Análisis factorial confirmatorio de la estructura del IDERE en muestras de varios países Iberoamericanos.

1.- Marta Martín Carbonell, 2.- Antonio Riquelme Marín, 3.- Rosa Martha Meda, 4.- Jorge A. Grau Abalo, 5.- José A. Enríquez Santos y 6.- Raquel Pérez Díaz.

RESUMEN

Estudiar la estructura de un instrumento forma parte de la investigación de su validez interna, pues permite evaluar el grado en que los componentes de un test conforman el constructo que se guiere medir y sobre el que se basarán las interpretaciones. En un estudio preliminar del IDERE, se había encontrado una estructura factorial compleja que no fue prevista originalmente, por lo que el presente trabajo se propone investigar la validez factorial transcultural de diferentes modelos teóricos mediante Análisis Factorial Confirmatorio. La muestra no probabilística estuvo constituida por 1507 sujetos de tres países: 503 españoles, 330 cubanos y 674 mexicanos, con edades comprendidas entre los 18 y los 106 años. Para el análisis de los datos se empleó el programa AMOS 18.0. Se encontró que los modelos que obtienen mejor ajuste son los que consideran no sólo la distinción rasgo-estado, sino también la presencia-ausencia de depresión. En este sentido se valoró que un modelo de 3 factores, que considera la distinción depresión rasgo-estado en contraposición con un factor de ítems antagónicos a la depresión, parece el más apropiado teóricamente y el más fructífero con fines de investigación, pues apunta a la posibilidad de enriquecer las potencialidades diagnósticas del instrumento.

Palabras clave: depresión, evaluación, IDERE, análisis factorial confirmatorio.

INTRODUCCIÓN

En Psicopatología las variables de interés son frecuentemente de naturaleza no observable. Si lo que se desea estudiar es una «variable latente» como la ansiedad o la depresión, por ejemplo, es necesario hacerlo de forma indirecta por medio de indicadores observables como son las respuestas a un cuestionario, o la observación de síntomas y comportamientos. La bondad de esta medición dependerá de la relación entre estos indicadores observables y los constructos subyacentes. Si la relación es débil, las inferencias efectuadas serán imprecisas y probablemente incorrectas. Fiabilidad y validez proporcionan el lenguaje esencial

de la medición y constituyen los índices de calidad de los cuestionarios. El estudio de la dimensionalidad de una prueba forma partede la investigación de su validez interna, pues permite evaluar el grado en que los ítems y componentes de un test conforman el constructo que se quiere medir y sobre el que se basarán las interpretaciones; y entre los procedimientos estadísticos utilizados para su estudio se destaca el Análisis Factorial (AF)1-2.

Conceptualmente el AF presenta dos modalidades diferentes, el AF exploratorio (AFE) y el AF confirmatorio (AFC). Las diferencias entre ambos son numerosas, tanto desde una perspectiva teórica como matemática; pero la esencial es que el AFC se conduce a partir de expectativas teóricas, mientras que el AFE como indica su nombre, se basa en la manera en que se agrupan los datos para intentar descubrir una estructura subyacente3-4.

En 1986 se comenzó a trabajar en Cuba en el desarrollo del Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE) con la pretensión de contar con un instrumento sensible a las variaciones de la intensidad y estabilidad de la depresión, capaz de distinguir si esta se manifiesta como un estado transitorio, producto de una situación en un momento determinado, o si las manifestaciones depresivas ya se han instalado como un "modus operandi" habitual en la personalidad5. Este instrumento debería además ser de fácil administración y corrección. Dada la experiencia de trabajo6 con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Ch. Spielberger y cols, se consideró que resultaría útil contar con un instrumento de formato similar7-8.

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"9,10.Los estudios psicométricos preliminares con poblaciones sanas y clínicas encontraron una buena consistencia interna para ambas subescalas (correlaciones item-item e ítem-escala con niveles de significación entre 0,05 y 0,01 para todas las asociaciones, y coeficientealfa de Cronbach de .78 para la escala de depresión personal y de .79 para la escala de depresión como estado)5, 9-12.

En un estudio preliminar, se utilizó la técnica de AFE con parte de la muestra de ancianos de Cuba y Españadel presente trabajo, encontrándose una estructura factorial compleja en la que si bien es cierto en que por una parte, se reflejaba la distinción estado-rasgo, también aparecíala distinción entre presencia y ausencia de depresión, que no fue prevista originalmente y que se interpretó a partir del modelo bifactorial de afecto positivo y negativo, lo que condujo a proponer modificaciones al instrumento de cara a incrementar su utilidad para el

diagnóstico de la depresión subclínica en ancianos13.

Estos resultados se reevaluaron con la muestra del presente trabajo (que incluye a jóvenes, adultos y ancianos de Cuba, México y España)14 lo que nos motivó a investigar la validez factorial transcultural de diferentes modelos teóricos mediante AFC. Los resultados de estos análisis se exponen en el presente artículo.

MATERIAL Y MÉTODO

La muestra no probabilística estuvo constituida por 1507 sujetos de tres países: 503 españoles, 330 cubanos y 674 mexicanos, con edades comprendidas entre los 18 y los 106 años (media=49,2, SD= 22,61) predominando el sexo femenino en todos los países (60,6% para España, 60,9 % para Cuba, y 64,5 % para México). Se dividió en tres subgrupos de edades: uno de jóvenes integrado por personas de menos de 25 años en el que entró el 39 % de la muestra española, 18,8 % de la cubana, 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, 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, y 35,3 % de los mexicanos. Refirieron padecer de alguna enfermedad el 29 % de los españoles, el 62,4 % de los cubanos y 40,1 % de los mexicanos. Resultaron analfabetos o con primaria incompleta 4,2 % de los españoles, 1,8 % de los cubanos y 14,7 % de los mexicanos; tenían escolaridad primaria 31,6 % de los españoles, 10 % de los cubanos y 21,5 % de los mexicanos; con nivel medio se encontraron al 26 % de los españoles, 57,3 % de los cubanos 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 y 27,3 % de la mexicana. En los tres países predominaron las personas sin pareja (más del 60 %).

El IDERE tiene dos subescalas: la que evalúa la depresión como estado permite identificar de manera rápida a las personas que tienen síntomas depresivos, así como sentimientos de tristeza reactivos a situaciones estresantes, 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. Trecede 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 respuesta: 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 respuesta son: Casi nunca (que vale 1 punto), Algunas Veces (vale 2 puntos), frecuentemente (3 puntos) y casi siempre (4 puntos).

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.

Para 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.

Los datos han sido tomados 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 la comunidad (municipio Cerro), centros de trabajo y estudio, asociaciones de ancianos y de 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 Metropolita de Guadalajara en Jalisco y de la Ciudad de Morelia en Michoacán, captados en universidades, oficinas de gobierno y asilos y estancias de día. Los datos de España fueron tomados de la Región de Murcia tanto en población general como en asociaciones sociales, centros de día y residencias de ancianos.

RESULTADOS

Para el análisis de los datos se empleó el programa AMOS 18.015. Los AFC se realizaron utilizando el método de máxima verosimilitud. La estrategia fue realizar análisis multimuestra o multigrupo (países) para cada uno de los modelos y consistió en igualar, a través de los grupos, los parámetros libres; en concreto, las saturaciones factoriales de primer orden, comprobar que estas restricciones son adecuadas, y a continuación comparar el ajuste del modelo. Para elloseguimos recomendaciones recientes2-4,16, que sugieren la convenienciade utilizar múltiples indicadores. Se tuvo en cuenta: la razón de chi-cuadrado sobre los grados de libertad (CMIN/DF) ya que el estadístico chi-cuadrado que indica el ajuste absoluto del modelo es muy sensible al tamaño muestral, por consiguiente, se recomienda en estudios con muestras grandes analizar

CMIN/DF.considerando que los valores inferiores a 3 indican un buen ajuste,161;también analizamos el índice de ajuste comparativo (comparativefitindex) CFI de Bentler16 pues no se ve afectado negativamente por el tamaño de la muestra. Aunque algunos autores establecen que debe ser superior a .90 para que se considere que hay un buen ajuste,se plantea que en realidad este es un valor arbitrariopor lo que se recomienda la comparación del CFI de diferentes modelos, considerándose como mejores los valores más altos2-4,16; por último se incluyó el RMSEA (error de aproximación media cuadrático) que proporcionauna medida de discrepancia por grado de libertad, en generalse admite que valores de .08 o inferiores indican un ajuste aceptable; y muy bueno cuando es igual o inferior a .052-4,16.En la tabla I se resumen los resultados de estos indicadores para los diferentes modelos que se analizaron, que fueron los siguientes:

El modelo 1 es de un factor común de depresión, al que tributarían los 43 ítems. Puede considerarse como hipótesis nula. Como puede observarse en la tabla 1, es el que muestra el peor ajuste.

El modelo 2 representa la comprobación acerca de la estructura bifactorial supuesta para el instrumento (Estado-Rasgo) considerando que existe correlación significativa y positiva entre ellos, tal y como se sustenta teóricamente en su construcción 5,9-12. Las correlaciones encontradas entre los factores Estado-Rasgo fueron muy altas (.914 para España y Cuba y.900 para México) y en sentido general, este modelo presenta índices muy similares al de un factor. El tercer modelo investiga la dicotomía presencia-ausencia de depresión que tiene el IDERE, pues se reconoce1,17que suele aparecer en este tipo de formato instrumental, además de que se puso de manifiesto en el AFE. Se estudian dos variantes: el modelo 3a considera que existe una correlación negativa y significativa entre ambos factorestal y como se plantea en el modelo aditivo 18 que postula que si una fuente de emoción es positiva y la otra es negativa las emociones provocadas se restarán una de la otra, dando como resultado que se experimenta la más fuerte de las dos de una forma más atenuada. El modelo 3b valora si la dicotomía presencia-ausencia de malestar depresivo se puede entender mejor como dos procesos separados, independientes, en consecuencia con lo que plantean Diener y Emmons 19 y Watson, Clark y Tellegen20 entre otros autores. Entre estas dos variantes, como puede observarse en la tabla I, el modelo 3a obtiene mejores índices. La correlación estimada entre los factores fue como era de esperarse, significativa y negativa (-.819 para España, -.726 para Cuba y-.685 para México).

Por último, teniendo en cuenta los resultados del AFE se estudiaron otros dos modelos: El modelo 4 que valora una estructura de tres factores en el que los ítems de depresión se agrupan en sendas dimensiones rasgo-estado, mientras que los ítems inversos se agruparían en un solo factor que podría ser considerado

hipotéticamente como un factor de características protectoras de depresión. Se consideró que existen correlaciones significativas y positivas entre la depresión rasgo-estado y correlaciones significativas y negativas entre estas y el factor protector. El quinto modelo considera 4 factores correlacionados en los que se expresaría la doble estructura rasgo-estado y presencia-ausencia de depresión. Como se observa en la tablaI, ambos modelos muestran los mejores índices de bondad de ajuste. Las correlaciones estimadas entre factores en estos modelos se muestran en la tabla 2.

En los gráficos 1 y 2 se ilustran los modelo 4 y 5, y se muestran los parámetros estandarizados y la varianza explicada por cada una de las variables de la muestra total. Nótese como la mayoría de los ítems obtienen comunalidades altas, aunque algunos ítems que contienen doble negación como el 22 y el 32 obtienen valores muy bajos. Aunque no hay una forma objetiva de decidir si una comunalidad es lo suficientemente alta, los valores por encima de .50 suelen considerarse buenos2-4.

Tabla 1: Estadísticos de bondad de ajuste.

	CMIN/DF	CFI	RMSEA
Modelo 1	4.25	.700	.046
Modelo 2	4.09	716	045
Modelo 3a	2.92	.823	.036
Modelo 3b	3.30	.787	039
Modelo 4	2.67	.847	.033
Modelo 5	2.91	.849	.036

Tabla 2: Correlaciones estimadas.

Según el Modelo 4 (trifactorial)						
España	Cuba			México		
Ausencia de depresión	Ausencia de			Ausencia de		
<>DE =819	depresión	<>	DE=	depresión	<>	DE=
Ausencia de depresión	726			685		
<>DR=789	Ausencia de			Ausencia de		
DE <> DR	depresión	<>	DR	depresión	<	
= .915	=681					
	DE <>	DR =	.914	DE <>	DR =	.900

Según el Modelo 5 (Cuatrifactorial)

España

			Estimate
DE	<>	Ausencia de depresión estado	819
Ausencia de depresión rasgo	<>	Ausencia de depresión estado	.946
Ausencia de depresión rasgo	<>	DE	792
Ausencia de depresión estado	<>	DR	772
DE	<>	DR	.913
Ausencia de depresión rasgo	<>	DR	800

Cuba

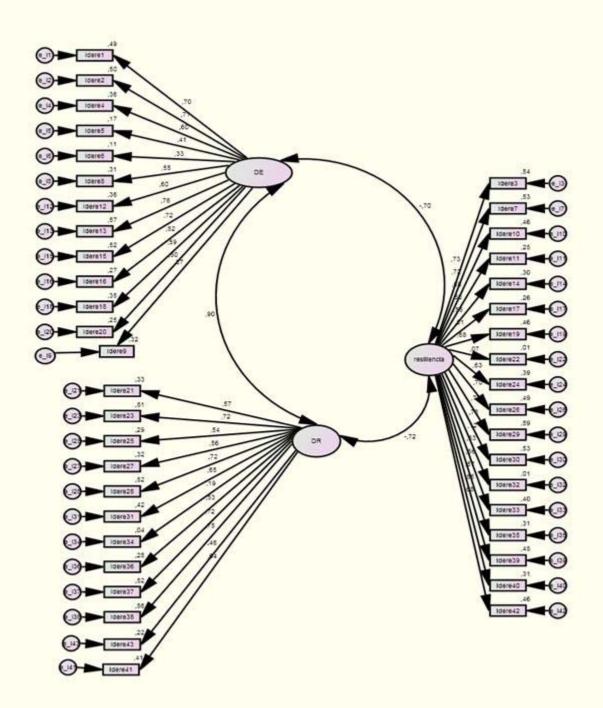
			Estimate
DE	<>	Ausencia de depresión estado	707
Ausencia de depresión rasgo	<>	Ausencia de depresión estado	.870
Ausencia de depresión rasgo	<>	DE	657
Ausencia de depresión estado	<>	DR	637
DE	<>	DR	.911
Ausencia de depresión rasgo	<>	DR	695

México

			Estimate
DE	<>	Ausencia de depresión estado	615
Ausencia de depresión rasgo	<>	Ausencia de depresión estado	.881
Ausencia de depresión rasgo	<>	DE	669
Ausencia de depresión estado	<>	DR	652
DE	<>	DR	.909
Ausencia de depresión rasgo	<>	DR	710

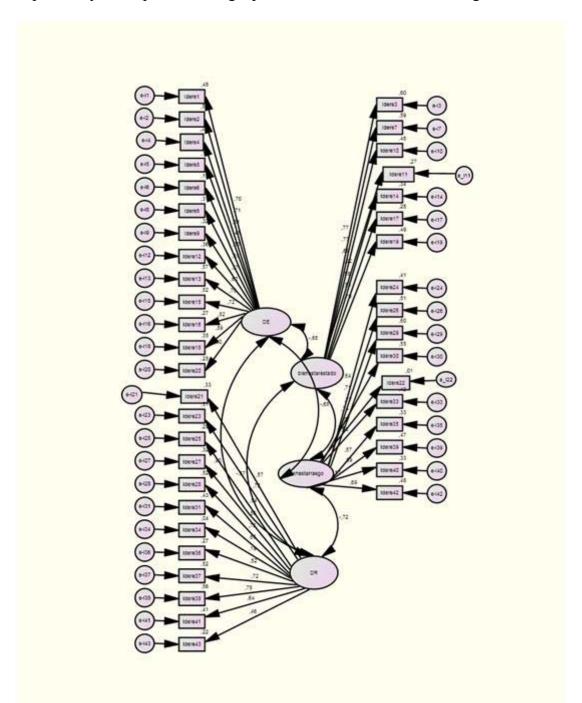
Nota: DE: Depresión Estado y DR: Depresión Rasgo

Gráfico 1: Modelo 4: tres factores en el que los ítems de depresión se agrupan en sendas dimensiones rasgo-estado, mientras que los ítems inversos se agruparían en un solo factor.



Dos factores de depresion y uno de resliencia

Gráfico 2: Modelo de cuatro factores correlacionados, en el que los ítems de depresión y no depresión se agrupan en sendas dimensiones rasgo-estado.



Nota: Los óvalos corresponden a las variables latentes (factores), los rectángulos a las variables observadas (ítems) y los círculos al error residual. Las vías que conectan los óvalos representan interrelaciones de variables latentes; las vías desde los óvalos hasta los cuadros representan relaciones de las variables latentes

sobre las observadas. La dirección de las flechas muestra las relaciones de causalidad entre las variables que predice el modelo. Los números encima de las flechas corresponden a los parámetros estandarizados (en el que se ha extraído el efecto que otras variables puedan tener en esa relación). Los números que están encima de los rectángulos corresponden a la comunalidad (la parte de la varianza explicada por el factor asociado a la variable).

DISCUSIÓN

El exponer la estructura interna permite examinar el significado de lo que se está evaluando y sugerir revisiones del instrumento para mejorarlo. En nuestro estudio se encuentra que el modelo rasgo-estado se ajusta peor a los datos que los modelos en los que se tiene en cuenta además, la distinción presencia-ausencia de depresión. Creemos que esto se explicaen parte, por el formato del IDERE, pues la discriminación rasgo-estado se basa en que la consigna se administre correctamente y sea comprendida por los sujetos, tal y como han planteado en reiteradas ocasiones los autores5,9-12, además de que hay ítems que por su connotación pueden ser indicadores tanto de estado como de rasgo, independientemente de la consigna, como reconocen Spielberger y Reheiser17 para el caso del IDARE y el STAXI. De hecho, Spielberger21 usando AFE encuentra 4 factores para el IDARE: dos para la escala estado y dos para la escala rasgo, que agrupan a los ítems directos e inversos de ansiedad respectivamente. Resultados similares son reportados por Vera y cols.22 con población chilena.

Se ha comprobado 1 que una batería de ítems con formato similar redactados la mitad en sentido positivo y la mitad en sentido negativo van a agruparse en sendos factores, lo que en nuestro estudio se pone de manifiesto en los modelos 3a, 3b y 5. Nótese que sobretodo los modelos 3a y 5 muestran parámetros similares pues el modelo 5 no es más que una variante del 3a. Si comparamos entonces el modelo4 (trifactorial) con el modelo 3a (bifactorial presencia-ausencia correlacionado), o con el modelo5 (cuatrifactorial positivonegativo, rasgo-estado), cabe preguntarse: ¿cuál de ellos es el más adecuado? Ante esta pregunta no es suficiente con los criterios empíricos pues estos modelos presentan un ajuste similar, pero al no estar anidados no es posible compararlos estadísticamente. Además, en el AFC en último término, la elección de un modelo frente a otro debe basarse siempre en criterios teóricos. De no ser así, la configuración de los modelos estaría guiada por la obtención de unos índices de ajuste adecuados que, quizás, fueran asociados a modelos vacíos de sentido. No debemos olvidar que el AFC lo único que confirma es que un modelo se ajusta a los datos, en este sentido, solo tiene carácter orientador1-4. Si hacemos un análisis de contenido de los ítems que denotan ausencia de depresión en el IDERE vemos que no deberían ser considerados como ítems

inversos propiamente dicho, pues conceptualmente, exceptuando los ítems 11 (Me siento bien sexualmente) y 17 (Duermo perfectamente) de la escala estado, el resto consisten en autoevaluaciones positivas acerca de sí mismo como autoaceptación(p. ej. i. 18 Me siento lleno de fuerzas y energía), optimismo (p.ej. i19 Tengo gran confianza en el porvenir), amplitud de intereses (i. 35 Todo me resulta de interés), seguridad (Me siento con confianza en mí mismo), vitalidad (i42. Soy una persona alegre), relaciones positivas (i40. Creo que los demás me valoran adecuadamente), que no sólo indican ausencia de depresión, sino también se enfocan a una concepción de salud positiva, y recuerdan conceptos como el de personalidad resistente23, resiliencia24, y/o bienestar psicológico 25.

Resulta interesante también que los modelos que obtienen mejor ajuste son los que consideran la correlación entre presencia-ausencia de depresión. Distintos estudios señalan que la ausencia o presencia de depresión está fuertemente relacionada con el funcionamiento positivo26, es más, la definición de salud propuesta por la OMS indica que ésta no sólo se trata de un estado caracterizado por la ausencia de enfermedad, sino por la presencia de «algo positivo». Para concretar en qué consiste este estado positivo, Keyes, Ryff y Shmotkin27 por ejemplo, han definido la salud mental como un «conjunto de síntomas de hedonía y funcionamiento positivo operativizado por medidas de bienestar subjetivo (percepciones y evaluaciones que las personas hacen sobre su vida y sobre la calidad de su funcionamiento)».

En este sentido, el modelo de 3 factores, que considera la distinción depresión rasgo-estado en contraposición con un factor de ítems antagónicos a la depresión, parece el más apropiado teóricamente y el más fructífero con fines de investigación pues apunta a la posibilidad de enriquecer las potencialidades diagnósticas del instrumento. Piénsese, por ejemplo, cuan útil sería diagnosticar no sólo la depresión estado-rasgo, sino también las potencialidades del individuo para evitarla o superarla. Para ello se requieren futuros estudios que precisen el significado teórico y diagnóstico de una posible subescala integrada por estos ítems positivos. Muy probablemente este análisis pase por la reformulación y quizás sustitución o eliminación de algunos ítems que muestran peores ajustes psicométricos.

Confirmatory factorial analysis of the IDERE structure in samples from several Iberian-American countries.

SUMMARY

Studying the structure of an instrument is part of the research and its internal validity since it allows for assessing the level whereby the components of a test make up the build intended to be gauged as all interpretations will be based on it.

In a preliminary study of IDERE, a complex factorial structure that hadn't been originally foreseen was found, so this paper seeks to delve into the cross-cultural factorial validity of different theoretical models by means of Confirmatory Factorial Analysis.

The non-probabilistic sample consisted of 1,507 individuals from three countries: 503 Spaniards, 330 Cubans and 674 Mexicans of ages between 18 and 106 years old. For data analysis, the AMOS 18.0 software was used. A finding indicated that better adjustments can be obtained if they take into account not only the feature-status distinction, but also the presence-absence of depression. In this sense, a three-factor model was appraised, considering the feature-status depression distinction in contraposition to a factor of antagonistic items related to depression. That seems to be the most theoretical appropriate and most fruitful tool for the sake of the research, since it opens up the possibility of enriching the instrument's diagnostic potentials.

Key words: depression, assessment, IDERE, confirmatory factorial analysis

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1. Carretero-Dios H, y Pérez C. Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. Int. J. of Clinical and HealthPsychology, 2005; 5(3):521-551.
- 2. Batista-Fogueta JM, Coendersb G y Alonso J. Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. MedClin (Barc), 2004; 122(1):21-7.
- 3. Morales Vallejo P. El Análisis Factorial en la construcción e interpretación de tests, escalas y cuestionarios. Documento disponible en http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/AnalisisFactorial.pdf. Revisado el 27 de marzo del 2011.
- 4. Catena A, Ramos M y Trujillo H. Análisis multivariado. Un manual para investigadores. Madrid: Biblioteca Nueva: 2003.
- 5. Ramírez V, Grau J, Martín M. y Grau R. Construcción de un inventario para evaluar la depresión como rasgo y como estado. Reporte de investigación, Facultad de Psicología de la Universidad Central de las Villas, 1989.
- 6. Castellanos B, Grau, J., y Martín, M. Caracterización de la ansiedad personal presente en la personalidad premórbida de pacientes con trastornos transitorio-situacionales y neurosis de ansiedad. Reporte de investigación, Facultad de Psicología de la Universidad Central de Las Villas, Santa Clara, Cuba, 1986.
- 7. Spielberger, C, Gorsuch, R. & Lushene, R. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, California, ConsultingPsychologistPress. (Adapt. Española, TEA, 1982).

- 8. Spielberger CD. Manual fortheState-TraitAnxietyInventory: STAI (Form Y). Palo Alto, CA: ConsultingPsychologistsPress, 1983.
- 9. Martín M, Grau J, Ramírez V y Grau R. El inventario de depresión rasgo-estado (IDERE): desarrollo y potencialidades. Publicación electrónica del capítulo colombiano de ALAPSA, 1999, septiembre (1) Bogotá, Colombia.
- 10. Martín M, Grau JA, Ramírez V y Grau R. El Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE): Desarrollo y Potencialidades. Revista Psicología.com, 2001; 5(1). Disponible en: http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/134/.
- 11. Martín M, Grau JA, Ramírez V y Grau R. 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, 2005 (e-book).
- 12. Martín M. El Inventario de Depresión rasgo-Estado (IDERE). Manual de Aplicación. Santiago de Chile: Acquaris, 2003.
- 13. Enríquez JA, Martín M, Riquelme A, Pérez R y Ortigosa J. Escala para la evaluación de la afectividad positiva-negativa (EAPN) en adultos mayores cubanos y españoles. Ponencia presentada en el XIV Congreso Internacional de la Asociación Médica del Caribe AMECA CMA/CTC, La Habana, Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas, abril 2009.
- 14. Martín M, Riquelme A, Meda RM, Enríquez JA, Pérez R y Grau JA. Validez del Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE) en tres países iberoamericanos (en elaboración).
- 15. Arbuckle JL. AmosTM 18 User's Guide. New York: AMOS Development Corporation, 2009.
- 16. Bentler PM. Comparative fit indices. Psychological Bulletin, 1989; 107:238-246.
- 17. SpielbergerCD yReheiser EC. Assessment of Emotions: Anxiety, Anger, Depression, and Curiosity. Appliedpsychology: health and well-being, 2009; 1(3): 271–302
- 18. Carrillo N, Collado S, Rojo N, Staats AW. El papel de las emociones positivas y negativas en la predicción de la depresión: el principio de adición de las emociones en el Conductismo Psicológico. Clínica y Salud, 2006; 17(3):277-295.
- 19. Diener, E. y Emmons, A. The Independence of positive and negative affect. Journal of Personality and Social Psychology, 1985; 47:1105-1117.
- 20. Watson D, Clark L yTellegen A. Development and validation of brief measures of Positive and Negative Affect: The PANAS scales. J PersSocPsychol, 1988; 54:1063-1070.

- 21. SpielbergerCD. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory: STAI (Form Y). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983.
- 22. Vera P, Buela Casal G, Celis K, Córdova N, Encina-Olea N ySpielberger CD. Chilean experimental version of the State-Trait Depression Questionnaire (ST-DEP): Trait sub-scale (T-DEP) International Journal of Clinical and Health Psychology, 2008; 8(2):563-575.
- 23. Kobasa S. Inquiries into hardiness. In: D Goldberg, Brehnitz M (Eds). Handbook of stress. Theoretical issues and clinical applications. NY: McGraw-Hill, 1993: 320-39.
- 24. Inbar J. Resiliencia, prevención y afrontamiento de la depresión y Crecimiento posterior desde una perspectiva psicoterapéutica Integrativa 12º Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2011. Disponible en:www.interpsiquis.com Febrero-Marzo 2011. Psiquiatria.com. Revisado el 31 de marzodel 2011.
- 25.Ryff CD.y Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. Journal of Personality and Social Psychology, 1995; 69(4):719-727.
- 26. Díaz D, Blanco A, Horcajo J y Carmen Valle. La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión. Psicothema, 2007; 19(2):286-294.
- 27. Keyes C, Ryff C y Shmotkin D. Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. Journal of Personality and Social Psychology, 2002; 82:1007-1022.
- 1.- Doctora en Ciencias de la Salud. Especialista en Psicología de la Salud. Profesora Auxiliar. Filial 1 Cerro Plaza. Universidad de la Habana.
- 2.- Doctor en Psicología. Profesor Titular. Facultad de Psicología de la Universidad de Murcia, España.
- 3.- Doctora en Ciencias de la Salud. Master en Psicología Educativa. Profesora e Investigadora Titular. Universidad de Guadalajara, México.
- 4.- Doctor en Psicología. Especialista en Psicología de la Salud. Investigador Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, La Habana, Cuba.
- 5.- Master en Psicología Laboral y de las Organizaciones. Aspirante a Investigador. Profesor Instructor. Filial 1 Cerro Plaza. Universidad de la Habana.

6.- Master en Gerontología y Medicina Natural y Tradicional. Investigador Agregado. Profesor Instructor. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED).