

Utilidad del Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE) para el diagnóstico clínico. Un estudio con muestras de cuatro países iberoamericanos

Marta Martín-Carbonell^{1*}, Antonio Riquelme-Marín², Juan Manuel Ortigosa-Quiles², Rosa Martha Meda³,
Ara Mercedes Cerquera-Córdoba⁴, José A. Enríquez-Santos¹ y Raquel Pérez-Díaz⁵

¹ Universidad de la Habana (Cuba)

² Universidad de Murcia (España)

³ Universidad de Guadalajara (México)

⁴ Universidad Pontificia Bolivariana (Colombia)

⁵ Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED) (Cuba).

Resumen: El Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE) fue diseñado para evaluar la depresión como estado y como rasgo. Este trabajo se propuso estudiar su utilidad para identificar casos en los que se estima depresión clínica de acuerdo a los criterios del DSM-IV. La muestra estuvo constituida por 1984 sujetos de cuatro países: 503 españoles, 330 cubanos, 477 colombianos y 674 mexicanos. Se utilizó la Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (CES-D) para estudiar la validez concurrente y el Inventario de Síntomas Depresivos de Riquelme para identificar casos que cumplieran criterios del DSM-IV para diagnóstico de un episodio depresivo. El análisis de las curvas ROC por grupos edades y géneros, así como para Cuba, México y España, mostró que ambas subescalas tenían buena precisión, sin embargo para la muestra colombiana ninguna de las subescalas obtuvo resultados aceptables. Se encontraron diferencias significativas en puntuaciones del IDERE atribuibles a sexo, país, edad; y a la interacción entre estas variables. Ambas subescalas obtuvieron correlaciones significativas y positivas con el CES-D. Los resultados hablan a favor de la validez de criterio y convergente del IDERE y de su valor para la identificación de personas con posible depresión en países iberoamericanos.

Palabras clave: Depresión; psicodiagnóstico; estudio transcultural; IDERE.

Title: Usefulness of the State-Trait Depression Inventory (IDERE) for clinical diagnosis. A study containing samples from four Iberian-American nations.

Abstract: State-Trait Depression Inventory (IDERE) is a self-evaluating inventory designed to evaluate depression as a state and as a trait. This work set a goal to study its usefulness to identify cases in which clinical depression –based on the DSM-IV criteria– are estimated. The sample was made up of 1984 individuals from four countries: 503 Spaniards, 330 Cubans, 477 Colombians and 674 Mexicans. The Scale of the Center for Epidemiological Studies on Depression (CES-D) was used in an effort to assess the concurrent validity and the Riquelme Inventory of Depressive Symptoms to pinpoint cases that comply with the DSM-IV criteria for the diagnosis of a depressive episode. The analysis of the ROC curves by age and gender groups, as well as for Cuba, Mexico and Spain, showed good accuracy rate in both scales. However, for the Colombian sample none of the subscales yielded acceptable outcomes. Significant differences were found in terms of gender, country, age and the interaction among these variables. Both subscales produced significant and positive correlations with CES-D. The results speak in favor of the validity of criteria and convergence with IDERE, as well as its value for the identification of people suffering from possible depression in Hispanic American countries.

Key words: Depression; psychodiagnosis; IDERE; transcultural studies.

Introducción

La depresión es un estado con una elevada prevalencia en la población, con una baja tasa de detección en el ámbito de los sistemas de salud y con un importante impacto en la calidad de vida de las personas, que afecta además otros ámbitos como el familiar, físico, social, laboral y económico (Riquelme, Martín, Ortigosa y Lechuga, 2008). Estas son algunas de las razones por las cuales el desarrollo de instrumentos para la detección de la sintomatología depresiva ha sido un área de investigación muy activa y con un creciente desarrollo en el ámbito hispanoamericano (González, Martín, Grau y Lorenzo, 2007). Sin embargo, a las escalas para la evaluación de la depresión se les señala que tienen una escasa precisión conceptual, ausencia de normas de aplicabilidad y propiedades psicométricas insuficientes (Spielberger, Ritterband, Reheiser y Brunner, 2003; Dowd, 2004; González et al., 2007; Cabañero-Martínez, Cabrero-García, Richart-Martínez, Muñoz-Mendoza y Reig-Ferrer, 2007) por lo que resultan necesarios los estudios dirigidos a precisar el valor

diagnóstico de los instrumentos que actualmente se usan más en la práctica clínica.

Uno de los problemas que afecta a la precisión de los instrumentos está relacionado con las dificultades conceptuales en torno al término depresión. La idea vigente sobre la depresión en los manuales de diagnóstico supone la visión de un trastorno periódico y limitado en el tiempo. Sin embargo, diferentes autores consideran que sería más fructífero plantear un modelo dimensional que considerara la relación de lo psicopatológico con los procesos normales, más que el modelo categorial vigente en la actualidad (Agudelo, Spielberger y Buela Casal, 2007; Mellor y Aragona, 2009; Díaz, Blanco, Horcajo y Valle, 2007). Las críticas al sistema categorial se encuentran desde el mismo *DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association, 2000) en el que se indica por ejemplo, que no debe asumirse que las categorías clínicas sean entidades discretas con límites absolutos.

Diversas investigaciones ponen de manifiesto la posibilidad de considerar la depresión a lo largo de un continuo, donde en el extremo menos grave se encontrarían estados reactivos transitorios a situaciones concretas, pasando por la personalidad depresiva; y en el extremo más grave el trastorno depresivo mayor (Grau, Martín y Portero, 1993; Spielberger et al, 2003).

Partiendo de esta concepción dimensional, en 1986 se comenzó a trabajar en Cuba en el desarrollo del Inventario

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]:
Marta Martín Carbonell. Domicilio: Calle Infanta 1506, apartamento 14-G, entre Estévez y Santa Rosa. 10600, Cerro. La Habana (Cuba).
E-mail: mmartin@infomed.sld.cu

de Depresión Rasgo-Estado (IDERE), con la pretensión de contar con un instrumento que permitiera por una parte, identificar a las personas vulnerables a presentar estados depresivos, o sea, que tienen una alta depresión como rasgo o depresión personal; así como identificar a las personas que están sufriendo un estado depresivo que provoque malestar emocional significativo, aunque este no necesariamente se manifieste como una depresión que cumpla todos los criterios diagnósticos establecidos en los manuales de psiquiatría (Ramírez, Grau, Martín y Grau, 1986; Martín, Grau, Ramírez y Grau, 2001; Martín, Grau y Grau, 2003).

Existe también el Cuestionario de Depresión Estado-Rasgo (ST-DEP) desarrollado de manera totalmente independiente por otros autores (Spielberger, Carretero-Dios, De Los Santos-Roig, Buela-Casal, 2002a y 2002b; Spielberger, Carretero-Dios, De los Santos-Roig, Buela-Casal, 2004; Agudelo, Carretero-Dios, Blanco, Pitti, Spielberger y Buela-Casal, 2005; Ocampo, 2007; Agudelo, 2009), sin embargo, a pesar de que ambos instrumentos se basan en un enfoque dimensional de la depresión, la finalidad del ST-DEP es constituir una medida específica del componente afectivo de la depresión rasgo-estado a partir de los modelos de afectividad positiva vs. negativa, mientras que el IDERE se centra más en los componentes cognitivo-valorativos.

Así, se elaboró un inventario autoevaluativo que consta de dos subescalas que se pueden aplicar de manera conjunta o independiente. En ambas subescalas se incluyeron ítems directos e inversos de depresión con el objetivo de detectar niveles bajos de malestar depresivo que pueden tener un impacto similar, o superior incluso que la depresión mayor, tanto en el funcionamiento físico como en la discapacidad cotidiana, como ocurre con la llamada “depresión subclínica” o “depresión menor” (Beekman, Deeg, van Tilburg, Smit, Hooijer y van Tilburg, 1995; Hybels, Blazer y Piper, 2001)

Los estudios psicométricos iniciales encontraron una buena consistencia interna para ambas subescalas del IDERE (correlaciones ítem-ítem e ítem-escala con niveles de significación entre .05 y .01 para todas las asociaciones, y coeficiente alfa de Cronbach de .78 para la escala de depresión rasgo y de .79 para la escala de depresión como estado). Se ha investigado la estabilidad de las puntuaciones de la subescala rasgo a los quince días de la primera aplicación, encontrándose correlaciones de .95 para los niveles moderados y bajos; y de .89 para la depresión alta (Ramírez et al., 1986). Un estudio con 105 adolescentes chilenos que recibieron un taller psicoeducativo de tres meses de duración que tenía como objetivo favorecer la integración de los distintos estados emocionales y lograr la expresión de los afectos de una manera más saludable, no encontró diferencias significativas en los niveles de depresión estado-rasgo en los 61 estudiantes que al inicio del taller tenían buena salud emocional, encontrándose correlaciones significativas entre las puntuaciones obtenidas en las dos aplicaciones (entre .35 y .41), mientras que sí detectó cambios significativos en ambas subescalas en los 44 alumnos que tenían problemas emocionales, lo

que habla a favor de la sensibilidad del IDERE para detectar efectos de las intervenciones psicológicas (Lechuga, 2007).

Con respecto a su validez externa, se ha encontrado (Ramírez et al., 1986) en población normal que es capaz de discriminar con éxito a personas con altos niveles de depresión rasgo de acuerdo al criterio de sus compañeros y a su propia autoevaluación (92.3% para la escala estado y 96.9% la escala rasgo), así como identificar adecuadamente a pacientes con enfermedades cardiovasculares que presentan problemas de depresión que requieren atención psicológica (Martín, 2003).

Se ha encontrado que muestra correlaciones significativas y positivas con el IDARE en 302 adultos cubanos con enfermedades cardiovasculares (entre $r = .558$ y $r = .701$), y en un estudio con 3251 adolescentes chilenos (entre $r = .647$ y $r = .794$). También se ha estudiado en la muestra de enfermos cardiovasculares las correlaciones del IDERE con diversas subescalas del PSICRON, que es un inventario multidimensional para la evaluación psicológica de personas con enfermedades crónicas. En este estudio se encontraron correlaciones significativas y positivas con la subescala de depresión (IDERE-E $r = .462$ e IDERE-R $r = .513$) y pesimismo (IDERE-E $r = .565$ e IDERE-R $r = .594$); y ninguna correlación con la escala optimismo (IDERE-E $r = .067$ e IDERE-R $r = .024$) (Martín, 2003).

Actualmente el IDERE es utilizado en la mayor parte de los centros de salud de Cuba y también en diferentes instituciones de España, México, Chile, Perú y Colombia. Se ha usado también en diversas investigaciones: para el diagnóstico de la depresión en enfermos crónicos (Martín y Grau, 1991), para evaluar la calidad de vida de pacientes oncológicos terminales (Jiménez, 1993), los problemas de *burnout* en los servicios de cuidados paliativos (Chacón, Grau, Martín, 1994), para la selección de pacientes con dolor crónico candidatos a implantes de sistemas (Navarro, Marchena, González, Manjón, Pallarés y Martín, 1996), con dolor agudo (Martín y Lechuga, 2003) y en ancianos con dolor crónico (Martín y Lechuga, 2004), entre otros; se han presentado trabajos con el IDERE en varios eventos nacionales e internacionales (Martín y Grau, 1991; Grau et al., 1991b; Martín y Grau, 1993b;) y aparece en varios manuales de instrumentos de evaluación psicológica (González, Martín, Grau y Lorenzo, 2007; Martín, Grau, Ramírez y Grau, 2005).

Este trabajo se propone valorar la utilidad del IDERE para identificar a personas con un trastorno depresivo que responda a los criterios diagnósticos establecidos, pues aunque el propósito original del IDERE ya se comentó que no era este, su difusión hace necesario que se puntualice su alcance. Por esta razón, se estudió su sensibilidad y especificidad para identificar casos en los que se estima depresión de acuerdo a los criterios del DSM-IV. También se investigó su validez concurrente mediante el estudio de su correlación con el Cuestionario de Depresión de Radolff (Radolff, 1977) que es un instrumento utilizado para el pesquise de la depresión validado en los cuatro países que participaron en esta investigación (Enríquez, Martín, Riquelme, 2008; Campos,

Díaz, Rueda, Cadena y Hernández, 2007; Zunzunegui, Delgado, Pérez, Yagüe, Illescas. y León, 1998; Soler, Pérez-Sola, Puigdemont, Pérez-Blanco, Figueres y Álvarez, 1994; Guarnaccia, Angel y Worobey, 1989).

Método

Participantes

La muestra no probabilística estuvo constituida por 1984 sujetos de cuatro países: 503 españoles, 330 cubanos, 477 colombianos y 674 mexicanos, con edades comprendidas entre los 18 y los 106 años ($M=49.2$, $DE= 22.61$) predominando el sexo femenino en todos los países (60.6% para España, 60.9% para Cuba, 52.6% para Colombia y 64.5% para México). La edad promedio para la muestra española fue de 46.7, con una desviación típica (DE) de 21.6; la media de edad para Cuba fue de 52.7 con una $DE =20.9$; en el caso de Colombia el promedio de edad era 57.19, $DE =20.6$; y para México la media fue de 46.6 con una $DE =24.10$. Se dividió en tres subgrupos de edades: uno de jóvenes integrado por personas de menos de 30 años en el que entró el 39% de la muestra española, 18.8% de la cubana, 17.4% de la colombiana y 38.7% de la mexicana; el segundo grupo de edad incluye a los sujetos con más de 35 y menos de 55 años con el 31.4% de los españoles, 20.3% de los cubanos, 25.2% de los colombianos y 23% de los mexicanos, así como un tercer grupo de ancianos de más de 65 años con el 27.3% de los españoles, 46.4% de los cubanos, 49.5% de los colombianos y 35.3% de los mexicanos.

Refirieron padecer de alguna enfermedad el 29% de los españoles, el 62.4% de los cubanos, 24.9% de los colombianos y 40.1% de los mexicanos.

Resultaron analfabetos 4.2% de los españoles, 1.8% de los cubanos, 3.6% de los colombianos y 14.7% de los mexicanos; tenían escolaridad primaria 31.6% de los españoles, 10% de los cubanos, 31.7% de los colombianos y 21.5% de los mexicanos; con nivel medio se encontraron al 26% de los españoles, 57.3% de los cubanos, 35.6% de los colombianos y 16% de los mexicanos, el resto de los casos de los respectivos países refirieron tener nivel superior. Tenían vínculo laboral el 34.2% de los españoles, 40.3% de la muestra cubana, 50.9% de la colombiana y 27.3% de la mexicana.

Instrumentos

Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE)

El IDERE es un inventario autoevaluativo diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la depresión: la depresión como estado (condición emocional transitoria) y la depresión como rasgo (propensión a sufrir estados depresivos como una cualidad de la personalidad relativamente estable).

La escala que evalúa la depresión como estado permite identificar de manera rápida a las personas que tienen sínto-

mas depresivos, así como sentimientos de tristeza reactivos a situaciones de pérdida o amenaza, que no necesariamente se estructuran como un trastorno depresivo, aunque provoquen malestar e incapacidad. Tiene 20 ítems cuyas respuestas toman valores de 1 a 4. Trece de estos ítems por su contenido, son positivos en los estados depresivos, mientras que los restantes son ítems antagónicos con la depresión. El sujeto debe seleccionar la alternativa que mejor describe su estado en ese momento y tiene cuatro opciones de respuestas: No en lo absoluto (que vale 1 punto), Un poco (vale 2 puntos), Bastante (vale 3 puntos) y Mucho (vale 4 puntos).

La escala de depresión como rasgo permite identificar a las personas que tienen propensión a sufrir estados depresivos, y también ofrece información sobre la estabilidad de los síntomas depresivos. Consta de 22 ítems (10 inversos y 12 directos) que también adquieren valores de 1 a 4 puntos y las opciones de respuestas son: Casi nunca (que vale 1 punto), Algunas veces (vale 2 puntos), frecuentemente (3 puntos) y casi siempre (4 puntos).

La calificación se obtiene mediante la suma algebraica de las puntuaciones de los ítems directos e inversos, a cuyo resultado se le suma el valor 50 para conseguir que todos los valores sean positivos. Las puntuaciones oscilan entre 20 y 80 puntos para la escala estado; y entre 22 y 88 puntos para la escala rasgo. Tanto la depresión estado como la depresión rasgo se califican en tres niveles: bajo, medio y alto. De valor clínico son las puntuaciones que se catalogan como altas. Las cifras que están cercanas a los puntos de corte pueden resultar de interés, pero realmente tienen valor diagnóstico los valores superiores a 50. Es recomendable que las personas que obtengan valores altos en el IDERE sean valoradas en consulta médica o psicológica para precisar el diagnóstico.

En esta investigación se realizaron cambios en la redacción de algunos ítems para corregir la doble negación y se agregó un ítem experimental a la escala rasgo. Así en la versión que se investiga en este estudio, en la escala estado hay 13 ítems directos de depresión y 7 inversos; y en la escala rasgo hay 13 ítems directos y 10 inversos.

Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale, CES-D)

La Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (CES-D) es un cuestionario de 20 ítems, con cuatro opciones de respuestas que indican la frecuencia y/o intensidad de la presentación de cada ítem. La mayoría de los estudios coinciden en encontrar 4 factores, aunque su composición varía por lo que hay consenso acerca de que la estructura factorial del CES-D depende de las características de las muestras (Guarnaccia et.al., 1989; Vázquez, Blanco, López, 2007; Helmesa y Nielson, 1998). La consistencia interna del CES-D evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach es satisfactoria, con valores entre .75 y .89 para la población cubana, mexicana y española (Vázquez et.al, 2007; Salgado y Maldonado, 1994; Campos et. al, 2007; So-

ler, Pérez-Sola, Puigdemont, Pérez-Blanco, Figueres y Alvarez, 1997; Zunzunegui et. al., 1998).

Inventario de síntomas depresivos de Riquelme

Fue elaborado y validado en la Universidad de Murcia (Riquelme, Buendía y López, 2006) y se ha obtenido información acerca de sus propiedades psicométricas para la población cubana (Pérez, Riquelme, Martín, Enriquez y Ortigosa, 2009). Comprende un total de 56 síntomas, expresados en 58 ítems en los que se recogen los criterios clínicos de los sistemas DSM-IV-TR y CIE-10. La valoración de los síntomas, se realiza según su presencia durante las dos últimas semanas, con las opciones de respuesta: Nunca, Casi Nunca, Con frecuencia, la mayor parte del tiempo. En esta investigación se usó para seleccionar los casos con posible depresión clínica.

Procedimiento

Los datos provienen de un estudio más amplio, que utiliza diferentes instrumentos integrados en un único modelo de entrevista estructurada, que incluye además las preguntas referidas a variables sociodemográficas y de salud, el cual fue aplicado de manera individual por encuestadores especialmente entrenados para esta investigación.

Los casos de Cuba provienen de la Habana y se captaron en asociaciones de ancianos, centros de trabajo y estudio, y residentes del municipio Cerro, así como en la consulta de Psicología del Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud. (CITED). Los casos de México provienen de Ciudad Guzmán y la Zona Metropolitana de Guadalajara en Jalisco y de la Ciudad de Morelia en Michoacán, captados en universidades, oficinas de gobierno y asilos y estancias de día. En Colombia se tomaron los datos de la Ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana, en centros de atención día y en la Unidad Deportiva el Parque de Floridablanca Santander. Los datos de España fueron tomados de la Región de Murcia a través de la heteroaplicación del modelo de entrevista tanto en población general como en asociaciones sociales, centros de día y residencias de ancianos.

Los participantes fueron reclutados a través de la técnica «bola de nieve», consistente en la ampliación progresiva de la muestra a partir de los contactos proporcionados por los participantes inicialmente seleccionados por los miembros del equipo de investigación siguiendo un criterio de conveniencia.

De acuerdo a los lineamientos internacionales sobre los aspectos éticos de la investigación biomédica con humanos (Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas y Organización Mundial de la Salud, 1982) a todos los posibles participantes se les explicó el objetivo de la in-

vestigación y se les solicitó el consentimiento para utilizar la información proporcionada con fines de investigación, asegurando la privacidad y confidencialidad. Las personas que como resultado de su participación en el estudio, solicitaron atención psicológica especializada fueron derivadas a profesionales de la salud de su área de atención.

Para el presente trabajo se estimó que podrían presentar depresión clínica las personas que cumplieran el criterio de presentar en las últimas dos semanas con frecuencia o la mayor parte del tiempo al menos 5 de los síntomas (incluyendo el 1 y/o el 2 necesariamente) que señala el DSM-IV para el diagnóstico de un episodio depresivo. Esta información se obtuvo a partir de las respuestas al Inventario de Síntomas, el cual fue analizado para cada caso con este fin por los dos primeros autores de este trabajo.

El 21.8% de la muestra total cumplió los criterios de depresión clínica estimada: 17.9% de los españoles, 33% de los cubanos, 9% de los colombianos y 28.2% de los mexicanos.

Análisis de los datos

Para precisar el valor diagnóstico del IDERE se utilizó la metodología análisis de las curvas Receiver-Operating Characteristic (ROC). Se calculó el área bajo la curva por países, sexos y grupos de edad. Se empleó la estadística descriptiva de la escala para la muestra total, por países, sexos y grupos de edades. Se utilizó el ANOVA multifactorial para identificar las diferencias en los niveles de depresión estado y rasgo atribuibles a la nacionalidad, el género y la edad. Las correlaciones de las subescalas del IDERE con el CES-D se obtuvieron mediante el Coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados

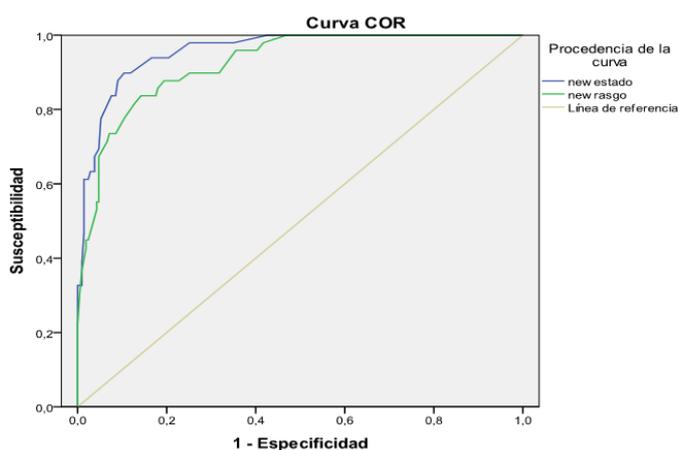
Los resultados de los diferentes análisis de las curvas ROC se resumen en la Tabla 1.

Como puede observarse para Cuba, México y España ambas subescalas del IDERE obtienen resultados significativos ($p = .000$) que indican una buena precisión, lo que se corrobora cuando se observa que las curvas están cercanas al extremo superior izquierdo (Figuras 1 al 3); sin embargo, para la muestra colombiana ninguna de las subescalas obtiene resultados aceptables. Nótese como en todos los casos, la escala estado obtiene mejores indicadores que la de rasgo. Por grupos de edades y por género se encuentra que ambas subescalas muestran también una buena precisión.

La Tabla 2 permite visualizar los puntos de corte recomendados para España, Cuba y México. Estos puntos de corte se seleccionaron teniendo en cuenta que son los que maximizan la sensibilidad (igual o mayor al 70%) perjudicando lo menos posible la especificidad (valor de 1-especificidad igual o menor al 30%).

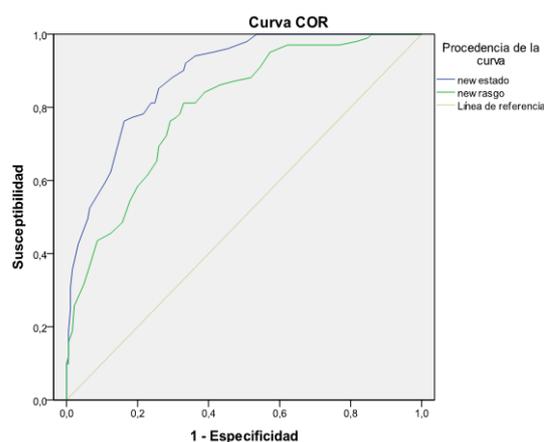
Tabla 1. Resumen de resultados de ROC por países, edades y sexos

Variables resultado de contraste	Área	Error típ. ^a	Sig. asintótica ^b	Intervalo de confianza asintótico al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Área bajo la curva España					
Estado	.957	.013	.000	.932	.982
Rasgo	.923	.019	.000	.886	.960
Área bajo la curva Cuba					
Estado	.885	.019	.000	.848	.922
Rasgo	.800	.026	.000	.749	.852
Área bajo la curva Colombia					
Estado	.687	.047	.000	.595	.779
Rasgo	.536	.052	.436	.435	.638
Área bajo la curva México					
Estado	.899	.013	.000	.874	.924
Rasgo	.892	.013	.000	.867	.918
Área bajo la curva Jóvenes					
Estado	.859	.020	.000	.820	.899
Rasgo	.782	.026	.000	.730	.834
Área bajo la curva Adultos					
Estado	.855	.026	.000	.804	.905
Rasgo	.836	.026	.000	.785	.887
Área bajo la curva Ancianos					
Estado	.907	.013	.000	.882	.932
Rasgo	.820	.018	.000	.784	.856
área bajo la curva Hombres					
Estado	.887	.017	.000	.854	.921
Rasgo	.819	.021	.000	.778	.860
Área bajo la curva Mujeres					
Estado	.875	.013	.000	.850	.900
Rasgo	.807	.016	.000	.776	.838



Los segmentos diagonales son producidos por los empates.

Figura 1. Curva COR España



Los segmentos diagonales son producidos por los empates.

Figura 2. Curva COR Cuba

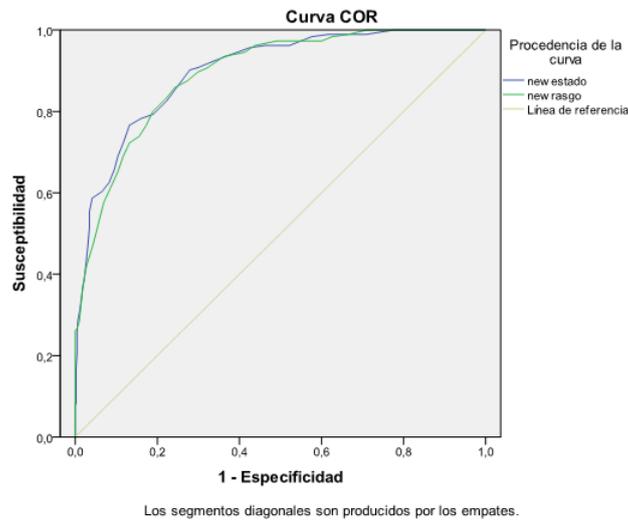


Figura 3. Curva COR México

Tabla 2. Valores de punto de corte recomendados para España, México y Cuba

España		Estado		Rasgo	
Positivo si es mayor o igual que	Sensibilidad	1 - Especificidad	Positivo si es mayor o igual que	Sensibilidad	1 - Especificidad
36.50	.961	.250	43.50	.882	.288
37.50	.922	.203	44.50	.882	.264
38.50	.922	.165	45.50	.882	.250
39.50	.902	.142	46.50	.863	.226
40.50	.882	.118	47.50	.863	.193
41.50	.882	.104	48.50	.843	.179
42.50	.863	.090	49.50	.824	.175
43.50	.824	.085	50.50	.824	.142
44.50	.824	.075	51.50	.804	.127
45.50	.745	.052	52.50	.765	.104
			53.50	.725	.085
			54.50	.725	.071
			55.50	.706	.066
			Cuba		
38.50	.882	.296	44.50	.765	.290
39.50	.853	.258	45.50	.725	.280
40.50	.814	.247			
41.50	.814	.237			
42.50	.784	.215			
43.50	.775	.183			
44.50	.765	.161			
			México		
35.50	.915	.288	41.50	.847	.283
36.50	.881	.258	42.50	.847	.253
37.50	.847	.217	43.50	.831	.202
38.50	.831	.192	44.50	.797	.182
39.50	.746	.167	45.50	.780	.162
			46.50	.729	.146

La estadística descriptiva por países, grupos de edad y sexo se presenta en la tabla 3 y los resultados del ANOVA multifactorial se muestran en la tabla 4. Se encontraron diferencias significativas para ambas subescalas atribuibles al sexo, al país, la edad y a la interacción entre sexo y país, así como a la interacción entre país y edad. Correspondieron a

las mujeres y los ancianos las mayores puntuaciones en ambas subescalas, en la escala rasgo las mayores puntuaciones las obtuvieron los colombianos, mientras que cubanos y mexicanos obtuvieron las mayores medias marginales estimadas para la escala estado.

Tabla 3. Estadística descriptiva del IDERE por países, grupos de edad y sexo.

	Países								Edades						Sexos			
	España		Cuba		Colombia		México		Jóvenes		Adultos		Ancianos		Mujer		Hombre	
	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R
M	37.25	42.76	39.48	42.64	35.78	46.87	35.79	40.87	15.25	24.25	16.07	24.43	21.94	27.40	38.34	44.73	35.05	42.01
ME	10.87	13.84	11.24	11.60	8.64	6.51	9.28	10.67	9.47	10.95	10.36	11.90	12.01	12.27	10.581	11.165	9.083	10.34
Mín	20	20	20	19	21	24	20	18	0	0	0	0	0	0	20	21	20	18
Máx	76	81	76	78	66	65	70	75	52	63	56	63	56	67	76	81	76	72

Leyenda: E: Subescala estado del IDERE, R: Subescala rasgo del IDERE, Min: valor mínimo, Máx: valor máximo,

Tabla 4. Resultados del ANOVA multifactorial (pruebas de los efectos inter-sujetos)

Origen	Variable dependiente		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	p	Eta ² parcial	Parámetro de no centralidad Parámetro	Potencia observada ^b
Modelo corregido	dimension1	estado	32425.482 ^a	23	1409.804	12.944	.000	.171	297.721	1.000
		rasgo	21837.085 ^c	23	949.438	7.479	.000	.107	172.009	1.000
Intersección	dimension1	estado	316019.257	1	316019.257	2901.592	.000	.668	2901.592	1.000
		rasgo	690677.563	1	690677.563	5440.412	.000	.790	5440.412	1.000
Sexo	dimension1	estado	4499.531	1	4499.531	41.313	.000	.028	41.313	1.000
		rasgo	4024.226	1	4024.226	31.699	.000	.021	31.699	1.000
País	dimension1	estado	1590.813	3	530.271	4.869	.002	.010	14.606	.908
		rasgo	6721.268	3	2240.423	17.648	.000	.035	52.943	1.000
Edad	dimension1	estado	8305.956	2	4152.978	38.131	.000	.050	76.263	1.000
		rasgo	1497.158	2	748.579	5.896	.003	.008	11.793	.877
Sexo * País	dimension1	estado	1210.463	3	403.488	3.705	.011	.008	11.114	.807
		rasgo	1780.134	3	593.378	4.674	.003	.010	14.022	.896
Sexo * edad	dimension1	estado	264.638	2	132.319	1.215	.297	.002	2.430	.266
		rasgo	33.344	2	16.672	.131	.877	.000	.263	.070
País * edad	dimension1	estado	6848.723	6	1141.454	10.480	.000	.042	62.883	1.000
		rasgo	5901.998	6	983.666	7.748	.000	.031	46.490	1.000
Sexo * País * edad	dimension1	estado	812.717	6	135.453	1.244	.281	.005	7.462	.495
		rasgo	549.945	6	91.657	.722	.632	.003	4.332	.290
Error	dimension1	estado	157160.524	1443	108.912					
		rasgo	183193.418	1443	126.953					
Total	dimension1	estado	672085.000	1467						
		rasgo	1170072.000	1467						
Total corregida	dimension1	estado	189586.005	1466						
		rasgo	205030.503	1466						

a. R cuadrado = .171 (R cuadrado corregida = .158)

b. Calculado con alfa = .05

c. R cuadrado = .107 (R cuadrado corregida = .092)

Como era de esperar ambas subescalas tienen correlaciones significativas y positivas (tabla 5) entre ellas y con el CES-D.

Tabla 5. Correlaciones entre IDERE y CES-D.

		IDERE estado	IDERE rasgo	CES-D
IDERE-estado	Correlación de Pearson	1	.770(**)	.683(**)
	Sig. (bilateral)		.000	.000
	N	1675	1570	1337
IDERE-rasgo	Correlación de Pearson	.770(**)	1	.556(**)
	Sig. (bilateral)	.000		.000
	N	1570	1600	1270
CES-D	Correlación de Pearson	.683(**)	.556(**)	1
	Sig. (bilateral)	.000	.000	
	N	1337	1270	1611

** La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

Discusión y Conclusiones

Debe recordarse que el propósito original del IDERE es identificar y cuantificar la intensidad de un estado emocional de matiz depresivo (escala estado) así como diagnosticar el grado de vulnerabilidad personal a sufrir depresión (escala rasgo). Téngase en cuenta que la consigna de la escala estado se refiere a lo que siente la persona en el momento en que está respondiendo el cuestionario; y la de la escala estado a la depresión "habitual"; y los manuales actuales de clasificación son bastante restrictivos acerca del tiempo de duración de los síntomas necesario para establecer el diagnóstico (al menos dos semanas para el diagnóstico de episodio depresivo mayor y al menos dos años para el diagnóstico de distimia, por ejemplo) por lo que no debe usarse como instrumento de primera línea para clasificar a los pacientes en determinadas categorías, lo que por otra parte, podría afir-

marse también de muchos otros instrumentos para el diagnóstico de la depresión.

Dicho lo anterior, los resultados de esta investigación apuntan a que debe considerarse que, al menos para Cuba, España y México, tanto las personas que admiten sentimientos y síntomas depresivos en el momento de la evaluación (depresión estado) como las personas que tienen habitualmente autoevaluaciones negativas acerca de sí misma y del mundo (depresión rasgo) pueden estar presentando un trastorno depresivo, aunque el IDERE no permita precisar cuál.

El IDERE valora más los componentes cognitivos de la depresión, fundamentalmente los relacionados con el autoconcepto (sobre todo en la escala rasgo) y, la autoevaluación que hace la persona acerca de la presencia de ciertos síntomas de depresión y malestar (sobre todo en la escala estado), por tanto, era de esperar que la escala estado mostrara mayor sensibilidad para detectar a personas con depresión clínica que la escala rasgo, tal y como se encontró en este estudio, de manera consistente en los diferentes países, en ambos sexos y en los tres grupos de edades.

Resulta de interés que para la muestra colombiana no se obtuvieron indicadores satisfactorios, por lo que el IDERE deberá utilizarse con cautela hasta que no se precisen datos para este país.

En el presente trabajo se obtienen diferentes puntos de corte para Cuba, México y España que pueden usarse teniendo en cuenta que un proceder diagnóstico no tiene un solo valor de sensibilidad y especificidad, por tanto los investigadores o clínicos interesados en identificar posibles casos de depresión deberán seleccionar el que mejor convenga a sus propósitos. Estos puntos de corte propuestos deben considerarse como provisionales ya que no se ha trabajado con muestras representativas.

Serán necesarios futuros estudios para precisar la utilidad del IDERE en el diagnóstico clínico de los diferentes trastornos depresivos pues en esta investigación el procedimiento utilizado para detectar a personas con posible depresión se basó en las respuestas de los sujetos a diversos cuestiona-

rios, lo que no permite obtener un diagnóstico verdadero, sino solamente presuntivo.

También será necesario determinar si la alta y significativa correlación entre las escalas rasgo y estado podría ser expresión no sólo de los intervenculos genéticos entre ambas formas de manifestarse la depresión como se plantea en el enfoque personal, sino también de la comorbilidad de trastornos como la distimia y la depresión mayor, que algunos autores han descrito con el término “doble depresión” (Keller y Shapiro, 1982).

En la presente investigación se encontraron diferencias en las puntuaciones del IDERE atribuibles al género, país y edad; pero estos resultados se deben interpretar con cautela ya que una limitación de esta investigación es que las muestras fueron seleccionadas por conveniencia y por ende, las diferencias encontradas podrían explicarse por especificidades de las muestras debidas a las oportunidades para acceder a las poblaciones que tuvieron los investigadores. Esta puede ser una explicación razonable, sobre todo, de las divergencias encontradas entre la muestra de Colombia y las de los restantes países.

A pesar de las limitaciones señaladas a la presente investigación, es conveniente recordar que el desempeño clínico de una prueba puede ser medido en términos de precisión diagnóstica o sea, de su habilidad para clasificar correctamente a los sujetos en subgrupos clínicamente relevantes. En este sentido, la presente investigación muestra que ambas subescalas del IDERE tienen una buena precisión para diagnosticar depresión clínica según los criterios del DSM-IV-R en personas de ambos sexos, de diferentes grupos de edades, de 3 países distintos (Cuba, México y España). El resultado de este análisis, conjuntamente con el hecho de que se encontraron correlaciones significativas con el CES-D, un instrumento validado y ampliamente usado para el pesquise de depresión clínica, habla a favor de la validez de criterio y convergente del IDERE y de su valor para la identificación de personas con posible depresión en países iberoamericanos.

Referencias

- Agudelo, D. (2009). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER) en adolescentes y universitarios de la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico*, 5 (12),139-160.
- Agudelo, D.M., Carretero-Dios, H., Blanco, A., Pitti, C., Spielberger, C.D. y Buela-Casal, G. (2005). Evaluación del componente afectivo de la depresión: análisis factorial del ST/DEP revisado *Salud Mental*, 28(3),33-41.
- Agudelo, D., Spielberger, C.D., Buela-Casal, G. (2007): La depresión, ¿un trastorno dimensional o categorial? *Salud Mental*, 30(3),20-28.
- American Psychiatric Association (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (4th ed., Revisited Text). Barcelona: Mason.
- Beekman, A., Deeg, D., van Tilburg, T., Smit, J., Hooijer, C., van Tilburg, W. (1995). Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *Journal of Affective Disorders*,36, 65–75.
- Cabañero-Martínez, M.C., Cabrero-García, J., Richart-Martínez, M., Muñoz-Mendoza, C.L.y Reig-Ferrer, A. (2007). Revisión estructurada de las escalas de depresión en personas mayores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3),823-846.
- Campos, A., Díaz, L., Rueda, G., Cadena, L., Hernández, N. (2007). Psychometric properties of CES-D Scale among colombian adults from the general population. *Revista Colombiana de Psiquiatría*,36(4), 664-74.
- Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas y Organización Mundial de la Salud (1982). *Proposed International Guidel-lines for Biomedical research involving human subjects*. Ginebra: OMS (document)
- Chacón, M., Grau, J.A., Martín, M. (1994). Estados emocionales generados por situaciones laborales estresantes en enfermeros oncólogos. Reporte final de investigación no publicado, Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, La Habana, Cuba.
- Díaz, D., Blanco, A., Horcajo, J. y Valle, C. (2007). La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión. *Psicothema*, 19(2), 286-294.
- Dowd, E.T. (2004). Depression: Theory, assessment, and new directions in practice. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 413-423.
- Enríquez, J.A., Martín, M., Riquelme, A. (2008). Evaluación de la Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (CES-D). *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 5(3), 15-22.

- González, M., Martín, M., Grau, J.A. y Lorenzo, A. (2007). Instrumentos de evaluación psicológica para el estudio de la ansiedad y la depresión. En M. González (Ed), Instrumentos de Evaluación Psicológica. (cap.10, pp. 164-223) La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Grau, J., Martín, M., Portero, D. (1991). El sistema CUBANSIOPAT para el diagnóstico de las formas patológicas y no patológicas de ansiedad. Ponencia presentada en el XXIII Congreso Interamericano de Psicología, San José, Costa Rica.
- Grau, J., Martín, M., Portero, D. (1993). Estrés, ansiedad, personalidad: resultados de las investigaciones cubanas efectuadas sobre la base del enfoque personal. Revista Interamericana de Psicología, 27(1), 37-58.
- Guarnaccia, P.J., Angel, R., Worobey, J.L. (1989). The factor structure of the CES-D in the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey: The influences of ethnicity, gender, and language. Social Science and Medicine, 29, 85-94.
- Hybels, C., Blazer, D., Pieper, C. (2001). Toward a threshold for subthreshold depression: an analysis of correlates of depression by severity of symptoms using data from an elderly community sample. Gerontologist, 41, 357-365.
- Jiménez, P.J. (1993). Cuidados Paliativos al paciente oncológico terminal. Tesis para la obtención del título de Especialista de Primer Grado en Oncología, Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. La Habana, Cuba (no publicada).
- Keller, M.B. y Shapiro, R.W. (1982). "Double Depression": superimposition of acute depressive episodes on chronic depressive disorders. American Journal of Psychiatry, 139, 438-442.
- Lechuga, M. (2007). Informe de resultados de los programas psicoeducativos desarrollados en cinco liceos de la Corporación de Capacitación y Empleo SOSOFA. Santiago de Chile, (manuscrito no publicado).
- Martín, M. (2003) Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE). Manual de aplicación. Santiago de Chile: Acuaris.
- Martín, M. y Grau, J.A. (1991). Evaluación de la ansiedad y la depresión en enfermos crónicos. Ponencia presentada en el XXIII Congreso Interamericano, San José de Costa Rica.
- Martín, M. y Grau, J.A. (1993). La Psicología en los programas de atención a los enfermos crónicos. Ponencia presentada en el II Congreso Colombiano de Psicología de la Salud.
- Martín, M., Grau, J.A., Grau, R. (2003). El Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE). Desarrollo de una versión cubana. Revista Terapias Psicológicas, 3(3), 23-31.
- Martín, M., Grau, J.A., Ramírez, V. y Grau, R. (2001). El Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE): Desarrollo y Potencialidades. Revista Psicología.com5(1), <http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/134/>.
- Martín, M., Grau, J.A., Ramírez, V. y Grau, R. (2005). El Inventario de Depresión rasgo-Estado. En P. Vera y L. Oblitas (Eds.) Manual de escalas y cuestionarios iberoamericanos en psicología clínica y de la salud. Bogotá: Psicom Editores (e-book).
- Martín, M. y Lechuga, M. (2003). Factores psicosociales en el dolor agudo. En Derderian T (Ed) Guías Prácticas para el manejo del dolor agudo (pp.15-25). Santiago de Chile: Merck.
- Martín, M. y Lechuga, M. (2004). Factores psicosociales en el dolor en ancianos. En Derderian T (Ed) Guías Prácticas para el manejo del dolor en ancianos (pp.12-20). Santiago de Chile: Merck.
- Mellor, B. y Aragona, M. (2009). De la categoría a la dimensión: una mirada crítica a la evolución de la nosografía psiquiátrica. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 39(103), 217-228.
- Navarro, J.J., Marchena, E., González, D., Manjón, M., Pallarés, M.J. y Martín, M. (1996). Aspectos Psicológicos del Dolor. En LM Torres (ED) Medicina del Dolor. (pp.333-456) Madrid: Masson.
- Ocampo, L.E. (2007). Análisis Correlacional del Cuestionario de Depresión Estado/Rasgo con una muestra de adolescentes y universitarios de la ciudad de Medellín (Colombia). Revista Psicología desde el Caribe, Universidad del Norte. 20, 28-49.
- Pérez, R., Riquelme, A., Martín, M., Enriquez, J.A. y Ortigosa, J.M. (2009). Cuestionario de síntomas depresivos. Ponencia presentada en el XIV Congreso Internacional de la Asociación Médica del Caribe AMECA CMA/CTC, La Habana, Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas.
- Radloff, J.S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement, 1, 385-401.
- Ramírez, V., Grau, J., Martín, M. y Grau, R. (1986). Construcción de un inventario para evaluar la depresión como rasgo y como estado. Reporte de investigación no publicado, Facultad de Psicología de la Universidad Central de las Villas, Cuba.
- Riquelme, A., Buendía, J. y López, A.I. (2006). Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de la depresión en ancianos. Psychothema, 18(2), 288-292.
- Riquelme, M., Martín, M., Ortigosa, J. y Lechuga M. (2008). Depresión y envejecimiento: algunas cuestiones de interés respecto a la investigación epidemiológica. Revista Multidisciplinar de Gerontología, 18(1), 76-80 http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_busqueda=VOLUME_N&revista_busqueda=1996&clave_busqueda=18.
- Salgado, N. y Maldonado, M. (1994). Características psicométricas de la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. Revista de Salud Pública de México, 36, 200-209.
- Soler, J., Pérez-Sola, V., Puigdemont, D., Pérez-Blanco, J., Figueres, M., Alvarez, E. (1998). Estudio de validación del Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) en una población española de pacientes con trastornos afectivos. Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, 25, 243-249.
- Spielberger, C.D., Agudelo, D., Carretero-Dios, H., De Los Santos-Roig, M. y Buela-Casal, G. (2004). Análisis de reactivos de la Versión Experimental castellana del cuestionario para la depresión Estado-Rasgo (ST-DEP). Análisis y Modificación de Conducta, 30, 139-160.
- Spielberger, C.D., Carretero-Dios, H., De Los Santos-Roig, M. y Buela-Casal, G. (2002 a). Spanish experimental version of the state-trait depression questionnaire (ST-DEP): State sub-scale (S-DEP). Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 2, 71-89.
- Spielberger, C.D., Carretero-Dios, H., De Los Santos-Roig, M. y Buela-Casal, G. (2002b). Spanish experimental version of the state-trait depression questionnaire (ST-DEP): Trait sub-scale (T-DEP). Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 2, 51-69.
- Spielberger, C.D., Ritterband, L.M., Reheiser, E.C. y Brunner, T.M., (2003). The nature and measurement of depression. International Journal of Clinical and Health Psychology, 3(2), 209-234.
- Vázquez, F.L., Blanco, V. y López, M. (2007). An adaptation of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for use in non-psychiatric Spanish populations. Psychiatry Research, 149, 247-252.
- Zunzunegui, M.V., Delgado, M., Pérez, E., Yagüe, A., Illescas, M.L. y León, V. (1998). Validación de la escala CES-D para la medida de la sintomatología depresiva en una población de personas mayores española. Revista Multidisciplinar de Gerontología, 8, 156-161.

(Artículo recibido: 23-1-2012, revisado: 18-1-2012, aceptado: 20-2-2012)