

152  
2ej



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

## "VALIDEZ CONCURRENTE DE LOS INVENTARIOS DE DEPRESION DE BECK Y ZUNG EN PERSONAS DEPRIMIDAS"

### T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A:

ALEJANDRA FABIOLA RODRIGUEZ SAYAGO

DIRECTOR DE TESIS:

MTRO. SAMUEL JURADO CARDENAS

ASESORIA PSICOMETRICA Y ESTADISTICA:

LIC. ENEDINA VILLEGAS HERNANDEZ



MEXICO, D.F.

1999

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

270902



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

### **A mis Padres:**

Por darme la vida, por su apoyo incondicional, por enseñarme lo que es la responsabilidad y el compromiso con su ejemplo, por creer en mí y tenerme paciencia, por aguantar mi mal humor, por impulsarme siempre a seguir adelante y por darme sin descanso su amor desmedido, les rindo un homenaje dedicándoles este trabajo con todo mi amor y mi gratitud. Los quiero mucho.

### **A mi Hermana:**

A Vero, por ser mi compañera de juegos, por el escondite secreto y las pláticas nocturnas, por nuestros años maravillosos y desvelamos juntas, por tener la palabra adecuada cuando más la necesitaba, por su alegría, energía y creatividad, por sus bromas, por ser mi Maestra consentida y mi mejor ejemplo de dedicación y coraje; por su cariño, apoyo y comprensión MIL GRACIAS.

A Raúl por su amor y compañía, por sus palabras de aliento en el preciso momento, por enseñarme a ir más libre por la vida, por ser mi confidente y mi cómplice, por soportar mis arranques (¡qué paciencia!) por esa tranquilidad al escucharme, por todo lo compartido, por ese pensar que hace visible lo invisible, por el ayer, el hoy y el mañana. .GRACIAS.

Gracias al Maestro Samuel Jurado por todo su apoyo y paciencia, por jalarme las riendas (¡no sé qué hubiera hecho sin usted!), sin su ayuda, entusiasmo y comprensión este trabajo seguiría siendo un proyecto.

Agradezco al Doctor Héctor Lara Tapia sus consejos, enseñanzas y moralejas, y especialmente por su valiosa ayuda para la obtención de la muestra y que este trabajo fuera posible.

Gracias a la Maestra Enequina Villegas por su asesoría psicométrica y estadística en este trabajo y a la Lic. Rosa Elena Mendoza y al Lic. Jorge Valenzuela por la revisión y comentarios a este trabajo.

Gracias al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez por las facilidades otorgadas para la realización de este trabajo.

A mis Amigos de toda la vida: Gaby, Jorge, Rigo y José Antonio, por caminar siempre a mi lado, por experiencias inolvidables, por su constante cariño, apoyo y confianza, y por ser parte de mi familia y de mi vida ¡GRACIAS!

Gracias a mis Amigas de la prepa: Claudia, Eli, Gaby, Xareni y Melis por ser una tradición y viajar juntas por la vida.

Gracias a mis amigos y compañeros de carrera, en especial a Manuel, Lulú, Beto R., Audrey, Charlie Oscar, Petra, Maricarmen, Beto M. y Ulises, por ser como son y mostrarme un lado diferente de la vida.

NO NOS HACE FALTA VALOR PARA  
EMPRENDER CIERTAS COSAS  
PORQUE SEAN DIFICILES, SINO QUE  
SON DIFICILES PORQUE  
NOS FALTA VALOR PARA EMPRENDERLAS.

SÉNECA

## AGRADECIMIENTOS

### **A mis Padres:**

Por darme la vida, por su apoyo incondicional, por enseñarme lo que es la responsabilidad y el compromiso con su ejemplo, por creer en mí y tenerme paciencia, por aguantar mi mal humor, por impulsarme siempre a seguir adelante y por darme sin descanso su amor desmedido, les rindo un homenaje dedicándoles este trabajo con todo mi amor y mi gratitud. Los quiero mucho.

### **A mi Hermana:**

A Vero, por ser mi compañera de juegos, por el escondite secreto y las pláticas nocturnas, por nuestros años maravillosos y desvelamos juntas, por tener la palabra adecuada cuando más la necesitaba, por su alegría, energía y creatividad, por sus bromas, por ser mi Maestra consentida y mi mejor ejemplo de dedicación y coraje; por su cariño, apoyo y comprensión MIL GRACIAS.

A Raúl por su amor y compañía, por sus palabras de aliento en el preciso momento, por enseñarme a ir más libre por la vida, por ser mi confidente y mi cómplice, por soportar mis arranques (¡qué paciencia!) por esa tranquilidad al escucharme, por todo lo compartido, por ese pensar que hace visible lo invisible, por el ayer, el hoy y el mañana. . .GRACIAS.

Gracias al Maestro Samuel Jurado por todo su apoyo y paciencia, por jalarme las riendas (¡no sé qué hubiera hecho sin usted!), sin su ayuda, entusiasmo y comprensión este trabajo seguiría siendo un proyecto.

Agradezco al Doctor Héctor Lara Tapia sus consejos, enseñanzas y moralejas, y especialmente por su valiosa ayuda para la obtención de la muestra y que este trabajo fuera posible.

Gracias a la Maestra Enedina Villegas por su asesoría psicométrica y estadística en este trabajo y a la Lic. Rosa Elena Mendoza y al Lic. Jorge Valenzuela por la revisión y comentarios a este trabajo.

Gracias al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez por las facilidades otorgadas para la realización de este trabajo.

A mis Amigos de toda la vida: **Gaby, Jorge, Rigo y José Antonio**, por caminar siempre a mi lado, por experiencias inolvidables, por su constante cariño, apoyo y confianza, y por ser parte de mi familia y de mi vida ¡GRACIAS!

Gracias a mis Amigas de la prepa: **Claudia, Eli, Gaby, Xareni y Melis** por ser una tradición y viajar juntas por la vida.

Gracias a mis amigos y compañeros de carrera, en especial a **Manuel, Lulú, Beto R., Audrey, Charlie Oscar, Petra, Maricarmen, Beto M. y Ulises**, por ser como son y mostrarme un lado diferente de la vida.

Gracias a mi tía Virginia por su cariño, por estar siempre ahí y por las canciones de Serrat.

Gracias a mis primos Jana, Claudia y el Peque con quienes compartí mi infancia la cual es hoy un bello e inolvidable recuerdo.

Gracias a Elvira Diez por su amistad y cariño a mi familia y por su constante interés en que alcanzara esta meta.

Gracias a la Maestra Angelina Géniz por la disciplina, por enseñarnos a luchar hasta las últimas consecuencias defendiendo lo nuestro, a nadar contra corriente y a exigimos lo mejor de nosotros gracias por su cariño y por permitirme estar cerca no sólo de la Maestra sino del Ser Humano.

Gracias al Ballet Folklórico de la UNAM por compartir conmigo ese amor a la Danza y a nuestra hermosa y variada música mexicana. A todos sus integrantes agradezco su amistad y su cariño.

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México por abrirme sus puertas, albergarme en sus aulas y tener el privilegio de ser orgullosamente UNIVERSITARIA.

Gracias a las Familias Rodríguez Santos y Sáyo Chagoya por el carácter, la fortaleza y solidaridad, a las Familias Bassoco Hernández, Bassoco Nova y Márquez Guerrero por su apoyo y confianza.

A mis Abuelos paternos y maternos, a mi tía Tere, mi tía Margarita, mi tío Pancho, mi tío Toño y a mis amigas Claudia y Zori, a quienes desgraciadamente la Vida no les dió más tiempo y ya no están a mi lado para poder disfrutar este logro, he aquí mi ofrenda.

A todos mis familiares y amigos que de alguna manera han contribuido a mi formación profesional y me han impulsado a lograr esta meta, ¡Muchísimas Gracias!

Gracias a DIOS por todo lo que soy y lo que tengo, GRACIAS por haberme bendecido tanto.

# INDICE

<b>INTRODUCCION</b> .....	1
<b>CAPITULO 1</b>	
1.1 La Depresión en la Historia .....	2
1.2 Teorías de la Depresión .....	4
<b>CAPITULO 2</b>	
2.1 Clasificación y Síntomas de la Depresión .....	12
2.2 Tratamiento .....	17
<b>CAPITULO 3</b>	
3.1 Medición de la Depresión .....	22
3.2 Características Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Autoevaluación de Zung .....	30
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	38
<b>JUSTIFICACION</b> .....	38
<b>OBJETIVO</b> .....	39
<b>HIPOTESIS</b> .....	39
<b>METODO</b> .....	40
<b>PROCEDIMIENTO</b> .....	41
<b>RESULTADOS</b> .....	41
<b>DISCUSION Y CONCLUSIONES</b> .....	47
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....	50
<b>APENDICE 1</b> .....	51

## INTRODUCCION

Al hablar de depresión se habla de una de las enfermedades más padecidas en la historia de la Humanidad y que más vidas ha cobrado. En cualquiera de sus acepciones, los estados depresivos profundos impresionan por sus efectos. No se puede dejar de advertir la cercanía entre la depresión y la muerte, ya sea porque aquélla conduzca de hecho a ésta, a través del acto suicida; o bien, porque la depresión sea una suerte de muerte en vida.

Clínicamente el enfermo deprimido se caracteriza por una falta de deseo vital, por un intenso dolor de vivir, por un retiro de sus intereses del mundo externo, por una incapacidad para el goce y el amor, por una autoestima sumamente empobrecida, por una imagen de sí mismo castigada y reprochable. El mundo interno del depresivo grave está destruido y acabado no existe la esperanza de la reparación. En él predomina el abandono, la frustración y la hostilidad. La búsqueda ha llegado a su fin, la vida carece ya de sentido.

Si acaso, queda una débil petición de ayuda, no siempre escuchada y mucho menos atendida.

Por lo cual se considera de suma importancia el poder aportar instrumentos que sean útiles en la clínica y así llevar a cabo tanto una detección oportuna de la enfermedad como un diagnóstico certero y el paciente pueda recibir el tratamiento adecuado.

Para efectos del presente proyecto, se iniciará con una breve síntesis de los aspectos históricos de la depresión; posteriormente se hablará de las principales teorías así también como de su clasificación y tratamiento. Todo lo anterior con el fin de dar un contexto al presente trabajo ya que el principal objetivo es ampliar al máximo todo el concepto teórico que se tiene sobre la medición de la depresión.



## LA DEPRESION EN LA HISTORIA

La Depresión es un fenómeno común que todos hemos padecido en circunstancias adversas. En seguida, una breve síntesis de los aspectos históricos de la depresión.

Desde que el hombre ha escrito crónicas sobre su conducta, ha dejado comentarios acerca de individuos que presentaban tendencia a la melancolía.

En el siglo IV antes de Jesucristo, Hipócrates escribió que desde el punto de vista médico, la "locura" estaba relacionada con la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema. El decía que la etiología de la depresión era la bilis negra, la cual subía al cerebro. Aísla tres formas fundamentales de locura: la melancolía, la frenitis y la manía (Sigerist, 1961; en Méndez, 1995).

Galeno de Pérgamo (130-201) desarrolló una teoría de enfermedad mental basada en supuestos humores, la cual se mantuvo como doctrina hasta la Edad Media (Arieti y Bemporad, 1978).

Caelus Aurelianus decía que los síntomas que preceden a la aparición de la melancolía eran: ansiedad, silencio, rechazo y hostilidad hacia la propia familia y no ve la relación entre manía y melancolía.

La conexión entre la manía y la melancolía la establece Bonetus en el siglo XVII que hablaba de la manía de la melancolía, que equivale a lo que hoy se denomina un estado maniaco-depresivo.

Durante la Edad Media hubo un gran número y variedad de formas de la llamada "melancolía", provocada por espíritus o causas naturales, tales como exceso de trabajo, de actividad sexual o de otros tipos. Las causas espirituales eran consideradas de origen divino.

Tomás de Aquino atribuyó la melancolía a un cambio en los humores corporales, aunque sostenía que las enfermedades mentales eran producidas por demonios y por influencias astrológicas.

En 1630 Robert Burton publicó su tratado "Anatomía de la Melancolía" facilitando la identificación de los estados depresivos.

Emil Kraepelin en 1883, revolucionó la psiquiatría estableciendo un sistema nosológico en el que discriminó los elementos comunes de síndromes descritos individualmente y los consolidó en tres categorías principales: demencia precoz, parafrenia y psicosis maniaco-depresiva.

Esta última comprendía la psicosis intermitente, la manía simple, algunos casos de desórdenes leves del carácter precursores de perturbaciones más graves. Globalmente, distinguía cuatro subgrupos principales: estados depresivos, estados maniacos, estados mixtos y estados fundamentales, o sea desórdenes del carácter experimentados entre, antes o en el lugar de los ataques maniaco-depresivos (Braceland, 1957; en Arieti y Bemporad, 1978).

Diferenció la psicosis maniaco depresiva de la demencia precoz en que la primera remitía y se restablecía la normalidad a pesar de los graves desarreglos sufridos durante los episodios clínicos. Creó una psiquiatría de resultados finales utilizando el pronóstico como principal criterio diagnóstico.

En 1904 Adolf Meyer objetó el término melancolía, sugiriendo en cambio denominar depresión a dicho desorden.

La identificación precisa de los cuadros depresivos se dió hasta principios de este siglo y es entonces que se habla de la existencia de dos diferentes clases de depresión: la endógena, cuyo origen es atribuido a una anormalidad bioquímica; y la exógena o reactiva, que se supone consecutiva a una reacción excesiva ante sucesos adversos.

## TEORIAS DE LA DEPRESION

Hoy en día se cuenta con una variada gama de teorías de la depresión. Este trabajo tratará de abordarlas, de tal manera que esta revisión permita lograr un profundo y completo entendimiento del marco teórico que dará sustento al constructo "depresión"; mismo que será abordado psicométricamente en este trabajo con las escalas de Beck y Zung.

### TEORÍA PSICODINÁMICA

Freud (1917), en su obra "Duelo y Melancolía", menciona que el mecanismo básico de la melancolía es la introyección de un objeto perdido y la redirección de la ambivalencia, originalmente dirigida al objeto interiorizado, ahora parte inherente del Yo.

El paciente delibera no acerca de la pérdida de un ser querido sino de sí mismo -específicamente, sobre esos aspectos reales o imaginarios de él mismo que destruye su seguridad o su autoestima. Freud creía que la ira del paciente deprimido contra sí mismo estaba originalmente dirigida hacia otra persona que había sido simbólicamente incorporada a él mismo (introyectada) por una especie de proceso de identificación. En estos casos el sadismo es tan grande que el paciente llega al suicidio en su afán de destruir por completo la imagen interna del objeto.

Freud identifica tres factores condicionantes para la melancolía:

- a) La pérdida del objeto
- b) Un alto grado de ambivalencia
- c) Una regresión libidinal en el Yo

Aunque los tres factores son necesarios, sólo el último es específico de la melancolía.

Karl Abraham en 1911 publica una investigación psicoanalítica sobre la depresión donde compara ésta con la ansiedad, considerando que ambas son el resultado de instintos reprimidos.

La ansiedad surge cuando la represión impide el logro de la gratificación deseada, que aún es posible; la depresión aparece cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales.

Abraham menciona que la depresión es debido al odio reprimido que tiene el sujeto. Se siente odiado por sus defectos, son personas masoquistas, con sentimientos de culpa, presentan sueños de criminalidad y venganza. Debido a que no pueden tener una relación libidinal duradera, se

vuelven autoeróticos, con conducta inhibida y tienen una negación inconsciente hacia la vida.

Considera como factores predisponentes de la depresión:

a) Un factor constitucional ligado con una excesiva acentuación del erotismo oral.

b) Una especial fijación al nivel oral, expresada en la vida diaria por desproporcionadas lamentaciones ante las frustraciones y excesivas actividades orales.

c) Un daño severo al narcisismo infantil producido por sucesivos desengaños amorosos, que llevan al prototipo infantil de depresión denominado "paratimia primaria".

d) Aparición del primer desengaño amoroso antes de que los deseos edípicos hayan sido superados.

e) Repetición del desengaño original en épocas posteriores de la vida.

Rado en 1928, estudió la depresión y la manía en función de una red de interrelaciones entre el Yo, el Superyó y el objeto amado y observó que antes del comienzo de un episodio depresivo, el individuo atraviesa un período de rebeldía arrogante y encarnizada, que es la manifestación de la manera en que se comporta con el objeto amado durante sus períodos de normalidad (Arieti y Bemporad, 1978).

Cuando el objeto es perdido trata de recuperarlo induciendo piedad y culpa, si no lo recupera, su melancolía avanza hacia una forma más maligna (psicótica) presentándose una lucha intrapsíquica, en la cual se renuncia a los objetos externos y el Yo busca el perdón del Superyó, que ha tomado el lugar del objeto amado.

Para Fenichel (1945) el factor clave de la depresión era la caída de la autoestima, la cual es la vivencia que refleja la discrepancia entre la personalidad real y un estado deseado. Este enfoque ha sido adoptado por los autores que se describen a continuación (Arieti y Bemporad, 1978).

La depresión para Jacobson (1954) se produce debido a una catectización agresiva del sí mismo, con escasa diferenciación superyóica y ausencia de una adecuada separación entre las representaciones objetales y el ideal parental de la infancia.

Bibring (1953), define la depresión como la expresión emocional de un estado de indefensión e impotencia del Yo, independientemente de los factores que puedan haber causado el colapso de los mecanismos que fundamentan su autoestima. Compara la depresión con la ansiedad infiriendo que ambas son experiencias primarias.

Sandler y Joffe (1965) consideran que la depresión es un afecto básico que es experimentado cuando el individuo cree haber perdido algo que era esencial para su bienestar y se siente incapaz de anular esa pérdida. Conciben la depresión como la sensación de haber quedado privado de un estado ideal, vehiculizado a menudo por una relación con otra persona (Arieti y Bemporad, 1978).

Klein (1948) habla de dos etapas básicas del desarrollo durante el primer año de vida, a las que denomina posiciones. La primera es la posición esquizo-paranoide en la cual el bebé internaliza los objetos parciales como buenos y malos, temiendo que los malos destruyan a los primeros. La segunda posición es la depresiva, la cual se produce entre los tres y los seis meses de edad inmediatamente después de la posición esquizo-paranoide. El bebé pasa por una crisis provocada por el temor de que la agresión, que ahora reconoce como propia, destruya los objetos buenos tanto externos como internos, y su temor se denomina

ansiedad depresiva, es decir, el temor que tiene de haber sido él mismo el causante de la pérdida o destrucción de su sensación de bienestar (Bleichmar y Leiberman, 1989).

Para Winnicott (1955) la posición depresiva aparece en el momento del destete, y si todo va bien se alcanza en la segunda mitad del primer año de vida.

Castilla de Pino (1978) menciona que en cualquiera de las posiciones citadas anteriormente se advierte que es la primera vez que en el niño puede aparecer angustia inherente al sentimiento de culpa: la separación del objeto amado puede depender de la culpa del sujeto, culpa que todavía no puede remitir a las inherentes, a las situaciones edípicas (en Méndez, 1995).

Cameron (1982) indica que las reacciones neuróticas depresivas son desórdenes del humor en los que se expresan la tensión y la ansiedad en forma de abatimiento y subestimación de sí mismo, alteraciones somáticas y quejas repetidas acerca del sentirse inferior, desesperado y despreciable.

## **TEORIA INTERPERSONAL Y CULTURAL**

Cohen y colaboradores (1949,1954), observaron en doce pacientes depresivos que las experiencias infantiles conformaban una definida estructura de la personalidad. El factor más constante era una sensación de vacío y una permanente necesidad de apoyo que las figuras externas debían satisfacer (Arieti y Bemporad, 1978).

La corriente culturalista propone una interpretación de la depresión en la cual el acento está puesto en la reacción a las exigencias sociales, el efecto que la sintomatología produce en los demás y la utilización de la depresión para satisfacer objetivos anormales.

Adler (1961) menciona que el depresivo se esfuerza constantemente por afirmar su enfermedad, para hacer prevalecer su voluntad por sobre los demás para obligarlos a sacrificarse, para frustrar todas sus tentativas de ayudarlo, para culparlos de una situación y para liberarse de toda obligación y cooperación social (Arieti y Bemporad, 1978).

Para Bonime (1960, 1962, 1976) la depresión es una práctica, una modalidad cotidiana de interacción. Los principales componentes patológicos de este modo de vida son: las tendencias manipuladoras, la aversión a la influencia de los demás, la renuencia a brindar gratificación, una sensación básica de hostilidad y la vivencia de ansiedad; provocado esto en el adulto por una carencia de estímulo en la infancia y el respeto que los padres debieron proveer (en Méndez 1995).

## **TEORIA EXISTENCIALISTA**

Dentro de esta corriente se analiza el mundo fenomenológico del paciente sin incurrir excesivamente a conceptos no experienciales (como la dinámica inconsciente), ni a determinados hechos causales (como los factores hereditarios o los traumas infantiles). Es el examen del mundo tal y como lo intuye la conciencia activa, sin estructuras preconcebidas.

Arieti (1978) resumiendo algunos estudios existencialistas realizados por Le Mappian, Ey y Sommer, destacan la importancia de la distorsión temporal de la experiencia de la depresión: hay una exagerada



preocupación por hechos del pasado, que están constantemente presentes en la mente y que el individuo utiliza para torturarse con recriminaciones culposas. Esta teoría resalta los aspectos subjetivos del individuo, lo que viene a producir un padecimiento depresivo que debe estar fundamentado solamente en experiencias vividas por el sujeto, en lo que éste intuye, no en algo ya preconcebido.

### TEORIA COGNITIVA

A diferencia de las cogniciones normales, las de los depresivos están dominadas por procesos y contenidos idiosincráticos, determinando éstos la respuesta afectiva en las personas que padecen este trastorno (Beck, 1967).

Beck divide la conceptualización de los pacientes depresivos en la "triada cognitiva". El paciente ve su mundo, así mismo y su futuro de una manera negativa aumentando así la depresión de la persona, que al sentirse rechazada se siente triste. Le sobreviene una disminución de su voluntad y desea escapar. Cuando estos sentimientos se intensifican y se unen a la desesperanza, el sujeto se vuelve dependiente en extremo y puede intentar el suicidio.

Beck (1988) menciona que durante la depresión se da un cambio en la manera en que la gente elabora la información, lo cual conduce a una predisposición negativa para hacer observaciones. Además surge una tendencia a sacar conclusiones rápidas a base de fragmentos de pruebas que conducen a un juicio repentino basado en el leve hilo de una prueba o de ninguna, y se tiende a exagerar la manera de pensar. Indica que el sistema para codificar sucesos particulares está predispuesto de un modo uniforme.

Beck vincula la depresión con una pérdida significativa, que a su vez da lugar a distorsiones cognitivas. Menciona que la tristeza del paciente es una consecuencia inevitable de su sensación de privación, pesimismo y autocrítica. Su teoría habla de los resultados de la depresión, más no de sus causas. Afirma que una vez lograda la recuperación clínica, el individuo deja de distorsionar sus experiencias.

Elges y Bowlby (1969) consideran que un depresivo siente desesperanza por su futuro cuando cree que sus habilidades no seguirán siendo efectivas para alcanzar sus metas, que ha fallado por su incompetencia y debe depender de otros y siente que sus anteriores esfuerzos para alcanzar metas a largo plazo han fallado (en Méndez, 1995).

#### TEORÍA CONDUCTISTA

Spitzer (1965) habla de un análisis topográfico y uno funcional de la conducta. El topográfico sólo describe lo que ha ocurrido, sin referirse a antecedentes o consecuencias. El funcional, que él consideraba el más importante, describe la relación de la conducta con el medio ambiente y especifica que se deben controlar los eventos medio ambientales que pueden ser manipulables (en Méndez, 1995).

Wass y Boren (1972) encontraron que las dos condiciones más importantes asociadas con la depresión son el reforzamiento positivo insuficiente y el control aversivo.

Seligman y Maier (1967), afirman que la depresión surge cuando el individuo siente haber perdido todo control sobre las respuestas de los

otros, y debido a su reconocida indefensión se considera incapaz de modificar su situación negativa (Arieti y Bemporad. 1978).

Lazarus (1968) ve la depresión como una función de reforzadores insuficientes o inadecuados. Su innovación con respecto a Fester fué el presentar métodos terapéuticos.

Lewinsohn, Wenstein y Shaw (1968) consideran que también estados organísmicos tales como falta de habilidad social pueden provocar la depresión (en Méndez, 1995).

Costello (1972) declaró que una pérdida en la efectividad del reforzador causa depresión y que esa pérdida puede ser debido tanto a cambios neurofisiológicos como bioquímicos al rompimiento de una cadena de conductas.

## **CLASIFICACION Y SINTOMAS DE LA DEPRESION**

La clasificación del síndrome depresivo siempre ha sido objeto de múltiples investigaciones y controversias. El origen de la clasificación tiene razones prácticas ya que permite identificar con facilidad el trastorno, y nos ayuda a elaborar un adecuado plan terapéutico.

La depresión se ha caracterizado diferentemente como abatimiento, tristeza, retardo de la motilidad, lacrimación, etc. La gama de las reacciones depresivas abarca de una tristeza ligera por una desilusión concreta pasando por reacciones moderadas y de larga duración hasta la

depresión intensa psicótica o melancolía; por lo que es importante su clasificación y así obtener un certero diagnóstico.

Tanto la CIE 10 como el DSM IV clasifican la depresión en tres grandes rubros. La diferencia entre estos grados se basa en una valoración clínica que incluye el número, el tipo y la gravedad de los síntomas presentes:

LEVE : Este enfermo suele encontrarse afectado por síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque probablemente no las deje por completo. Pueden presentarse o no síntomas somáticos.

MODERADA : Varios de los síntomas se presentan en grado intenso. Se trata de enfermos con grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica. Se presenta con o sin síntomas somáticos.

GRAVE : El enfermo suele presentar mucha angustia y el riesgo de suicidio es importante, estando casi siempre presentes los síntomas somáticos. No es probable que pueda seguir con su actividad laboral, social o doméstica más que de manera muy limitada. Esta modalidad también se puede presentar con síntomas psicóticos como ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo.

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 mencionan diez síntomas a diferencia del DSM-IV (donde la pérdida de autoestima constituye un síntoma diferente del sentimiento inapropiado de culpabilidad).

La CIE-10 contiene criterios diagnósticos distintos para cada nivel de gravedad del episodio depresivo mayor: un mínimo de 4 de los 10 síntomas define el nivel leve; 6 de 10 síntomas, el nivel moderado; y de 8 a 10, el nivel grave.

La Asociación Psiquiátrica Americana (1968) clasificaba a la depresión en depresiones endógenas y reactivas, las primeras causadas por factores internos (bioquímicos, hormonales o genéticos); y se caracterizan por retardo, depresión severa, falta de reactividad al ambiente, pérdida del interés a la vida, síntomas somáticos, estrés no precipitante, insomnio, falta de autocompasión, antecedentes de episodios previos, pérdida de peso, culpa, ausencia de rasgos de personalidad histérica o inadecuada y suicidio. En tanto que las reactivas, son causadas por factores externos (estrés, traumas psicológicos y conflictos), en estas encontramos menos retardo, depresión menos severa, mayor reacción hacia el medio ambiente, menor pérdida de interés en la vida, menor número de síntomas somáticos, estrés precipitante, menos insomnio, mayor autocompasión, menos pérdida de peso, menos culpa, más rasgos de personalidad histérica y menos suicidios (Mendels, 1972).

Vinekur (1973), menciona tres categorías de depresión (en Méndez, .995):

Sufrimiento Normal - Equivalente a la depresión reactiva.

Depresión Secundaria - Episodio depresivo con la presencia de psicopatología no afectiva preexistente.

Desorden Afectivo Primario - Es la manía o la depresión sin ningún otro desorden psiquiátrico. Este a su vez está dividido en:

-Unipolar: Enfermedad puramente depresiva

-Bipolar: Maníaco-Depresiva

En todos los países industrializados, especialmente entre la gente que vive en comunidades urbanas, los desórdenes depresivos han tenido un importante incremento en los últimos veinte años. Este incremento, es atribuido en parte al progreso de métodos de diagnóstico, y en parte al hecho de que desde el descubrimiento terapéutico de drogas antidepressivas más y más personas que sufren de Depresión consultan al médico en espera de recibir un tratamiento efectivo. En varias publicaciones se apunta que la depresión psicógena y enmascarada van particularmente en aumento (Kielholz, 1972).

Paralelamente con el incremento en la incidencia de la Depresión, en los últimos veinte años no sólo han aumentado los intentos de suicidio sino también el número de suicidios concretados. Varios autores, entre los que se encuentran Ringel, Stengel, Sainsbury, y Pöldinger han portado evidencia suficiente para demostrar que al menos 50% de los sujetos que intentan o cometen suicidio han sufrido Depresión. La gran frecuencia de actos suicidas son un signo importante de la creciente prevalencia de enfermedades depresivas (Kielholz, 1972).

Durante los últimos quince años ha habido un cambio en la nomenclología de la Depresión, un cambio caracterizado por un incremento en la tendencia hacia la somatización.

A pesar del progreso en diagnóstico, muchos casos de Depresión no son reconocidos a tiempo porque se encuentran bajo una forma enmascarada con una variedad de síntomas somáticos.

Es esencial para un tratamiento exitoso en estados depresivos, establecer un preciso diagnóstico nosológico y fenomenológico. Una correcta clasificación nosológica de un caso puede ser llevado a cabo por un estudio conjunto de la historia del paciente, estructura de la personalidad premórbida, y aspectos somáticos y psíquicos que él presente así como de su situación ocupacional, familiar y económica.

De acuerdo con su clasificación nosológica, el síndrome depresivo se divide en varios grupos.

DEPRESION EXOGENA: Depresión Orgánica  
Depresión Sintomática  
DEPRESION ENDOGENA: Depresión Cíclica  
Depresión Involutiva  
DEPRESION PSICOGENA: Depresión Neurótica  
Depresión por Fatiga  
Depresión Reactiva

Este método de diferenciación entre las formas de Depresión de acuerdo a su etiología orgánica, endógena o psicógena, ha probado ser útil en la práctica (Kielholz, 1972). Esto facilita el sostener conclusiones no sólo considerando el tipo indicado de farmacoterapia o psicoterapia, sino el curso y el pronóstico clínicos.

El problema de la cuantificación de los síntomas depresivos no ha sido satisfactoriamente aclarado. Esta es una de las tareas más urgentes que ahora confrontan aquéllos comprometidos con la investigación biológica para ofrecer una nueva clasificación de la Depresión y basar la terapia no sólo en principios biológicos.

La OMS ha dividido los trastornos del humor en siete categorías principales de acuerdo con el afecto predominante (episodio maniaco depresivo o trastorno bipolar), la evolución recidivante del padecimiento (trastorno depresivo recurrente) o la cronicidad del mismo (ciclotimia y distimia). A su vez cada categoría comprende variaciones de grado según la gravedad del trastorno (leve, moderado o severo) o la presencia de síntomas somáticos o psicóticos. Por último restan dos categorías para aquéllos que, siendo trastornos del afecto, no reúnen los criterios diagnósticos para ser ubicados en alguno de los rubros precedentes (CIE-10).

De acuerdo a la clasificación del DSM-IV encontramos que los trastornos afectivos se dividen en episodios afectivos (depresivo mayor, maniaco, mixto e hipomaniaco), trastornos depresivos (depresivo mayor, distímico y depresivo no especificado), trastornos bipolares (bipolar I, bipolar II, ciclotímico y bipolar no especificado) y otros trastornos del estado de ánimo (debido a una enfermedad médica, inducido por sustancias y no especificados).

## **TRATAMIENTO**

Las miras del tratamiento son evitar el suicidio u otro tipo de conducta destructiva, aliviar el sufrimiento, acortar el curso de la enfermedad y prevenir o atenuar futuros episodios. Se ha demostrado que la respuesta a un tratamiento específico depende en gran parte de las expectativas del paciente, es decir, si el paciente cree estar



recibiendo una terapia o medicamento poderoso, habrá una mayor probabilidad de una buena respuesta al tratamiento.

## TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Existen dos grupos de poderosos medicamentos antidepresivos: el de los tricíclicos o TCAs (tricyclic anti-depresants), encabezados por la imipramina, y el de los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), por la imiproniazida. La industria farmacéutica ha sintetizado una serie de productos con características similares, por lo que actualmente contamos con una gran variedad de ellos (Calderón, 1990).

Los antidepresivos tricíclicos bloquean la reabsorción de los neurotransmisores una vez que han sido liberados en el intervalo que prepara a las células nerviosas. El resultado es una acumulación de estas sustancias que suplen el bajo nivel que se presenta en la depresión.

La monoaminoxidasa es una sustancia que se utiliza normalmente para la desintegración de la norepinefrina y de la serotonina, que al reducir su eficacia aumenta la cantidad de la disponibilidad de ambos neurotransmisores. El resultado final es el mismo que con los TCAs pero el uso de los IMAO es más engañoso. Si la dieta del paciente contiene grandes cantidades de tiramina, que se encuentra en el vino, en el queso y otros alimentos, el resultado puede ser una presión sanguínea alta potencialmente peligrosa.

Las personas que toman IMAO necesitan la guía cuidadosa de un nutriólogo. En parte debido a estas dificultades, éstos fármacos se utilizan con menor frecuencia que los tricíclicos, pero, para algunas personas, son lo único que les funciona (Cleghorn y Lee, 1991).

Con los fármacos antidepresivos en general, se requiere un intervalo de 14 a 21 días antes de que tengan un efecto notable. Los farmacólogos piensan en término de los neurotransmisores que tienen una cascada de efectos que tardan mucho tiempo en presentarse.

## TRATAMIENTO PSICOLOGICO

Este tipo de tratamiento para la Depresión supone dar apoyo durante una crisis o ayudar a la persona a aceptar una enfermedad. Se puede ayudar a las personas con conflictos y estrés emocional relacionado con pérdidas, problemas en sus interrelaciones, y una pobre autoestima, a comprender su mundo psicológico interno y las razones por las cuales son susceptibles a la Depresión. La terapia puede basarse en diversos enfoques bien conocidos de cómo se puede guiar a otros para resolver problemas psicológicos:

- La **Terapia Cognitiva** tiene como meta romper el patrón negativo de pensamiento, no transformarlo en una perspectiva extramadamente optimista, sino en un punto de vista más positivo, lógico y quizá más realista de la vida. Un aspecto relacionado con esto es alentar a los pacientes a formular diversas maneras de encarar sus problemas emocionales, y a examinar las implicaciones de cada una. La idea general es promover un sentido de competencia, que lleva a una mayor confianza y a una perspectiva más positiva.
- La **terapia conductual** supone con frecuencia obtener que los pacientes tomen parte en actividades que ayuden claramente a alejarlos de conductas que es necesario cambiar. El enfoque aquí es bastante específico, y con frecuencia hay poco interés en los traumas emocionales profundos que pueden haber generado la conducta. La meta

es definir el problema específico y atacarlo científica y directamente por medio de técnicas tales como:

- desensibilización sistemática, que supone una situación, paso a paso del estado de angustia por un estado de relajación.
- moldeamiento, o aprender a cambiar por medio de la observación directa de los demás.
- repetición de conducta, que suele suponer el actuar papeles.
- reforzamiento positivo
- autorregulación por medio de una revisión cuidadosa de la propia conducta.

Terapia familiar o de pareja es útil para los que necesiten manejar las dificultades en sus relaciones.

La terapia de grupo ayuda a las personas que se encuentran en una misma situación, a compartir de manera productiva las experiencias o los temores que se desprenden de ella.

En algunas veces, funciona mejor una combinación de éstas técnicas.

## **OSPITALIZACION**

Depende de varios factores que incluyen el peligro del suicidio, la relación de carácter patológico con los miembros de la familia, la necesidad de terapia electroconvulsiva y las dificultades que supone establecer una relación terapéutica. Con frecuencia requieren hospitalización los pacientes maniacos, los suicidas y aquéllos cuya depresión puede tener una causa orgánica. Con el advenimiento de los tratamientos somáticos, en el último decenio se ha reducido

Espectacularmente la necesidad de la hospitalización. En la actualidad la estancia promedio en el hospital en general es de menos de un mes.

### TRATAMIENTO ELECTROCONVULSIVO

Este es el tratamiento de elección en los pacientes con ideas agudas de suicidio o por razones de vigencia (ejemplo: individuos con tensiones gubernamentales, financieras o de otra naturaleza que requieren atención inmediata) es imperativo disminuir la depresión tan rápido como sea posible.

Las decisiones terapéuticas llevan consigo una gran responsabilidad por lo que resulta difícil el tomar este tipo de decisiones aunado a la variedad de procedimientos terapéuticos como los mencionados anteriormente.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, según el tipo de Depresión será el tipo de tratamiento: para Depresión Leve recomienda Psicoterapia; para Depresión Moderada, Psicoterapia y Farmacoterapia; y para Depresión Severa, Psicoterapia, Farmacoterapia y Terapia Electroconvulsiva.

Con lo anterior podemos observar como la Psicoterapia es imprescindible, ya que se recomienda en cualquier tipo de depresión, por lo mismo es de suma importancia el tener instrumentos que ayuden a medir la Depresión y que auxilien al psicoterapeuta a obtener un diagnóstico más certero.

## MEDICION DE LA DEPRESION

Para el psicólogo, uno de los mayores problemas, es el de saber cómo descubrir la naturaleza y la amplitud de las diferencias individuales en forma precisa y exacta; y es por esto que han desarrollado instrumentos (pruebas psicométricas), los cuales representan el mejor método desarrollado para medir características comportamentales (Brown, 1980).

Un instrumento de medición adecuado es aquél que registra datos observables que representan verdaderamente a los conceptos o variables que el investigador tiene en mente (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

El instrumento de medida debe ser válido y confiable. Por confiable se entiende la constancia con la que la prueba mide lo que debe medir, es decir, se considera que una prueba es confiable si sus medidas son consistentes. Un instrumento es válido hasta donde mida un constructo y no otras variables extrañas (Brown, 1980).

El término validez tiene tres clasificaciones principales:

**VALIDEZ DE CONSTRUCTO:** Tiene que ver con la medición de atributos psicológicos. Se refiere al grado en que una medición se relaciona consistentemente con otras mediciones de acuerdo con hipótesis derivadas teóricamente y que conciernen a los conceptos (o constructos) que están siendo medidos. Un constructo es una variable

medida y que tiene lugar dentro de una teoría o esquema teórico. La validez de constructo incluye tres etapas:

- Se establece y especifica la relación teórica entre los conceptos (sobre la base del marco teórico).
- Se correlacionan ambos conceptos y se analiza cuidadosamente la correlación.
- Se interpreta la evidencia empírica de acuerdo a qué tanto clarifica la validez de constructo de una medición en particular.

El proceso de validación de un constructo está vinculado con la teoría. No es posible llevar a cabo la validación de constructo, a menos que exista un marco teórico que soporte a la variable en relación con otras variables. Entre más elaborado y comprobado se encuentre el marco teórico que apoya la hipótesis, la validación de constructo puede arrojar mayor luz sobre la validez de un instrumento de medición.

**2. VALIDEZ DE CRITERIO:** Se refiere al establecimiento de una relación estadística con un criterio particular. Si el criterio se fija en el presente se habla de validez concurrente (los resultados del instrumento se correlacionan con el criterio en el mismo momento o punto del tiempo). Si el criterio se fija en el futuro, se habla de validez predictiva; en donde las calificaciones de las pruebas predicen realmente las calificaciones del criterio. En los estudios de validez concurrente, las calificaciones de las pruebas psicológicas y los datos del criterio se reúnen en el mismo punto a través del tiempo, en este caso, puesto que ya se dispone de las calificaciones del criterio, el propósito es determinar si las calificaciones de la prueba psicológica pueden substituirse por los datos registrados en el criterio; en lugar de la predicción de un criterio a partir de la prueba misma. Los procedimientos de validez concurrente se utilizan siempre que una prueba se aplica a personas en distintas categorías

como grupos de diagnóstico o niveles socioeconómicos, con el propósito de determinar si las calificaciones promedio de distintos tipos de personas son diferentes de manera significativa.

**3. VALIDEZ DE CONTENIDO:** Trata del muestreo de una reserva de contenido requerido. Es decir, se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide. El contenido de la prueba produce un rango de respuestas que representa un área o universo completos de habilidades, comprensiones y otros comportamientos que se supone la prueba debe medir. Ese universo de comportamientos se debe especificar con detenimiento. Así, si la prueba está bien diseñada, las respuestas que dan los sujetos a los reactivos serán representativas de las que serían sus respuestas al universo de situaciones de las que la prueba es una muestra.

Debido a que las tres tienen mucho en común, muchos destacan la unidad del proceso de validación (Nunnally, 1994).

La confiabilidad se define como la razón de la varianza real de un conjunto de calificaciones de una prueba con la varianza total obtenida, y se puede calcular dependiendo de cuáles sean las fuentes de error que más interesan. Si se desea saber la estabilidad de la ejecución a través del tiempo, es decir, la consistencia entre las calificaciones obtenidas en una prueba y una reaplicación en una fecha posterior entonces se calcula un coeficiente de estabilidad. Si por otro lado, lo que interesa es la correspondencia entre los resultados obtenidos en dos formas, supuestamente equivalentes de una prueba, entonces la estimación será un coeficiente de equivalencia. También se pueden combinar estos dos procedimientos y determinar la consistencia de los resultados entre dos formas de una prueba separadas por un intervalo de tiempo, esto da como resultado un coeficiente de equivalencia y estabilidad (Brown, 1980).

Las escalas de evaluación psicológica tienen antecedentes históricos muy lejanos. Los clínicos de hace más de 50 años ya las utilizaban rudimentariamente y su origen se halla ligado a la aparición de los tratamientos biológicos y a la necesidad de evaluar sus efectos y de detectar a los pacientes que puedan beneficiarse de ellos.

La primera escala de depresión de que se tiene noticia fué la descrita por Kempf en 1915, y en 1917 Woodworth publicó el primer cuestionario de autoevaluación (Personal Data Sheet), pero tuvieron que pasar muchos años antes de que este tipo de estudios se aplicara al problema específico de la depresión.

Actualmente se cuenta con una numerosa variedad de escalas para medir la depresión, sin embargo la mayoría de ellas son extranjeras, por lo cual a pesar de ser buenos instrumentos psicométricos, no son muy útiles en nuestro país, ya que no todas cuentan con una adaptación para población mexicana.

A continuación se citan algunas de las escalas para medir depresión:

- Análisis de Criterios Múltiples para las Depresiones Neuróticas. Klerman (1979)
- Escala de Autovaloración de Zerssen
- Inventario de Depresión de Beck, (1978)
- Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)
- Children's Depression Scale
- Children's Affective Rating Scale
- CODE-DD (Composite Diagnostic Evaluation of Depressive Disorders)
- Crandell Cognitions Inventory
- Depression Adjective Check List (DACL)



- Geriatric Depression Scale
- Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)
- Impatient Multidimensional Psychiatric Scale (IMPS)
- Mini-Mental State Examination
- MMPI D Scale
- Self-rating Depression Scale (SDS), Zung (1969)
- SCL-90

En México sólo se cuenta con la adaptación de la Escala de Autoevaluación de Zung en población de estudiantes de secundaria (Suárez,1988); y un estudio de traducción y estandarización del Inventario de Beck para población mexicana realizado por Méndez en 1995, donde participaron 1589 sujetos de entre 15 y 65 años de edad, de ambos sexos y diferente escolaridad y ocupación. Fué obtenida la confiabilidad a través del alpha de Cronbach la cual dió un resultado de 0.8734, esto indica que el instrumento es altamente confiable en población mexicana. En cuanto a la discriminación de los reactivos entre puntajes altos y bajos, como lo indican las pruebas t por reactivo, se obtuvo una significancia de  $p > .000$  en cada uno de los reactivos que conforman el instrumento.

Además del trabajo realizado por Méndez(1995), al hacer la revisión de la literatura de los trabajos que se han realizado en nuestro país utilizando el Inventario de Depresión de Beck (IDB), se encontró que existen seis trabajos [Alvarado (1991); Guzmán (1991); Redmon (1991); Sánchez (1991); Amieva (1992); Sáinz (1992)], en los que se empleó el inventario de Depresión de Beck. No obstante, es importante resaltar que de acuerdo con el proceso metodológico reportado en cada trabajo, resulta evidente que adolecen del rigor psicométrico requerido para la traducción y adaptación de instrumentos de medición psicológica. Los

criterios internacionalmente aceptados, publicados por Geisinger (1994) son:

- \* Traducir y adaptar el instrumento.
- \* Revisar la versión traducida o adaptada del instrumento.
- \* Adaptar la primera versión del instrumento sobre la base de los comentarios de los revisores, o expertos en el rasgo o constructo.
- \* Someter el instrumento a pruebas piloto.
- \* Hacer pruebas de campo con el instrumento.
- \* Estandarizar las normas (siempre que sea posible igualarlas con las de la versión original).
- \* Realizar investigación apropiada que lo valide.
- \* Escribir un Manual y los documentos necesarios para los usuarios del instrumento.
- \* Entrenar a los usuarios.

Por ejemplo, Alvarado aplicó el (IDB) en una muestra de 120 estudiantes de entre 15 y 20 años del Colegio de Ciencias y Humanidades en el que reporta que los alumnos con Depresión Mayor y reacción de ajuste con ánimo depresivo obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los alumnos sin diagnóstico y con esto concluye que el IDB es un instrumento con una validez adecuada para su empleo en población estudiantil de nivel medio superior.

uzmán (1991), realiza un estudio en 30 pacientes internados en el hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez con cualquier tipo de enfermedad psiquiátrica y con previa información aceptaran participar en el estudio. Se les aplicó el IDB en dos momentos diferentes, donde encontró un coeficiente de correlación de Pearson  $r=.908$  y un

coeficiente de correlación por rangos de Spearman de .550 con un intervalo de tiempo de 48 horas.

Redmon (1991), llevó a cabo un estudio de validez concurrente en una población de 50 pacientes neumológicos diagnosticados como deprimidos y contrastarlos con los que no presentaban condiciones diagnósticas consideradas como Depresión; utilizó el IDB y la Escala de Ansiedad y Depresión de Hamilton para Hospital General reportando que los pacientes deprimidos obtuvieron puntajes más altos a los obtenidos por los pacientes no deprimidos, al aplicar la t de Student se encontró un valor de 5.64 y una  $p < .001$ ; considerando a ambas escalas como útiles instrumentos en el estudio de síndromes depresivos.

Sánchez (1991), refiere que no hay suficiente literatura que reporte la incidencia de Depresión en pacientes con embarazo que no sea de alto riesgo y considerado obstéticamente como normoevolutivo, por lo que decide utilizar el IDB en 110 pacientes gestantes que acudieron a la consulta externa de una unidad de medicina familiar que previa información aceptaron participar en el estudio, los resultados los dividió en tres grupos de acuerdo al puntaje obtenido en el Beck encontrando que el 90% de las pacientes obtuvieron puntajes de 0 a 13, es decir, sin Depresión; en la clasificación de Depresión leve a moderada hubo un 8.19% y con Depresión grave un 1.81%, concluye que un 0% del total de la muestra presenta Depresión, con lo que considera demostrada la utilidad del instrumento.

En 1992, en una muestra de 114 pacientes de primera vez del servicio de consulta externa del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la U.N.A.M., Amieva compara los puntajes obtenidos del IDB con los resultados diagnósticos obtenidos mediante evaluación clínica a los

mismos pacientes basados en una entrevista semiestructurada utilizando los criterios diagnósticos del DSM-III-R que permiten diagnosticar un síndrome depresivo; reportando que los puntajes más altos en el IDB fueron los de aquéllos diagnosticados como deprimidos en la entrevista semiestructurada y los puntajes más bajos se obtuvieron de aquéllos que no cumplían los criterios utilizados en la entrevista para poder ser diagnosticados como deprimidos por lo que considera útil el IDB para distinguir , dentro de los pacientes a quienes fué aplicado, a aquéllos que cursaban con un síndrome depresivo.

Sáinz en 1992 realiza un estudio de validez concurrente de la Escala de Depresión Geriátrica y el IDB en una población de 65 pacientes entre 65 y 79 años de edad internados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, elaboró tablas de características sociodemográficas de diagnóstico y si estaban recibiendo tratamiento farmacológico, una tabla de puntuaciones totales de ambas escalas de acuerdo al diagnóstico, pero nunca aparece una correlación entre las escalas, sin embargo con esto concluye que son útiles en el diagnóstico.

En conclusión, dado que los trabajos antes mencionados adolecen del control metodológico ya descrito y dado que el de Méndez (1995) se apega a dichos criterios internacionalmente aceptados, con base en dicho estudio, el presente trabajo busca encontrar datos que den apoyo a la validez concurrente del Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung.

# CARACTERISTICAS PSICOMETRICAS DEL INVENTARIO DE BECK Y LA ESCALA DE ZUNG

## INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

A principios de los años sesentas, el Doctor Aaron T. Beck dió a conocer un inventario para medir la depresión, el cual fué diseñado originalmente para valorar lo severo de la depresión en pacientes psiquiátricos; más tarde, en 1976, publicó una versión revisada la cual puede ser auto aplicable, ya que trae las instrucciones muy claras al principio del inventario, por lo que no es necesario que el aplicador esté presente. Sin embargo, es importante que sea calificado y evaluado por personal capacitado.

El inventario comprende 21 categorías de síntomas o actitudes, las cuales son cuantificadas con valores numéricos del 0 al 3, el puntaje obtenido indicará la intensidad de la depresión de la siguiente manera:

De 0 a 9	Depresión Mínima
De 10 a 16	Depresión Leve
De 17 a 29	Depresión Moderada
De 30 a 63	Depresión Severa

Las actitudes y síntomas evaluados en la escala son: estado de ánimo pesimismo, sentimiento de fracaso, insatisfacción personal, culpa, castigo, autodisgusto, autoacusación, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, desinterés social, indecisión, cambios en la imagen

corporal, dificultad laboral, insomnio, fatiga, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática, pérdida de la libido.

El inventario de Beck es uno de los más empleados en estudios de investigación, y en un gran número de ellos se ha tratado de obtener la validez concurrente del mismo. Se ha comparado el instrumento con otros que también miden depresión y se ha llevado a cabo tanto en pacientes psiquiátricos como en no psiquiátricos. Diversos autores han realizado revisiones del inventario, entre ellos encontramos a Conde, Chamorro y Serrano(1976), Beck y Steer (1987).

Lambert, Hatch, Kingston y Edwards (1986), compararon el Inventario de Depresión de Beck con otras escalas y encontraron que el coeficiente de correlación entre el Hamilton Rating Scale for Depression y el Inventario de Depresión de Beck oscila de 0.61 a 0.86. La correlación media en pacientes psiquiátricos fué de 0.73. En pacientes no psiquiátricos se obtuvo una correlación que va de 0.73 a 0.80.

El coeficiente de correlación entre el Inventario de Depresión de Beck y la escala de Zung, fué de 0.57 a 0.83. La media de los coeficientes de correlación fué de 0.76. En estudios con pacientes no psiquiátricos el rango fué de 0.66 a 0.86.

La correlación entre el Inventario de Depresión de Beck y el MMPI-D osciló de 0.41 a 0.70. La correlación media entre pacientes psiquiátricos fué de 0.76 y en pacientes no psiquiátricos fué de 0.60.

## CARACTERISTICAS PSICOMETRICAS DEL INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

### VALIDEZ

- **Validez de Contenido.**- Moran y Lambert (1983), compararon el contenido del Inventario de Depresión de Beck ya revisado con los desórdenes afectivos del DSM III, y concluyeron que el primero sólo reflejaba seis de los nueve criterios del segundo (en Beck, Steer y Garbin, 1988).
- **Validez Discriminante.**- Varios estudios han indicado que el Inventario de Depresión de Beck puede diferenciar a pacientes psiquiátricos de personas normales. También puede discriminar entre Desórdenes Distímicos y de Depresión Mayor.
- **Validez de Constructo.**- Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974) encontraron que la escala de Desamparo de Beck está relacionada positivamente con el Inventario. (Beck y Steer, 1987).
- **Validez Concurrente.**- Beck, Steer y Garbin (1988) encontraron con la ecuación de Pearson, producto-momento, que las correlaciones entre el Inventario de Depresión de Beck contestado por pacientes psiquiátricos y no psiquiátricos era de .60.
- **Validez Factorial.**- El Inventario ha sido analizado factorialmente tanto en poblaciones clínicas como no clínicas (Beck, Steer y Garbin 1988) resultando que el número de factores extraído depende de las características de las muestras clínicas y no clínicas estudiadas.

## ESCALA DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESION DE ZUNG

En 1964, Zung y Durham realizaron una investigación sobre depresión, y en 1965 publicaron los resultados (Suárez, 1988). En el proyecto correlacionaron la presencia o severidad del trastorno depresivo con otros parámetros, como la facilidad para despertar del sueño y los cambios que se lograban con el tratamiento. Zung y Durham se dieron cuenta de que las escalas para medir la depresión existentes hasta entonces, eran inadecuadas, pues por su extensión requerían de mucho tiempo para su aplicación, eran especialmente difíciles de resolver para enfermos depresivos con trastornos psicómotores, y por otra parte no eran autoaplicables, por lo que los resultados obtenidos podían ser matizados por la interpretación personal del entrevistador. Por lo que Zung y Durham decidieron elaborar una escala que reuniera los siguientes requisitos:

1. Que fuera aplicable a enfermos con diagnóstico primario de depresión.
2. Que incluyera los síntomas más representativos de depresión.
3. Que fuera breve y sencilla.
4. De aplicación más cuantitativa.
5. Que pudiera ser autoaplicada por el enfermo, a fin de recabar su respuesta directa.

El primer paso fue la elaboración de una lista de síntomas que pudieran ser considerados como característicos de la depresión; Zung y Durham concluyeron que estos síntomas deberían abarcar alteraciones del afecto y equivalentes fisiológicos y psicológicos.



Una vez definidas las áreas a investigar, se elaboraron 20 reactivos planteando diez en sentido positivo y diez en sentido negativo para evitar que el paciente pudiera encontrar una tendencia en el estudio. Los enunciados de la escala están redactados en un lenguaje común y sencillo.

Para la cuantificación del síntoma se plantearon cuatro categorías correspondiendo a: muy pocas veces, algunas veces, la mayor parte del tiempo y continuamente, calificando con una valor de 1, 2, 3 y 4 en orden variable según si la pregunta estaba formulada en sentido positivo o negativo.

Para la aplicación de la prueba se da al paciente la lista de declaraciones, y se le pide que ponga una marca en el recuadro más aplicable a su caso en el momento de hacer la prueba. Para obtener la medición de la depresión del paciente, la escala terminada se coloca debajo de una cubierta transparente para hacer la calificación, se escribe en el margen el valor indicado para cada declaración y luego se suma. Esta calificación básica se convierte entonces a un índice basado en 100 (AMD).

La escala está planteada de tal manera que un índice bajo señala poca o ninguna depresión y un índice alto señala una depresión de significación clínica.

Una vez obtenido el índice AMD, es posible obtener el diagnóstico final basándose en la siguiente tabla:

DIAGNÓSTICO DE LOS GRUPOS DE VALORACION	INDICE AMD PROMEDIO	RANGOS
Controles normales	33	25-43
Deprimidos (hospitalizados)	74	63-90
• Deprimidos (ambulatorios)	64	50-78
• Reacciones de ansiedad	53	40-68
• Desórdenes de la personalidad	53	42-68
• Reacciones de ajuste de situación transitorias	53	38-68

En 1965, Zung y colaboradores realizaron un estudio con el objeto de validar la EAMD con 152 pacientes de consulta externa. El MMPI fué utilizado como prueba criterio por ser válida y confiable. Se empleó la correlación de Pearson producto-momento de donde se observó que la mayor correlación entre ambas escalas es con la escala D (depresión). Concluyendo así que la AMD es una medida más sensible para evaluar la depresión (Suárez, 1988).

De nuevo Zung en 1972 realiza un estudio para corroborar la validez de la EAMD. Utilizó una muestra de 225 pacientes de los cuales 152 eran pacientes hospitalizados y 73 eran de consulta externa. Como medida objetiva para establecer la depresión fueron usados la EAMD y el Depression Status Inventory (DSI). La correlación entre AMD y el DSI fué de 0.87. Las correlaciones para los diez reactivos pares y para los diez reactivos nones del DSI fueron de 0.81 y 0.73 con respecto a los reactivos de la EAMD. Todos los coeficientes de correlación fueron significativos ( $p=0.01$ ).

En 1976, Lara Tapia y colaboradores realizaron un estudio en la ciudad de México con el propósito de adaptar y estandarizar la EAMD en nuestro país. En el estudio participaron pacientes psiquiátricos, no psiquiátricos y sujetos sanos cuyas edades oscilaban entre los 17 y los 64 años. El MMPI se utilizó como prueba criterio. Los resultados obtenidos permitieron concluir que la escala y sus normas de calificación son válidas para nuestro país y que la EADM es un instrumento que ayuda en la detección de depresión como síndrome y de la depresión oculta en otros síntomas.

En una investigación realizada en 1988 por Suárez se emplearon la escala EAMD y el MMPI como prueba criterio por ser válida y confiable. Se aplicaron ambas escalas a estudiantes de secundaria. Se empleó la correlación de Pearson para ambas pruebas con el objeto de obtener la validez concurrente de la EAMD. Para medir la consistencia interna se utilizó el coeficiente de Pearson al que se le aplicó la corrección por el método de las dos mitades de Spearman-Brown. Con los resultados obtenidos ( $r=0.49$  y  $r_{tt}=0.66$ ) se concluyó que la EAMD es válida y confiable para detectar depresión en adolescentes estudiantes de secundaria.

Se realizó un estudio de la relación entre Depresión Mayor y Climaterio en la Consulta Externa y hospitalización psiquiátrica del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (INNN MVS) un grupo de 60 pacientes de sexo femenino se aplicó la Escala de automedición de la Depresión de Zung y el MMPI (Lara Tapia, Gutiérrez y eléndez, 1998, en prensa).

Lara Tapia realizó un estudio epidemiológico de los trastornos depresivos en la hospitalización psiquiátrica del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía durante dos años, y se obtuvieron normas de intensidad mediante las escalas de Depresión de Hamilton y la Escala de Automedición de la Depresión de Zung (Lara Tapia, 1998 en prensa).

Con lo anterior termina la revisión de los estudios psicométricos tanto del Inventario de Depresión de Beck como de la Escala de Automedición de la Depresión de Zung; a continuación se abordará el planteamiento del problema.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una de las enfermedades que más ataca al Hombre actualmente, es la depresión, es alarmante el número de personas que la padece y además parece casi inevitable padecerla ya que existen muchos factores externos que la propician a los cuales la sociedad no ha sabido hacerles frente.

Por lo anterior, este estudio pretende obtener la validez concurrente del Inventario de Depresión de Beck (estandarizado por Méndez, 1995) en una población de pacientes deprimidos, contrastado con los puntajes de la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung con el fin de que el Inventario de Depresión de Beck pueda ser utilizado como auxiliar en la prevención, diagnóstico y evaluación de la depresión.

## JUSTIFICACION

En México las escalas más utilizadas para medir la depresión son la escala D (Depresión) del MMPI, la escala de Hamilton, la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung y el Inventario de Beck; de éstos el MMPI y la Escala de Zung son los que cuentan con más investigaciones en población mexicana. Por lo que es de vital importancia para poder detectar certera y oportunamente la depresión, el contar con instrumentos psicométricos estandarizados validados y confiabilizados en población mexicana.

## OBJETIVO

Este trabajo tiene por objetivo obtener la validez concurrente del Inventario de Depresión de Beck con la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung en pacientes de consulta externa del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía específicamente diagnosticados como depresivos.

## HIPOTESIS

H1: El Inventario de Depresión de Beck correlaciona significativamente con la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung en sujetos con diagnóstico de depresión.

H2: El Inventario de Depresión de Beck no correlaciona significativamente con la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung en sujetos con diagnóstico de depresión.

## METODO

### MUESTREO

Participaron 120 sujetos que acudieron a la clínica de depresión del servicio de consulta externa del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de ambos sexos y con una edad comprendida entre los 15 y los 65 años. La selección de los mismos fué no probabilístico, accidental por cuota, la muestra se completó a lo largo de un año.

### INSTRUMENTOS

Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung.

## PROCEDIMIENTO

Una vez que el paciente acudió a la clínica de depresión del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y se le diagnosticaba como depresivo, el médico especialista canalizaba con el psicólogo al paciente para que le fueran aplicados los dos inventarios. Se les recibía, se les invitaba a participar y se les informaba que sería anónimo y confidencial, los datos demográficos que se consideraron importantes de conocer venían impresos en la parte superior de los inventarios. Primero se les dió el Inventario de Beck y posteriormente la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung, siguiendo las instrucciones impresas en cada uno de ellos. Este mismo procedimiento se llevó de igual manera en todas las aplicaciones agradeciéndoles a todos y cada uno de ellos por su participación en este trabajo.

Al terminar la aplicación de los inventarios, se procedió a calificar y codificar las respuestas. Los datos fueron procesados estadísticamente en el programa SPSS.

## RESULTADOS

Tal como se señaló, el objetivo del presente trabajo era obtener la validez concurrente del Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung en pacientes diagnosticados como depresivos.



Primeramente, se describen las características de la muestra.

TABLA 1. FRECUENCIA POR RANGOS DE EDAD

EDAD	FRECUENCIA
17-21	7
22-26	10
27-31	13
32-36	20
37-41	8
42-46	15
47-51	11
52-56	17
57-61	9
62-65	10

La tabla 1, muestra la frecuencia por rangos de edad en donde se puede observar que en el rango de 32 a 36 años se encuentra la mayor frecuencia y en el rango de 17 a 21 la menor.

TABLA 2. FRECUENCIA Y PORCENTAJE SEGUN EL SEXO

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	101	84%
MASCULINO	19	16%

Del total de la muestra ( $n=120$ ), el 84% fueron mujeres ( $n=101$ ) y el 16% hombres ( $n=19$ ).

TABLA 3. FRECUENCIA Y PORCENTAJE SEGUN ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO	37	30.8%
CASADO	61	50.8%
DIVORCIADO	7	5.8%
VIUDO	13	10.8%
UNION LIBRE	2	2.7%

La tabla 3 indica que el 50.8% de la muestra eran casados, siguiendo los solteros en un 30.8%, los viudos 10.8%, los divorciados 5.8% y los que se encontraban en unión libre en un 2.7%.

TABLA 4. FRECUENCIA Y PORCENTAJE SEGUN LA ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	40	33.3%
SECUNDARIA	17	14.2%
BACHILLERATO	16	13.3%
LICENCIATURA	28	23.3%
SECRETARIAL	19	15.8%

En esta tabla se encuentra la frecuencia según el grado de escolaridad observándose que un 33.3% cursaron sólo primaria, un 23% contaba con licenciatura, un 15.8% estudió carrera secretarial (comercio), un 14.2% la secundaria y un 13.3% bachillerato.

TABLA 5. FRECUENCIA POR OCUPACION

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOGAR	77	64.2%
EMPLEADO	23	19.2%
ESTUDIANTE	9	7.5%
COMERCIANTE	3	2.5%
NINGUNA	3	2.5%
ALBAÑIL	5	4.2%

La tabla 5 informa acerca de la ocupación de la muestra y según los datos obtenidos el 64.2% se dedicaba a actividades domésticas, el 19.2% era empleado, el 7.5% estudiante, el 4.2% albañil y en los que se dedicaban al comercio o no tenían ocupación alguna se obtuvo un 2.5% en cada una.

TABLA 6. FRECUENCIA Y PORCENTAJE SEGUN EL DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CLIMATERIO	26	21.7%
REACTIVA	30	25%
ORGANICA	9	7.5%
NEURÓTICA	34	28.5%
INVOLUTIVA	15	23.5%
TAB - DEP	6	5%

La tabla 6 indica la frecuencia de cada diagnóstico, donde se encontró que el diagnóstico de Depresión Neurótica fue el más frecuente con un 28.5%, siguiéndole el de Depresión Reactiva con un 25%, la Depresión Involutiva con 23.5%, Depresión del Climaterio con 21.7%, Depresión orgánica con 7.5% y el Trastorno Afectivo Bipolar en Fase Depresiva (TAB-DEP) con un 5%. Al final del trabajo se presenta un apéndice donde se describe cada diagnóstico de acuerdo con el significado del sistema de clasificación utilizado por los psiquiatras de acuerdo a Kielholz.

Por otra parte, tal como se planteó en el objetivo del presente trabajo, las respuestas de los 120 sujetos para ambos cuestionarios, se sometieron a la prueba estadística de correlación de Pearson, obteniéndose un valor  $r=.7041$ , y una  $p<.000$ .

Asimismo, se utilizaron tablas de contingencia para buscar diferencias entre las variables sexo/diagnóstico y edad/diagnóstico.

TABLA 7. TABLA DE CONTINGENCIA DIAGNOSTICO-EDAD

	17-25	26-32	33-39	41-47	59-65	55-62	63-72	TOTAL
CLIMATERIO			1	6	11	8		26
REACTIVA	7	5	6	7	1	3	1	30
ORGANICA		2	1	2	3	1		9
NEUROTICA	5	11	12	3	1	2		34
INVOLUTIVA				1	2	6	6	15
TAB - DEP	3	2		1				6

La tabla 7 muestra la frecuencia de los diferentes diagnósticos por rangos de edad, en donde se puede observar que en el caso de la Depresión del Climaterio hay una mayor frecuencia en el rango entre los 48 y 54 años edad en la que es más común el síndrome climatérico y que se presente la menopausia, no hay datos en sujetos masculinos por ser un trastorno femenino.

En la Depresión Reactiva su distribución fué uniforme entre los 17 y 47 años y a partir de los 48 su frecuencia disminuyó.

Entre los 17 y 25 años y después de los 63 no se reportó ningún caso de Depresión Orgánica, distribuyéndose uniforme entre los demás rangos.

En la Depresión Neurótica se observó que en el rango de los 26 a 39 años se reportaron más del 65% de los casos que presentaban este tipo de depresión.

En el caso de la Depresión Involutiva se manifestó a partir de los 44 años en adelante; y en el caso del Trastorno Afectivo Bipolar en Fase Depresiva (TAB-DEP) se reportaron 6 casos, de los cuales 5 se encontraron en un rango de 17 a 32. Con este diagnóstico se obtuvo sólo un caso masculino de la muestra.

TABLA 8. TABLA DE CONTINGENCIA DIAGNOSTICO-SEXO

	MUJERES	HOMBRES
CLIMATERIO	26	
REACTIVA	23	7
ORGANICA	5	4
NEUROTICA	28	6
INVOLUTIVA	13	2
TAB - DEP	6	
TOTAL	101	19

En la tabla 8 se muestra la presencia de los diferentes diagnósticos en cada sexo, donde se puede observar que con un diagnóstico de Depresión del Climaterio se reportaron 26 casos en mujeres y ninguno en hombres; con Depresión Reactiva, 23 casos de mujeres mientras que en hombres 7; con Depresión Neurótica se encuentran 28 mujeres y 6 hombres; con Depresión Involutiva, 13 mujeres y 2 hombres y con Trastorno Afectivo Bipolar en Fase Depresiva (TAB-DEP), 6 mujeres y ningún caso en hombres.

## DISCUSION Y CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos se cumplió el objetivo de este trabajo, ya que se demostró que el Inventario de Depresión de Beck (IDB) correlaciona significativamente con la Escala de Autoevaluación de Depresión de Zung  $r=.7041$ ;  $p<.000$ . El valor de  $r$  puede ir de  $+1.00$  a  $-1.00$ , mientras más alto sea el valor de  $r$ , indica una mayor relación entre las variables, en este trabajo el valor de  $r=.7041$  es un muy buen valor entre las dos escalas y apoya la validez del Inventario de Depresión de Beck.

A nivel internacional se han realizado estudios de las propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck (IDB), en poblaciones psiquiátricas y no psiquiátricas (Beck, Steer y Garbin 1988); existen estudios de validez concurrente del IDB y la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung en pacientes con diagnóstico psiquiátrico y no psiquiátrico. En el presente estudio se trabajó con una muestra con diagnóstico psiquiátrico se citarán sólo los resultados de los trabajos en poblaciones con diagnóstico psiquiátrico reportados por Beck, Steer y Garbin; Seitz (1970), con una población de 30 hombres con diagnóstico de Depresión obtuvo un valor  $r=.83$ ; Mendels, Secunda y Dyson (1972) con una muestra de 400 mujeres con diagnóstico psiquiátrico diverso reportaron una correlación de  $r=.79$ ; Davies y col. (1975), con 72 sujetos con diagnóstico de depresión obtuvieron un valor de  $r=.73$ ; Schnurr y col. (1976) en una población de 155 sujetos con diagnósticos diversos reportan una valor de  $r=.70$ ; y Blatt y col. (1982) en una muestra de 325 sujetos con diagnósticos diversos, obtuvo una  $r=.81$  en hombres y una  $r=.77$  en mujeres.

Como puede observarse, el valor obtenido en el presente trabajo es muy similar a los reportados internacionalmente.

El haber encontrado un valor tan importante de correlación entre el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung en pacientes deprimidos, apoya el estudio psicométrico de la Escala estandarizada por Méndez (1995). Por lo tanto, los resultados del presente trabajo refuerzan la confiabilidad y validez del IDB así como su uso en el diagnóstico clínico. Es muy importante hacer notar que la muestra del presente trabajo la conformaron sujetos deprimidos a diferencia de Méndez (1995), quien usó sujetos sin depresión (aparentemente sin padecimiento). Con objeto de asegurar al máximo que los sujetos sí cumplieran con los criterios diagnósticos para Depresión, fué de gran ayuda contar con la participación de expertos Psiquiatras, quienes se basaron en los criterios internacionalmente aceptados (DSM IV y CIE 10).

Originalmente se deseaba trabajar con una muestra de 500 sujetos pero se redujo el número a 120 debido a la dificultad para obtenerla, ya que el acceso a pacientes con diagnóstico psiquiátrico no es fácil, esta muestra se completó a lo largo de un año.

La muestra está formada por 101 mujeres y 19 hombres, dato que llama la atención y quizá se deba a cuestiones socioculturales, una posible explicación, 'la cual deberá ser sometida a validación experimental', es el hecho de que ya que vivimos en una sociedad en donde la mujer tiene más libertad a expresar sus dolencias cualquiera que ésta sea (física o psicológica); y el hombre es criticado porque es "macho" y aquéllas frases de "los hombres no lloran" ó bien "aguántese como los hombres" parecen llevar consigo una carga social muy pesada que les impide el hecho de solicitar ayuda y no significa que ellos no se vean afectados por algún tipo de Depresión sino que lo expresan enmascaradamente y sin palabras la mayoría de las veces. Beck, Steer y Garbin (1988), reportan que en ocasiones las mujeres han dado puntajes

más altos en el IDB que los hombres pero refieren que esto es ambiguo. La respuesta a la influencia sociocultural deberá encontrarse realizando otros estudios con pacientes deprimidos donde se busque controlar este tipo de variables.

Es importante señalar que el proceso psicométrico es riguroso y que este trabajo completa un paso más de este proceso psicométrico obligatorio y agrega uno más al de Méndez (1995), lo que haría falta sería en la medida de lo posible, realizar algún estudio con muestras mucho más grandes siempre que se pueda y correlacionar el IDB ya no con la Escala de Depresión de Zung sino con otras escalas que midan Depresión ya estandarizadas en población mexicana, utilizando muestras tanto con diagnóstico clínico como muestras sin diagnóstico alguno y con el tiempo el IDB se convierta en una escala que nos ayude a su vez a utilizarla como un instrumento que evalúe la validez concurrente de algún otro instrumento ya estandarizado que mida la Depresión, o de los que se lleguen a construir en el futuro.

Como ya se dijo el proceso psicométrico es riguroso y no se pueden omitir pasos debido a que la medición en Psicología está sujeta a errores de medición y no se recomienda saltarse u omitir pasos como ocurrió con otros intentos de estandarización del Inventario de Depresión de Beck, por ética eso no debe hacerse.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alvarado, E., (1991) Validez de una Traducción al Castellano del Inventario de Depresión de Beck para la Depresión en Estudiantes de Bachillerato. Tesina para la Especialidad de Psiquiatría, Universidad Nacional Autónoma de México.

Amieva, M., (1992) Validez del Inventario para la Depresión de Beck en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. Tesis para la especialización en Psiquiatría, Universidad Nacional Autónoma de México.

American Psychiatric Association (1994). DSM-IV Diagnostical Manual of Mental Dessorders. Washington, D.C.

Arieti, S. y Bemporad, J. (1978) Psicoterapia de la Depresión y su Tratamiento. México: Paidós.

Baldesaarini, R, (1986). Las Bases Biomédicas de la Depresión y su Tratamiento. México: La Prensa Médica Mexicana.

Beck, A., (1967). Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión. México: MSD

Beck, A., (1976). Depression: clinical, experimental and theoretical aspects. New York: Hoeber.

Beck, A. y Steer, R.A. (1987). Beck Depression Inventory, Manual. San Antonio: The Psychological Corporation.

Beck, A., Steer, R.A. y Garbin, M. (1988) Psychometric properties of the Beck depression inventory: twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review, Vol. 8, pp 77-100.

Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. En Leitenberg, H. Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy. (p.172) Prentice Hall.

Bleichmar, N. y Leiberman, C. (1989) El psicoanálisis después de Freud. Teoría y Clínica. Eleia Editores.

Brown, F. (1980). Principios de la Medición en Psicología y Educación. México: Manual Moderno.

Calderón, G. (1990). Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento. México: Trillas.

Cameron, N., (1982). Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad. México: Trillas.

Cleghorn, J., (1993). Enfermedades Mentales. México: Manual Moderno.

Conde V., Chamorro T. y Serrano U (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. Revista de Psicología General y Aplicada, 31 (138) (469-497).

Freud, S. (1948) (Orig. 1917). La aflicción y la melancolía. En Obras Completas (Vol. 1). Madrid: Biblioteca Nueva.

Geisinger, F. (1994) Cross-Cultural Normative Assesment: Translation and Adaptation Issues influencing the Normative Interpretation of Assesment Instruments. Psychological Assesment. 6:304-312.

Guzmán, I., (1991). Reproductibilidad del Inventario de Beck para Depresión en pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. Tesis para la especialización en Psiquiatría, Universidad Nacional Autónoma de México.

Hernández R., Fernández C., Baptista P. (1991). Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill

Jackson, S. (1966). Historia de la Melancolía y la Depresión. Madrid: Turner

Kielholz, P. (1972). Depressive Illness. Hans Huber Pubs, Berna.

Lambert, M. J.; Hatch, D.R.; Kingston, M.D.; & Edwards, B. C. (1986). Zung Beck and Hamilton rating scales as measures of treatment outcome: A meta-analytic comparison. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 54, pp.54-59.

Lammoglia, E. (1995). El triángulo del dolor. México: Grijalbo

Lara T. H. (1976). Algunas Normas para la Medición de la Depresión. Revista Neurología-Neuropsiquiatría-Psiquiatría. México., vol. 17, No. 1, pp 5-15.

Magnusson, D. (1969). Teoría de los Tests. México: Trillas.

Mendels, J. (1972). La Depresión. México: Herder.

Méndez, S. (1995). Traducción y Estandarización del Inventario de Depresión de Beck para Población Mexicana. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

- Nunnally, J.C. (1994). Psychometric Theory. New York: McGraw-Hill.
- Organización Mundial de la Salud (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Madrid: Meditor.
- Redmon, M. (1991). Validez de Diagnóstico y Concurrente de la Aplicación de una Traducción al Castellano del Inventario de Beck para la Depresión en Pacientes Neumológicos Hospitalizados. Tesis para la especialización en Psiquiatría, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sáinz, S., (1992). Evaluar la Validez de La Escala de Depresión Geriátrica e Inventario de Depresión de Beck. Tesis para la especialización en Psiquiatría, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sánchez, S., (1991). Frecuencia de Depresión en Embarazadas detectadas con el Inventario de Depresión de Beck en una Unidad de Medicina Familiar. Tesis para la Especialización en Psiquiatría, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Suárez, G. (1988). Validación de la Escala de Automedición de la Depresión de Zung en Adolescentes estudiantes de Secundaria Mexicana. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Torres, M., Hernández, E. y Ortega, E. (1991). Validez y reproductibilidad del Inventario de Depresión de Beck en un hospital de cardiología. Salud Mental 14. 1-6.
- Vallejo, R. (1990). Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. España: Salvat.

Zung, W. (1972). The Depression Status Inventory an adjunct to the Self-Rating Scale. Journal of Clinical Psychology. U.S.A., vol. 28, No. 4, pp. 539-543.

## APENDICE

**DEPRESION DEL CLIMATERIO.**-ESTADO DEPRESIVO QUE SE PRESENTA DURANTE EL CLIMATERIO; LA CUAL ES UNA ETAPA EN LA QUE LA FUNCION MENSTRUAL Y LA FERTILIDAD CESAN POR COMPLETO, REQUIRIENDO POR ELLO, DE UN REACOMODO BIO-PSICO-SOCIAL.

**DEPRESION REACTIVA.**- SE ORIGINA POR UNA SITUACION ESPECIFICA COMO POR EJEMPLO, PERDIDA DE ALGUN SER QUERIDO, DE TRABAJO, POR ENFERMEDAD, ETC. DE ACUERDO CON LAS IDEAS FREUDIANAS, ANTE LA PERDIDA DEL OBJETO AMADO, ESTE SE INTROYECTA ORALMENTE Y PERMANECE INSTALADO A MANERA DE UN OBJETO MUERTO EN EL YO.

**DEPRESION ORGANICA.**- NEUROLOGICAMENTE ES UNA ALTERACION EN LA SINAPSIS DE LA RECAPTURA DE SEROTONINA Y NOREPINEFRINA, PUEDE SER HEREDITARIA, EN FAMILIAS CON ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD MENTAL O MELANCOLIA. PUEDEN PRESENTARSE EPISODIOS DELIRANTES O ALUCINATORIOS.

**DEPRESION NEUROTICA.**- LA SINTOMATOLOGIA ESENCIAL DE ESTE TRASTORNO CONSISTE EN UNA ALTERACION CRONICA DEL ESTADO DE ANIMO, INCLUYENDO UN ESTADO DE ANIMO DEPRIMIDO (O IRRITABLE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES), QUE SE PRESENTA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO Y QUE DURA LA MAYOR PARTE DEL DIA A LO LARGO DE DOS AÑOS COMO MINIMO (UN AÑO PARA ADOLESCENTES Y NIÑOS).

**DEPRESION INVOLUTIVA.**- ESTE TIPO DE DEPRESION SE PRESENTA POR LO GENERAL EN ANCIANOS Y SE REFIERE AL ESTADO DE ANIMO MELANCOLICO, SENSACION DE INUTILIDAD Y TORPEZA, Y PROXIMIDAD A LA MUERTE.

**TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR (TAB).**- FASE DEPRESIVA.- EL TAB ES UN TRASTORNO MANIACO-DEPRESIVO, LA GENTE QUE PADECE ESTE DESORDEN TIENE ALTAS EXTREMAS (MANIAS) Y TERRIBLES BAJAS (DEPRESIONES), ESTAS ALTAS Y BAJAS PUEDEN DURAR VARIOS DIAS O MESES. ENTRE LAS ALTAS Y BAJAS, ELLOS SE SIENTEN NORMAL.