



AUTORES

María Guillot-Valdés
Universidad de Granada (España)
Universidad de Jaén (España)

Alejandro Guillén-Riquelme
Universidad Internacional de Valencia (España)

Juan Carlos Sierra
Universidad de Granada (España)

Gualberto Buela-Casal
Universidad de Granada (España)

AUTOR DE CONTACTO

María Guillot-Valdés
mguillot@ujaen.es

Anuario de Psicología
N.º 54/3 | diciembre 2024 | págs. 55-64

Enviado: 25 de enero de 2024
Aceptado: 28 de agosto de 2024
Publicado: 20 de diciembre de 2024

DOI: 10.1344/ANPSIC2024.54.3.5

ISSN: 0066-5126 | © 2024 Universitat de Barcelona.



Propiedades psicométricas del Test de Evaluación Clínica de la Depresión en población general española

María Guillot-Valdés, Alejandro Guillén-Riquelme, Juan Carlos Sierra, Gualberto Buela-Casal

Resumen

La depresión es un trastorno mental que requiere instrumentos de evaluación que proporcionen medidas fiables y válidas. El Test de Evaluación Clínica de la Depresión es un instrumento multifactorial creado con el fin de cubrir la amplia sintomatología depresiva en diferentes momentos temporales (mes, año y siempre). El objetivo de este trabajo es confirmar su estructura factorial, obtener coeficientes de fiabilidad y aportar evidencias acerca de la validez convergente de sus medidas con el Inventario de Depresión de Beck-II. *Método.* Se administró el Test de Evaluación Clínica de la Depresión y el Inventario de Depresión de Beck-II a 501 adultos de la población general sin trastornos psicológicos diagnosticados ($M_{\text{edad}} = 36$, $DT = 16.51\%$ mujeres). *Resultados.* El ajuste del modelo original de 12 factores resultó adecuado, así como la fiabilidad. Las correlaciones de las puntuaciones del Test de Evaluación Clínica de la Depresión con las del Inventario de Depresión de Beck-II fueron moderadas-altas. *Conclusiones.* Se confirma que el Test de Evaluación Clínica de la Depresión es un instrumento con propiedades psicométricas adecuadas para evaluar la depresión en adultos.

Palabras clave

Depresión, evaluación, análisis factorial confirmatorio, fiabilidad, validez.

Propietats psicomètriques del Test d'Avaluació Clínica de la Depressió en població general espanyola

Resum

Introducció. L'Espai Europeu d'Educació Superior (EEES) proposa millorar la qualitat de la docència fomentant el protagonisme de l'alumnat a través de l'aprenentatge actiu. **Objectiu.** Millorar el rendiment acadèmic i de l'aprenentatge actiu de l'alumnat universitari implementant estratègies d'aprenentatge cooperatiu. **Metodologia.** Mostreig per conveniència, avaluació del rendiment acadèmic (per exemple, notes) i de les habilitats de treball en equip, mitjançant el Qüestionari d'Aprenentatge Cooperatiu (CLQ). Per als índexs descriptius, correlacions i fiabilitat es va fer servir el programa SPSS 20.0, i per a l'anàlisi factorial confirmatòria (CFA), l'Mplus 8.4. **Resultats.** El rendiment acadèmic va millorar considerablement respecte el curs anterior. La CFA mostra que les dimensions d'habilitats socials i el processament grupal estaven molt correlacionats, de manera que donen com a resultat un model de quatre dimensions, a diferència de la validació original, amb cinc dimensions. **Conclusions.** La implementació de l'aprenentatge cooperatiu millora el rendiment acadèmic i les habilitats de treball en equip, però caldria validar aquest qüestionari en altres entorns universitaris per tal de confirmar els resultats.

Paraules clau

Aprenentatge cooperatiu, rendiment acadèmic, competències, educació superior

Psychometric properties of the Depression Clinical Evaluation Test in the Spanish general population

Abstract

Depression is a mental illness requiring assessment instruments that provide reliable and valid measures. The Depression Clinical Evaluation Test is a multifactorial instrument created in order to cover the broad symptomatology of depression at different time points (month, year, and always). In this paper we confirm its factor structure, obtain reliability coefficients, and provide evidence about the relationship of its scores with those of the Beck Depression Inventory-II. **Method:** the Depression Clinical Evaluation Test and the Beck Depression Inventory-II were administered to 501 people from the general population without diagnosed psychological disorders ($M_{age} = 36$, $SD = 16.51\%$ female). **Results:** the fit of the original 12-factor model was adequate, as well as good reliability indicators; correlations of the Depression Clinical Evaluation Test scores with the Beck Depression Inventory-II scores were moderate-high. **Conclusions:** the Depression Clinical Evaluation Test is confirmed as an instrument with adequate psychometric properties for assessing depression in adults.

Keywords

Depression, assessment, confirmatory factorial analysis, reliability, validity.

La conceptualización del trastorno depresivo es diversa, dependiendo de los distintos enfoques existentes en la actualidad. La American Psychiatric Association (2022) lo define como «la presencia de tristeza y/o pérdida de interés o placer durante la mayor parte del día en todas o casi todas las actividades con las que antes se disfrutaba» (p. 183). Además, pueden existir otros síntomas de carácter somático y cognitivo que provoquen un malestar clínicamente significativo o un deterioro en el ámbito social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Para poder realizar un diagnóstico, dichos síntomas deben tener una duración de al menos dos semanas. Hace poco, han surgido nuevos modelos, como el Research Domain Criteria (RDoC), que concibe los trastornos mentales desde una perspectiva transdiagnóstica, identificando distintos niveles, como el genético, el molecular o el neuronal. Según este enfoque, el trastorno depresivo se debe a distintas alteraciones cerebrales, y los síntomas serían manifestaciones externas (Cavieres y López-Silva, 2021).

En los avances en la investigación epidemiológica se ha documentado que el trastorno depresivo afecta hoy en día a alrededor de 322 millones de personas (un 4.2%) de la población mundial (World Health Organization, 2017), y es una de las principales causas de discapacidad en todo

el mundo (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2020). Además, el número de casos aumentó en todo el mundo en un 49.86% de 1990 a 2017 (Liu et al., 2020). En España, el trastorno depresivo es diagnosticado en el 4.1% de la población, y la proporción es de 5.9% en mujeres y 2.3% en hombres (Ministerio de Sanidad, 2021). Es importante destacar el impacto económico que conllevan los episodios depresivos. Pares-Badell et al. (2014) señalan que, en España, los costes derivados alcanzan los diez millones de euros anuales, teniendo en cuenta los gastos de cada paciente y la prevalencia en la población general. Debido a que el trastorno depresivo tiene graves consecuencias, presenta unos altos niveles de comorbilidad y aumenta sensiblemente el riesgo de mortalidad, en especial por suicidio. Se ha incrementado el interés en su estudio, sobre todo en los casos de recurrencia y cronicidad (Ernst et al., 2020), o cuando ocurren sucesos vitales estresantes (Brailovskaia et al., 2020).

En la mayoría de los casos, el inicio del trastorno depresivo es paulatino, con tendencia a evolucionar en semanas o meses. En el caso de los adultos, dejando aparte el ámbito infantil, parece estar disminuyendo la edad de aparición del primer episodio, estimándose en una media de edad de 26 años (Zisook et al., 2007). Otros autores

fijan el debut incluso antes, en torno a los 20 años, con una incidencia máxima a los 50 (Álvarez-Mon et al., 2019). El curso del trastorno suele ser bastante variable, tanto intraindividual como entre diferentes personas, pero alrededor de un 15% de los casos se cronifica (Prieto Cuéllar et al., 2007) con agravamiento de los síntomas con independencia de factores ambientales. Sin embargo, por suerte, en la actualidad el tratamiento de la depresión ha evolucionado favorablemente. Tanto la American Psychological Association Society of Clinical Psychology (2017) como la World Health Organization (2017) afirman que existen tratamientos eficaces para la depresión moderada y grave, como los psicológicos (*v. gr.*, activación conductual, terapia cognitivo-conductual y psicoterapia interpersonal) y farmacológicos (aunque también se advierte de sus efectos adversos), así como los psicosociales para los casos de depresión leve.

Un criterio fundamental en la elección de un instrumento de evaluación es que sus puntuaciones dispongan de buenas propiedades psicométricas. La International Test Commission (2001) propone el uso de aquellos test técnicamente correctos y adecuados a cada situación.

Teniendo en cuenta que el trastorno depresivo cuenta con una amplia sintomatología que incluye síntomas cognitivos, conductuales y somáticos, además de los principales síntomas emocionales, es necesaria la creación y el uso de instrumentos que lo evalúen de forma exhaustiva y eficaz (Guillot-Valdés et al., 2020). Esto ayudaría a obtener un diagnóstico correcto, mejorando la calidad de la atención en salud mental.

Los test existentes que evalúan varias dimensiones lo suelen hacer con escasos ítems para cada una de ellas (Fried, 2017), como es el caso del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Beck et al., 1996), la Escala de Depresión de Zung (Zung, 1965) y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS; Zigmond y Snaith, 1983), siendo estos instrumentos los más utilizados en España para evaluar la depresión (Sanz et al., 2013). Además, ninguno de ellos recoge de forma exhaustiva toda la sintomatología incluida en las últimas versiones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR; American Psychiatric Association, 2022) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11; World Health Organization, 2019), ya que su desarrollo es anterior a estas en los tres casos.

Con el fin de disponer de un instrumento que cubra toda la sintomatología depresiva en la población adulta, se ha creado el Test de Evaluación Clínica de la Depresión (TECD; Guillot-Valdés, Guillén-Riquelme y Buena-Casal, 2022). Este autoinforme incluye 12 factores que evalúan varios momentos temporales (último mes, último año y desde siempre). En una primera fase, este instrumento fue sometido a un juicio de expertos para obtener indicios sobre la validez de contenido (Guillot-Valdés, Guillén-Riquelme y Buena-Casal, 2022). A continuación, siguiendo con el proceso de creación de un test (Muñiz y

Fonseca-Pedrero, 2019), se aportaron evidencias acerca de la fiabilidad y validez de sus puntuaciones mediante un análisis factorial exploratorio en una muestra de la población general, a la que se aplicó una primera versión de la escala constituida por 196 ítems (Guillot-Valdés, Guillén-Riquelme, Sierra y Buena-Casal, 2022). A partir de este análisis factorial se obtuvieron 12 dimensiones para el momento temporal *mes* (Disminución de la atención / desempeño de tareas, Pensamientos de muerte, Estado de ánimo deprimido, Anhedonia, Alteración del sueño, Malestar clínico, Alteración del apetito, Deterioro familiar, Deterioro en la pareja, Pensamientos de infravaloración y culpabilidad, Abuso de sustancias y Disminución de la libido), 11 para el momento *año* (Pensamientos de muerte, Disminución de la atención, Ánimo depresivo / Anhedonia, Malestar clínico, Alteración del apetito, Alteración del sueño, Deterioro familiar, Deterioro en la pareja, Pensamientos de infravaloración y culpabilidad, Abuso de sustancias y Disminución de la libido) y 10 para el momento *siempre* (Pensamientos de muerte, Disminución de la atención, Ánimo depresivo, Anhedonia, Malestar clínico, Alteración del sueño, Deterioro familiar / pareja, Pensamientos de infravaloración y culpabilidad, Alteración en el apetito y Abuso de sustancias), con lo que queda un total de 94 ítems. El TECD se propuso como un instrumento multifactorial para la evaluación de la depresión que contase con diversas evidencias de validez y fiabilidad. Se propone este estudio con el fin de aportar nuevos avales psicométricos a la escala.

El presente trabajo tiene como objetivos: (1) examinar mediante análisis factorial confirmatorio la estructura del TECD propuesta previamente por Guillot-Valdés, Guillén-Riquelme, Sierra y Buena-Casal (2022); (2) analizar la fiabilidad de las puntuaciones del test (consistencia interna) y (3) aportar evidencias de validez de sus medidas basadas en su relación con otra medida afín en una muestra de adultos españoles.

MÉTODO

Diseño y creación del cuestionario

El presente estudio es de tipo instrumental (Ato et al., 2013). El TECD se creó a partir de un banco de 300 ítems que fue sometido a una evaluación cualitativa por parte de 13 expertos en psicología clínica, psicometría y/o psicopatología. Contaban con experiencia en el tema debido a su formación académica y práctica laboral. Asimismo, se analizó el grado de comprensión de cada ítem en una muestra de 50 adultos. Los expertos evaluaron los ítems en función de los criterios de contenido, relevancia, claridad, comprensión, sensibilidad y posible ofensa. Este proceso supuso la eliminación de un total de 104 ítems y la premisa de que el instrumento tenía una adecuada validez de constructo y de contenido (Guillot-Valdés, Guillén-Riquelme y Buena-Casal, 2022). Más tarde, se realizó un

análisis factorial exploratorio del cuestionario en una muestra de 602 adultos, que reveló la existencia de 12 factores para el momento de *mes*, 11 para el de *año* y 10 para el momento temporal *siempre* (Guillot-Valdés, Guillén-Riquelme, Sierra y Buela-Casal, 2022).

Participantes

La muestra está formada por un total de 501 personas, 256 mujeres (51%) y 245 varones (49%), procedentes de distintas ciudades de España, concretamente un 73% de Andalucía, un 8% de la Comunidad Valenciana, un 6% Cataluña, un 4% de Canarias, un 4% de Galicia, un 3% del País Vasco y un 2% de Extremadura. Las edades de los participantes oscilan entre 18 y 86 años, siendo la media de 36 años ($DT = 16.08$). La mayoría poseía estudios superiores (79.24%); el resto, formación profesional (8.38%) o estudios secundarios de ESO y bachillerato (10.37%), y un 1.99% no tenía estudios. El 71.65% eran solteros; el 23.95%, casados; el 3.59%, divorciados y el 0.81%, viudos. Todos los participantes indicaron que no les habían diagnosticado ningún trastorno mental en los últimos dos años.

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico. Incluye datos sobre sexo, edad, provincia de residencia, estado civil y si a la persona le habían diagnosticado en los últimos dos años algún trastorno psicológico.

Test de Evaluación Clínica de la Depresión (TECD; Guillot-Valdés, Guillén-Riquelme y Buela-Casal, 2022). Está constituido por 92 ítems que evalúan síntomas conductuales, afectivos, somáticos, cognitivos e interpersonales a través de 12 subfactores: Disminución de la atención (*v. gr.*, «Puedo mantener la atención») con 20 ítems, Pensamientos de muerte (*v. gr.*, «He querido que todo acabe») con 19 ítems, Ánimo depresivo (*v. gr.*, «Me siento triste») con 12 ítems, Anhedonia (*v. gr.*, «No tengo interés en actividades que antes disfrutaba») con 6 ítems, Malestar clínico (*v. gr.*, «He creído que necesitaba ayuda para estar bien») con 6 ítems, Alteración del sueño (*v. gr.*, «Me cuesta conciliar el sueño») con 6 ítems, Infravaloración y culpa (*v. gr.*, «Tengo la culpa de las cosas malas que me suceden») con 5 ítems, Alteración del apetito (*v. gr.*, «He tenido menos apetito que antes») con 5 ítems, Deterioro familiar (*v. gr.*, «Disfruto el tiempo que paso con mi familia») con 5 ítems, Deterioro de pareja (*v. gr.*, «Mi pareja se ha quejado porque mi estado de ánimo le afecta») con 4 ítems, Disminución de la libido (*v. gr.*, «He perdido interés en el sexo») con 3 ítems y Abuso de sustancias (*v. gr.*, «He abusado de las bebidas alcohólicas») con 3 ítems. En cada ítem, los participantes contestan con qué frecuencia han experimentado ese síntoma en un formato de respuesta tipo Likert que va de 0 (*casi nada*) a 4 (*completamente*) para los momentos temporales *último mes*, *último*

tiempo año y desde siempre; es decir, a cada momento temporal le corresponde una puntuación. En el estudio de Guillot-Valdés, Guillén-Riquelme, Sierra y Buela-Casal (2022), los alfa ordinales oscilaron entre 0.75 y 0.90. En el presente estudio se obtienen unos valores de alfa ordinal alrededor de 0.90 para la mayoría de factores y momentos temporales.

Beck Depression Inventory-II (BDI-II; Beck et al., 1996; adaptación española de Sanz y García-Vera, 2013). Tiene 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta de 0 (*ausencia del síntoma*) a 3 (*mayor gravedad del síntoma*), que evalúan la severidad de los síntomas en las dos últimas semanas, incluyendo el día en que se completa el inventario. Su puntuación total oscila entre 0 (*ausencia de depresión*) y 63 (*depresión grave*). En el presente estudio se ha obtenido un alfa policórico de 0.96 y un omega total de 0.96.

Procedimiento

La administración de los instrumentos de evaluación se llevó a cabo de dos formas: virtualmente y en papel/lápiz. Este mismo procedimiento también se empleó en el muestreo para la obtención de la versión original del TECD, donde se analizaron las posibles diferencias entre ambas aplicaciones y el análisis de sesgos (mediante funcionamiento diferencial de los ítems), no observando ninguna discrepancia significativa según el formato de aplicación (Guillot-Valdés, Guillén-Riquelme, Sierra y Buela-Casal, 2022). Por ello, se ha empleado el mismo procedimiento de recogida de datos en este trabajo. La aplicación virtual se realizó a través de la aplicación Google Forms, difundiendo el cuestionario a través de las redes sociales (*v. gr.*, Facebook, Twitter e Instagram) y mediante listas de difusión de la Universidad de Granada. La versión en papel y lápiz la administró un evaluador entrenado en sitios públicos como centros universitarios o estaciones de tren y autobús.

En el formulario virtual, la primera página aportaba información detallada sobre el estudio, las garantías de protección de datos según la normativa vigente y el consentimiento informado. Los participantes debían responder de forma afirmativa al contenido de esta hoja antes de pasar a la siguiente página. Se analizaron manualmente los patrones de respuesta automática para eliminar casos atípicos, no detectándose ningún patrón de respuesta anómalo.

La administración en papel y lápiz fue llevada a cabo por una sola investigadora, que acudió a lugares con gran presencia de personas (*v. gr.*, estaciones de autobús y de tren). Allí informaba verbalmente a los participantes acerca del objeto del estudio, así como de las garantías éticas previstas. Una vez otorgado el consentimiento informado y firmada la cláusula de confidencialidad, el evaluado contestaba a la batería mientras la investigadora estaba presente para resolver cualquier duda que pudiera surgir. Ambas

aplicaciones fueron realizadas por la misma investigadora, que también fue responsable de solventar las dudas en la participación en línea con el fin de homogeneizar y estandarizar los procesos de recogida de datos. En ambos procedimientos, para garantizar la confidencialidad de las respuestas, los cuestionarios se contestaron de forma anónima. Las encuestas se recogieron de forma individual con la examinadora cerca para resolver posibles dudas. No se ofrecieron incentivos ni hubo negativas a participar en el estudio. El tiempo medio para completar todos los instrumentos de evaluación fue de 20 minutos.

El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación Humana de la Universidad de Granada (2576/CEIH/2022, y en todos los procedimientos realizados con los participantes se garantizaron los estándares éticos de la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013) y sus enmiendas posteriores.

Análisis estadísticos

Se realizó un análisis factorial confirmatorio con toda la muestra a partir de la factorización de la versión original (Guillot-Valdés, Guillén-Riquelme, Sierra y Buela-Casal, 2022). Primero se verificó la normalidad multivariada con el test de Mardia, y se observó que los datos no cumplían los criterios de normalidad; por ello, se utilizó la matriz de correlación policórica. El método de estimación fue Diagonally Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted (DWLSMV). Este método resulta conveniente cuando los datos no se distribuyen normalmente (Nye, 2022; Viladrich et al., 2017). Se probó el modelo resultante del análisis factorial del cuestionario; esto es, un modelo de 12 factores para mes, 11 para año y 10 para siempre. Las tres factorizaciones se aplicaron a los tres momentos temporales con el fin de determinar si las pequeñas variaciones en la factorización se podían eliminar utilizando una única forma de corrección para los tres momentos. Los índices empleados fueron: Chi cuadrado ajustada, Goodness of Fit Index (GFI), Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI), Tucker Lewis Index (TLI), Comparative Fit Index (CFI) y Root Mean Square Error Approximation (RMSEA). Más tarde se calcularon los valores de alfa ordinal de los factores en cada momento temporal (Viladrich et al., 2017), y se estimó la matriz de correlaciones policóricas entre todos los factores. Por último, se obtuvieron las correlaciones de Pearson entre las puntuaciones de todos los factores del TECD y la puntuación total del BDI-II.

Se utilizó el programa estadístico R 4.0.3 (Rstudio Team, 2020) para llevar a cabo todos los análisis descritos. Se usaron los siguientes paquetes: psych (Revelle, 2018) para los análisis de fiabilidad y validez convergente, e lavaan (Rosseel, 2012) para el establecimiento de los análisis factoriales confirmatorios.

RESULTADOS

Análisis factorial confirmatorio

En primer lugar, se pretendió confirmar la estructura obtenida en la versión original del TECD (*i. e.*, 12 factores para el momento temporal «mes», 11 para «año» y 10 para «siempre»). Con dicho modelo, se obtenía para el momento mes los siguientes índices: GFI, AGFI, TLI y CFI ≥ 0.97 ; SRMR ≤ 0.08 ; RMSEA = 0.062, para el de año GFI, AGFI, TLI y CFI ≥ 0.97 ; SRMR ≤ 0.08 ; RMSEA = 0.065, y para el de siempre; GFI, AGFI, TLI y CFI ≥ 0.97 ; SRMR = 0.094; RMSEA = 0.08. Por último, se aplicó el modelo de 12 factores en todos los momentos temporales por presentar índices de ajuste ligeramente mejores en todos los momentos temporales (GFI, AGFI, TLI y CFI ≥ 0.97 ; RMSEA ≤ 0.08). Además, abogar por esta interpretación facilitará la corrección e interpretación del cuestionario. Como puede observarse en la [tabla 1](#), los modelos establecidos resultan apropiados, ya que los índices presentan valores adecuados en los tres momentos temporales.

Fiabilidad de las puntuaciones del test

Los valores alfa ordinal de las puntuaciones de todos los factores están incluidos en la [tabla 2](#), y la mayor parte se sitúa en torno a 0.90. En esta tabla también se puede observar si la eliminación de algunos ítems mejoraba el alfa de dichos factores y sus respectivos momentos (mes, año y siempre). Se observó que esto ocurría solo como máximo en uno o dos ítems por factor. Cabe destacar una variación mayor del alfa en el factor Libido ($\Delta\alpha \leq 0.033$). Sin embargo, los ítems se mantuvieron para no afectar con su eliminación a la factorización y debido a la que la variación de alfa era ínfima en todos los casos.

Evidencias de validez basadas en la relación con el BDI-II

En primer lugar, se presentan las matrices de correlaciones de los factores del cuestionario, para comprender mejor las relaciones entre los distintos síntomas (véanse las [Tablas 3, 4 y 5](#)). Por último, las puntuaciones de cada factor del TECD se relacionaron con la puntuación total del BDI-II. Como se observa en la [Tabla 6](#), salvo en algunos casos del momento «siempre», la mayoría de las correlaciones presenta valores entre moderados y altos para todos los momentos temporales.

DISCUSIÓN

Con este trabajo se pretendió confirmar la estructura factorial y la fiabilidad de las puntuaciones del Test de Evaluación Clínica de la Depresión en una muestra de población general española. Asimismo, se buscaron indicios

Tabla 1: Índices de bondad de ajuste del análisis factorial confirmatorio del TECD teniendo en cuenta los distintos momentos temporales (mes, año y siempre) ($N = 501$).

Índice de ajuste	Mes	Año	Siempre
χ^2	11.705	12.497	15.627
GI	4.028	4.028	3.938
GFI	0.985	0.987	0.973
AGFI	0.984	0.985	0.970
TLI	0.989	0.990	0.976
CFI	0.990	0.990	0.977
SRMR	0.075	0.072	0.094
RMSEA	0.062	0.065	0.078
RMSEA ICI95	0.061	0.064	0.076
RMSEA ICS95	0.062	0.067	0.079

Nota: χ^2 = chi cuadrado; GI = grados de libertad (todas las χ^2 son significativas: $p < 0.001$); GFI = Goodness of Fit Index; $AGFI$ = Adjusted Goodness of Fit Index; TLI = Tucker-Lewis Index; CFI = Comparative Fit Index; $RMSEA$ = Root Mean Square Error of Approximation; IC = intervalo de confianza (I = inferior, S = superior).

sobre su validez externa mediante el análisis de correlaciones de sus puntuaciones con las del BDI-II, uno de los instrumentos más utilizados en la evaluación de la depresión.

Respecto a la estructura factorial, se ha encontrado evidencia de que la estructura factorial del test es la hipote-

tizada, en esta ocasión 12 factores para todos los momentos temporales (mes, año y siempre), ya que si se mantenía la estructura sugerida recientemente por Guillot-Valdés, Guillén-Riquelme, Sierra y Buela-Casal (2022) de 12 factores para mes, 11 para año y 10 para siempre, se producía un ligero empeoramiento de los índices de ajuste en el análisis realizado en el presente estudio. En el modelo propuesto se obtienen índices de bondad de ajuste apropiados en los tres momentos temporales que contempla el instrumento (mes, año y siempre), lo que robustece la posibilidad de evaluar un amplio espectro de síntomas depresivos y contemplar su presencia y evolución a lo largo del tiempo.

Si bien es posible definir un factor con solo tres ítems, según las recomendaciones de Ferrando et al. (2022), es más favorable contar con al menos cinco buenos reactivos por factor (Schreiber, 2021), de tal manera que se obtengan puntuaciones representativas de las dimensiones definidas por la solución factorial (Ferrando y Lorenzo-Seva, 2018). En el caso del TECD, únicamente hay dos factores con solo tres ítems (Sustancias y Libido), mientras que el resto contiene entre 4 y 19 ítems. Cabe destacar factores como Pensamientos de muerte, Disminución de la atención o Ánimo depresivo, ya que son los que presentan un mayor número de ítems (más de 13 cada uno). Además de ser factores que contemplan síntomas clave en el trastorno depresivo (Fairlamb y Juhl, 2022; Keller et al., 2019; Kennedy, 2022), esto implica una importante novedad del TECD frente a otros cuestionarios de depresión, que evalúan estos constructos con un menor número de reactivos por factor (Fried, 2017).

Tabla 2: Alfa ordinal y omega de McDonald para los factores del TECD teniendo en cuenta el momento temporal mes, año y siempre ($N = 501$).

Factores	Mes	$k \Delta\alpha$	ω	Año	$k \Delta\alpha$	ω	Siempre	$k \Delta\alpha$	ω
Pensamientos de muerte	0.98	0	0.98	0.98	0	0.98	0.98	0	0.98
Atención	0.96	0	0.96	0.96	0	0.96	0.95	1	0.95
Ánimo depresivo	0.98	2	0.97	0.98	1	0.98	0.85	0	0.97
Anhedonia	0.91	1	0.91	0.92	1	0.92	0.88	1	0.88
Malestar clínico	0.91	0	0.90	0.94	0	0.94	0.92	0	0.92
Sueño	0.89	0	0.88	0.88		0.87	0.85	0	0.83
Culpa	0.80	0	0.83	0.86	0	0.86	0.82	0	0.82
Apetito	0.88	1	0.88	0.88	1	0.88	0.85	0	0.86
Pareja	0.86	1	0.86	0.87	1	0.87	0.83	1	0.83
Libido	0.77	1	0.80	0.74	1	0.77	0.73	1	0.73
Familia	0.95	0	0.90	0.94	0	0.94	0.91	0	0.91
Abuso de sustancias	0.80	0	0.82	0.81	0	0.82	0.79	0	0.80

Nota: $k \Delta\alpha$ = número de ítems que provocan una mejora del alfa si se eliminan; $\Delta\alpha$ = diferencia entre el alfa original y el alfa si se eliminan los ítems problemáticos.

Tabla 3: Matriz de correlaciones entre los factores del TECD en el momento mes ($N = 501$).

Factores	Pensamientos de muerte	Atención	Ánimo depresivo	Anhedonia	Malestar clínico	Sueño	Culpa	Apetito	Pareja	Libido	Familia	Abuso de sustancias
Pensamientos de muerte	1.00											
Atención	0.57**	1.00										
Ánimo depresivo	0.72**	0.68**	1.00									
Anhedonia	0.58**	0.60**	0.77**	1.00								
Malestar clínico	0.46**	0.41**	0.61**	0.48**	1.00							
Sueño	0.45**	0.53**	0.51**	0.46**	0.30**	1.00						
Culpa	0.58**	0.52**	0.62**	0.49**	0.42**	0.34**	1.00					
Apetito	0.46**	0.45**	0.46**	0.43**	0.33**	0.48**	0.33**	1.00				
Pareja	0.40**	0.36**	0.53**	0.52**	0.35**	0.33**	0.34**	0.28**	1.00			
Libido	0.28**	0.32**	0.35**	0.35**	0.24**	0.37**	0.22**	0.38**	0.38**	1.00		
Familia	0.24**	0.38**	0.31**	0.29**	0.24**	0.27**	0.24**	0.23**	0.10*	0.21**	1.00	
Abuso de sustancias	0.26**	0.30**	0.28**	0.24**	0.06	0.26**	0.27**	0.16**	0.23**	0.09*	0.28**	1.00

Nota: ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

Tabla 4: Matriz de correlaciones entre los factores del TECD en el momento año ($N = 501$).

Factores	Pensamientos de muerte	Atención	Ánimo depresivo	Anhedonia	Malestar clínico	Sueño	Culpa	Apetito	Pareja	Libido	Familia	Abuso de sustancias
Pensamientos de muerte	1.00											
Atención	0.58**	1.00										
Ánimo depresivo	0.69**	0.66**	1.00									
Anhedonia	0.57**	0.61**	0.70**	1.00								
Malestar clínico	0.50**	0.51**	0.61**	0.51**	1.00							
Sueño	0.40**	0.55**	0.45**	0.44**	0.33**	1.00						
Culpa	0.60**	0.54**	0.58**	0.53**	0.47**	0.32**	1.00					
Apetito	0.39**	0.46**	0.36**	0.39**	0.30**	0.48**	0.29**	1.00				
Pareja	0.41**	0.40**	0.46**	0.54**	0.40**	0.33**	0.44**	0.29**	1.00			
Libido	0.29**	0.33**	0.27**	0.34**	0.18**	0.39**	0.21**	0.38**	0.38**	1.00		
Familia	0.52**	0.57**	0.52**	0.53**	0.45**	0.38**	0.44**	0.38**	0.36**	0.30**	1.00	
Abuso de sustancias	0.25**	0.30**	0.25**	0.25**	0.15	0.28**	0.25**	0.18**	0.27**	0.20**	0.28**	1.00

Nota: ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

Tabla 5: Matriz de correlaciones entre los factores del TECD en el momento siempre ($N = 501$).

Factores	Pensamientos de muerte	Atención	Ánimo depresivo	Anhedonia	Malestar clínico	Sueño	Culpa	Apetito	Pareja	Libido	Familia	Abuso de sustancias
Pensamientos de muerte	1.00											
Atención	0.39**	1.00										
Ánimo depresivo	0.70**	0.48**	1.00									
Anhedonia	0.52**	0.47**	0.62**	1.00								
Malestar clínico	0.47**	0.31**	0.59**	0.43**	1.00							
Sueño	0.29**	0.49**	0.35**	0.32**	0.22**	1.00						
Culpa	0.65**	0.37**	0.59**	0.46**	0.41**	0.24**	1.00					
Apetito	0.24**	0.35**	0.16**	0.24**	0.12**	0.39**	0.15**	1.00				
Pareja	0.35**	0.36**	0.41**	0.50**	0.30**	0.24**	0.39**	0.15**	1.00			
Libido	0.02	0.22**	0.04	0.17**	0.01	0.27**	0.02	0.33**	0.17**	1.00		
Familia	0.45**	0.50**	0.50**	0.42**	0.32**	0.44**	0.36**	0.35**	0.33**	0.16**	1.00	
Abuso de sustancias	0.23**	0.22**	0.18**	0.43**	0.13**	0.28**	0.19**	0.16**	0.19**	0.03	0.34**	1.00

Nota: ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

Tabla 6: Correlaciones de los factores del TECD con la puntuación total en el BDI-II teniendo en cuenta los momentos temporales mes, año y siempre ($N = 501$).

Factores TECD	Momento temporal de la escala de respuesta		
	Mes	Año	Siempre
Pensamientos de muerte	0.64	0.57	0.28
Atención	0.69	0.62	0.24
Ánimo depresivo	0.76	0.62	0.37
Anhedonia	0.67	0.60	0.33
Malestar clínico	0.50	0.45	0.18
Sueño	0.52	0.48	0.23
Culpa	0.59	0.57	0.33
Apetito	0.44	0.37	0.26
Pareja	0.47	0.48	0.29
Libido	0.44	0.40	0.10
Familia	0.35	0.51	0.35
Abuso de sustancias	0.29	0.26	0.19

Los datos psicométricos aportados en cuanto a la fiabilidad apoyan una buena consistencia interna, lo que sitúa a este instrumento al mismo nivel de garantía de otros ya existentes para la evaluación de la depresión (Fernández-de-las-Peñas et al., 2022; García-Batista et al., 2018; Gui-

llot-Valdés et al., 2019, 2020). Cabe señalar que todos los factores presentan valores satisfactorios y similares de coeficiente alfa, salvo el factor Libido en el momento temporal «siempre», que no alcanza el mínimo de 0.70, aunque se halla próximo. Se debería tener en cuenta su utilidad con cierta cautela como indicador de la libido, ya que, como se ha mencionado, este factor solo cuenta con tres ítems. En cuanto a los coeficientes omega, todos ellos presentan valores mayores a 0.80 en todos los factores y momentos temporales. Los resultados de las correlaciones ítem-escala también avalan la consistencia interna de los distintos factores del TECD.

Por otra parte, las puntuaciones del TECD se correlacionan con las del BDI-II de forma positiva con coeficientes elevados, destacando factores como Ánimo depresivo y Atención, lo que aporta evidencias acerca de la validez convergente de sus medidas. El BDI-II es uno de los instrumentos más usados tanto en la clínica como en la investigación (*v. gr.*, Von Glischinski et al., 2019; Wang y Gorenstein, 2013 para revisiones recientes sobre el tema), y habitualmente se emplea para aportar evidencias de validez a otros instrumentos de evaluación de la depresión (Diotaiuti et al., 2021; Rajeh et al., 2022). Cabe señalar que algunos factores con coeficientes de correlación más bajos (*v. gr.*, Malestar clínico o Pareja) no tienen correspondencia con ítems en el BDI-II, lo que podría explicar estos valores.

Por tanto, se puede confirmar que la estructura factorial del TECD hallada en los primeros estudios (Guillot-Valdés, Guillén-Riquelme, Sierra y Buela-Casal, 2022) se

mantiene en una muestra diferente a la anterior. En consecuencia, este instrumento resultará apropiado, tanto en la práctica clínica como en la investigación, como herramienta de cribado y para evaluar síntomas psicopatológicos o efectos terapéuticos. Asimismo, permitirá al clínico una orientación exhaustiva sobre qué dimensiones trabajar en el tratamiento. Además, teniendo en cuenta el amplio espectro temporal que abarca, se podrán evaluar presentaciones agudas de la depresión y también de carácter crónico o recurrente, que serían propias del trastorno distímico, con lo cual sería posible facilitar el diagnóstico diferencial entre ambos trastornos.

LIMITACIONES

Este trabajo no está exento de limitaciones. En primer lugar, se trata de un estudio de corte transversal sin seguimiento, por lo que no se pueden establecer inferencias de causa-efecto, de tal manera que en futuros estudios se debería contemplar la posibilidad del análisis longitudinal. En segundo lugar, existen sesgos inherentes al instrumento empleado como autoinforme, por lo que hubiera sido interesante poder contar con informantes externos para contrastar la información. Finalmente, el tipo de muestra no permite realizar generalizaciones a otras poblaciones (clínicas, culturas diferentes, etc.), por lo que en futuros estudios habría que replicar estos resultados en otros contextos. En tercer lugar, no se registró información acerca de la tasa de participación ni se aplicó una escala de deseabilidad social, debido a la longitud del cuestionario. Sería interesante de cara a futuros estudios considerar estos aspectos.

Pese a estas limitaciones, este trabajo completa y confirma la estructura factorial y las propiedades psicométricas del TECD apuntadas por Guillot-Valdés, Guillén-Riquelme, Sierra y Buena-Casal (2022) en una muestra de población general española. Se constata que las propiedades psicométricas de las puntuaciones del TECD son adecuadas, y su multidimensionalidad apoya su empleo para la evaluación del trastorno depresivo dado el interés que suscita este campo de estudio en la actualidad.

Referencias

- Álvarez-Mon, M. A., Vidal, C., Llaveró-Valero, M., & Ortuno, F. (2019). Actualización clínica de los trastornos depresivos. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12, 5041-5051. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.012>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association Society of Clinical Psychology. (2017). *Depression*. <https://div12.org/psychological-treatments/disorders/depression/>
- Ato, M., López-García, J.J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory*. Pearson.
- Brailovskaia, J., Teismann, T., & Margraf, J. (2020). Positive mental health, stressful life events, and suicide ideation: A 2-year follow-up study. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 41, 383-388. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000652>
- Cavieres, Á., & López-Silva, P. (2021). La depresión como enfermedad: en defensa del modelo biomédico en psiquiatría. *Revista Médica de Chile*, 149, 274-280. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872021000200274>
- Diotaiuti, P., Valente, G., & Mancone, S. (2021). Validation study of the Italian version of Temporal Focus Scale: Psychometric properties and convergent validity. *BMC Psychology*, 9, Artículo 19. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00510-5>
- Ernst, M., Kallenbach-Kaminski, L., Kaufhold, J., Negele, A., Bahrke, U., Hautzinger, M., Beutel, M.E., & Leuzinger-Bohleber, M. (2020). Suicide attempts in chronically depressed individuals: What are the risk factors? *Psychiatry Research*, 287, Artículo 112481. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112481>
- Fairlamb, S., & Juhl, J. (2022). Death thoughts predict increased depression for those with low self-worth. *Death Studies*, 46, 1021-1026. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1793432>
- Fernández-de-Las-Peñas, C., Rodríguez-Jiménez, J., Palacios-Ceña, M., De-la-Llave-Rincón, A.I., Fuensalida-Novo, S., Florencio, L.L., Ambite-Quesada, S., Ortega-Santiago, R., Arias-Burúa, J.L., Liew, B.X.W., Hernández-Barrera, V., & Cigarán-Méndez, M. (2022). Psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in previously hospitalized COVID-19 patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, Artículo 9273. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159273>
- Ferrando, P.J., & Lorenzo-Seva, U. (2018). Assessing the quality and appropriateness of factor solutions and factor score estimates in exploratory item factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 78, 762-780. <http://doi.org/10.1177/0013164417719308>
- Ferrando, P.I., Lorenzo-Seva, U., Hernández-Dorado, A., & Muñiz, J. (2022). Decálogo para el análisis factorial de los ítems de un test. *Psicothema* 34, 7-17. <http://doi.org/10.7334/psicothema2021.456>
- Fried, E.I. (2017). The 52 symptoms of major depression: Lack of content overlap among seven common depression scales. *Journal of Affective Disorders*, 208, 191-197. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.019>
- García-Batista, Z.E., Guerra-Peña, K., Cano-Vindel, A., Herrera-Martínez, S.X., & Medrano, L.A. (2018). Validity and reliability of the Beck Depression Inventory (BDI-II) in general and hospital population of Dominican Republic. *PLoS One*, 13, Artículo e0199750. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199750>
- Guillot-Valdés, M., Guillén-Riquelme, A., & Buena-Casal, G. (2019). Reliability and validity of the Basic Depression Questionnaire. *International Journal of Clinical and Health*

- Psychology*, 19, 243-250. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.07.002>
- Guillot-Valdés, M., Guillén-Riquelme, A., & Buela-Casal, G. (2020). A meta-analysis of the generalization of the reliability of State/Trait Depression Inventory scores. *Psicothema*, 32, 476-489. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.106>
- Guillot-Valdés, M., Guillén-Riquelme, A., & Buela-Casal, G. (2022). Content validity through expert judgment for the Depression Clinical Evaluation Test. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 22, Artículo 100292. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2022.100292>
- Guillot-Valdés, M., Guillén-Riquelme, A., Sierra, J.C., & Buela-Casal, G. (2022). Network and exploratory factorial analysis of the Depression Clinical Evaluation Test. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, Artículo 10788. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710788>
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2020). *GBD compare data visualization*. <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
- International Test Commission. (2001). International guidelines for test use. *International Journal of Testing*, 1, 93-114. https://doi.org/10.1207/S15327574IJT0102_1
- Keller, A.S., Leikauf, J.E., Holt-Gosselin, B., Staveland, B.R., & Williams, L.M. (2019). Paying attention to attention in depression. *Translational Psychiatry*, 9, Artículo 279. <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0616-1>
- Kennedy, S.H. (2022). Core symptoms of major depressive disorder: Relevance to diagnosis and treatment. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10, 271-277. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2008.10.3/shkennedy>
- Liu, Q., He, H., Yang, J., Feng, X., Zhao, F., & Lyu, J. (2020). Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease Study. *Journal of Psychiatric Research*, 126, 134-140. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.08.002>
- Ministerio de Sanidad. (2021). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria*. BDCAP Series 2. Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
- Muñiz, J., & Fonseca-Pedrero, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema*, 31, 7-16. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.291>
- Nye C.D. (2022). Reviewer resources: Confirmatory factor analysis. *Organizational Research Methods*, 26, 608-628. <https://doi.org/10.1177/10944281221120541>
- Pares-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L., & Alonso, J. (2014). Cost of disorders of the brain in Spain. *PloS One*, 9, Artículo e105471. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105471>
- Prieto Cuéllar, M., Vera Guerrero, M.N., Pérez Marfil, M.N., & Ramírez Uclés, I. (2007). Cronicidad de los trastornos del estado de ánimo: relaciones con actitudes cognitivas disfuncionales y con alteraciones de la personalidad. *Clínica y Salud*, 18, 203-219. <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v18n2/v18n2a05.pdf>
- Rajeh, Y.N., Dolatshahi, B., Pourshahbaz, A., & Zarghami, M. (2022). Assessing the validity and reliability of the Dimensional Anhedonia Rating Scale (DARS) for the Iranian population. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 16, Artículo e120043. <https://doi.org/10.5812/ijpbs-120043>
- Revelle, W. (2018). *Psych: Procedures for Personality and Psychological Research*, Northwestern University. Evanston. <https://CRAN.R-project.org/package=psych>
- Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R Package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software*, 48, 1-36. <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>
- RStudio Team (2020). [Software]. RStudio.
- Sanz, J., & García-Vera, M.P. (2013). Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario para la Depresión de Beck – Segunda Edición (BDI-II) en pacientes españoles con trastornos psicológicos. *Anales de Psicología*, 29, 66-75. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.130532>
- Sanz, J., Izquierdo, A., & García-Vera, M. (2013). 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. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 13, 139-175. <https://docta.ucm.es/entities/publication/5d7e5b2c-f829-4da8-b31b-8a06b3cf5358>
- Schreiber, J.B. (2021). Issues and recommendations for exploratory factor analysis and principal component analysis. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 17, 1004-1011. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.07.027>
- Viladrich, C., Angulo-Brunet, A., & Doval, E. (2017). A journey around alpha and omega to estimate internal consistency reliability. *Anales de Psicología*, 33, 755-782. <http://doi.org/10.6018/analesps.33.3.268401>
- Von Glischinski, M., von Brachel, R., & Hirschfeld, G. (2019). How depressed is “depressed”? A systematic review and diagnostic meta-analysis of optimal cut points for the Beck Depression Inventory revised (BDI-II). *Quality of Life Research*, 28, 1111-1118. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-2050-x>
- Wang, Y.P., & Gorenstein, C. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: A comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35, 416-431. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1048>
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates* (No. WHO/MSD/MER/2017.2). World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). *ICD-11 for mortality and morbidity statistics (ICD-11 MMS)*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for Medical research involving human subjects. *Jama*, 310, 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Zigmond A., & Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Zisook, S., Lesser, I., Stewart, J.W., Wisniewski, S.R., Balasubramani, G.K., Fava, M., Gilmer, W.S., Dresselhaus, T.R., Thase, M.E., Nierenberg, A.A., Trivedi, M.H., & Rush, A.J. (2007). Effect of age at onset on the course of major depressive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 1539-1546. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06101757>
- Zung, W.W.K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70. <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/488696>