



2003, 9(1), 17-34

EL CUESTIONARIO TRIDIMENSIONAL PARA LA DEPRESIÓN (CTD): UN NUEVO INSTRUMENTO PARA MEDIR LA TRISTEZA/DEPRESIÓN

G. I. Jiménez García y J. J. Miguel Tobal

Universidad Complutense de Madrid

Resumen: En este trabajo se presenta el proceso de elaboración y desarrollo de un nuevo autoinforme para evaluar la tristeza y la depresión, el Cuestionario Tridimensional para la Depresión-CTD. Este instrumento está basado en la consideración multidimensional de la tristeza como una emoción básica y universal, así como de la depresión como la patología de la tristeza. En la elaboración del CTD se aplicó el modelo tridimensional de las emociones, empleado con éxito en la investigación de la ansiedad. El conocimiento derivado de las investigaciones clínicas se empleó para diseñar un instrumento capaz de valorar individualmente los componentes cognitivos-subjetivos, fisiológicos-somáticos y motórico-expresivos de la tristeza y la depresión. Además, el CTD incluye una escala de riesgo de suicidio, útil en el contexto clínico. Los análisis psicométricos muestran una alta fiabilidad, tanto test-retest como en su consistencia interna, alta capacidad para distinguir entre poblaciones clínicas y de control, así como una adecuada validez convergente y una sólida estructura factorial.

Palabras Clave: Tristeza, Depresión, Autoinforme, Evaluación psicológica.

Abstract: The elaboration and development of a new self-report instrument for the measurement of sadness and depression is presented in this paper: The Three-dimensional Questionnaire of Depression - CTD. This instrument is based on a multi-dimensional conceptualization of sadness as a basic and universal emotion, and depression as a pathological consequence of this emotion. In the elaboration of the CTD, the three-dimensional conception of emotions has been very successful in anxiety research. The knowledge derived from clinical research were put together in order to design an instrument that allows separate assessment of cognitive-subjective, physiological-somatic, and motor-expressive components of sadness / depression. Additionally, the CTD includes a suicide-prone-behavior scale, which is very useful in clinical contexts. Psychometric analyses of the CTD shows high reliability, both regarding test-retest reliability and internal consistency, high capacity to distinguish between normal and clinical populations, and a good convergent validity and solid factorial structure.

Key words: Sadness, Depression, Self report instrument, Psychological assessment

Title: *The Three-dimensional Questionnaire of Depression (CTD): A new instrument for the measurement of sadness and depression*

Introducción

La tristeza cuenta con una fuerte tradición histórica como emoción básica, como un estado normal, necesario y adaptativo. En la mayoría de las clasificaciones de emociones básicas, tanto en el estudio de éstas

desde la tradición filosófica, como desde la tradición psicológica o psiquiátrica, la tristeza (o términos afines como pena, pesadumbre, desesperanza, melancolía, etc.) ha ocupado un lugar importante.

La depresión ha sido ampliamente estudiada desde el ámbito clínico, siendo una de las áreas que más investigación ha generado. Sin embargo, en raras ocasiones, esta línea de estudio se pone en contacto con la investigación básica sobre la emoción, a

* Dirigir la correspondencia a: Dr. Juan José Miguel Tobal, Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos), Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, 28223 Madrid
e-mail: jjmtobal@correo.cop.es

© Copyright 2003: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

pesar de que la experimentación sobre ésta, se ha mostrado como un modelo válido para profundizar en el conocimiento de la patología.

El estudio de la tristeza desde el campo experimental y de la psicología básica ha sido menos desarrollado, y por tanto, menos conocido, entre otras razones por la fuerte tradición clínica que le rodea. No obstante, existe un intento cada vez mayor por encontrar modelos análogos de depresión en el laboratorio. Esta tentativa ha surgido fundamentalmente desde el campo de estudio de las emociones, concretamente, desde el intento de inducir emociones en el laboratorio. Si bien es ampliamente conocida esta trayectoria en la investigación de emociones como la ansiedad y la ira, bastante menos difundida y habitual es la línea que intenta hacer lo mismo con la tristeza. No obstante, existe una importante línea de investigación desde esta óptica. Prueba de ello es la existencia de procedimientos de inducción de tristeza estandarizados y consolidados como son el de Velten (1968) o Lectura de frases autorreferentes, procedimiento de Mosak o Recuerdos autobiográficos (ver Brewer, Doughtie y Lubin, 1980), Sugestión hipnótica (Bower, 1981), Manipulación del feedback de éxito y fracaso (Edo, 1994), etc.; y prueba de ello también es la trayectoria de publicaciones cada vez mayor en este campo (p. ej. Mischel, Ebbesen y Zeiss, 1973, 1976; Teasdale y Fogarty, 1979; Brown y Schwartz, 1980; Bower, 1981; Ekman, Levenson y Friesen, 1983; Ellis, Thomas y Rodríguez, 1984; Potts, Camp y Coiné, 1989; Muñoz y Jiménez, 1990; Cacioppo, Klein, Berntson y Hatfield, 1993; Chóliz, 1997; Ruiz-Caballero y González, 1998, 2001; González, 2000; Leder y Bruce, 2000; Moscovitch y Moscovitch, 2000; Lawson, MacLeod y Hammond, 2002; Nachson y Schechong, 2002; etc.).

Actualmente existe un acuerdo generalizado entorno a que la emoción se caracte-

riza por un patrón de respuestas que afecta a diferentes sistemas de funcionamiento, de tal forma que, para la mayoría de los autores, la emoción generalmente es un conjunto de aspectos subjetivos, fisiológicos, expresivos y motores. Cuando se realiza un análisis de las diferentes manifestaciones que caracterizan al estado de tristeza y a su manifestación patológica de depresión, se encuentra que efectivamente, éstas se pueden clasificar en diferentes sistemas o niveles de respuesta. Siguiendo el ya clásico Modelo Tridimensional de la Emociones, ampliamente desarrollado por Lang (1968, 1971), se puede afirmar que las manifestaciones que caracterizan a la tristeza/depresión, se pueden clasificar en tres sistemas: cognitivo-subjetivo, fisiológico-somático y motor-expresivo.

La evaluación de la depresión se caracteriza por ser una de las áreas a las que más investigación se ha dedicado, generando una multitud de instrumentos de autoinforme, sin embargo, la mayor parte de ellos la abordan como una entidad clínica exclusivamente. Además, a pesar de la enorme variedad de instrumentos que actualmente existen para medir depresión, la mayoría de ellos presentan un importante problema: prestar una atención casi exclusiva a los aspectos cognitivo-subjetivos, en detrimento de los aspectos fisiológicos y motores.

Se ha comentado anteriormente que las manifestaciones de la tristeza/depresión se pueden clasificar en tres sistemas de respuesta, pues bien, a la hora de evaluarla, ningún instrumento nos ofrece la posibilidad de obtener información sistemática y detallada de cada uno de estos canales. La mayoría de los autoinformes de depresión contienen una amplia proporción de preguntas dirigidas a explorar las respuestas cognitivas, y muy pocas para las respuestas fisiológico-somáticas y motor-expresivas. Por ejemplo, el Inventario para la Depresión de Beck (BDI, Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961), que es el ins-

trumento más utilizado para medir depresión hoy en día, dedica el 68% de sus ítem a medir aspectos cognitivo-subjetivos, y sólo un 32% para los fisiológicos y motores. Existen algunos estudios interesantes en esta línea (Hoffmann, 1976; Cabezas, 1986; Thompson, 1989; Vázquez, 1995), que revisan los principales instrumentos de medida de la depresión, y demuestran claramente, cómo la mayoría de ellos prestan desproporcionadamente un interés mayor por las respuestas cognitivas, dejando muy pocos ítem para medir el resto de las manifestaciones.

Opinamos, al igual que otros autores (Pehm, 1976; Rehm, 1976; Craighead, 1980; Buceta, Maldonado, Velarde y Polaina-Lorente, 1986; Vázquez, 1995; etc.) que la evaluación multidimensional de la tristeza/depresión sería la fórmula más correcta; para ello, sería necesario obtener la información haciendo un uso conjunto de medidas directas para los aspectos fisiológicos y motores (registro psicofisiológico y observación conductual) y medidas de autoinforme para los aspectos cognitivo-subjetivos. Sin embargo, esta fórmula implica una alta complejidad y, en ocasiones, una baja utilidad, por ello nuestro propósito ha sido elaborar una herramienta de autoinforme que permita obtener rápidamente y de forma indirecta, una primera información detallada de cada dimensión de respuesta. Como señala Miguel Tobal (1993): "La información sobre las respuestas motoras y fisiológicas puede ser contrastada por otros métodos, la observación y los registros fisiológicos, siendo, por tanto, el autoinforme un método indirecto para la medida de estas respuestas, aunque sumamente útil para la recogida de una primera información" (pág. 152). Por tanto, el autoinforme es el único método que permite obtener información de los tres sistemas de respuesta a la vez (Miguel Tobal, 1993).

El desarrollo del Cuestionario Tridimensional para la Depresión (CTD) ha se-

guido un procedimiento de elaboración que no sólo responde a la necesidad de entender la tristeza/depresión como un continuo que va desde el estado emocional transitorio a la patología, sino que además, desde una óptica multidimensional, está basado en un modelo teórico concreto, como es el Modelo Tridimensional de las Emociones.

Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es la elaboración de un instrumento de medida de la tristeza/depresión, ya sea como emoción normal o como una manifestación patológica, que permita efectuar una medida multidimensional de la misma.

El Cuestionario Tridimensional para la Depresión (CTD) tiene como objeto medir los tres sistemas de respuesta en los que se manifiesta la tristeza/depresión, obteniendo una puntuación para las respuestas cognitivo-subjetivas, una para las fisiológico-somáticas y una para las motoras-expresivas, así como una puntuación total del nivel general de tristeza/depresión. De esta forma, se intentará dar solución a uno de los principales problemas con los que hemos visto que cuenta la evaluación de la depresión mediante autoinforme, donde siempre se ha prestado un mayor interés a los aspectos cognitivos, olvidándose de la importancia del resto de las manifestaciones. Los trabajos dirigidos a la consecución de este objetivo inicial, como se describe más adelante, dieron lugar a la inclusión de una nueva escala que permite obtener una medida de la tendencia suicida del sujeto.

Del instrumento piloto al definitivo

En primer lugar se elaboró un instrumento piloto, que se modificó y mejoró hasta obtener el instrumento definitivo.

Para la elaboración del CTD piloto se realizó una exhaustiva revisión de las distintas manifestaciones de la tristeza/depresión. Para ello se analizaron numerosos estudios donde se inducía tristeza en

el laboratorio con el objetivo de estudiar sus respuestas, recopilando toda la información sobre éstas. Además, se realizó otro análisis de la literatura clínica, donde se recogieron las manifestaciones patológicas, haciendo uso de numerosas clasificaciones sintomáticas y descripciones del trastorno. Con esta información se obtuvo una extensa lista de respuestas, que fue revisada y modificada, eliminando todos aquellos elementos que se consideraron semejantes o que por sus características no fueran adecuados para formar parte del cuestionario.

Las respuestas o manifestaciones de la tristeza/depresión de la lista final fueron distribuidas mediante un criterio racional en las tres categorías que componen el Triple Sistema de Respuesta (Cognitivo/Subjetivo, Fisiológico/Somático y Motor/Expresivo). A partir de este momento, sólo por simplificar, para indicar cada sistema de respuesta, se utilizará la primera designación, a pesar de ser más correcta la designación completa de los mismos, de tal forma que los tres sistemas serán cognitivo, fisiológico y motor. Como era de suponer, se encontró un mayor número de respuestas cognitivas, debido al mayor interés y estudio de las mismas que desde siempre ha habido en este campo. Se obtuvo un total de 59 elementos, de los cuales 32 se clasificaron bajo la categoría de cognitivos, 15 como fisiológicos y 12 como motores.

Una vez terminada la fase de búsqueda de información del constructo que se quería medir, se pasó a la fase de elaboración de ítem. Para ello se realizó una labor sistemática que consistía en redactar tres o cuatro ítem por cada una de las respuestas que constituían la lista. De esta forma se obtuvo una gran cantidad de elementos candidatos a formar parte de la prueba piloto, concretamente 452, redactados de forma positiva y negativa.

En una tercera fase, mediante el empleo de jueces independientes, se realizó una se-

lección de los mejores ítem, que se convertirían en definitivos, obteniendo finalmente 70, que fueron los que mayor acuerdo interjueces consiguieron y que serían los que definitivamente formarían parte del CTD piloto. Los criterios fundamentales de selección respondían a reglas de simplicidad, sencillez, brevedad y claridad. Así pues, el CTD piloto estuvo compuesto por 70 ítem, de los cuales 30 fueron cognitivos, 20 fisiológicos y 20 motores.

Los ítem seleccionados fueron modificados y adaptados para poder ser respondidos en una escala de frecuencia de cinco alternativas que iría de 0 a 4 y que se acompañaba de unas categorías verbales (0 *casi nunca*, 1 *algunas veces*, 2 *a menudo*, 3 *muchas veces*, 4 *casi siempre*). Todos los ítem están redactados de forma directa, no incluyendo entre ellos formulaciones negativas, ya que se pensó que la mezcla de diferentes formas de redacción complicaría en exceso la corrección del CTD, además de hacer más difícil la tarea del sujeto.

Por último se redactaron unas breves y sencillas instrucciones para explicar a los sujetos la forma en la que debían rellenar el cuestionario.

Se realizaron los primeros análisis estadísticos con el CTD piloto mediante los datos obtenidos con una muestra de población universitaria de 177 sujetos. Los resultados fueron muy positivos y satisfactorios, de tal forma que se decidió ampliar los datos utilizando en esta ocasión muestras de población general y clínica. Se estudiaron detalladamente la fiabilidad (tanto estabilidad test-retest como consistencia interna) y la validez (convergente, discriminante y estructural) del cuestionario, donde de nuevo se obtuvieron datos que anunciaban unas características psicométricas muy positivas. Se realizó un estudio minucioso y detallado de diferentes análisis factoriales exploratorios para analizar la validez estructural de la prueba piloto, obteniéndose una solución

factorial formada por cuatro factores que sin lugar a dudas se correspondían con las tres dimensiones teóricas del Triple Sistema de Respuesta y con una dimensión de fuerte contenido empírico y teórico donde se configuraban todos los elementos referidos a las tendencias suicidas del sujeto.

Se llevó a cabo un proceso de reducción de ítem para poder pasar de la versión inicial a la definitiva, siguiendo criterios de eliminación de elementos que eran poco específicos y discriminativos, elementos que saturaban de forma similar en los diferentes factores, elementos con pesos muy bajos, etc. Mediante este proceso se obtuvo una prueba bastante más breve y sencilla, compuesta por 35 elementos, que pasaron a ser 34, ya que se decidió sacar de la estructura factorial el ítem “*me siento triste*” que saturaba de forma similar en todos los factores, aunque mostraba un gran poder discriminativo entre diferentes niveles de tristeza/depresión. Debido a la importancia de este elemento, tanto desde el punto de vista de la evaluación, como desde el punto de vista del sujeto, que generalmente expresa el sentimiento de tristeza como su manifestación principal, ha sido considerado un ítem criterial de inicio, que ofrece una primera información sobre la intensidad o gravedad de las respuestas del sujeto, ya que se puede afirmar que cuanto más alto puntúe en este ítem, más alto puntuará en el resto de las escalas.

Lo que a continuación se presentan son las características estructurales y psicométricas del cuestionario definitivo, que como se verá se convierte en una herramienta útil y necesaria en el campo de la evaluación de la depresión mediante autoinforme.

Características del CTD definitivo

Como ya se ha dicho, el Cuestionario Tridimensional para la Depresión es un instrumento de medida construido bajo el modelo teórico de las emociones del Triple Sistema de Respuesta, que ofrece la posibilidad de medir tristeza/depresión en tres niveles distintos. Se pueden obtener tres puntuaciones diferentes relativas a las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras, además de una puntuación referida a la tendencia suicida del sujeto. El CTD, por tanto, consta de cuatro escalas diferentes: cognitiva, fisiológica, motora y tendencia suicida.

Se trata de un cuestionario sencillo, breve y rápido de rellenar. Consta de 34 ítem de los cuales 10 pertenecen a la escala cognitiva, 10 a la fisiológica, 7 a la motora y 7 a la de tendencia suicida. Estos ítem se encuentran mezclados de manera aleatoria y sólo mediante una fórmula de corrección se obtiene información detallada y específica de cada escala. Además, el cuestionario consta de un ítem criterial (“*me siento triste*”) que permite obtener una primera información rápida sobre la severidad de las respuestas del sujeto. Todos los ítem son breves y fáciles de entender, redactados de forma directa para evitar confusiones a la hora de rellenar el cuestionario, y están adaptados para poder ser contestados en una escala de frecuencia. El CUADRO 1 muestra la selección de elementos realizada que conforman cada escala.

Tabla 1. Estructura del CTD

Escala cognitiva
1. Me preocupo con facilidad
2. Me siento a disgusto con mi aspecto físico
3. Cuando estoy en un grupo de gente me siento inferior

-
4. Tiendo a sentirme culpable si las cosas no van bien
 5. Creo que los demás valen más que yo
 6. Creo haber decepcionado a las personas que me quieren
 7. Me asusta pensar en el futuro
 8. Pienso que todo me va a salir mal
 9. Me cuesta mucho tomar decisiones
 10. Tengo problemas para concentrarme y pensar con claridad
-

Escala fisiológica

1. Tengo dolores musculares
 2. Me despierto con facilidad durante la noche
 3. Me duelen las articulaciones
 4. Tengo insomnio
 5. Tengo molestias en el estómago
 6. Mis relaciones sexuales han disminuido
 7. Tengo dificultades para relajarme
 8. El corazón me late muy rápido y noto palpitaciones
 9. Mi respiración se agita
 10. Me siento físicamente mal, con molestias corporales
-

Escala motora

1. Mis actividades placenteras y de ocio se han reducido
 2. Mis movimientos son lentos
 3. Hago menos cosas de las que hacía
 4. Llamo menos que antes a mis amigos
 5. Descuido mi aspecto físico
 6. Salgo menos que antes
 7. Me arreglo menos
-

Escala de suicidio

1. Pienso que sería mejor que estuviera muerto/a
 2. Pienso en el suicidio
 3. En casa me encierro en mi habitación
 4. Siento deseos de acabar con mi vida
 5. Siento una gran desesperación, como si estuviese en una situación sin salida
 6. Pienso que soy una carga para los demás
 7. Lloro de forma incontrolada
-

Método

Sujetos

Para el estudio con el CTD definitivo, se han utilizado tres muestras diferentes. Una muestra compuesta por sujetos selecciona-

dos de la población general, una muestra compuesta por un grupo de pacientes diagnosticados de depresión y una pequeña muestra también de población general seleccionada con el objetivo de realizar una prueba de fiabilidad test-retest. Además, en algunos análisis se ha decidido utilizar una muestra conjunta, compuesta por los sujetos de población general y clínica. A continuación se describe brevemente cada una,

mostrándose en la Tabla 1 los datos más significativos.

Muestra de Población General

Se trata de una muestra compuesta por 278 sujetos seleccionados mediante el sencillo método de “bola de nieve”. Se repartió la batería de cuestionarios utilizados a personas cercanas y conocidas que a su vez fueron distribuyéndola a las personas que componían su red social y familiar, y así sucesivamente hasta conseguir el N mencionado. Mediante esta fórmula se consiguió recoger datos de personas procedentes de diferentes entornos sociales. La distribución mediante la variable sexo es de $n=104$ para los varones y de $n=172$ para las mujeres, es decir, el 37.4 % de la muestra para los primeros y el 61.9 % para las segundas. La media de edad es de 31.29 años, con una desviación típica de 10.68. El valor máximo que alcanza esta variable es de 74 años y el mínimo de 18.

Muestra de Población Clínica

La muestra clínica ha sido recogida gracias a la colaboración del Instituto Psiquiátrico del Hospital Gregorio Marañón. Los datos han sido obtenidos mediante un riguroso procedimiento de selección de sujetos, que a continuación se describe brevemente. En primer lugar, se seleccionaban aquellos sujetos que habían sido diagnosticados de depresión por su psiquiatra, excluyendo los casos de trastornos bipolares y psicóticos. Posteriormente se estudiaban sus historias clínicas, tomando datos de interés y excluyendo aquellos casos que no tuvieran un trastorno de depresión puro. Una vez elegido el sujeto, se realizaba una pequeña entrevista para confirmar el diagnóstico de trastorno depresivo mayor a través de los criterios de la DSM-IV (APA, 1994). Sólo los pacientes que cumplían estos criterios, rellenaban los cuestionarios.

En este caso la muestra está compuesta por 54 sujetos, de los cuales 45 (83.3 % de la muestra) son mujeres y 9 (16.7 % de la muestra) varones. La media de edad corresponde a 42.70 años, con una desviación típica de 15.24. La edad máxima corresponde a un sujeto de 78 años y la mínima a otro de 19.

Muestra Test-Retest

Esta tercera muestra, se utilizó con el objetivo de recoger datos sobre la fiabilidad del cuestionario y estuvo compuesta por 60 sujetos. Se reclutaron de la misma forma que se hizo con la muestra de población general, a excepción de que en este caso todos los sujetos eran directamente entrevistados. Se les explicaba que se trataba de rellenar un único cuestionario que debían volver a contestar pasados 45 días, es decir, mes y medio, concertando en ese momento la segunda entrevista. Por ello se les pedía que indicaran la fecha y su nombre o alguna otra contraseña que permitiera emparejar correctamente las pruebas de los dos momentos temporales. En la segunda cita, se les realizaba una pequeña entrevista para verificar que no se habían producido cambios importantes, que modificaran la validez de los datos, y si era así, rellenaban de nuevo el cuestionario.

Del total de los sujetos, 14 son varones (23.3 % de la muestra) y 46 mujeres (76.7 % de la muestra), con una media de edad de 30.28 años ($Sx=10.64$), y un rango de 18 a 62 años.

Muestra conjunta

Esta muestra se forma por la unión de los datos pertenecientes a la muestra de población general y a la muestra clínica. Está compuesta por 332 sujetos de los cuales 113 son varones (34.2 %) y 217 mujeres (65.8 %). La media de edad es de 33.18 años ($Sx=12.29$), siendo el máximo valor de 78 y el mínimo de 18.

Tabla 2.

Muestra		Población General	Población Clínica	Test-Retest	Conjunta
N		278	54	60	332
Sexo	Mujeres	104 (37,7 %)	9 (16,7 %)	14 (23,3 %)	113 (34,2 %)
	Varones	172 (62,3 %)	45 (83,3 %)	46 (76,7 %)	217 (65,8 %)
Edad	Media	31,29	42,70	30,28	33,18
	Desv. Típ	10,68	15,24	10,64	12,29
	Máximo	74	78	62	78
	Mínimo	18	19	18	18

Instrumentos

Además del CTD, se utilizaron dos cuestionarios más que a continuación describimos brevemente.

Inventario de Depresión de Beck (BDI). Se ha utilizado la versión española adaptada por Vázquez y Sanz (1999) del BDI (*Beck Depression Inventory*; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961; Beck, Kovacs y Weissman, 1979). Es el instrumento para la depresión más citado en la literatura y más utilizado tanto en la práctica clínica, como en la investigación. Existen exhaustivos estudios sobre los datos psicométricos del BDI (p. ej. Beck, Steer y Garbin, 1988) ofreciendo en general buenos resultados. La fiabilidad dos mitades es alta, alcanzando puntuaciones desde .58 hasta .93, y lo mismo sucede con su consistencia interna, obteniendo alfas de Cronbach entre .76 y .95 (Beck, Steer y Garbin, 1988; Vázquez y Sanz, 1999). La fiabilidad test-retest se encuentra en torno a .60 y .70 entre periodos de una semana a cuatro meses (Berndt, 1993). En muestras españolas, Vázquez y Sanz (1991, 1999) obtuvieron una fiabilidad test-retest de .70 a los tres meses y un alfa de Cronbach de .82. Las correlaciones del BDI con otros instrumentos son moderadamente altas, encontrándose en torno a .70 (Robertson, 1989; Vázquez, 1986; Beck, Steer y Garbin, 1988). De los múltiples análisis factoriales realizados (Beck, Steer y Garbin,

1988) parece obtenerse un factor general de depresión que se puede descomponer en tres factores, si bien no presenta una estructura factorial estable. La crítica más frecuente es su baja capacidad de discriminación entre población no clínica.

Escala de Depresión de Estado/Rasgo (S-T/DEP). La S-T/DEP (*State and Trait Depression Scale*; Spielberger, 1995) es una escala elaborada desde el enfoque clásico de la Teoría del Estado-Rasgo de las emociones (Spielberger, 1977). Esta teoría surge desde el campo de estudio de la ansiedad y aborda la emoción entendiéndola como una característica estable de la personalidad (rasgo) y como un estado emocional transitorio (estado). Ambos factores (estado y rasgo) se pueden medir de forma separada mediante dos subescalas de 10 ítem cada una, de los cuales 5 están redactados de forma directa y 5 de forma inversa. Los datos estadísticos con los que contamos en la actualidad son los que aportan Spielberger, Ritterband, Reheiser y Brunner (2002) referidos a la validez convergente y divergente y a su fiabilidad. La S-T/DEP presenta correlaciones con el BDI de .73 para varones y .76 para mujeres en la escala de rasgo, y de .67 para varones y .57 para mujeres en la escala de estado. Estas cifras son algo superiores con la SDS de Zung (1965), concretamente la escala de rasgo obtiene correlaciones de .82 y .85, y la escala de estado de .69 y .88, para varo-

nes y mujeres respectivamente. Los alfa de Cronbach que se obtienen son muy altos, con una puntuación de .94 para la escala de estado y de .95 para la de rasgo.

Se trata de una escala breve y fácil de responder, pero que presenta el problema de evaluar de forma casi exclusiva aspectos cognitivos de la depresión. Otro problema es que muchos de los ítem tienen significados muy parecidos o se refieren a lo mismo, ofreciendo tan sólo un pequeño matiz en función de la palabra elegida para describirlo, de tal forma que para el sujeto es difícil discriminar si se refieren a lo mismo o no.

Resultados

Fiabilidad

Estabilidad Test-Retest

Para obtener información relativa a la estabilidad de los datos recogidos con el CTD en un periodo de tiempo de 6 semanas, se han analizado las correlaciones obtenidas entre las puntuaciones de los dos momentos temporales de la muestra test-retest, tanto con las puntuaciones de cada escala como con las puntuaciones totales. La Tabla 2 muestra estos resultados, donde CTD-C pertenece a la escala cognitiva, CTD-F a la fisiológica, CTD-M a la motora, CTD-S a la escala de tendencia suicida y CTD a la puntuación total del cuestionario. Los números 1 y 2 se refieren a los dos momentos temporales en los que fueron rellenados los cuestionarios.

Tabla 2. Correlaciones test-retest (6 semanas)

	CTD-C/1	CTD-F/1	CTD-M/1	CTD-S/1	CTD-T/1
CTD-C/2	.80**	----	----	----	----
CTD-F/2	----	.74**	----	----	----
CTD-M/2	----	----	.63**	----	----
CTD-S/2	----	----	----	.72**	----
CTD-T/2	----	----	----	----	.85**

Como se puede observar, todas las correlaciones son significativas y altas. La mayor correlación se obtiene con la puntuación total (.85), seguida de la cognitiva (.80), y la menor para la motora (.63), aunque sigue siendo alta. Estos datos permiten afirmar que la fiabilidad del CTD, medida a través de su estabilidad test-retest, en un periodo temporal de 6 semanas es alta.

Consistencia interna: Coeficiente alfa de Cronbach

Para obtener más datos sobre la fiabilidad del CTD, se analizó su consistencia interna a través del Alfa de Cronbach. Estos análisis se han realizado de tres formas diferentes. En primer lugar se hicieron con la muestra de población general, posteriormente con la muestra de población clínica, y por último, de forma conjunta, es decir, uniendo los datos de las dos muestras. La Tabla 3 muestra los resultados obtenidos en estos análisis.

Tabla 3. Alfa de Cronbach

	Escala				
	Cognitiva	Fisiológica	Motora	T. Suicida	P.Total
Población General	.87	.86	.79	.77	.92
Población Clínica	.89	.83	.78	.86	.91
Muestra Conjunta	.92	.90	.88	.91	.96

Se puede observar como todos los alfas obtenidos son muy altos, tanto en la muestra de población general, como en la muestra clínica, así como en la muestra conjunta. En los tres casos, de las cuatro escalas, es la cognitiva la que mayor consistencia interna ha mostrado, con un alfa de .87 en población general, de .89 en clínica, y de .92 al unir ambas muestras. La escala motora es la que obtiene las puntuaciones más bajas en general, aunque siguen siendo altas (de .78 a .88). La escala de tendencia suicida obtiene alfas similares a la fisiológica, aunque algo más elevados, salvo en el caso de población general, que es algo inferior. Los alfas más elevados siempre se obtienen con la puntuación total, con un .91 para la muestra clínica, un .92 para la de población general y hasta un .96 para la muestra conjunta.

Con estos resultados, se puede afirmar, que la consistencia interna del CTD es muy alta, ya sea medida a través de población general o a través de población clínica.

Validez

Validez convergente

Para estudiar la validez convergente del CTD se calcularon las correlaciones entre las puntuaciones obtenidas por los sujetos en los tres cuestionarios utilizados. En este caso se han realizado los análisis con la muestra conjunta.

La Tabla 4 muestra estos resultados. A continuación se aclara el significado de las abreviaturas utilizadas en la tabla:

- CTD-C: escala cognitiva del CTD
- CTD-F: escala fisiológica del CTD
- CTD-M: escala motora del CTD
- CTD-S: escala de tendencia suicida del CTD
- CTD: puntuación total del CTD
- BDI: Inventario de Depresión de Beck
- STE-I: ítem de la subescala de estado de la S-T/DEP redactados de forma inversa.
- STE-D: ítem de la subescala de estado de la S-T/DEP redactados de forma directa.
- STR-I: ítem de la subescala de rasgo de la S-T/DEP redactados de forma inversa.
- STR-D: ítem de la subescala de rasgo de la S-T/DEP redactados de forma directa.

Tabla 4. Correlaciones del CTD con otros cuestionarios

	CTD-C	CTD-F	CTD-M	CTD-S	CTD	BDI	STE-P	STE-N	STR-P
CTD-C									
CTD-F	.61**								
CTD-M	.72**	.68**							
CTD-S	.74**	.63**	.69**						
CTD	.89**	.85**	.88**	.86**					
BDI	.79**	.73**	.78**	.80**	.89**				

STE-I	-.67**	-.54**	-.65**	-.58**	-.70**	-.68**		
STE-D	.66**	.59**	.63**	.68**	.73**	.75**	-.65**	
STR-I	-.55**	-.41**	-.47**	-.50**	-.56**	-.53**	.66**	-.52**
STR-D	.60**	.49**	.51**	.56**	.62**	.61**	-.60**	.70**

** La correlación es significativa al nivel 0.01

Todas las correlaciones son significativas a un nivel de 0.01. Las correlaciones obtenidas entre el BDI y el CTD son todas altas, tanto para cada una de las escalas, con puntuaciones que oscilan entre .73 para la fisiológica a .80 para la escala de tendencia suicida, como para la puntuación total (.89). El BDI correlaciona mejor con la escala cognitiva que con la fisiológica o motora, hecho que se explica claramente si recordamos su orientación cognitiva. Las correlaciones con la S-T/DEP, aunque algo inferiores, son significativas y en la dirección esperada, es decir, correlaciona de forma positiva con las escalas directas y de forma negativa con las inversas. De nuevo, las puntuaciones más altas se obtienen al correlacionar la prueba con las escalas cognitiva y de tendencia suicida, hecho que otra vez se explica porque en la prueba de Spielberger, prácticamente todos los elementos corresponden a esta categoría. Este hecho, también explica que el CTD correlacione más alto con el BDI que con esta escala, ya que a pesar de la orientación cognitiva de éste, deja una parte, aunque menor, para medir aspectos fisiológicos y motores, cosa que la S-T/DEP no hace.

Los resultados son por tanto muy positivos, de tal forma que podemos afirmar que el CTD posee una buena validez convergente, ya que correlaciona alto con otras pruebas que miden el mismo constructo.

Validez discriminante

Para obtener información sobre la validez discriminante del CTD, se han comparado mediante una Prueba de T los sujetos de la muestra clínica con los de población general, con el objetivo de comprobar si existen diferencias significativas entre los dos grupos.

Debido a la desproporción que existe en las muestras con respecto a la variable sexo, (en el caso de población general 104 (38 %) varones y 172 (62 %) mujeres, pero en el caso de la clínica, sólo 9 (17 %) varones y 45 (83 %) mujeres), para comparar ambos grupos, se ha equiparado la proporción de sexo en ambas muestras. Así se podrán atribuir las diferencias a una buena discriminación entre sujetos normales y clínicos y no a aspectos relacionados con esta descompensación. De esta forma, la muestra de población general ha quedado reducida de forma aleatoria a 35 (17 %) varones y 172 (83%) mujeres. Esta estrategia reduce considerablemente el número de sujetos, pero garantiza que las diferencias se deban al grupo (población general vs. clínica) y no a la influencia de la variable sexo. En la actualidad se está trabajando para incrementar el grupo clínico, tanto en varones como en mujeres.

Una vez resuelto este problema de la muestra, se ha realizado una Prueba de Levene para el análisis de varianza, optando por varianzas desiguales. La Tabla 5 muestra los resultados del análisis discriminativo.

Tabla 5. Prueba t para discriminar entre la muestra clínica y la población general

	Grupo Clínico	Población General
--	---------------	-------------------

	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	t	p
CTD-C	21.55	10.12	8.01	6.53	9.344	.000
CTD-F	19.15	8.97	6.21	5.95	10.041	.000
CTD-M	16.22	6.16	4.49	3.99	13.294	.000
CTD-S	12.09	7.49	1.30	2.33	10.458	.000
CTD	69.02	24.63	20.01	14.75	13.982	.000

Se observa cómo existen diferencias significativas entre las medias obtenidas tanto en cada una de las escalas como en la puntuación total, siendo éstas 3 ó 4 veces superiores en población clínica, y hasta 10 veces en el caso de la escala de tendencia suicida. Por todo ello, se puede afirmar que el CTD discrimina claramente entre sujetos clínicos y normales.

Validez estructural: análisis factorial exploratorio

Para comprobar la validez estructural del CTD, se llevaron a cabo análisis factoriales exploratorios, que nos condujeron hacia la versión definitiva. Todos los análisis se realizaron con la muestra conjunta, mediante el método de extracción de análisis de los componentes principales y un método de rotación de normalización Oblimin con Kaiser, con el programa estadístico SPSS. Tras un proceso de eliminación de ítem, como anteriormente se ha explicado,

se pasó del CTD piloto con 70 ítem, a los 34 ítem de la prueba final. La TABLA 6 muestra la matriz de configuración definitiva, que explica el 61.41 % de la varianza. Los ítem que componen cada factor aparecen de forma abreviada: la primera letra indica que se trata de un ítem del CTD, para diferenciarlo de los ítem de las otras pruebas utilizadas en otros análisis, la segunda letra indica el sistema de respuesta al que pertenece (C, cognitivo, F, fisiológico, M, motor), y el número que acompaña las letras indica el número de ítem que ocupa dentro del cuestionario inicial. Como se puede observar, aparecen cuatro factores, que se corresponden con los tres sistemas de respuesta (factores 1, 2 y 4) y con la escala de tendencia suicida (factor 3).

Con estos resultados, podemos afirmar que la validez estructural del CTD es muy buena, y que se comprueba empíricamente el modelo teórico desde el que se ha elaborado.

Tabla 6. Solución factorial definitiva

Ítem	Componentes			
	1	2	3	4
CC32	.884			
CC26	.815			
CC31	.812			
CC53	.702			
CC59	.693			
CC38	.651			
CC10	.551	.453		
CC19	.499			
CC60	.464			
CC52	.455			
CF16		.823		

CF8	.808			
CF9	.739			
CF17	.726			
CF64	.638			
CF42	.523			
CF49	.523			
CF63	.512			
CF56	.482			
CF48	.358			
CC44		.968		
CC11		.925		
CC4		.833		
CC45		.528		
CM21	.353	.510		
CC51	.393	.418		
CM69		.359		
CM68			.825	
CM61			.799	
CM62			.769	
CM55			.600	
CM14			.462	
CM35	.308		.420	
CM2			.414	
	44.40 %	7.69 %	5.24 %	4.07 %

Características del ítem criterial

Ya se ha explicado que mediante la valoración subjetiva a la afirmación “*me siento triste*”, en una escala de frecuencia de 0 a 4, se obtiene una primera información rápida sobre el nivel de tristeza/depresión del sujeto. La TABLA 7 muestra los estadísticos básicos que se obtienen en la muestra

de población general y en la clínica. Se ve claramente cómo la puntuación media que se obtiene en la muestra clínica es superior a la de población general. Además, en el caso de la clínica, ningún sujeto puntúa 0 en este ítem, muy al contrario que en la población general, donde una proporción muy alta de sujetos lo hacen.

Tabla 7. Estadísticos descriptivo del ítem criterial

	Población general	Población clínica
Media	.79	2,94
Mediana	1	3
Moda	1	4
Desv. T.	.83	1.11

Varianza	.69	1,22
Mínimo	0	1
Máximo	4	4
N	278	54

Si se analiza gráficamente la distribución de puntuaciones de los sujetos en este ítem, de nuevo se observa cómo se distribuyen de forma opuesta. Mientras que en población general el menor número de puntuaciones se encuentra en torno a la alternativa nº 4, en el caso de la clínica, esta categoría recoge la mayor parte de las respuestas de los sujetos.

Se han analizado las correlaciones del ítem con cada escala, y como era de esperar, correlaciona alto y de forma similar con cada una de ellas, a un nivel de confianza de .01. Las puntuaciones han sido .66 para la escala cognitiva y fisiológica, .68 para la motora, .69 para la de tendencia suicida y .77 con la puntuación total.

Por último se ha querido comprobar la estabilidad test-retest de la misma manera que se hizo con el cuestionario general, obteniendo una correlación entre las dos puntuaciones en un periodo de 45 días de .56, con un nivel de significación de .01, pudiendo afirmar que es estable.

En el ANEXO puede verse una copia no completa del cuestionario.

Conclusiones

En su conjunto, así como en cada una de las partes que lo componen, el CTD presenta una robusta estructura psicométrica y una gran aplicabilidad, permitiendo la evaluación pormenorizada de las distintas facetas de la tristeza/depresión tanto en población clínica como en población normal.

Con respecto a su fiabilidad, se ha medido la estabilidad test-retest en un periodo temporal de mes y medio, encontrando valores de correlación altos y significativos,

tanto en cada escala como en la puntuación total, que nos permiten afirmar que el CTD es un instrumento estable. Además, se ha analizado su consistencia interna a través del alfa de Cronbach, obteniendo puntuaciones muy altas, en cada una de sus escalas y en el total, tanto para la muestra clínica como para la de población general.

Con respecto a su validez, primeramente se han correlacionado los tres instrumentos utilizados, para obtener información sobre su validez convergente, consiguiendo de nuevo correlaciones altas y significativas. Dado que tanto el BDI como la S-T/DEP miden fundamentalmente aspectos cognitivos de la depresión, la escala del CTD que mejor correlaciona con ellos es la cognitiva, siendo siempre menor las correlaciones obtenidas con el resto de las escalas.

Además, el CTD, discrimina perfectamente entre sujetos clínicos y normales, tanto en puntuaciones totales como por escalas, mostrando por tanto, una buena validez discriminante.

Los análisis factoriales exploratorios realizados, muestran una matriz de configuración que se adapta perfectamente a las previsiones teóricas.

Este nuevo instrumento permite abordar aspectos hasta ahora escasamente estudiados, acogiéndose a un modelo teórico consolidado como es el Modelo Tridimensional de la Emociones. Es importante señalar que en el ámbito de la depresión son muy pocos los modelos teóricos sólidos que dirigen la elaboración de instrumentos de medida. A pesar de la abundante bibliografía que existe sobre depresión, la mayoría

de ella se refiere a trabajos desde el entorno clínico, habiéndose desarrollado en mucha menor medida los estudios desde una perspectiva básica. El CTD puede ayudar en buena medida a solucionar estas carencias. También permitirá el estudio detallado de las características específicas de la tristeza/depresión como emoción en sujetos sanos.

Por último, el CTD no sólo se muestra como un instrumento válido, útil y necesario, sino que además ofrece interesantes vías de investigación futura, que permitirán

avanzar en el conocimiento de la tristeza/depresión, ya sea como un estado normal o como una patología.

Queremos agradecer a la Comisión de Investigación del Instituto Psiquiátrico Gregorio Marañón y al Jefe de la Unidad de Psicología, el Dr. José M^a Pérez Millán el permiso obtenido para poder acceder personalmente tanto a los pacientes como a sus historias clínicas, y así haber hecho posible la realización de este estudio.

Referencias

- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual-IV (DSM-IV)*. Washington: American Psychiatric Press (trad. en ed. Masson, 1995).
- Beck, A. T., Kovacs, R. y Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the scale for suicide Weissman. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47 (3), 343-352.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8 (1), 77-100.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. E. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-585.
- Berndt, D. J. (1993). Cuestionarios y escalas. En B. B. Wolman y G. Striker (eds.), *Tratados de depresivos: Hechos, teorías y métodos de tratamiento*. Barcelona: Ancora.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36 (2), 129-148.
- Brewer, D., Doughtie, E. B. y Lubin, B. (1980). Induction of mood and mood shift. *Journal of Clinical Psychology*, 36 (2), 215-226.
- Brown, S. L. y Schwartz, G. E. (1980). Relationships between facial electromyography and subjective experience during affective imagery. *Biological Psychology*, 11, 49-62.
- Buceta, J. M., Maldonado, M. B., Velarde, V. y Polaino-Lorente, A. (1986). La evaluación del progreso terapéutico: Necesidad de los registros multidimensionales. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 41 (2), 339-357.
- Cabezas Fernández, J. S. (1986). Depresión: Cuestiones nosográficas y nosológicas. *Información Psicológica*, 28, dic., 52-61.
- Cacioppo, J. T., Klein, D. J., Berntson, G. G. y Hatfield, E. (1993). The psychophysiology of emotion. En M. Lewis y J. M. Halivand (eds.), *Handbook of Emotions*. Nueva York: Guilford Press.
- Chóliz Montañés, M. (1997). Expresión facial y reconocimiento de emociones. En E. G. Fernández-Abascal, F. Palmero Cantero, M. Chóliz Montañés y F. Martínez-Sánchez (coords.), *Cuadernos de Prácticas de Motivación y Emoción*. Madrid: Ediciones Pirámide, S. A.
- Craighead, W. E. (1980). Away from a unitary model of depression. *Behavior Therapy*, 11 (1), 122-128.
- Edo, S. (1994). El estrés humano desde un punto de vista relacional: Un modelo de laboratorio. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 12 (1), 63-73.
- Ekman, P., Levenson, R. W. y Friesen, W. V. (1983). Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions. *Science*, 221, 1208-1210.
- Ellis, H. C., Thomas, R. L. y Rodríguez, I. A. (1984). Emotional mood states and memory: Elaborative encoding, semantic processing, and cognitive effort. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 10, 470-482.
- Hoffmann, N. (1976). *Depressive Verhalten. Psychologische Modelle der Ätiologie unter Therapie*. Otto Müller Verlag: Salzburg.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior II. General behavior and facial expression. *Journal of Comparative Psychology*, 4, 496.

- Lang, P. J. (1971). The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Lawson, C. MacLeod, C. y Hammond, G. (2002). Interpretation revealed in the blink of an eye. Depressive bias in the resolution of ambiguity. *Journal of Abnormal Psychology*, 111 (2), 321-328.
- Leder, H. y Bruce, V. (2000). When invented faces are recognized: The role of configural information in face recognition. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 51 A, 449-473.
- Miguel Tobal, J. J. (1993). Cuestionarios, inventarios y escalas. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz, *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Mischel, W., Ebbesen, E. y Zeiss, A. (1973). Selective attention to the self: Situational and dispositional determinants. *Journal of Personality and Social Psychology*, 27 (1), 129-142.
- Mischel, W., Ebbesen, E. y Zeiss, A. (1976). Determinates of selective memory about the self. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44 (1), 92-103.
- Moscovitch, M. y Moscovitch, D. A. (2000). Superface-inversion effects for isolated internal on external features and for fractured face. *Cognitive Neuropsychology*, 2000, 201-219.
- Muñoz Abad, C. y Jiménez Fernández, A. (1990). La expresión de la emoción a través de la conducta vocal. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 43(3), 289-299.
- Nachson, I. y Schechorg, M. (2002). Effect of inversion on the recognition of external and internal facial features. *Acta Psychologica*, 109 (3), March, 227-238.
- Pehm, L. P. (1976). Assessment of depression. En M. Hersen y A. S. Bellack (eds.), *Behavioral Assessment: A practical handbook*. Oxford: Pergamon Press.
- Potts, R., Camp, C. y Coyne, C. (1989). The relationship between naturally occurring dysphoric moods, elaborative encoding, and recall performance. *Cognition and Emotion*, 3 (2), 197-205.
- Rehm, L. P. (1976). Assessment of depression. En M. Hersen y A. S. Bellack (eds.), *Behavioral assessment: a practical handbook*. Nueva York: Pergamon Press.
- Robertson, M. M. (1989). The assessment of mood and its components. En I. Hidmarch y P. D. Stonier (eds.), *Human psychopharmacology: Measures and methods*. Vol. 2. New York: Wiley.
- Ruiz Caballero, J. A. y González, P. (1998). Depresión y memoria implícita: una cuestión aún pendiente. *Cognitiva*, 10 (1-2), 163-166.
- Ruiz Caballero, J. A. y Sánchez Arribas, C. (2001). Depresión y memoria: ¿Es la información congruente con el estado de ánimo más accesible? *Psicothema*, 13 (2), May., 193-196.
- Spielberger, C. D. (1977). State-trait anxiety and interactional psychology. En D. Magnusson y N. S. Endler (eds.), *Personality as a crossroads: Current issues in Interactional Psychology*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Spielberger, C. D. (1995). *State and Trait Depression Scale*. Center for Research in Behavioral Medicine and Health Psychology. University of South of Florida: Tampa.
- Spielberger, C. D. Ritterband, L. M., Reheiser, E. C. Y Brunner, T. M. (2002). *The nature and measure of depression*. Center for Research in Behavioral Medicine and Health Psychology. University of South of Florida: Tampa.
- Teasdale, J. D. y Fogarty, S. J. (1979). Differential effects of induced mood on the retrieval of pleasant and unpleasant events from episodic memory. *Journal of Abnormal Psychology*, 88 (3), 248-257.
- Thompson, C. (1989). Affective disorders. En C. Thompson (ed.), *The instruments of psychiatric research*. New York: Wiley.
- Vázquez, C. (1986). Escalas evaluadoras de la depresión: limitaciones conceptuales y metodológicas. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 41 (1), 101-113.
- Vázquez, C. (1995). Evaluación de los trastornos depresivos y bipolares. En A. Roa (comp.), *Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: CEPE.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1991). Fiabilidad y validez factorial de la versión española del Inventario de Depresión de Beck. Comunicación presentada en el *III Congreso de Evaluación Psicológica*, Barcelona. 25-28 de septiembre.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10 (1), 59-81.
- Velten, E. (1968). A laboratory task for induction of mood states. *Behavior, Research and Therapy*, 6 (4), 473-482.
- Zung, W. W. K. (1965). A self-ratind depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

ANEXO (Muestra de ítems)

CTD

Apellidos y nombre Edad Sexo V M
 Centro Curso/Puesto Estado civil
 Otros datos Fecha

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de cuestiones que reflejan la forma en que las personas pueden pensar, sentir y comportarse. Marque con una cruz aquella categoría que más se acerca a usted, teniendo en cuenta que:

Casi nunca 0
 Algunas veces 1
 A menudo 2
 Muchas veces..... 3
 Casi siempre4

Casi nunca
 Algunas veces
 A menudo
 Muchas veces
 Casi siempre

En primer lugar valore esta cuestión:

Me siento triste	0	1	2	3	4
-------------------------	----------	----------	----------	----------	----------

Posteriormente valore las siguientes cuestiones mediante el mismo procedimiento:

1. Mis actividades placenteras y de ocio se han reducido.....	0	1	2	3	4
2. Pienso que sería mejor que estuviera muerto/a.....	0	1	2	3	4
3. Tengo dolores musculares.....	0	1	2	3	4
4. Me despierto con facilidad durante la noche.....	0	1	2	3	4
5. Me preocupo con facilidad.....	0	1	2	3	4
6. Pienso en el suicidio.....	0	1	2	3	4
7. Mis movimientos son lentos	0	1	2	3	4