

Diana Agudelo, Hugo Carretero Dios, Alfonso Blanco Picabia, Carmen Pitti, Charles Spielberger, Gualberto Buela Casal

Evaluación del componente afectivo de la depresión: análisis factorial del ST/DEP revisado
Salud Mental, vol. 28, núm. 3, junio, 2005, pp. 32-41,
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58232804>



Salud Mental,
ISSN (Versión impresa): 0185-3325
perezrh@imp.edu.mx
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la
Fuente Muñiz
México

¿Cómo citar?

Fascículo completo

Más información del artículo

Página de la revista

www.redalyc.org

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

EVALUACIÓN DEL COMPONENTE AFECTIVO DE LA DEPRESIÓN: ANÁLISIS FACTORIAL DEL ST/DEP REVISADO

Diana Agudelo*, Hugo Carretero-Dios*, Alfonso Blanco Picabia**, Carmen Pitti***,
Charles Spielberger****, Gualberto Bucla-Casal*

SUMMARY

Depression is a main Public Health problem due to its high prevalence and to the costs for intervention and treatment. Therefore, it is necessary to identify strategies that allow an adequate assessment that would let us obtain a more precise and useful diagnosis. Nevertheless, an important obstacle for this task, is a lack of theoretical clarity in regard to diagnostic criteria or, especially, to symptoms which are relevant for depression. This fact is obvious in the scales focused on depression assessment, which have a broad variety of symptoms to assess, and it is possible to overestimate some areas or to underestimate others, related to theoretical criterions which were involved in test construction. So, depression is evaluated in accordance with the questionnaire that is used and, of course, depending of theoretical framework that supports this tool. Therefore, depression is defined in line with the criteria which evaluates it, with regard to assessment's criteria, which could explain the usual difficulty to identify common symptoms when some tools are used, which are then identified as genuine symptoms of depression.

As the aim of this paper is to improve some of this limitations, the State/Trait Depression Questionnaire (ST/DEP) is showed as an useful tool for clinical and research work. It offers an assessment of one of the component of depression, the affective one, providing two measures: State and Trait. This allows to differentiate between intensity and frequency.

Main-axis factor analysis has been made and the results have shown two main factors in affectivity: Dysthymia (negative affection) and Euthymia (positive affection). The interest on positive affection assessment aims to obtain a more precise tool. So, when scores are inverted in positive items, it is possible to obtain a measurement of low levels on affectation. The relevance of this fact is emphasized because it has been neglected in most of depression scales, that only identify presence or absence, a fact that limits the ability to estimate slight modifications. This issue is very useful at two levels: clinic and research. At a clinical level because it permits to identify slight changes in affectation, which could be important as measurement of therapeutic efficacy and of symptoms remission. In research, because it offers the possibility to dispose of one able tool to differentiate of low levels of affectation,

which allow a more accurate estimation of the depression symptoms, specially when working with a nonclinical population.

The present study was carried out with a sample of 300 participants (103 males and 197 females), with mean age of 21.82 (2.74 s.d.) for males and 22.26 (3.66 s.d.) for females. It was an instrumental study where the Spanish Experimental Version of Stat-Trait Depression (ST/DEP) was used. All participants received information about research and they answered the questionnaires voluntarily.

The findings are shown separately for the two scales (State and Trait) and for the two sub-scales (Dysthymia and Euthymia). Data indicated significant differences between males and females, being the highest scores for females. This is an evidence related to the higher prevalence of depression in women.

It is very important to remark that essentially the same strong state and trait factors were found for both males and females, according to the factor structure of the Spanish Experimental Version of the State-Trait Depression Questionnaire (ST/DEP). These factors explained the 54% variance for females and of 53% for males.

The Promax Rotation differentiated two factors clearly: Dysthymia and Euthymia. That was similar to what was found in the original English form of the ST-DEP. The factorial structure was then confirmed, because of the bifactorial structure which differentiated the negative and positive affectivity of Depression. Another positive result was the test ability to detect slight changes on affectivity, which will be useful to differentiate between clinical and non clinical population.

It is important to point out that the ST/DEP is a measurement of one component of depression: affectivity, which has been identified as a relevant component in this disorder, but this tool is not enough to diagnose depression. This fact is relevant, because some tools for depression assessment are used as a diagnostic criteria, a fact that increases confusion in making a differential diagnostic between anxiety and depression or some other symptoms and clinical problems.

All this results provide evidences of the psychometric properties of the Spanish ST-DEP, and make this scale a fruitful and useful assessment instrument.

* Universidad de Granada.

** Universidad de Sevilla.

*** Hospital Universitario de Canarias.

**** University of South of Florida.

Correspondencia: Gualberto Bucla-Casal. Facultad de Psicología/Universidad de Granada, 18071, Granada/España. gbucla@ugr.es, tel: + (34)95816 17 08. Recibido primera versión: 18 de agosto de 2004. Segunda versión: 28 de diciembre de 2004. Tercera versión: 12 de abril de 2005. Aceptado: 15 de abril de 2005.

Key words: Depression, assessment, dysthymia, euthymia, factor structure.

RESUMEN

La depresión constituye uno de los principales problemas de salud pública, dada su alta prevalencia así como los costes que acarrea su intervención y tratamiento. Esto hace que cada vez sea más necesario identificar estrategias para su adecuada evaluación, que permitan realizar diagnósticos más precisos y útiles. No obstante, un primer obstáculo que se antepone a esta circunstancia es la falta de claridad conceptual en relación con los criterios para el diagnóstico, o más aún, con los que deben considerarse como síntomas característicos de la depresión. Esto es bastante evidente en las escalas de evaluación de la depresión, que se caracterizan por la amplia variedad de síntomas que es necesario evaluar, lo cual hace que se sobrevaloren algunas áreas frente a otras a las que se concede menor importancia en función del criterio teórico que acompañe la construcción de una escala. Así, la depresión se evalúa de acuerdo con el cuestionario que se emplea y obviamente, según el marco teórico que sustenta dicha herramienta. Esto explicaría la frecuente dificultad para identificar los síntomas comunes, al emplear varios instrumentos de evaluación y por ende, la dificultad para identificar los que podrían considerarse síntomas genuinos de la depresión.

Con el objetivo de superar algunas de estas limitaciones, se presenta en este estudio el Cuestionario de Depresión Estado-Rasgo (ST/DEP), como una herramienta de gran utilidad tanto clínica como de investigación, por cuanto ofrece la posibilidad de evaluar uno de los componentes de la depresión, el componente afectivo, y ofrece dos medidas diferentes: rasgo y estado, lo cual también contribuye a diferenciar el problema de la intensidad frente a la frecuencia. Mediante un análisis factorial de ejes principales se muestra cómo el cuestionario identifica dos factores en la afectividad: la distimia (afectividad negativa) y la eutimia (afectividad positiva). La idea de medir la afectividad positiva obedece al interés por hacer más preciso el instrumento, en el sentido de que tras la inversión de la puntuación en los reactivos que miden la afectividad positiva, se puede obtener una medida de bajos niveles de afectación, aspecto que suele descuidarse en la mayoría de las escalas que solamente identifican la presencia o ausencia del factor que miden, pero que tienen dificultad cuando tratan de estimar modificaciones leves. Este elemento es de gran utilidad tanto en la clínica como en la investigación. En el aspecto clínico, por cuanto permite identificar cambios leves en la afectación, que pueden ser bastante importantes para medir la eficacia terapéutica y la remisión de los síntomas. En la investigación, porque la posibilidad de disponer de una herramienta capaz de diferenciar bajos niveles de afectación, permite hacer una valoración más precisa de la sintomatología depresiva, sobre todo cuando se trabaja con población no clínica.

El presente estudio se realizó con una muestra de 300 sujetos adultos jóvenes (103 hombres y 197 mujeres), con una media de edad en las mujeres de 21.82 y una desviación típica de 2.74. En los hombres la media fue de 22.26 y la desviación típica de 3.66. Se trata de un estudio instrumental y en él se utilizó como instrumento la Versión Experimental Castellana del Cuestionario de Depresión Estado-Rasgo (ST/DEP). La información se recabó después de informar a los participantes respecto al estudio y al carácter voluntario de su participación.

En los resultados que se presentan se diferencian las dos escalas

(Estado/Rasgo), de acuerdo con las dos subescalas (distimia y eutimia). Se observa que existen diferencias entre los hombres y las mujeres, las que llegan en algunos casos a ser significativas. Las mujeres tienen mayor tendencia a obtener puntuaciones altas, lo cual corrobora la teoría de que es mayor la tendencia a la depresión, en las mujeres.

Con respecto a la estructura factorial, inicial, se identificó un factor principal en el cual se aglutinaron todos los reactivos con pesos superiores a 0.30 lo que pudo explicar el porcentaje de 54.13% de la varianza en las mujeres y de 53.25% en los hombres en la escala de estado (S-DEP), y de 54.53% para las mujeres y 53.35% para los hombres en la escala de rasgo (T-DEP). La rotación promax diferenció claramente dos factores: la distimia y la eutimia. La confirmación de la estructura bifactorial da cuenta de la capacidad de la escala para diferenciar la afectividad positiva y la negativa en la depresión, e indica la posibilidad de diferenciar cambios leves en la afectividad en la población no clínica.

Es importante indicar que el ST/DEP aporta la medida de un componente de la depresión: la afectividad, la que ha sido identificada como importante dentro de este trastorno; sin embargo, no basta por sí sola para diagnosticar la depresión. Esto es relevante, sobre todo porque muchos diagnósticos se basan en los criterios de los instrumentos de la evaluación, lo cual crea mayor confusión frente al diagnóstico diferencial, con la ansiedad y otros síntomas y entidades clínicas.

Los resultados anteriores demuestran las propiedades psicométricas del ST/DEP, y hacen de esta escala un instrumento útil para la evaluación de la depresión.

Palabras clave: Depresión, evaluación, distimia, eutimia, estructura factorial.

INTRODUCCIÓN

La depresión ocupa un lugar importante dentro de los problemas de salud pública dadas sus altas tasas de incidencia dentro de la población y las consecuencias que este trastorno acarrea para la persona que lo sufre, para su entorno familiar y social y para el sistema sanitario que lo cubre, tal como señalan Peñate (20), Lara, Navarro, Navarrete, Mondragón y Rubí (17) y Reyes-Ortega y cols. (22). No obstante, todavía existe un importante obstáculo derivado de la dificultad misma para entender la naturaleza de la depresión y los síntomas genuinos que la componen, lo que aumenta el riesgo de emitir diagnósticos erróneos o imprecisos (3, 27-31). En este sentido, Snaith (26) plantea que las escalas diseñadas para la evaluación de la depresión se caracterizan por la amplia variedad del área de la psicopatología que pretenden evaluar, lo cual puede conllevar a problemas de precisión en el diagnóstico.

A pesar del consenso a nivel conceptual en relación con los criterios de diagnóstico requeridos para el trastorno depresivo (p.e. DSM), es de notarse que se observa que dichos criterios pueden referirse a síntomas presentes también en otros trastornos. Así, dentro de los criterios para el diagnóstico establecidos por el DSM-

IV-TR (American Psychiatry Association, APA) (2) la depresión, concretamente el episodio depresivo mayor, es vista, de manera general, como un síndrome que se hace patente en los períodos de bajo estado de ánimo, que son persistentes y pueden manifestarse como tristeza, apatía y desánimo, así como con pérdida de interés o de la capacidad de experimentar placer, lo cual deja en claro la presencia de un componente afectivo de gran peso. Sin embargo, deben presentarse además, por lo menos tres síntomas relacionados con los aspectos psicósomáticos (alteraciones motoras y/o modificaciones en el sueño). Al revisar los síntomas que se atribuyen a la depresión, llama la atención que se trata, en algunos casos, de síntomas que incluso podrían ser más representativos de otro tipo de trastornos, como en el caso de las alteraciones del sueño o de la conducta alimentaria; en otros casos estos síntomas pueden estar asociados con trastornos orgánicos, lo cual hace que la depresión se pueda enmascarar, ya que dichos síntomas pueden atribuirse a la enfermedad médica y no a la depresión; y por último, en otras ocasiones, dichos síntomas pueden estar estrechamente relacionados con trastornos de ansiedad u otros cuadros clínicos, lo cual aumenta la dificultad para establecer un diagnóstico diferencial (4, 5, 12, 16). Esta diversidad de síntomas, expresada en las pruebas de evaluación, conduce a que se considere que la depresión se evalúa en función del instrumento que se utiliza (20, 21) ya que dada la variedad de los síntomas que cubren las distintas escalas más frecuentemente utilizadas, es muy posible que en algunos casos se sobrevaloren unas áreas y se subvaloren otras. Así, por ejemplo, cuando se emplea el BDI, claramente se observa una exagerada representación de los síntomas cognoscitivos frente a otros, lo cual da cuenta de la teoría que subyace al diseño del instrumento, mientras que como en la escala de Zung, se hace mucho hincapié en los síntomas somáticos y conductuales.

Por otra parte, tal como se describe y enuncia, el episodio depresivo mayor se considera a partir de la ocurrencia de una serie de síntomas durante un determinado período de tiempo. De ahí que el mayor énfasis se haga en la frecuencia de ocurrencia de los síntomas para poder diferenciar el cuadro, por ejemplo, de un trastorno distímico el cual requiere del mantenimiento en el tiempo de la sintomatología que no cumple, en cuanto a severidad e intensidad, en el episodio depresivo mayor. En este caso se hablaría de la recurrencia y la persistencia de los síntomas, lo cual se acercaría más a la idea de rasgo (16). El tema de la diferencia entre rasgo y estado tal como lo plantea Steyer (33), indica que a pesar de que se hace la clasificación de algunos atributos como más estables dentro del repertorio de las personas, a diferencia de otros

considerados como más temporales y transitorios, se puede plantear que en la mayoría de los atributos se pueden encontrar tanto características de rasgo, como de estado, lo que indica una posición más dimensional que por categoría, dado que, más que de la presencia o ausencia de un atributo, se habla del grado en que dicho atributo se presenta. Este es un elemento clave dentro de la perspectiva de Spielberger al definir la ansiedad y la depresión como rasgo y como estado y, por lo tanto, también la necesidad de evaluar estos constructos de manera diferenciada (24-32). A estos aspectos, hace referencia también Pelechano (19) cuando plantea el tema de la estabilidad en la personalidad. Para ello recurre a la propuesta de las estructuras multinivel respecto a la consolidación y estabilidad de muchos atributos del ser humano.

Los efectos de los aspectos señalados anteriormente dan apoyo, por un lado, a la disparidad de contenidos que caracteriza las distintas pruebas que se han diseñado para evaluar la depresión, como bien lo señala Snaith (26), y por el otro, a la dificultad surgida del propósito de las mismas de medir, en unos casos, la gravedad de los síntomas a partir de su intensidad, mientras que en otros, evalúan la frecuencia de ocurrencia de los mismos. El problema persiste cuando se usan herramientas diseñadas con poblaciones clínicas con fines de investigación, como sucede con el BDI (Beck Inventory of Depression) (6, 7), considerada como la escala de mayor utilización clínica y de investigación (7, 23) y como la más citada (26), aunque algunos autores como Vázquez (34) defienden su utilidad con muestras subclínicas. A esto se une la imprecisión de las escalas para medir bajos niveles de depresión en población no clínica y para evaluar los cambios leves de la afectividad depresiva (6, 7).

Dada la disparidad de contenidos en las escalas que evalúan la depresión (7, 20, 28-30), se hace cada vez más necesario separar los componentes y áreas evaluadas por las mismas. De acuerdo con Ritterband y Spielberger (24), pese a considerar la depresión como una entidad compleja y multifacética se pueden agrupar los síntomas en tres componentes principales: *trastornos afectivos*, que incluirían los sentimientos de tristeza, abatimiento e inutilidad; *dificultades cognoscitivas de pensamiento y concentración* y *síntomas conductuales*, que incluyen problemas de sueño y alimentación, disminución de la ejecución y abandono de la interacción con otras personas. En esta misma línea Dowd (12) indica que es justamente el componente afectivo el que suele predominar en la definición de la depresión y que de hecho, es quizás uno de los pocos componentes incluidos en la mayoría de los modelos de la depresión.

Para responder a los interrogantes anteriores, el cuestionario de Depresión Estado-Rasgo (ST-DEP) pre-

tende constituirse en una medida mucho más específica, y dirige su atención hacia una de las áreas definidas por Ritterband y Spielberger (24), como constitutivas de la depresión: los trastornos afectivos. Concretamente intenta evaluar la afectividad negativa, también considerada como central en el diagnóstico de la depresión a partir de los modelos PANAS (*Positive and Negative Schedule*) (25) y del modelo tripartita que intentan diferenciar entre depresión y ansiedad (10, 35, 36).

Los estudios psicométricos iniciales (23, 24, 29, 30) sobre el ST/DEP, con muestras no clínicas, dan cuenta de una solución factorial que identifica y diferencia dos factores, uno de los cuales recoge los reactivos que evalúan la afectividad negativa (distimia) y el otro los que evalúan la afectividad positiva (eutimia). Esto refuerza el planteamiento de Spielberger, Ritterband, Reheiser y Brunner (32), respecto a la capacidad del ST-DEP para detectar niveles bajos de cambio en la afectividad negativa a partir de la introducción de reactivos de afectividad positiva. Se ofrece así una herramienta útil para diferenciar el componente afectivo considerado de gran relevancia dentro de la depresión, lo cual podría ser muy útil para diferenciar a los sujetos deprimidos y a los no deprimidos, sin olvidar que en todo caso dicha herramienta no basta por sí sola para diagnosticar la depresión y que, por lo tanto, es susceptible de emplearse dentro del contexto de la evaluación, sumada a otras que puedan aportar, a su vez, datos esclarecedores frente al diagnóstico.

En el presente trabajo se presenta el análisis factorial de los reactivos seleccionados tras el análisis de reactivos realizado por Spielberger, Agudelo, Carretero-Dios, De los Santos-Roig y Bucla-Casal (28) y siguiendo el procedimiento empleado en los estudios anteriores (27, 29, 30) en una muestra española de adultos jóvenes, con el fin de poner a prueba la estructura factorial del cuestionario revisado, y de aportar pruebas de validez tal como lo indican los procedimientos psicométricos (14).

MÉTODO

Sujetos

La muestra se conformó con 300 adultos jóvenes (103 hombres y 197 mujeres) estudiantes universitarios. La media de edad para las mujeres fue de 21.82 con una desviación típica de 2.74. Para los hombres la media fue de 22.26 y la desviación típica de 3.66.

Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo instrumental de acuerdo con la clasificación propuesta por Montero y León (18). En cuanto al procedimiento, se rige por las directrices del Colegio Oficial de Psicólogos de España y

de la Comisión Internacional de Test (9) para la traducción y adaptación de las pruebas y los estándares internacionales de la American Educational Research Association, American Psychological Association and National Council on Measurement in Education (1) y Eignor (13).

Instrumentos

Versión Experimental castellana para la evaluación de la depresión Estado-Rasgo ST-DEP

Especificaciones de la prueba:

Objetivo: Identificar el grado de afectación (estado) y la frecuencia de ocurrencia (rasgo) del componente afectivo de la depresión.

Area de contenido: Grado de presencia de la afectividad negativa (distimia) y de la afectividad positiva (eutimia).

Distimia Estado: Grado en el que está presente al momento de la evaluación un estado de afectividad negativa.

Eutimia Estado: Grado en el que está presente al momento de la evaluación la afectividad positiva .

Distimia Rasgo: Recurrencia y persistencia de la afectividad negativa.

Eutimia Rasgo: Recurrencia y persistencia de la afectividad positiva.

Instrucciones: Para el caso de la escala de Estado (S-DEP) se le pide al sujeto que encierre en un círculo la opción que más se aproxime a cómo se siente en este momento. Las opciones de respuesta indican la intensidad como sigue: 1. Nada; 2. Algo; 3. Bastante y 4. Mucho.

Para la escala de Rasgo (T-DEP) frente a los mismos enunciados de la escala de Estado se le pide que responda encerrando en un círculo la opción que más se aproxima a cómo se siente generalmente, la mayor parte del tiempo. En este caso las opciones de respuesta miden la frecuencia así: 1. Casi nunca. 2. Algunas veces, 3. A menudo y 4. Casi siempre.

Para obtener las puntuaciones del sujeto evaluado, la opción de respuesta elegida [1, 2, 3 o 4] equivale a la puntuación asignada para el caso de los reactivos que se refieren a la distimia en ambas Escalas; para el caso de los reactivos de eutimia, la puntuación es inversa, es decir: 1=4, 2=3, 3=2 y 4=1. La puntuación definitiva se obtiene sumando los resultados de las dos subescalas y puede oscilar entre 26 y 104.

Especificaciones de los cuestionarios:

La versión experimental resultante del análisis de los cuestionarios realizado en el estudio de Spielberger y cols. (28), está compuesta por 16 reactivos para cada Escala, 8 de los cuales miden la distimia y 8 la eutimia. De manera operativa se definen a continuación la distimia y la eutimia, indicando entre paréntesis el número del reactivo que se corresponde con cada componente.

Distimia Estado: Un total de 8 reactivos: no estar motivado por nada (1), pena (2), decaimiento (3), desgana (4), desdicha (5), hundimiento (6), desesperación (7) y tristeza (8).

Eutimia Estado: Un total de 8 reactivos: plenitud (1), sentirse bien (2), esperanzado (3), animado (4), contento (5), divertirse (6), entusiasmado (7), enérgico (8).

Distimia Rasgo: Un total de 8 reactivos: no estar motivado por nada (1), sentirse desgraciado (2), infelicidad (3), decaimiento (4), desgana (5), debilidad (6), hundimiento (7) y tristeza (8).

Eutimia Rasgo: Un total de 8 reactivos: disfrutar de la vida (1), plenitud (2), ilusión (3), dichoso (4), esperanzado (5), feliz (6), divertirse (7) y enérgico (8).

Procedimiento

Se convocó a los sujetos participantes durante las horas de clase y se les dio información respecto al estudio y al carácter voluntario de la participación; se les dio instrucciones estándar de carácter general sobre la manera de llenar los cuestionarios por el mismo investigador y luego se les hicieron las aclaraciones que pidieron. Posteriormente se realizaron los análisis estadísticos pertinentes y se usó como apoyo el paquete estadístico SPSS 11.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

RESULTADOS

A continuación se presentan algunos datos descriptivos con diferenciación por sexo así como los resultados del análisis factorial para cada una de las escalas de la versión reducida del cuestionario (28). Los resultados presentan las diferencias de las escalas (Estado y Rasgo) y de acuerdo con las dos subescalas para cada caso (Distimia y Eutimia).

Escala Estado (S-DEP)

Distimia

En el cuadro 1 se recogen: medias, desviaciones típicas, correlaciones ítem-total y coeficientes alfa para el S-DEP en la subescala de distimia diferenciando por sexo.

Según los datos obtenidos, las medias oscilan entre 2.27 y 3.41 en el caso de las mujeres y entre 1.43 y 2.44 en el caso de los hombres; las desviaciones típicas se mantienen por encima de 0.50 y alcanzan un máximo de 0.81 en ambos grupos y se comprueban diferencias significativas ($p < 0.05$) entre hombres y mujeres. Fueron éstas las que obtuvieron las mayores puntuaciones. Las amplias desviaciones típicas, en la mayoría de los reactivos, indican la capacidad de los mismos para recoger la varianza en las respuestas de los sujetos. La co-

relación ítem-total en todos los casos es superior a 0.50 y alcanza un máximo de 0.79 para las mujeres y 0.78 para los hombres; fue significativa en todos los casos ($p < 0.001$). En lo referente a la media total de la subescala se puede observar que no difiere de manera significativa entre los hombres y las mujeres (11.22 y 11.77 respectivamente), de igual manera la desviación típica es también similar en ambos casos (4.38 para hombres y 4.35 para mujeres). La consistencia interna de la subescala, calculada a partir del alfa de Cronbach es alta (0.90), tanto para los hombres como para las mujeres.

Eutimia

En el cuadro 1 se recogen: medias, desviaciones típicas, correlaciones reactivo-total y coeficientes alfa en los reactivos que componen la subescala de eutimia del S-DEP. Los datos permiten observar que las medias en esta subescala oscilan entre 2.71 y 3.16 para los hombres y entre 2.53 y 3.03 para las mujeres. En la misma línea, las desviaciones típicas encontradas son ligeramente mayores a las observadas en la subescala de distimia. Hay, contrariamente a lo observado en la escala de distimia, una ligera tendencia en los hombres a obtener las puntuaciones más altas, las que son significativas en algunos reactivos.

Por su parte, las correlaciones reactivo-total, son en todos los casos superiores a 0.50 y en todos los casos significativas ($p < 0.001$), y alcanzan un máximo de 0.80 para las mujeres y 0.79 para los hombres. En cuanto a la media y desviación típica de la subescala en general, se observan diferencias significativas ($p < 0.05$); la media de las mujeres es de 18.95 y de 23.74 en el caso de los hombres y las desviaciones típicas son 2.07 y 5.55, respectivamente, y persiste la tendencia de los hombres a las puntuaciones más altas. La consistencia interna de la subescala es de 0.91 para los hombres y de 0.92 para las mujeres.

Por último, en el cuadro 1 también puede apreciarse la media y la desviación típica para la escala S-DEP, la que indica que los datos son bastante similares entre hombres y mujeres (media: 34.96 para hombres y 34.14 para mujeres; desviación típica: 3.69 y 3.79, respectivamente).

Análisis factorial

En el cuadro 2 se muestran los resultados del análisis factorial de los ejes principales y por Rotación Promax realizados sobre el S-DEP versión experimental. Tal como se indica en el cuadro, se puede identificar la presencia de un factor principal donde saturan todos los reactivos del S-DEP, con pesos que oscilan entre 0.56 y 0.79 para las mujeres y 0.55 y 0.79 para los hombres. Este factor explica los porcentajes de 54,13% de la varianza en el caso de las mujeres y 53,25% en el

CUADRO 1. Medias, desviaciones típicas, correlaciones reactivo-total y alfas para el S-DEP subescalas distimia y eutimia para hombres y mujeres

Reactivo*	Mujeres		Hombres		IRs**		F.*** Sig
	Media	D.T	Media	D.T	M	H	
Distimia							
1. Estoy decaído/a	2.43	0.76	2.41	0.80	0.79	0.78	0.39
2. No tengo ganas de nada	2.54	0.81	2.21	0.72	0.76	0.63	0.17
3. Estoy desmotivado/a	2.27	0.77	2.17	0.72	0.72	0.64	2.29
4. Estoy apenado/a	3.41	0.77	2.44	0.71	0.76	0.76	2.94 ^b
5. Estoy triste	3.40	0.74	1.43	0.75	0.78	0.82	3.84 ^b
6. Me siento desdichado/a	3.08	0.58	2.97	0.62	0.59	0.65	0.67
7. Estoy hundido/a	3.23	0.50	2.25	0.65	0.63	0.70	0.64
8. Estoy desesperado/a	3.51	0.61	2.78	0.69	0.57	0.59	0.27
Eutimia							
1. Estoy animado/a	2.15	0.91	3.02	0.88	0.74	0.64	2.65
2. Me siento bien	2.03	0.87	3.16	0.83	0.77	0.72	3.20
3. Estoy contento/a	2.15	0.85	3.00	0.93	0.79	0.79	2.40
4. Me siento pleno/a	2.53	0.90	2.88	0.87	0.75	0.77	5.13 ^b
5. Estoy entusiasmado/a	2.39	0.91	2.79	0.90	0.75	0.75	2.98
6. Me siento enérgico/a	3.01	0.91	2.71	0.92	0.80	0.80	6.54 ^b
7. Tengo esperanzas sobre el futuro	3.03	0.91	3.09	0.92	0.59	0.61	0.30
8. Hago cosas que me divierten	2.05	0.85	3.03	0.81	0.60	0.60	0.62

Reactivo*	Mujeres		Hombres		Alfa		F Sig
	Media	D.T	Media	D.T	M	H	
Distimia	11.77	4.35	11.22	4.38	0.90	0.90	0.65
Eutimia	18.95	2.07	23.74	5.55	0.92	0.91	6.72 ^b
S-DEP	34.14	3.79	34.96	3.69			1.34

H: Hombres; M: Mujeres; D.T: Desviación típica; IRs: Correlación reactivo-resto corregida.

* Los reactivos se enumeran en orden descendente de acuerdo a la saturación en distimia y eutimia para mujeres.

** Todas las correlaciones son altamente significativas $p < 0.001$.

*** Valores F y niveles de significación ^a $p < 0.001$; ^b $p < 0.05$.

caso de los hombres. Un segundo factor, menos relevante, recoge reactivos con saturaciones, en su mayoría por debajo de 0.30, exceptuando algunos que se muestran en el cuadro tanto para los hombres como para las mujeres. Sin embargo, la varianza explicada por este segundo factor es baja: 8.95% en el caso de las mujeres y 8.75% en el caso de los hombres.

La Rotación Promax identifica claramente dos factores tanto para los hombres como para las mujeres. El primer factor reúne los reactivos de afectividad negativa (distimia) y el segundo factor los que evalúan la afectividad positiva (eutimia). En el caso de los reactivos de distimia, los pesos oscilan entre 0.61 y 0.82 para las mujeres y 0.60 y 0.87 para los hombres. En el caso de la subescala de eutimia, hay que anotar que los pesos oscilan entre 0.65 y 0.82, para las mujeres y entre 0.61 y 0.89 para los hombres.

Escala Rasgo (T-DEP)

Distimia

En el cuadro 3 se muestran las medias, desviaciones típicas y correlaciones reactivo-total para los reactivos del T-DEP en la subescala de distimia diferenciadas por sexo. Los datos muestran que las medias de las mujeres son relativamente mayores que las de los hombres y oscilan entre 1.34 y 2.90, mientras que para los hombres

se encuentran entre 1.28 y 1.86. De la misma manera las desviaciones típicas van desde 0.65 a 0.85 en el caso de las mujeres y de 0.61 a 0.68 en los hombres. Tanto las medias como las desviaciones típicas muestran garantías psicométricas suficientes, sin olvidarse de que la presencia de medias relativamente bajas puede obedecer a la condición de la muestra (no clínica). Las diferencias entre hombres y mujeres son significativas ($p < 0.05$) en algunos reactivos. La correlación reactivo-total en todos los casos es superior a 0.50 y alcanza un máximo de 0.68 para mujeres y 0.75 para hombres.

Finalmente, en el cuadro 3 se muestran la media y la desviación típica de la subescala de distimia lo que indica una media de 12.25 para mujeres y de 11.15 para hombres con unas desviaciones típicas de 4.35 y 3.79 respectivamente. La consistencia interna de la subescala es de 0.88 tanto para hombres como para mujeres.

Eutimia

En el cuadro 3 se muestran: medias, desviaciones típicas y correlaciones reactivo-total para los 8 reactivos que componen la subescala de eutimia del T-DEP tanto para hombres como para mujeres. Según los datos se indica que tanto las medias como las desviaciones típicas son ligeramente superiores en el caso de las mujeres, y oscilan entre 1.84 y 2.58 mientras que para los hombres se encuentran entre 1.68 y 2.26. Estas medias

CUADRO 2. Análisis factorial de ejes principales y por Rotación Promax del S-DEP experimental por género

Reactivos*	Análisis de ejes principales				Rotación Promax				IRs **	
	Factor 1		Factor 2		Factor 1 Distimia		Factor 2 Eutimia		M	H
	M	H	M	H	M	H	M	H		
1. Estoy decaído/a	0.79	0.79					0.82	0.82	0.88	0.88
2. Estoy animado/a	0.79	0.60		0.36	0.82	0.69			0.89	0.90
3. Me siento bien	0.79	0.77			0.81	0.73			0.89	0.90
4. Estoy contento/a	0.78	0.81			0.79	0.81			0.89	0.89
5. No tengo ganas de nada	0.77	0.64					0.79	0.66	0.89	0.89
6. Estoy desmotivado/a	0.77	0.69					0.74	0.65	0.89	0.89
7. Me siento pleno/a	0.77	0.78			0.79	0.81			0.89	0.89
8. Estoy apenado/a	0.76	0.79					0.80	0.80	0.89	0.88
9. Estoy entusiasmado/a	0.76	0.72	0.42	0.40	0.86	0.82			0.89	0.89
10. Estoy triste	0.76	0.87					0.80	0.89	0.88	0.87
11. Me siento enérgico/a	0.75	0.79		0.34	0.80	0.87			0.88	0.89
12. Me siento desdichado/a	0.60	0.55					0.64	0.61	0.90	0.90
13. Estoy hundido/a	0.60	0.68	0.34	0.33			0.69	0.75	0.90	0.89
14. Tengo esperanzas sobre el futuro	0.59	0.64			0.62	0.64			0.90	0.91
15. Hago cosas que me divierten	0.56	0.64			0.61	0.60			0.90	0.91
16. Estoy desesperado/a	0.56	0.55	0.36	0.36			0.65	0.64	0.90	0.90
% Varianza explicada	54.13	53.25	8.95	8.75						
% Total varianza explicada	63.08	62.00								

* Los reactivos se ordenan de manera descendente según saturación en el factor de mayor peso encontrado en el análisis de ejes principales en el grupo de mujeres. Se incluyen saturaciones > 0.30.

** Todas las correlaciones son significativas $p < 0.001$.

M: Mujeres; H: Hombres; IRs: correlación reactivo-resto corregida

son adecuadas si se considera además que la muestra empleada no es clínica. En cuanto a las desviaciones típicas, puede decirse que son altas en ambos grupos y que van desde 0.76 hasta 0.95, siendo significativas ($p < 0.05$) en algunos casos. Las correlaciones reactivo-resto son altas, superiores en todos los reactivos a 0.50, y

son 0.76 las más altas, tanto para hombres como para mujeres. La consistencia interna fue de 0.91 para hombres y de 0.90 para mujeres.

Por último, en el cuadro 3 se pueden apreciar la media y la desviación típica para la escala total (T-DEP) lo que indica una tendencia a las puntuaciones mayores

CUADRO 3. Medias, desviaciones típicas, correlaciones reactivo-total y alfas para el T-DEP subescalas distimia y eutimia para hombres y mujeres

Reactivo*	Mujeres		Hombres		IRs**		F.*** Sig
	Media	D.T	Media	D.T	M	H	
Distimia							
1. Estoy triste	2.90	0.73	1.60	0.68	0.68	0.70	12.23 ^a
2. Estoy desmotivado/a	2.01	0.68	1.86	0.71	0.60	0.62	2.38
3. Estoy decaído/a	1.89	0.70	1.71	0.70	0.65	0.68	4.45 ^b
4. No tengo ganas de nada	1.65	0.80	1.50	0.74	0.63	0.75	3.17
5. Me siento desgraciado/a	1.45	0.67	1.27	0.61	0.59	0.71	5.25 ^b
6. Me siento débil	1.71	0.85	1.44	0.63	0.67	0.73	7.52 ^b
7. Estoy hundido/a	1.34	0.65	1.28	0.63	0.58	0.72	0.47
8. Soy infeliz	1.50	0.75	1.48	0.81	0.51	0.59	0.75
Eutimia							
1. Soy feliz	2.17	0.81	2.19	0.80	0.68	0.70	0.17
2. Me siento dichoso/a	2.28	0.92	2.26	0.80	0.67	0.67	0.82
3. Me siento pleno/a	2.58	0.92	2.23	0.84	0.76	0.70	8.74 ^b
4. Me siento enérgico/a	2.28	0.86	2.15	0.78	0.59	0.74	9.20 ^b
5. Estoy ilusionado/a	2.13	0.90	1.90	0.89	0.70	0.65	5.23 ^b
6. Disfruto de la vida	1.84	0.80	1.68	0.76	0.72	0.76	1.77
7. Tengo esperanzas sobre el futuro	1.97	0.95	1.92	0.91	0.65	0.68	0.17
8. Hago cosas que me divierten	1.96	0.89	1.84	0.90	0.69	0.71	4.32 ^b
Resumen de medias y desviaciones típicas							
Reactivo*	Mujeres		Hombres		Alfa		F Sig
	Media	D.T	Media	D.T	M	H	
Distimia	12.25	4.35	11.15	3.79	0.88	0.88	1.78
Eutimia	25.75	5.05	23.14	4.95	0.90	0.91	1.29 ^b
T-DEP	39.75	4.05	36.53	3.82			1.89 ^b

H: Hombres; M: Mujeres; D.T: Desviación típica; IRs: correlación reactivo-resto corregida.

* Los reactivos se enumeran en orden descendente de acuerdo a la saturación en distimia y eutimia para mujeres.

** Todas las correlaciones son altamente significativas $p < 0.001$.

*** Valores F y niveles de significación ^a $p < 0.001$; ^b $p < 0.05$.

CUADRO 4. Análisis factorial de ejes principales y por Rotación Promax del T-DEP experimental por género

Reactivos*	Análisis de ejes principales				Rotación Promax				IRs **	
	Factor 1		Factor 2		Factor 1 Distimia		Factor 2 Eutimia			
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
1. Estoy decaído/a	0.79	0.79					0.82	0.82	0.88	0.88
1. Soy feliz	0.72	0.69					0.68	0.69	0.72	0.75
2. Me siento dichoso/a	0.72	0.52					0.77	0.64	0.71	0.72
3. Me siento pleno/a	0.72	0.65					0.77	0.62	0.70	0.72
4. Estoy triste	0.71	0.78	0.36		0.80	0.80			0.74	0.76
5. Estoy desmotivado/a	0.70	0.67			0.64	0.68			0.82	0.80
6. Me siento enérgico/a	0.70	0.70					0.73	0.66	0.76	0.75
7. Estoy decaído/a	0.67	0.56			0.71	0.63			0.74	0.73
8. Estoy ilusionado/a	0.67	0.54	0.31	0.33			0.74	0.57	0.72	0.71
9. Disfruto de la vida	0.66	0.68					0.69	0.71	0.76	0.74
10. Tengo esperanzas sobre el futuro	0.65	0.61		0.40					0.71	0.70
11. No tengo ganas de nada	0.64	0.62	0.35	0.34	0.72	0.71			0.80	0.76
12. Me siento desgraciado/a	0.59	0.69			0.61	0.71			0.82	0.78
13. Me siento débil	0.56	0.47		0.38	0.60	0.60			0.85	0.74
14. Hago cosas que me divierten	0.51	0.63					0.50	0.69	0.75	0.76
15. Estoy hundido/a	0.51	0.70		0.39	0.57	0.63			0.73	0.71
16. Soy infeliz	0.46	0.56			0.53	0.57			0.73	0.73
% Varianza explicada	54.53	3.35	7.98	7.89						
% Total varianza explicada	62.51	61.24								

* Los reactivos se ordenan de manera descendente según saturación en el factor de mayor peso encontrado en el análisis de ejes principales en el grupo de mujeres. Se incluyen saturaciones > 0.30.

** Todas las correlaciones son significativas $p < 0.001$.

en las mujeres sin que ésta llegue a ser significativa; así la media para mujeres fue 39.75 y la desviación típica 4.05, mientras que para los hombres la media fue 36.53 y la desviación típica 3.82.

Análisis factorial

En el cuadro 4 se pueden ver los resultados del análisis factorial de los ejes principales y la Rotación Promax sobre los reactivos (ítems) del T-DEP. Se muestra que la solución factorial separa dos grandes factores, el primero de ellos explica el porcentaje de 54.53% de la varianza en el caso de las mujeres, y de 53.35% en el caso de los hombres. En este factor principal saturan todos los reactivos del T-DEP con pesos que oscilan entre 0.46 y 0.72 para mujeres y entre 0.47 y 0.78 para hombres. Aparece un segundo factor en el que la mayoría de los reactivos tanto para hombres como para mujeres es inferior a 0.30; los casos en que los pesos fueron superiores se registran en el cuadro 4. Al efectuar la rotación aparecen dos factores claramente definidos en los cuales saturan de manera separada, los reactivos que evalúan la afectividad negativa (distimia) en el factor 1, y la afectividad positiva (eutimia) en el factor 2. Para el caso de los reactivos de distimia los pesos son bastante similares entre hombres y mujeres y oscilan entre 0.53 y 0.80. En el caso de los reactivos de eutimia (segundo factor), se indica que los pesos son superiores a 0.50 tanto para las mujeres como para los hombres. Nuevamente y de manera similar a lo observado en la escala de Estado, los datos encontrados permiten confirmar la estructura bifactorial del cuestionario, conformada por dos subescalas

ortogonales que miden respectivamente la afectividad negativa y la afectividad positiva, tal como lo enuncian los estudios de Ritterband y Spielberger (24), Spielberger (27) y Spielberger y cols. (29, 30).

DISCUSIÓN

Tal como se ha señalado en el estudio de Spielberger y cols. (28) sobre el análisis de reactivos, dados la magnitud del síndrome depresivo y los componentes que de modo general pueden considerarse como pertenecientes al cuadro clínico (trastornos afectivos, dificultades cognitivas de pensamiento y de concentración y los síntomas conductuales) (32), una de las alternativas que podrían emplearse para aumentar la confiabilidad de las escalas de medida es implementar modelos que evalúen de manera específica cada una de las dimensiones, con lo cual se disminuiría el riesgo de sobrealorar ciertos síntomas que, además de presentarse en la depresión, podrían también aparecer en otros cuadros clínicos. Esta visión es la que orienta el diseño del cuestionario de depresión estado-rasgo, al limitar su contenido a los componentes afectivos de la depresión y a la diferenciación entre afectividad positiva y afectividad negativa con el objetivo de hacer la prueba más sensible a los cambios pequeños en el nivel de la afectividad y particularmente para hacer más viable su empleo en población no clínica.

El presente estudio ofrece datos de validación con una muestra española no clínica, y emplea la versión reducida tras el análisis de reactivos realizado por

Spielberger y cols. (28). Los resultados indican las adecuadas propiedades psicométricas del cuestionario y confirman la estructura bifactorial enunciada en estudios previos (24, 27, 29, 30). Se encontraron algunas diferencias en cuanto a la consistencia interna de la prueba, que para el caso del presente estudio fue menor a la documentada por Spielberger y cols. (29, 30); dichas diferencias pueden entenderse a partir del análisis de reactivos que redujo la prueba al eliminar los reactivos recurrentes, con lo cual era de esperarse que la consistencia interna disminuyera con respecto a la primera versión del cuestionario.

En lo referente al T-DEP puede indicarse que los resultados encontrados en el presente estudio, con respecto a la subescala de distimia, son similares a los reportados por Spielberger y cols. (30), en cuanto a las medias y las desviaciones típicas, y que se conserva una tendencia a alcanzar mayor puntuación en el caso de las mujeres en ambos estudios; sin embargo, estas diferencias fueron significativas en el estudio citado para la puntuación total de la subescala a diferencia de lo documentado en el presente estudio.

Con respecto a la subescala de eutimia, las medias y las desviaciones típicas se mantienen cercanas a lo documentado por Spielberger y cols. (30); no obstante, en la puntuación total de la escala se aprecian diferencias significativas en el presente estudio, contrariamente a lo señalado en el estudio anterior, en el que en las mujeres hubo tendencia a alcanzar las puntuaciones más altas. Este es un punto de gran interés, que se espera poder analizar con detalle en futuros estudios con muestra clínica para confirmar si se trata de un efecto debido a la característica de la muestra empleada en el presente estudio, o si éste se repite en población clínica. Esto podría seguir la línea de lo expresado en el modelo PANAS, al corroborar que aunque prepondere la afectividad negativa en la depresión, también puede haber afectividad positiva, o que según la combinación de ambos elementos, pueden coexistir distintos trastornos. Los niveles de consistencia interna para ambas subescalas son bastante altos y se asemejan a los obtenidos en el estudio inicial con muestras españolas y a los documentados por Spielberger (27), aunque son ligeramente inferiores en el presente estudio como consecuencia, según se indicó anteriormente, de la eliminación de los reactivos similares.

Por su parte, lo observado en la media y la desviación típica en la escala total (T-DEP), señala valores ligeramente menores a los encontrados por Spielberger y cols. (30) pero, al igual que en dicho estudio, las diferencias son significativas entre hombres y mujeres, y estas últimas conservan la tendencia hacia las puntuaciones más altas. Esto se corresponde con lo documentado a nivel teórico, indicado, dentro de los estu-

dios de prevalencia, por medio de un índice mayor en las mujeres que en los hombres. No obstante, este dato requiere mayor discusión y desde luego no se puede olvidar que la muestra empleada es no clínica, por lo cual es necesario hacer estudios con muestra clínica para confirmar o rechazar este dato.

Sin lugar a dudas lo más relevante del presente estudio es la confirmación de la existencia de una estructura bifactorial similar a la encontrada en los estudios previos (27, 29, 30) y capaz de explicar las diferencias en la afectividad positiva y negativa en la depresión, lo que indica la posibilidad de diferenciar cambios leves en la afectividad tanto en población clínica como no clínica.

Esto es sumamente útil, ya que como se ha indicado, una de las limitaciones en las escalas de medición está dada por la dificultad para discriminar bajos niveles de afectación Berndt (7), debido a la estructura general de los reactivos y a las escalas de respuesta que se ocupan de evaluar la severidad de los síntomas, aunque dejan fuera los niveles más bajos de depresión en este caso.

La perspectiva de desarrollar trabajos de esta índole es la de generar posibles vías de investigación orientadas hacia la implementación de medidas más confiables que ayuden al diagnóstico efectivo y acertado de la depresión y que permitan diferenciar la población clínica de la no clínica, máxime cuando buena parte de los trabajos que se realizan en torno a la depresión, emplean muestras normales, aun cuando utilizan instrumentos que han sido creados con muestras clínicas, lo que hace que la comparación entre ambos grupos pueda resultar poco precisa.

Por otra parte, dado el carácter dispar de los contenidos que evalúan las escalas de depresión, se hace necesario, para los estudios futuros, analizar la validez convergente y discriminante de la escala que aquí se presenta con el objetivo de dar mayor apoyo empírico a su validez como instrumento para evaluar el componente afectivo de la depresión como categoría diferencial de este trastorno frente a otros.

REFERENCIAS

1. AMERICAN EDUCATIONAL RESEARCH ASSOCIATION, AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION AND NATIONAL COUNCIL ON MEASUREMENT IN EDUCATION: *Standards for educational and psychological testing*. American Psychological Association. Washington, 1999.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4a. ed. rev.). American Psychiatric Press. Washington, 2000.
3. ARAGONÉS E, MASDÉU R, CANDO G y COLL G: Validez diagnóstica de la Self-Rating Depression Scale de Zung en pacientes de atención primaria. *Act Esp Psiquiat*, 29: 310-316, 2001.
4. ARANGO J C y FERNÁNDEZ S. Depresión en la enfermedad de Alzheimer. *Rev Lat Psicol*, 35: 41-54, 2003.

5. BARJAU J M, GUERRO-PRADO D, VILORIA-JIMÉNEZ A, VEGA-PIÑERO M, CHINCHILLA-MORENO A: Pseudodemencia depresiva: fronteras diagnósticas. *Act Esp Psiquiat*, 30: 43-53, 2002.
6. BECK A T, RUSH A J, SHAW B F, y EMERY G: *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press. New York, 1979.
7. BERNDT D J: Inventories and scales. En: B.B. Wolman y G. Stricker (Eds.). *Depressive Disorder*. John Wiley, 255-274, New York, 1990.
8. BOBENRIETH M A: Normas para la revisión de artículos originales en Ciencias de la Salud. *Rev Int Psicol Clin Salud/ Int J Clin Health Psychol*, 2: 503-508, 2002.
9. COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE ESPAÑA Y COMISIÓN INTERNACIONAL DE TEST (TTC): Directrices Internacionales para el uso de los test. *Infocop*, 77: 21-32, 2000.
10. CLARK L, y WATSON D: Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *J Abnorm Psychol*, 100: 316-336, 1991.
11. CRESPO D, GIL A y PORRAS A: Prevalencia de los trastornos depresivos en psiquiatría de enlace. *Act Esp Psiquiat*, 29: 75-83, 2001.
12. DOWD E T: Depression: Theory, assessment, and new directions in practice. *Int J Clin Health Psychol*, 4: 413-423, 2004.
13. EIGNORD: Standars for the Development and Use of Test: The Standars for Educational and Psychological Testing. *Eur J Psychol Assesment*, 17: 157-163, 2001.
14. ELOSUA OLIDEN P: Sobre la validez de los test. *Psicothema*, 15: 315-321, 2003.
15. GILI M, FERRER V, ROCA M. y BERNARDO M: Trastornos psiquiátricos y comorbilidad médica en un estudio epidemiológico comunitario. *Psicothema*, 12: 131-135, 2000.
16. IRASTORZA L J: Distimia y personalidad depresiva: diferenciación clínica. *Act Esp Psiquiat*, 29, 318-326, 2001.
17. LARA MA, NAVARRO C, NAVARRETE L, MONDRAGÓN L y RUBI N.A: Seguimiento a dos años de una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión, en servicios de salud para población abierta. *Salud Mental*, 26: 27-36, 2003.
18. MONTERO I, y LEÓN O: Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Rev Int Psicol Clín Salud / Int J Clin Health Psychol*, 2: 503-508, 2002.
19. PELECHANO V: Estabilidad y cambio ζ evolutivo/generacional? en personalidad. *Anál Modif Cond*, 26: 817-854, 2000.
20. PEÑATE W: Presentación de un cuestionario básico para la evaluación de los síntomas genuinos de la depresión. *Anál Modif Cond*, 27: 671-869, 2001.
21. PEÑATE W, PERESTELO L y BETHENCOURT J: La predicción diferencial del nivel de depresión por las variables nivel de actividad, actitudes disfuncionales y estilo atributivo, en función de la puntuación y la medida de depresión utilizada. *Int J Clin Health Psychol*, 4, 55-67, 2004.
22. REYES-ORTEGA M, SOTO-HERNÁNDEZ A L, MILLA-KEGEL J G, GARCÍA-RAMÍREZ A, HUBARD-VIGNAU L, MENDOZA-SÁNCHEZ H, MEJÍA-GARZA L, GARCÍA-PEÑA M C Y WAGNER-ECHEAGARAY F A: Actualización de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Estudio piloto en una muestra geriátrica mexicana. *Salud Mental*, 26: 59-68, 2003.
23. RITTERBAND L M: *Evaluation of the Beck Depression Inventory's Sensitivity and the State-Trait Properties*. Unpublished master's thesis. University of South Florida, Tampa, FL, 1995.
24. RITTERBAND L M y SPIELBERGER C D: Construct Validity of the Beck Depression Inventory as a measure of state and trait depression in nonclinical populations. *Depress Stress*, 2: 123-145, 1996.
25. ROBLES R y PÁEZ F: Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud Mental*, 26: 69-75, 2003.
26. SNAITH P: What depression rating scales measure?. *Brit J Psychiat*, 163: 293-298, 1993.
27. SPIELBERGER C D: *Evaluación de la Depresión: Eutimia y Distimia*. Conferencia presentada en el Symposium Internacional sobre Depresión, Granada, España, 1999.
28. SPIELBERGER C D, AGUDELO D, CARRETERO-DIOS H, DE LOS SANTOS-ROIG M y BUELA-CASAL G: *Análisis de reactivos de la Versión Experimental castellana del cuestionario para la depresión Estado-Rasgo (ST-DEP)*. *Anal Modif Cond* 30, (en prensa), 2004.
29. SPIELBERGER C D, CARRETERO-DIOS H, DE LOS SANTOS-ROIG M y BUELA-CASAL G: Spanish experimental version of the state-trait depression questionnaire (ST-DEP): State sub-scale (S-DEP). *Rev Int Psicol Clín Salud / Int J Clin Health Psychol*, 2: 71-89, 2002a.
30. SPIELBERGER C D, CARRETERO-DIOS H, DE LOS SANTOS-ROIG M y BUELA-CASAL G: Spanish experimental version of the state-trait depression questionnaire (ST-DEP): Trait sub-scale (T-DEP). *Rev Int Psicol Clín Salud / Int J Clin Health Psychol*, 2: 51-69, 2002b.
31. SPIELBERGER C D, GORSUCH R L y LUSHENE R D: *STAI: Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Press. Palo Alto, 1970.
32. SPIELBERGER C D, RITTERBAND L M, REHEISER E y BRUNNER T: The nature and measurement of depression. *Rev Int Psicol Clín Salud / Int J Clin Health Psychol*, 3: 209-234, 2003.
33. STEYER R: Trait-State Models. En: *Encyclopedia of Psychological Assessment* (Vol.1). Sage Publications, 1041-1044, London, 2003.
34. VÁZQUEZ C: Evaluación de los trastornos depresivos y bipolares. En A. Roa (ed). *Evaluación en psicología clínica y de la salud*. CEPE, 163-209, Madrid, 1995.
35. WATSON D, CLARK L y CAREY, G: Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *J Abnorm Psychol*, 97: 346-356, 1988.
36. WATSON D, CLARK L y TELLEGEN A: Development and validation of brief measures of Positive and Negative Affect: The PANAS scales. *J Pers Soc Psychol*, 54: 1063-1070, 1988.