems son comunes a varios criterios dando lugar a la amplia comorbilidad que se encuentra entre los enfermos desde que se emplean tales criterios (son poco específicos); y 3) se da el mismo peso a la mayoría de los ítems del algoritmo diagnóstico (son poco precisos)¹².

Algunos autores, no obstante, se han preocupado por analizar la validez interna de los CDO para la depresión, centrando su interés en descubrir los síntomas críticos del diagnóstico de depresión «endógena» o «melancólica». Y sus resultados no han sido muy concluyentes, pues encontraron que los síntomas más frecuentes no son los más discriminantes, ni los mejores predictivos¹³⁻¹⁵. La única publicación que conocemos que analiza la validez de constructo de un CDO, siguiendo las exigencias de la actual psicometría, también centra su estudio en el concepto de depresión «endógena»¹⁶. Los resultados de esta última investigación son inquietantes, pues pese a que tal concepto (depresión endógena o melancólica) resulta fiable y tiene una buena validez predictiva respecto al criterio clínico, posee una validez constructiva inferior al 50%; valor que todos los analistas de factor consideran insuficiente¹⁷.

En este contexto, y próximas las ediciones del DSM-V y de la CIE-11, parece pertinente plantearse la posibilidad de elaborar un nuevo CDO más acorde conceptualmente a lo que los psiquiatras clínicos entienden como depresión. Un CDO que no se limite a presentar un simple listado de síntomas posibles, sino que contenga exclusivamente la sintomatología nuclear, central, esencial o axial de las depresiones, la que realmente hay que buscar para diagnosticar depresión. Y, también, que carezca de los ítems más inciertos (recuérdese, p. ej., que el insomnio referido por los pacientes deprimidos no siempre es confirmado por observadores externos¹⁸) y de la sintomatología vegetativa que contienen los actuales.

El objetivo de la presente investigación es la elaboración de un nuevo criterio diagnóstico para la depresión que po-

sea realmente tales características y haya pasado por las pruebas de validación de constructo que exigen los postulados de la moderna psicometría. Es decir, que realmente mida lo que dice medir.

MATERIAL Y MÉTODOS

El marco conceptual

Los autores parten de un concepto de depresión ya expresado con anterioridad. Rechazan la idea de que exista una depresión «endógena» o «melancólica» y otra «neurótica». Ellos dan a los conceptos «endogeniforme» y «neurótico», aplicados a la depresión, tan sólo un significado sindrómico. Ambos síndromes siempre estarían presentes en proporciones diferentes en todos los enfermos depresivos¹⁰. Lo «endógeno» ha sido relacionado en la bibliografía con la inhibición y lo «neurótico», frecuentemente, con la ansiedad¹⁹.

De la revisión realizada por numerosos autores se concluye que la enfermedad depresiva hace referencia a un estado de vaciamiento interior y hundimiento energético que va acompañado por un descenso del impulso para hacer las cosas y de la capacidad para disfrutar. En definitiva, el descenso del «biotono» que fue descrito hace tiempo por Ewald²⁰, al que la CIE-10 hace referencia mediante la perífrasis: «nivel general de actividad»²¹. De su revisión de numerosos análisis multivariantes, Mendels y Cochrane infirieron que el síndrome más común e identificativo de la enfermedad depresiva propiamente dicha es el conocido por los psiquiatras clínicos como «endógeno» o «endogeniforme»²²; tanto para estos autores como para nosotros, ese sería el eje básico sobre el que se monta toda la sintomatología depresiva, sea cual sea la intensidad de su presencia¹⁰.

Esta línea de pensamiento entiende por «endógeno» o «melancólico» a la enfermedad depresiva misma; un síndrome morbo que carece de las atribuciones que le conferirían las definiciones clásicas, según han desvelado diferentes investigaciones: estar inmotivado (en realidad, al menos el 41% de las depresiones «endógenas» han sido precipitadas²³), empeorar por las mañanas (al menos un 50% de las depresiones «endógenas» carecen de esa característica circadiana²⁴), con insomnio tardío (las observaciones objetivas no siempre perciben esa tipología del insomnio¹⁸).

El descenso del «biotono» que define realmente a la depresión ha sido denominado inapropiadamente «tristeza vital»²⁵. Otros autores prefieren llamarlo «anelasticoendostenia» (carencia de la fuerza interna que empuja)¹⁰.

En cualquier caso, el criterio diagnóstico a desarrollar debe contener los significados referidos y carecer de los ítems menos relevantes. No ha de ser un mero listado de síntomas.

Selección de las variables

Para la selección de los ítems que deberían componer el nuevo criterio diagnóstico, el Criterio diagnóstico axial para la depresión (CDAD), se han tenido en cuenta dos consideraciones: el concepto del síndrome endogeniforme o melancólico como definición de la sintomatología nuclear de la depresión, sin las atribuciones clínicas clásicas que la investigación reciente ha demostrado como irrelevantes^{10,22}, y la realidad clínica de que los psiquiatras tienden a utilizar pocas variables para realizar sus diagnósticos de depresión⁴.

La tabla 1 resume dos investigaciones que han analizado la relevancia de los síntomas relacionados con el concepto depresivo que sirve de referencia a la presente. Puede comprobarse que no siempre coinciden los síntomas más frecuentes con los más discriminantes, ni los más predictivos^{13,14}. Teniendo en cuenta las consideraciones precedentes, los autores seleccionaron para el CDAD los siguientes ítems: «estado de ánimo», «motivación e interés por las cosas», «impulso para la actividad», «gusto o placer por las cosas», «energía en el cuerpo», «trabajo cotidiano» y «distinta cualidad». Obviamente, existen otros síntomas que facilitan la realización de un diagnóstico de depresión como las rumiaciones depresivas o los pensamientos suicidas. Pero la selección de los ítems para esta investigación ha tenido más en cuenta el carácter nuclear o crítico de cada uno de ellos para el diagnóstico (el descenso del «biotono» o «anelasticoendostenia»). Después de todo, los demás síntomas son una consecuencia de ese eje sintomatológico nuclear¹⁰.

Sujetos

Fueron incluidos en el estudio 111 pacientes con más de 18 años de edad atendidos consecutivamente de modo ambulatorio en el Centro de Salud Mental «Miraflores» de Alcobendas (Madrid). Sesenta de ellos fueron asignados al grupo de enfermos deprimidos según el criterio clínico de los psiquiatras que los evaluaron. Posteriormente, se aseguró que también cumplían los criterios diagnósticos para episodio depresivo de la CIE-10 (leve [n = 5], media [n = 13] o severa [n = 40]). El resto de los pacientes introducidos en la investigación configuraron el grupo de control, atendiendo igualmente a criterios clínicos, primero, y de la CIE-10, después. Los autores lo dividieron a su vez en dos subgrupos. Uno, compuesto por pacientes psiquiátricos sin sintomatología activa que tampoco reunían ningún criterio diagnóstico CIE-10 en el momento de la evaluación (n = 26). Otro, con pacientes que aún mantenían su psicopatología activa, cumplirían o no algún criterio diagnóstico en el momento de la evaluación (n = 25: 18 trastornos ansiosos, 5 trastornos esquizofrénicos, 1 trastorno de la personalidad no especificada, 1 trastorno delirante crónico). Ninguno de los sujetos controles reunía los criterios para episodio depresivo, tanto clínico como de la CIE-10. La muestra de control se dividió de este modo asumiendo que algunos pacientes con otros diagnósticos y sintomatología en activo, podrían modificar los resultados (falsos positivos) respecto a los sujetos

Tabla 1 Identificación de los síntomas depresivos endógenos críticos

Síntomas	Más frecuentes ¹³	Más discriminantes ¹³	Más predictivos ¹⁴
Agitación/inhibición	+	+	
Distinta cualidad	+	+	+
Ánimo depresivo grave*	+	+	
Pérdida de interés	+		+
Indiferencia	+	+	
No reactividad	+	+	
Incapacidad para llorar	+	+	
Pérdida de apetito/peso	+	+	
Rumiaciones depresivas	+		
Tendencias suicidas	+		
Empeoramiento matutino		+	
Pérdida de placer			+
Delirios depresivos		+	

*Frecuentemente percibido como aburrimiento, irritabilidad, insipidez, ensombrecido, deslustrado, embotamiento.

sin síntomas. Pero saber la frecuencia de esos falsos positivos ayuda a conocer mejor la especificidad del CDAD, que es siempre más elevada entre los sujetos asintomáticos.

Los datos sociodemográficos de los probados del estudio se reflejan en la tabla 2.

Procedimiento

Los pacientes eran informados del tipo de estudio que se pretendía realizar durante el transcurso de una entrevista psiquiátrica común. Tras obtener su consentimiento informado para ser incluidos en el estudio se procedía a realizar la evaluación. Para ello se cumplimentaba un protocolo que contenía (además de los criterios diagnósticos CIE-10 y las variables sociodemográficas) el índice diagnóstico axial y de seguimiento para la depresión (IDASD, v. anexo), la escala para la depresión de Hamilton (EHD) de 17 ítems validada en español²⁶ y una escala con la impresión clínica global (ICG) de 7 ítems aplicada a los síntomas depresivos²⁷. El IDASD era cubierto por el paciente, aunque podía ser auxiliado por su médico, si así lo solicitaba; la EHD y la ICG fueron cumplimentadas por el psiquiatra investigador. Además, los pacientes depresivos fueron reevaluados 30 días después de la entrevista inicial con el mismo protocolo. No así los sujetos del grupo de control por economía del esfuerzo investigador.

El índice diagnóstico axial y de seguimiento para la depresión

Se trata de un instrumento autoaplicado desarrollado en paralelo al CDAD propuesto por los autores. Su creación

permite expresar ese diagnóstico de un modo mensurable, permite analizarlo psicométricamente y suprime la subjetividad del psiquiatra en la captación del síntoma reduciéndose de ese modo los riesgos de fiabilidad entre entrevistadores. Consta de los siete ítems referidos anteriormente. El sujeto tiene que reflejar su situación durante las 2 semanas anteriores en cada uno de esos ítems colocando un aspa en algún lugar de una escala analógico visual (EAV) proporcionada al efecto para cada ítem. En los extremos de cada EAV se han colocado adjetivos que reflejan situaciones antónimas relacionadas con el ítem investigado, para orientar al sujeto (v. anexo). En cada EAV se colocaron a distancias regulares una numeración desde el 1 al 10 porque se ha demostrado que tienen la misma fiabilidad de la EAV común, pero son preferidas por los pacientes²⁸. Se crea así un instrumento con ítems discretos que pueden emplearse como variables continuas manejables con estadística paramétrica²⁹, como suele hacerse con la EHD. Cuando sólo se desea anotar la presencia de un ítem, sea cual fuere su intensidad, se consideró presente a partir de una puntuación en su EAV igual o superior a seis. El orden de los ítems presentados originalmente a los pacientes es el que figura en todas las tablas de este artículo. El orden definitivo proporcionado en el anexo es fruto de los resultados de la investigación y responde a la necesidad de facilitar visualmente el proceso diagnóstico a otros investigadores. Se ha invertido al azar la dirección de la numeración de la EAV de algunos ítems para anular posibles tendencias en las respuestas de los sujetos; cosa de la que hay que advertirles.

No es la primera vez que se propone utilizar las EAV para evaluar los estados de ánimo dada su facilidad de uso. Algunas de las propuestas, compuestas tan solo de dos ítems («ánimo» y «vigilancia» o «abatido» y «sin valor»), han de-

Tabla 2 Datos sociodemográficos de la muestra

Variables	Grupo depresivo (N = 60)		Grupo control asintomático (N = 26)		Grupo control sintomático (N = 25)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Sexo ^a	Hombres	14 (23)	8 (31)	11 (44)		
	Mujeres	45 (77)	18 (69)	14 (56)		
Edad ^b	\bar{X}	48,22	45,92	37,00		
	σ	12,48	48,22	12,88		
Estado civil ^c	Soltero	3 (5)	7 (27)	11 (44)		
	Casado/pareja	45 (78)	17 (65)	13 (52)		
	Divorciado	6 (10)	2 (8)	1 (4)		
	Viudo	4 (7)	-	-		
	Religioso	-	-	-		
Convivencia ^d	Solo	5 (9)	2 (8)	1 (4)		
	Con padres	3 (5)	4 (15)	10 (40)		
	Con pareja	16 (27)	8 (30)	7 (28)		
	Pareja e hijos	29 (49)	9 (35)	6 (24)		
	Solo con hijos	5 (9)	2 (8)	-		
	Institución*	1 (2)	1 (4)	1 (4)		
Situación laboral ^e	Activo	13 (22)	15 (58)	10 (40)		
	Paro reenumerado	3 (5)	2 (8)	1 (4)		
	Paro sin reenumerar	4 (7)	2 (8)	5 (20)		
	Incapacidad transitoria	26 (44)	2 (8)	7 (28)		
	Incapacidad permanente	3 (5)	3 (12)	1 (4)		
	Jubilado	10 (17)	2 (8)	1 (4)		
Nivel socioeconómico ^f	Alto	2 (3)	2 (8)	2 (8)		
	Medio-alto	8 (14)	6 (23)	3 (12)		
	Medio-medio	24 (41)	3 (12)	7 (28)		
	Medio-bajo	9 (15)	6 (23)	5 (20)		
	Bajo	16 (27)	9 (35)	8 (32)		

^agl: 2; $\chi^2 = 3,45$; $p < 0,18$ (ns).
^bANOVA un factor, gl: 2; $F = 7,024$; $p = 0,001$ (con la corrección de Bonferroni, $p < 0,05$).
^cgl: 6; $\chi^2 = 20,81$; $p < 0,002$.
^dgl:10; $\chi^2 = 20,03$; $p < 0,03$.
^egl:10; $\chi^2 = 22,62$; $p < 0,01$.
^fgl: 8; $\chi^2 = 8,40$; $p < 0,396$ (ns).
*Vive en una residencia.

mostrado poder identificar al 92% y al 78% de los sujetos depresivos, respectivamente^{30,31}.

Se ha utilizado el par de adjetivos normal/raro para evaluar la «distinta cualidad» porque era el que mayor saturación alcanzaba en dicho factor en una investigación anterior³².

Análisis estadístico de los datos

Se ha analizado la validez predictiva del CDAD mediante el cómputo de su sensibilidad, especificidad, el coeficiente de concordancia kappa (κ) y la probabilidad pi (π) de acertar^{33,34,5}.

La determinación de los ítems más discriminantes se realizó mediante un análisis discriminante escalonado (ADE), paso a paso, con criterios de inclusión y exclusión para F de 0,05 y 0,10 respectivamente²⁹.

El análisis de las posibles dimensiones sindrómicas de los ítems del CDAD se realizó mediante un análisis factorial (AF) utilizando el método de los componentes principales más una rotación varimax. Se detuvo la extracción de factores cuando las raíces características alcanzaron valores inferiores a la unidad³⁵.

El análisis factorial también es el procedimiento de mayor potencia para analizar la validez de constructo o validez constructiva de un instrumento o un criterio diagnóstico, como es el caso¹⁷. Dicha validez se encuentra muy ligada al concepto de fiabilidad. El principio básico que fundamenta esta relación lo constituye el primer teorema de la Teoría del análisis factorial. Una buena descripción de dicho principio se encontrará en Guilford y Fruchter²⁹.

Para el cálculo de la consistencia interna y la seguridad se ha seleccionado el coeficiente de correlación intraclase alfa de Cronbach³⁶, tanto para cada ítem en particular como para el criterio global, pues sustituye eficazmente a los procedimientos de las dos mitades, la del test paralelo y la del test-retest, por las razones que se encuentran detalladas en Carmines y Szeller³⁷. De todos modos, también se ha analizado la consistencia interna del CDAD mediante las pruebas de correlación ítem/total y la correlación de las dos mitades con la corrección de Spearman-Brown, además de la prueba de estabilidad temporal test-retest²⁹.

Las comparaciones emparejadas se han analizado mediante un ANOVA para un solo factor o con la prueba de chi cuadrado, según procediese^{29,38}. El coeficiente de correlación empleado en cada caso ha sido el coeficiente producto-momento de Pearson²⁹. Salvo indicación en contra, los niveles de significación reseñados lo son siempre para dos colas, y el valor mínimo exigido ha sido invariablemente $p < 0,05$.

RESULTADOS

Elaboración del criterio diagnóstico

Para decidir el algoritmo diagnóstico que habría de usarse para construir el CDAD se procedió a contabilizar, primero, el número de ítems que reunían los diferentes sujetos de la muestra. En la tabla 3 puede comprobarse que el 95% de los pacientes deprimidos reúnen cuatro o más ítems de los que configuran el listado que aquí se propone. Casi un tercio del grupo de control reúne también esas características (32%), aunque sucede a expensas de los pacientes no deprimidos que aún se mantienen sintomáticos. Los controles asintomáticos sólo reúnen tal condición en el 12% de los casos.

Ese hallazgo parece señalar que la reunión de cuatro ítems o más es el umbral más equilibrado a exigirle al criterio para que un sujeto sea diagnosticado de depresión. Situar el listón en tres ítems aumentaría la sensibilidad hasta el 97%, pero, en cambio, aportaría un 8% más de falsos positivos.

Sin embargo, el criterio no puede limitarse a exigir contabilizar un número determinado de ítems, pues no todos ellos tienen, *a priori*, el mismo peso diagnóstico. Por esa razón, se realizó un ADE paso a paso con la pertenencia al grupo de deprimidos o al de controles como variable dependiente y los ítems del sistema CDAD/IDASD como variables independientes. De ese modo, se puede comprobar si hay ítems más discriminantes que otros dentro del listado inicialmente propuesto, lo que les daría mayor peso en el criterio. El modelo discriminante obtenido detectó tres ítems como los más diferenciadores: «ánimo», «energía» y «distinta cualidad». Los tres juntos son capaces de clasificar correctamente al 81% de los sujetos, por sí solos y la correlación canónica de esos ítems con la función discriminante es de 0,82. El análisis factorial de esos tres únicos ítems arroja la presencia un solo factor que explica el 77% del total de la varianza obtenida, lo que señala una buena validez de constructo³³. Ambos análisis parecen indicar que esos tres ítems constituyen el núcleo central, más discriminador, predictivo y homogéneo, de los siete que configuran el modelo completo del sistema CDAD/IDASD. Se agrupó a esos tres ítems bajo la designación de grupo A, y el resto de los ítems configuraron el grupo B.

Por tanto, de los cuatro ítems mínimos exigibles al criterio para que un sujeto reciba el diagnóstico de depresión, los autores entienden que deben ser obligatorios algunos de los pertenecientes al grupo A, pero, ¿cuántos?

En la tabla 4 se incluyen los valores predictivos básicos del criterio diagnóstico así creado, utilizando tres niveles de exigencia diferentes. Que de los cuatro ítems exigibles, fuera obligado uno, dos o los tres ítems del grupo A.

El requisito que parece más equilibrado es que de los cuatro ítems mínimos exigidos al CDAD, al menos dos pertenezcan al grupo A. Ello aumenta considerablemente la sensibilidad respecto a exigir tres, aunque reduce la especificidad (a costa de los pacientes sintomáticos, no así de los asintomáticos). Mientras que exigir uno, no mejora demasiado la sensibilidad, empeorando la especificidad respecto al grupo de control sintomático.

Estos hallazgos permiten definir el criterio tal y como se muestra en la tabla 5 y se refleja en el IDASD (v. anexo).

Validez predictiva

Una vez definido el criterio como en la tabla 5 queda por determinar los valores predictivos del mismo y su fiabilidad

Tabla 3	Número de ítems presentes por cada tipo de sujeto								
	Número de ítems reunidos	Grupo control						Grupo deprimido	
		Asintomático ^a		Sintomático ^b		Ambos ^c		n	(%)
	n	(%)	n	(%)	n	(%)			
Ninguno	19	(73)	3	(12)	22	(43)	0		
Uno	2	(8)	3	(12)	5	(10)	0		
Dos	0		8	(32)	8	(16)	2	(3)	
Tres	2	(8)	2	(8)	4	(8)	1	(2)	
Cuatro	1	(4)	3	(12)	4	(8)	7	(12)	
Cinco	1	(4)	3	(12)	4	(8)	7	(12)	
Seis	1	(4)	2	(8)	3	(6)	17	(28)	
Siete	0		1	(4)	1	(10)	26	(43)	
Con cuatro o más	3	(100)	9	(100)	12	(100)	57	(100)	

Respecto al grupo de deprimidos:
^agl: 7; χ^2 : 70,12; p = 0,000.
^bgl: 7; χ^2 : 40,61; p = 0,000.
^cgl: 7; χ^2 : 66,74; p = 0,000.

respecto al criterio externo (el clínico más el de la CIE-10). En la tabla 6 se muestra la capacidad predictiva tanto del criterio al completo, como de cada ítem en particular. El criterio diagnóstico del sistema CDAD/IDASD posee una bastante más que razonable capacidad predictiva, con una sensibilidad de 0,93 y una especificidad de 0,82. El valor de la especificidad está influido por los sujetos de control sintomáticos (cinco enfermos con algún trastorno ansioso y dos con un trastorno somatomorfo). Como puede comprobarse en la tabla 6, la especificidad respecto a los enfermos asintomáticos es mayor.

La probabilidad global de acertar con los sujetos depresivos es del 84%. Cifra que sube cuando se trata de acertar

frente a sujetos asintomáticos (92%) y desciende al 75% frente a sujetos no deprimidos con psicopatología activa.

La probabilidad global de acertar con sujetos no deprimidos es del 92%. Cifra que cambia poco tanto si se trata de sujetos asintomáticos (93%) como sujetos con otra psicopatología activa (91%). Es decir, es muy probable que un sujeto identificado como no deprimido por el sistema CDAD/IDASD, realmente no lo esté.

Todos los demás indicadores hablan a favor de la buena capacidad predictiva del sistema CDAD/IDASD, con una buena proporción de casos totales acertados (88%-93%), un aceptable índice de Youden³⁹ (tanto mejor cuanto más próximo a

Tabla 4	Selección del número de ítems exigibles del grupo A						
	Criterio	Sensibilidad	Especificidad			Concordancia	
Global			Sintomáticos	Asintomáticos	κ^a	κ^b	κ^c
Cuatro ítems							
Uno del grupo A	0,95	0,76	0,64	0,92	0,72	0,60	0,86
Dos del grupo A	0,93	0,82	0,69	0,92	0,76	0,68	0,84
Tres del grupo A	0,73	0,94	0,08	1,00	0,66	*	0,62

^aPara todos los controles.
^bSólo para los controles sintomáticos.
^cSólo para los controles asintomáticos.
 *Incalculable: demasiados ceros en algunas casillas.

Tabla 5 Definición del Criterio diagnóstico axial para la depresión

Durante las 2 semanas previas el sujeto mantiene un estado (casi permanente en intensidad y tiempo que es poco modificable por circunstancias ambientales y representa un cambio de su situación habitual) caracterizado por la presencia de al menos *cuatro* de los siguientes ítems, de los cuales, *dos*, deben pertenecer al *grupo A*.

Grupo A:

1. *Estado de ánimo deprimido*. En ocasiones expresado como un estado mortecino o abatido, a veces, como irritable.
2. *Pérdida de energía*. Expresado en ocasiones como sentirse flojos, sin fuerzas, que «arrastran el cuerpo».
3. *Distinta cualidad del ánimo*. El paciente señala su condición actual como rara, no parecida a ninguna experiencia común conocida (como la muerte de un ser querido).

Grupo B:

4. El sujeto ha perdido *motivación* o *interés* por las cosas.
5. El sujeto ha perdido el *gusto* o el *placer* por las cosas.
6. El *trabajo cotidiano* se le hace más pesado de lo habitual.
7. El sujeto ha perdido *impulso para la actividad*.

Los síntomas presentes no pueden atribuirse a ningún abuso de sustancias (incluido alcohol y fármacos), ni a trastornos médicos (endocrinológicos, metabólicos...) o cualquier otro trastorno mental orgánico, ni a esquizofrenia.

1,00), con una probabilidad global de acertar que oscila entre el 94%-96% y una fiabilidad *kappa* aceptable ($\kappa = 0,76$).

Los mismos indicadores aplicados a cada ítems aisladamente son, en general, igualmente buenos. Lo que señala, en principio, el acierto de los autores al seleccionarlos; sobre todo cuando los sujetos deprimidos se enfrentan a pacientes asintomáticos.

Validez de constructo

El análisis factorial de todos los ítems del CDAD arroja la presencia de un único factor en el que saturan alto ($> 0,70$) todos los ítems del modelo (lo que ha hecho innecesaria la rotación varimax). Eso indica que el sistema CDAD/IDASD es unidimensional respecto al modelo sintomatológico depresivo que analiza. Todos los analistas de factores concuerdan

Tabla 6 Validez predictiva del Criterio diagnóstico axial para la depresión

					% Totales acertados			Índice de Youden*			Probabilidad de acierto %			Concordancia**		
	sen	esp ^a	esp ^b	esp ^c	a ^a	a ^b	a ^c	J ^a	J ^b	J ^c	π^a	π^b	π^c	κ^a	κ^b	κ^c
Ánimo	0,88	0,84	0,76	0,92	86	85	90	0,72	0,64	0,80	92	92	95	0,73	0,64	0,76
Interés	0,75	0,77	0,60	0,92	76	71	80	0,52	0,35	0,69	86	82	89	0,51	0,33	0,59
Impulso	0,90	0,73	0,64	0,81	82	82	87	0,63	0,54	0,71	90	90	93	0,63	0,56	0,70
Gusto/placer	0,72	0,72	0,60	0,85	72	68	76	0,44	0,32	0,57	83	80	86	0,44	0,29	0,49
Energía	0,90	0,75	0,60	0,89	83	81	90	0,65	0,50	0,79	91	89	95	0,65	0,52	0,76
Trabajo	0,85	0,67	0,48	0,85	77	74	85	0,52	0,33	0,70	87	85	92	0,52	0,35	0,66
Cualidad	0,90	0,69	0,48	0,89	80	78	90	0,59	0,38	0,79	89	87	95	0,60	0,41	0,76
Criterio diagnóstico	0,93	0,82	0,69	0,92	88	87	93	0,75	0,62	0,85	94	93	96	0,76	0,68	0,84

sen: sensibilidad; esp: especificidad; *Índice de Youden, $J = (\text{sen} + \text{esp} - 1)$; **todas las kappas (κ) $p = 0,00$.

^aPara todos los controles.

^bSólo para los controles sintomáticos.

^cSólo para los controles asintomáticos.

en afirmar que un análisis factorial comienza a ser interpretable cuando explica más del 50% del total de la varianza obtenida⁴⁰. El sistema CDAD/IDASD explica un 69% (tabla 7). La proporción de varianza total explicada es un buen indicador de validez de constructo, tal y como señala el primer teorema de la teoría del análisis factorial²⁹. Aún más, todos los ítems que componen el sistema CDAD/IDASD alcanzan, individualmente, una validez de constructo sólida, superior al 75% del total de varianza explicada por cada uno de ellos. Como puede verse en la tabla 7, la varianza de error es muy pequeña en todos los casos, así como la varianza específica (V_{esp} : el artefacto introducido sistemáticamente por la construcción del CDAD).

Otro indicador de la validez del sistema CDAD/IDASD resulta de la obtención de una función discriminante que incluya a todos los ítems que lo componen y explique el 100% de la varianza total obtenida (tabla 8). La función encontrada explica el 95% de la varianza total obtenida y tiene una correlación canónica global con el criterio de 0,79; lo que representa un alto grado de asociación entre los diferentes ítems y la función discriminante. Todo ello habla a favor de la uniformidad y de la sólida validez de constructo del CDAD. El nivel de significación de dicha función discriminante es elevado (Lambda de Wilks: 0,38; gl: 7; $\chi^2 = 103,11$; $p = 0,000$), y clasifica correctamente al 87% de la muestra (92% de los casos y 82% de los no-casos).

Fiabilidad

El sistema CDAD/IDASD tiene además una fiabilidad alfa muy elevada en todos los casos y una alta precisión para cada ítem del CDAD y para su puntuación global; o lo que es lo mismo: una elevada correlación entre las puntuaciones obtenidas y las (teóricas) verdaderas.

El sistema CDAD/IDASD alcanza, también, muy buenos indicadores en los diferentes métodos de cálculo de la fiabilidad por consistencia interna (tabla 8). Así, todos los componentes del conjunto del modelo poseen una correlación ítem/total alta y significativa. Si se elevan al cuadrado esos coeficientes de correlación se transforman en coeficientes de determinación y su valor señala la proporción de varianza que comparte cada ítem con la puntuación total del sistema CDAD/IDASD. Cada ítem comparte una magnitud importante del significado que tiene la puntuación total del mismo. Es decir, que si dicha puntuación total representa el concepto de depresión subyacente en el sistema CDAD/IDASD, los ítems que lo componen comparten con el mismo más del 60% y del 70% de su varianza. Algo esperable, por otra parte, tras comprobar la unidimensionalidad del modelo mediante el análisis factorial comentado con anterioridad.

La fiabilidad test-retest muestra la estabilidad temporal de los instrumentos, que es otro indicador de seguridad. La evaluación de pacientes deprimidos en dos momentos evolutivos diferentes es un caso muy peculiar. La realización de una prueba test-retest se encuentra muy condicionada por la circunstancia de que todos los enfermos se encuentran bajo los efectos de algún fármaco antidepressivo; lo que siempre hace esperable encontrar algún cambio en la intensidad sintomatológica. Eso obstaculiza la realización de este tipo de análisis con este tipo de instrumentos. Sin embargo, los autores lo han intentado seleccionando a aquellos sujetos deprimidos que a los 30 días fueron reevaluados y mantenían el diagnóstico, además de tener una puntuación en la ICG igual o superior a 4 y una puntuación total en la EHD igual o superior a 18. Es decir, sujetos cuya situación clínica habría experimentado poca variación respecto a su intensidad sintomatológica inicial (n = 19).

Tabla 7		Validez y seguridad del Criterio diagnóstico axial para depresión				
Variables	h ²	V _{esp}	V _e	α	√α	
Ánimo	0,86	0,07	0,07	0,93	0,96	
Interés	0,86	0,07	0,07	0,93	0,96	
Impulso	0,88	0,06	0,06	0,94	0,97	
Gusto/placer	0,79	0,12	0,09	0,91	0,95	
Energía	0,85	0,08	0,07	0,93	0,96	
Trabajo	0,79	0,12	0,09	0,91	0,95	
Cualidad	0,79	0,12	0,09	0,91	0,95	
Total	0,69	0,23	0,08	0,92	0,96	

h² = comunalidad, varianza de factor común o índice de validez de constructo.
V_{esp} = varianza específica (α - h²).
V_e = varianza de error (1 - α).
α = seguridad (cálculo según texto).
√α = precisión.

Tabla 8

Validez y consistencia interna del Criterio diagnóstico axial para la depresión

	Validez constructo (h ²) ^a	Función ^b discriminante canónica	r Ítem/total ^c	r ²	α	r ^d Test-retest
Ánimo	0,86	0,43	0,85	0,72	0,93	0,66*
Interés	0,86	0,17	0,85	0,72	0,93	0,73*
Impulso	0,88	0,14	0,88	0,77	0,94	0,12
Gusto/placer	0,79	0,10	0,79	0,62	0,91	0,72*
Energía	0,85	0,37	0,84	0,71	0,93	0,46*
Trabajo	0,79	0,01	0,79	0,62	0,91	0,74*
Cualidad	0,79	0,39	0,80	0,64	0,91	0,03
Total	0,69	0,95	1,00	1,00	0,92	0,67*

^aVarianza de factor común o comunalidad determinada por el análisis factorial (v. texto).

^bCoefficientes tipificados, la función explica el 95% de la varianza (v. texto).

^cRodos a $p < 0,01$.

^dSujetos que en el día 30 cumplen el criterio diagnóstico inicial y tienen una puntuación total en la EHD por encima de 18 además de una ICG igual o superior a 4 (N = 19).

*Todas significativas a $p = 0,00$ (no marcados, no significativos al nivel mínimo exigido de $p < 0,05$).

Como se advierte en la tabla 8, la prueba test-retest arroja, también, resultados significativos, con una buena correlación general del total del modelo, e, igualmente, para cada ítem en particular. Las dos únicas excepciones fueron los ítems «impulso» y «distinta cualidad». Pero el diseño de esta investigación no dispone de argumentos que permitan atribuir ese comportamiento a una hipotética escasa fiabilidad temporal de esos ítems o a la posible modificación que haya sufrido su intensidad tras 30 días de tratamiento.

También se ha realizado la prueba de las dos mitades para analizar la consistencia interna del sistema CDAD/IDASD. Una mitad fue construida con los ítems impares («ánimo», «impulso», «energía» y «distinta cualidad») y la otra con los pares («interés», «placer» y «trabajo»). La correlación que obtuvieron las puntuaciones totales de las dos mitades fue de $r = 0,84$ ($p = 0,000$). Practicando la corrección de Spearman-Brown a dicho valor, se obtiene un índice de fiabilidad por el método de las dos mitades de $R = 0,91$ (calculado para mitades desiguales). Bastante alto. Ambas mitades poseen, también, una fiabilidad alfa individual elevada: 0,89 la mitad impar y 0,82 la mitad par.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los autores han mostrado los pasos seguidos para la elaboración del CDAD que proponen, así como los resultados del estudio realizado sobre la validez constructiva y su capacidad predictiva respecto a un criterio externo, tanto clínico como otro operativo reconocido (CIE-10); lejos de la opacidad con la que fueron configurados otros CDO de uso común⁴¹.

Los resultados de la presente investigación parecen demostrar que es posible desarrollar un CDO para la depresión atendiendo exclusivamente a unos pocos síntomas cruciales que representan el núcleo de la depresión sin perder información relevante. Hace tiempo que se ha comprobado que, en realidad, los psiquiatras utilizan muy pocos síntomas para establecer el diagnóstico de depresión, incluso para clasificarlos (en presencia de inhibición diagnóstica endogeneidad y en presencia de personalidad neurótica, diagnostican depresión neurótica)⁵. Otros autores han preconizado también el uso de EAV para evaluar a las depresiones por su facilidad de uso, y han comunicado aceptables valores predictivos para hacer diagnósticos utilizando, tan sólo, dos ítems^{28,30,31}. Tales resultados avalan a los autores en su intención de desarrollar el CDAD con las características de ser breve y recoger la información directamente de los pacientes, sin la interposición interpretativa del psiquiatra, mediante el uso de EAV.

Hace tiempo propugnamos la construcción de un CDO para la depresión que careciera de los síntomas que la investigación reciente ha demostrado como menos relevantes para el diagnóstico sin prejuzgar el tipo de depresión⁴². La presente investigación responde a esa propuesta. Actualmente, otros investigadores insisten también en simplificar los CDO para la depresión al uso siguiendo una línea de pensamiento diferente⁴³.

Los siete ítems seleccionados para construir el CDAD ofrecen cada uno de ellos una razonable y aceptable validez predictiva y fiabilidad diagnóstica respecto a un criterio externo, mostrando así, su idoneidad para configurar el

CDAD. El CDAD, en su conjunto ofrece, igualmente, buenos valores de seguridad predictiva y capacidad diagnóstica. Tal certidumbre es bastante más que los datos disponibles sobre otros CDO más al uso. Los diferentes investigadores se han preocupado más por analizar la validez predictiva de esos CDO frente a marcadores externos biológicos que frente a un criterio de tipo clínico que es el primero que clasifica a cualquier paciente⁴⁴. Y más que la validez de los CDO propiamente dichos, su principal interés ha sido subrayar la fiabilidad diagnóstica que se obtiene entre los psiquiatras con su uso⁴⁵. No es poca cosa, pero para otros autores resulta claramente insuficiente, pues un diagnóstico no sólo tiene que ser fiable y transferible, sino, también, válido y eficaz^{6,7,10}.

Nuestro modelo ha reducido al máximo la varianza de criterio, responsable de la inestable fiabilidad diagnóstica entre observadores que originó la construcción de los CDO⁴⁶, al dejar a los psiquiatras pocas opciones para la interpretación. El sistema CDAD/IDASD es respondido por el paciente, aunque le asista un psiquiatra. Tras ello, cualquier observador puede leer el contenido de la hoja de respuesta (v. anexo), cumplimentada, y realizar el diagnóstico. El sistema ofrece pocas opciones para la imaginación. De hecho, tomamos las respuestas de 10 sujetos del grupo deprimidos y 10 del grupo de control elegidos al azar y solicitamos a dos psiquiatras que analizaran las correspondientes hojas del IDASD; ambos alcanzaron un grado de acuerdo perfecto tanto en la valoración de la presencia de cada ítem como en el diagnóstico final ($\kappa = 1,00$). Era algo esperable ya que, después de todo, se trata simplemente de sumar ítems presentes en un cuestionario respondido.

Sin embargo, la presente investigación no ha analizado la fiabilidad entre entrevistadores cuando evalúan independientemente al mismo paciente utilizando el CDAD tal y como está definido en la tabla 5, sin utilizar el IDASD, para realizar un diagnóstico. El diseño del proyecto estaba orientado a la creación del sistema CDAD/IDASD y la realización de una valoración de su validez constructiva y su capacidad predictiva. Evaluar la fiabilidad entre psiquiatras del CDAD, tal y como está definido en la tabla 5 es, pues, una investigación necesaria que queda pendiente de realizar. Y sería deseable que también la estudiaran psiquiatras ajenos a los autores para suprimir sesgos.

El sistema CDAD/IDASD diagnostica depresión como lo harían los psiquiatras clínicos y como lo hace la CIE-10, con una sensibilidad de 0,93 y una especificidad general de 0,82; su probabilidad global de acierto es del 94% y tiene una más que aceptable fiabilidad diagnóstica kappa ($\kappa = 0,76$). La especificidad general del CDAD desciende un poco a causa de los controles sintomáticos, porque cuando se tienen en cuenta sólo los controles asintomáticos, la especificidad se eleva a 0,92 con una probabilidad de acertar mayor (96%) y una fiabilidad kappa elevada ($\kappa = 0,82$). Valores en nada despreciables (tabla 6).

Habría que buscar alguna explicación a que los falsos positivos detectados por el sistema CDAD/IDASD sean mayoritariamente trastornos ansiosos. Quizás la razón de que algunos enfermos ansiosos respondan en el sistema CDAD/IDASD como lo hacen los deprimidos se deba a las similitudes existentes entre ambos trastornos. La discusión sobre la validez de la separación entre los trastornos ansiosos y depresivos no es nueva y aún se mantiene activa⁴⁷. Lamentablemente no se puede desarrollar esta cuestión aquí; pero el lector interesado puede obtener una perspectiva de la situación actual de la discusión en la excelente revisión dirigida por Vallejo y Gastó⁴⁸. También se ha señalado que la angustia patológica participa del mismo carácter «endógeno» de las depresiones^{49,50}. Nosotros mismos mostramos su diferencia con respecto a la ansiedad común años atrás⁵¹. En esa investigación encontramos que ambos trastornos, depresiones y angustia, comparten el par de adjetivos raro/normal en sus respectivos modelos discriminantes. Y ese mismo par de adjetivos está presente como uno de los más discriminantes en el CDAD. Tal cosa podría justificar que algunos trastornos ansiosos se hubieran comportado como falsos positivos en esta investigación.

Sin embargo, también es cierto que otros trastornos ansiosos con sintomatología aún activa fueron diagnosticados por el sistema CDAD/IDASD correctamente, como no deprimidos. Y esta evidencia anularía los razonamientos precedentes.

Esos argumentos nos llevan a pensar que tales falsos positivos no lo fueran realmente y también estuvieran deprimidos. Eso hablaría a favor de cierta negligencia de los investigadores a la hora de investigar clínicamente a esos pacientes en profundidad al incluirlos en la investigación. Si lo hubieran hecho correctamente, habrían detectado depresión en esos pacientes inicialmente etiquetados como ansiosos, y habrían tenido que rediagnosticarlos de depresión, dada la primacía jerárquica de este diagnóstico sobre el de ansiedad.

De todos modos, los autores pertenecen al grupo de investigadores que consideran ambos trastornos como aspectos diferentes de uno solo; más aún: para ellos son dos momentos evolutivos diferentes de la misma enfermedad⁴², por lo que no encuentran dicha «negligencia» tan grave. Y menos ahora, que otros autores han cambiado de opinión y también abogan por la supresión de la supremacía jerárquica diagnóstica de la depresión sobre la ansiedad⁵². Una realidad que no puede soslayarse, tampoco, es que en más del 50% de los pacientes atendidos en la atención primaria existe comorbilidad ansiosodepresiva⁵³. Lo que mueve a preguntarse si realmente todos ellos constituyen dos trastornos distintos.

La validez de constructo del CDAD puede considerarse legítimamente satisfactoria dado que la proporción de varianza explicada por el análisis factorial (69%) supera el límite del 50% marcado por los analistas de factores⁴⁰. Lo mismo puede afirmarse de su seguridad y consistencia in-

terna ($\alpha = 0,92$; $R = 0,91$). Lamentablemente, repetimos, no se pueden establecer comparaciones con los mismos valores obtenidos para otros CDO, pues se carece de estos datos acerca de ellos.

Parece, pues, que el sistema CDAD/IDASD ofrece un modelo y un procedimiento para diagnosticar depresión suficientemente válido y fiable como para que ser tenido en cuenta por los psiquiatras investigadores y clínicos en sus tareas cotidianas.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen la desinteresada colaboración de Boehringer Ingelheim España, S.A. que ha financiado, en parte, esta investigación.

BIBLIOGRAFÍA

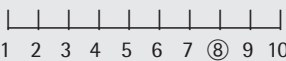
- Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA Jr, Winokur G, Munoz R. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry* 1972;26:57-63.
- Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research Diagnostic Criteria: rationale and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:773-82.
- Goodman AB, Rahav M, Popper M, Ginath Y, Pearl E. The reliability of psychiatric diagnosis in Israel's Psychiatric Case Register. *Acta Psychiatr Scand* 1984;69:391-7.
- Sartorius N, Kaelber CT, Cooper JE, Roper MT, Rae DS, Gulbinat W, et al. Progress toward achieving a common language in psychiatry. Results from the field trial of the clinical guidelines accompanying the WHO classification of mental and behavioral disorders in ICD-10. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:115-24.
- Zimmerman M, Coryell W, Black DW. A method to detect inter-center differences in the application of contemporary diagnostic criteria. *J Nerv Ment Dis* 1993;181:130-4.
- Carroll BJ. Problems with diagnostic criteria for depression. *J Clin Psychiatry* 1984;45:14-18.
- Klerman GL, Vaillant GE, Spitzer RL, Michels R. A debate on DSM-III. *Am J Psychiatry* 1984;141:539-53.
- Zisook S, Shear K, Kendler KS. Validity of the bereavement exclusion criterion for the diagnosis of major depressive episode. *World Psychiatry* 2007;6:102-7.
- Vallejo J, Ferrer CG, Cardoner N. Comorbilidad de los trastornos afectivos. Barcelona: Ars Medica, 2003.
- Ramos Brieva JA, Cordero Villafáfila A. La distinta cualidad del ánimo deprimido (y VIII). Revisión del concepto y una propuesta. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiat* 1991;79:37-46.
- Zimmerman M, McGlinchey JB, Young D, Chelminski I. Diagnosing major depressive disorder IV: relationship between number of symptoms and the diagnosis of disorder. *J Nerv Ment Dis* 2006;194:450-3.
- Ramos Brieva JA, Cordero Villafáfila A. La melancolía. Madrid: Grupo Aula Médica, 2005.
- Bron B, Lehman IC. The issue of the core syndrome of endogenous depression. *Psychopathol* 1990;23:1-8.
- Maier W, Philipp M, Buller R, Benkert O. Sources of disagreement between clinical (ICD-9) and operational (RDC, DSM-III) diagnosis of endogenous depression (melancholia). *J Affect Disord* 1986;77:235-43.
- Katsching H, Nutzinger D, Schanch H. Validating depressive subtypes. En: Hippus H, Klerman GL y Matussek N. (eds.). *New results in depression research*. Berlin: Springer-Verlag, 1986. (pp. 36-44).
- Ramos Brieva JA, Cordero Villafáfila A, Baca García E. Validez de constructo y seguridad del Índice de Endogeneidad Newcastle I. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1997;25:85-92.
- Santisteban C. *Psicometría*. Madrid: Ed. Norma, 1990.
- Lemke MR, Puhl P, Broderick A. Motor activity and perception of sleep in depressed patients. *J Psychiatr Res* 1999;33:215-24.
- Leclercq Y. Physical components of depression and psychomotor retardation. *J Clin Psychiatry* 2006;67(Suppl. 6):23-6.
- Ewald G. *Temperament und Charakter*. Berlin: Springer, 1924.
- Organización Mundial de la Salud. CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. Madrid: Meditor, 1993.
- Mendels J, Cochrane C. The nosology of depression: The endogenous reactive concept. *Am J Psychiatry* 1968; 124(Suppl. 3):1-11.
- Ayuso Gutierrez JL, Fuentenebro R, Méndez JR, Mateo I. Analyse des facteurs déclencheurs sur un échantillon de patients hospitalisés pour dépression endogène. *Ann Med Psychol* 1981;139:756-69.
- Ramos Brieva JA, Montejo Iglesias ML. El ritmo circadiano en las depresiones endógenas: estudio longitudinal y su valor diagnóstico. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiat* 1980;37:177-82.
- Schneider K. *Patopsicología clínica*. Madrid: Paz Montalvo, 1963.
- Ramos-Brieva JA, Cordero-Villafáfila A. A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *J Psychiatr Res* 1988;22:21-8.
- Guy W. *Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU) Assessment Manual*. Rockville: National Institute of Mental Health, 1976.
- Eastwood MR, Whitton JL, Kramer PM. A brief instrument for longitudinal monitoring of mood states. *Psychiatry Res* 1984;11:119-25.
- Guilford JP, Fruchter B. *Fundamental Statistics in Psychology and Education*. New York: McGraw-Hill, 1978.
- Luria RE. The use of the Visual Analogue Mood and Alert Scales in diagnosing hospitalized affective psychoses. *Psychol Med* 1979;9:155-64.
- Cully JA, Graham DP, Kramer JR. A 2-item screen for depression in rehabilitation inpatients. *Arch Phys Med Rehabil* 2005;86:469-72.
- Cordero Villafáfila A, Ramos Brieva JA. La distinta cualidad del ánimo deprimido. III: estructura factorial del Índice de Tristeza Patológica. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiat* 1990;18: 26-8.
- Reid DD. *Epidemiological methods in the study of mental disorders*. Public Health Papers n.º 2. Geneva: World Health Organization, 1960.
- Cohen J. A coefficient for agreement of nominal scales. *Educ Psychol Meas* 1960;20:37-46.
- Calvo F. *Estadística aplicada*. Bilbao: Deusto Editores, 1978.
- Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika* 1951;16:297-334.

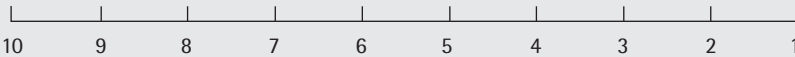
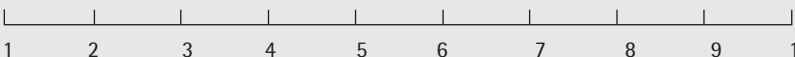
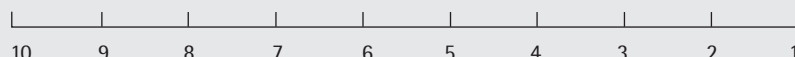
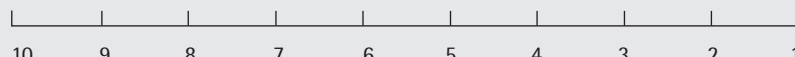
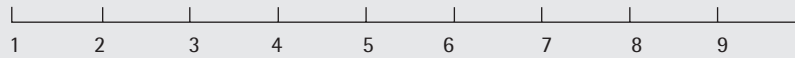
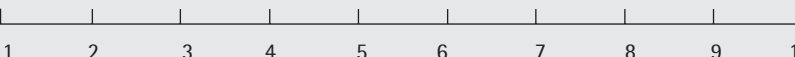
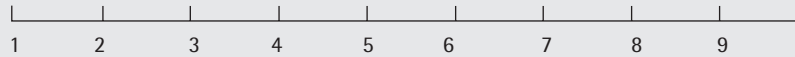
37. Carmines EG, Zeller RA. Reliability and Validity Assessment. Sage University Papers. Series: Quantitative Applications in the Social Sciences. 07-017. Beverly Hills: Sage, 1979.
38. Siegel S. Estadística no paramétrica. México: Trillas, 1979.
39. Youden WJ. Index for rating diagnostic test. *Cancer* 1950; 3:32-5.
40. Comrey AL. Manual de Análisis Factorial. Madrid: Cátedra, 1985.
41. Blashfield RK. The Classification of Psychopathology. Neo-kraepelinian and Quantitative Approaches. New Cork: Plenum Press, 1984.
42. Ramos Brieva JA, Cordero Villafáfila A. La melancolía. Madrid: Grupo Aula Médica, 2005.
43. Zimmerman M, McGlinchey JB, Young D, Chelminski I. Diagnosing major depressive disorder IV: relationship between number of symptoms and the diagnosis of disorder. *J Nerv Ment Dis* 2006; 194: 450-3.
44. Akiskal A. External validation criteria for psychiatric diagnosis: Their application in affective disorders. *J Clin Psychiatry* 1980;41:6-15.
45. Bueno A, Gascón J. Criterios diagnósticos en psiquiatría. *Medicine* 1983;51:1-16.
46. Cooper JE, Kendell RE, Gurland BJ, Sharpe L, Copeland JRM, Simon R. Psychiatric diagnosis in New York and London: A comparative study of mental hospital admissions. *Maudsley Monographs* n.º 22. Oxford: Oxford University Press, 1972.
47. Breier A, Charney D, Heninger A. The diagnostic validity of anxiety disorders and their relationship to depressive illness. *Am J Psychiatry* 1985;142:787-95.
48. Vallejo Ruiloba J, Gastó Ferrer C. Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión. Barcelona: Masson, 2000.
49. López Ibor JJ. La angustia vital. Madrid: Paz Montalvo, 1950.
50. Sheehan DV. Panic attacks and phobias. *New Engl J Med* 1982;307:156-8.
51. Ramos Brieva JA, Montejo ML, Ponce C, del Valle P, Lafuente R, Cordero Villafáfila A, et al. ¿Son la misma experiencia la angustia patológica (o vital) y el miedo común? *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiat* 1996;24:119-24.
52. Zimmerman M, Chelminski I. Generalized anxiety disorder in patients with major depression: is DSM-IV's hierarchy correct? *Am J Psychiatry* 2003;160:504-12.
53. Löwe B, Spitzer RL, Williams JB, Mussell M, Schellberg D, Kroenke K. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30:191-9.

Anexo 1

Necesitamos que nos ayude a comprender cómo se siente. Para ello le mostramos varias líneas con una serie de números. Indíquenos como se ha sentido durante las 2 últimas semanas en cada apartado, marcando con un círculo el número que mejor lo represente.

(Solicite ayuda a su médico para cumplimentar este cuestionario, si lo necesita).

Por ejemplo: Bien  Mal (significa bastante mal tirando a mucho)

MOTIVACIÓN o INTERÉS por las cosas:	Desinteresado Interesado 	
IMPULSO para la actividad:	Activo Pasivo 	
GUSTO o PLACER por las cosas:	Aburrido, serio Divertido, sonriente 	
EL TRABAJO COTIDIANO se le hace...:	Pesado Ligero 	
Estado de ÁNIMO:	Fresco, animado Mortecino, abatido 	
ENERGÍA en el cuerpo:	Fuerte Flojo 	
(CUALIDAD) Lo que le pasa es:	Normal Raro 	

Nota para el evaluador (no incluir en la hoja que cumplimente el paciente): Con respuestas entre seis y diez (ambos inclusive), cada ítem vale un punto (entre cinco y uno es igual a cero). Anótelos en la columna de la derecha. Sume los puntos obtenidos. Si el sujeto alcanza en total cuatro o más puntos y dos de ellos proceden *obligadamente* de los tres últimos ítems (ánimo, energía y cualidad), haga el diagnóstico de depresión. No se reúne el criterio de depresión con tres puntos o menos, o con cuatro puntos o más pero sin que dos de ellos procedan de los tres ítems mencionados (ánimo, energía y cualidad).