

11241  
I  
2. Ej.

-Universidad Nacional Autónoma de México-

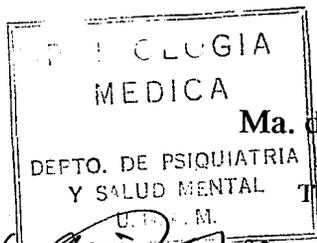
-Facultad de Medicina-

-Departamento de Psiquiatría y Salud Mental-

“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 CON  
FALLA DE ORIGEN

Tesis que para obtener el grado de  
especialización en Psiquiatría  
presenta



Ma. del Rosario Amieva González

Tutor: Dr. Héctor A. Ortega Soto

1992

*V. B. Ortega Soto*

*[Signature]*

*[Signature]*



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 está 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.

# Indice

Resumen de la investigación	2
Introducción	3
Aclaración del concepto de depresión	4
Breves consideraciones históricas	6
Cuadro Clínico	8
Criterios diagnósticos y escalas de evaluación	11
Inventario para la depresión de Beck	15
Justificación del estudio	19
Planteamiento del problema	19
Hipótesis	19
Objetivos	19
Material y Métodos	20
Población y calendario de actividades	20
Criterios de inclusión y exclusión	20
Controles	20
Variables	21
Procedimiento	21
Diseño de la hoja de registro de datos	22
Análisis de datos	23
Resultados	23
Discusión	30
Conclusiones	32
Bibliografía	33

## **Resumen de la Investigación**

El Inventario para la Depresión de Beck es una escala de medición autoaplicable que consta de 21 reactivos, y que fue diseñada para detectar las manifestaciones de la depresión. Se dio a conocer por primera vez en Arch Gen Psychiatry, Vol.4, 1961, y a partir de entonces ha sido validado en diversos países y para diferentes tipos de población. En nuestro país ha sido validado en algunas instituciones, en la versión castellana realizada en el Instituto Mexicano de Psiquiatría.

El propósito de la presente investigación consiste en validar esa misma versión del Inventario de Beck en pacientes que acuden por primera vez al servicio de consulta externa del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.

## Introducción

La importancia del uso de escalas de medición en el campo de la psiquiatría es cada vez más ampliamente reconocida y, como consecuencia, su utilización va siendo más frecuente, no sólo en el terreno de la investigación, sino también en el área clínica.

Los argumentos a favor del uso de este tipo de instrumentos son numerosos, entre ellos podemos destacar el de que nos permiten alcanzar mayor confiabilidad y, por lo tanto, mayor concordancia diagnóstica entre diferentes evaluadores.

Por otra parte, las diferencias terminológicas, tan frecuentes en el pasado, han disminuído de manera considerable desde que se cuenta con criterios diagnósticos que permiten una mayor unificación, no sólo en cuanto al diagnóstico, sino también en cuanto a las designaciones de los padecimientos. Contamos asimismo con esquemas de entrevistas estructuradas, que reducen los desacuerdos diagnósticos.

En un estudio efectuado por Ward y col.<sup>1</sup>, se encontró que el 80% de todos los desacuerdos diagnósticos en psiquiatría proviene de una nosología inadecuada, debida principalmente al hecho de no contar con criterios suficientemente claros, y a los desacuerdos en la valoración de síntomas. Consecuentemente, una manera adecuada de disminuir dichos desacuerdos diagnósticos, y aumentar la confiabilidad de un diagnóstico dado, consiste en la aplicación de criterios precisos y en el utilización de escalas de medición. Una de estas escalas, ampliamente validada y reproducida en otros países, y recientemente en el nuestro<sup>2</sup>, es el Inventario para la Depresión de Beck (en adelante IDB).

En este trabajos se reporta la validez del IDB en la población representada por pacientes que acuden al servicio de consulta externa del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.

## Aclaración del Concepto de Depresión.

Aunque es habitual, y en muchos caso deseable, iniciar el desarrollo de un tema precisando las definiciones de los términos clave del mismo, en este caso es necesario hacer antes algunas consideraciones acerca de los varios usos del término que nos ocupa, "depresión", para posteriormente especificar el sentido en que vamos a tomarlo en este trabajo.

El concepto de depresión es equívoco, y no sólo en su uso ordinario, sino también en cierta medida en su uso especializado, como tendremos ocasión de constatar.

- 1) En el lenguaje ordinario se suele identificar el término "depresión" con el de "tristeza", como si fueran sinónimos, y en esta posición una persona deprimida sería sencillamente una persona triste. "Estar deprimido", entonces, estaría en el mismo nivel que estar triste, contento, tener miedo, etcétera, es decir, describiría simplemente un estado de ánimo momentáneo. Sin embargo, también en algunos estudios especializados puede encontrarse un uso similar del término. Por ejemplo, para Kurt Schneider<sup>3</sup> lo esencial de la depresión melancólica es la tristeza inmotivada, de la que se derivarían otros síntomas: inhibición motora, alteraciones del pensamiento, trastornos vegetativos, etcétera. La persona deprimida sería, pues, aquella que está triste, pero no sabe por qué; es una tristeza "inexplicable", tanto para la persona misma como para el médico.

En estos dos casos, el término "depresión" se utiliza para designar una *síntoma*, y es claramente reductible a otros (s) e.g., tristeza (motivada o no), abatimiento, etcétera. Dada esta fácil reductibilidad, no utilizaremos la palabra "depresión" en estas acepciones, (sino en su lugar: "tristeza", "melancolía", "abatimiento", etcétera.) con el fin de evitar ambigüedades.

- 2) Otro uso frecuente del término es en el sentido de *síndrome*. El síndrome depresivo suele caracterizarse como aquel conjunto de signos y síntomas que se presentan con la constancia suficiente como para poder inferir su empíricamente necesaria interrelación. Suele considerarse que la tristeza es el síntoma nuclear de este conjunto, pero no parece ser patognomónica por dos razones: a) existen depresiones sin tristeza como es el caso de las depresiones enmascaradas y b) puede haber tristeza sin depresión (en este segundo sentido que estamos considerando).
- 3) En su actualmente más general acepción, la depresión se entiende como una enfermedad, una entidad patológica cuya manifestación habitual es el síndrome depresivo, y sobre la cual deben investigarse criterios diagnósticos, etiología, patogenia,

evolución, tratamiento, pronóstico, complicaciones, etcétera. Se le conoce como “enfermedad depresiva”, “trastorno depresivo”, o simplemente “depresión”. Se clasifica dentro de los Trastornos del Estado de Ánimo y por lo tanto su investigación especializada pertenece al campo de la psiquiatría, aunque el médico general no puede permitirse pasar por alto el estudio de este padecimiento so pena de cometer importantes errores diagnósticos, ordenar análisis innecesarios e instaurar tratamientos inadecuados, ya que un porcentaje muy elevado de pacientes que acuden a la consulta general son enfermos depresivos, presentando frecuentemente una depresión enmascarada que en muchos casos, por no ser diagnosticada correctamente, no reciben tratamiento oportuno. Si agregamos que los pacientes deprimidos presentan un alto grado de tendencia al suicidio, los errores diagnósticos son una amenaza para la vida.

## Breves consideraciones históricas.

El estado depresivo es un padecimiento tan antiguo como el hombre mismo. Ya Hipócrates (460-355 a.C.) describe la sintomatología de lo que él consideró una de las tres enfermedades mentales fundamentales, o tres formas de "locura", para utilizar su terminología, a saber: la melancolía, la frenitis y la manía. La melancolía se caracteriza, de acuerdo con él, por irritabilidad, aversión a la comida, tristeza, cansancio, insomnio. Relata de la siguiente manera el caso de una mujer que presentaba este cuadro: "se encontraba irritable, con gran tristeza, desvelada, inapetente, con sed e intranquilidad... Comenzó a tener temblores, a hablar más de lo razonable, a tener pena y abatimiento... deliraba de modo torpe y se quejaba de dolores intensos..."<sup>4</sup>

Podemos observar que Hipócrates hacía énfasis en la sintomatología somática, aunque señala la tristeza como componente importante. Por el contrario, el concepto galénico de la melancolía está caracterizado por "tristeza, temor, actitudes misantrópicas y suspicaces, cansancio de la vida y, a menudo, aunque no siempre, por la aparición de ideas delirantes"<sup>5</sup>, en donde se enfatiza, como vemos, el perfil psicopatológico.

En la Alta Edad Media y hasta el siglo XII, el término "melancolía" llegó a entenderse como asociado a la pereza y la holgazanería, y por lo tanto a un estado pecaminoso. Más tarde se le utilizó para designar también una actitud de desaliento y de lasitud.

Durante los siglos XV y XVI, la melancolía vuelve a considerarse un estado mórbido en el que los síntomas predominantes eran la tristeza, la desesperanza y el desaliento.

En el Siglo XVII, Bonetus menciona la "melancholiae mania", y posteriormente expresa la relación existente entre melancolía y manía, y utiliza el término "maniacomelancholicus" como equivalente, en la terminología posterior, a "manicodepresivo".

Por supuesto, el significado de estos términos, como el de prácticamente todos los relacionados con enfermedades mentales, ha ido modificándose a la luz de nuevas investigaciones y conocimientos, y dependiendo de aspectos predominantes en una determinada época o cultura. Así por ejemplo, en algunos casos se concede mayor importancia al aspecto psicodinámico, en otros a los aspectos psicosociales, en otros a los biológicos, etcétera. Claro está que el propósito de este trabajo no consiste en ofrecer un catálogo de todos los usos del término "depresión" en la Historia de la Medicina, pero las citas anteriores son útiles por dos razones principales:

- 1) disipar la extendida, aunque mal fundada creencia de que las alteraciones de este

tipo son relativamente recientes, creencia que puede tener su origen en el hecho de que actualmente el estado depresivo ha alcanzado proporciones considerablemente más alarmantes en comparación con el pasado, al grado de haber sido declarado recientemente por la Organización Mundial de la Salud, "la epidemia de nuestro siglo" (especialmente de la segunda mitad) ya que tal organismo estima que del 3 al 5% de la población mundial padece esta enfermedad<sup>6</sup>, o sea 120 a 200 millones de deprimidos en el mundo. Pero la depresión ha existido desde que existen seres dotados de afectividad.

- 2) La otra razón para las referencias anteriores es hacer notar la gran diversidad de criterios que desde siempre han existido para caracterizar la enfermedad depresiva, lo que por supuesto ha llevado a confusiones y desacuerdos sin fin (ya que básicamente son desacuerdos verbales), en lo tocante al diagnóstico preciso de dicha enfermedad, y consecuentemente, a su adecuado tratamiento.

Hay, sin embargo, un punto en el que parecen coincidir todas la diversas consideraciones de la depresión, y es el señalamiento de la presencia de síntomas, tanto somáticos y vegetativos como psíquicos y afectivos, para caracterizar una enfermedad depresiva. Difieren, como ya vimos, en la importancia que dan a cada uno de los síntomas, y en la inclusión o exclusión de algún síntoma determinado. Algunos investigadores sostienen que en el padecimiento depresivo "casi siempre puede hablarse de una intensa participación somática... mientras que la sintomatología psíquica ofrece grados diversos de intensidad. Por esta razón existen formas que difícilmente se reconocen como depresiones (depresiones Larvadas)".<sup>7</sup>

## Cuadro Clínico.

Aunque actualmente se ha logrado identificar correlatos fisiopatológicos de desórdenes psiquiátricos, entre ellos la depresión, que permiten coadyuvar en el diagnóstico con los resultados de exámenes de laboratorio, en la práctica cotidiana el único recurso de que disponemos para saber si una persona padece una depresión es a través de los síntomas que presenta. Por ello es esencial llegar a un acuerdo acerca de la sintomatología de la depresión. Sin embargo, la enfermedad depresiva no es una entidad nosológica única, sino que hay diferentes tipos de depresiones, lo que sugiere también la necesidad de criterios clasificatorios, y en éstos también se toma en cuenta básicamente la sintomatología. Es pues necesario tener en cuenta los diferentes síntomas que se considera caracterizan la depresión, y por mor de la claridad los dividiremos en 3 grupos: somáticos, psíquicos y afectivos, sin pretender exhaustividad, aunque tratando de considerar todos los más frecuentes.

### Síntomas somáticos:

Trastornos de sueño	{ Insomnio (mas frecuente) Hipersomnia	{ Inicial medio tardía
Trastornos gastrointestinales	{ Del apetito Náuseas Dispepsia Constipación Meteorismo Colitis	{ Hiporexia (más frecuente) Anorexia Bulimia <sup>a</sup>
Trastornos del deseo sexual	{ Disminución (más frecuente) Aumento	
Trastornos del peso corporal	{ Disminución (más frecuente) Aumento	
Trastornos cardiorrespiratorios	{ Palpitaciones Dolor precordial Hiperpnea	

Trastornos dermatológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eczemas</li> <li>Caída del pelo</li> <li>Dermatitis atópica</li> </ul>	
Trastornos ginecológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alteraciones menstruales</li> <li>Dismenorrea</li> </ul>	
Trastornos andrológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Impotencia</li> <li>Disminución de tumescencia penil nocturna<sup>9</sup></li> </ul>	
Trastornos de la sensibilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>Parestesias</li> <li>Disestesias</li> <li>Dolores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cefaleas</li> <li>Dorsalgias</li> <li>Lumbalgias</li> <li>Artralgias</li> </ul>
Trastornos neurovegetativos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lipotimias</li> <li>Vértigos</li> <li>Diaforesis</li> <li>Debilidad</li> <li>Tics</li> </ul>	

### Síntomas psíquicos:

- Alteración psicomotriz
  - Inhibición (más frecuente)
  - Agitación
- Dificultad de concentración y atención
- Falta de interés y motivación (o de capacidad de logros, que explica la disminución de la actividad)
- Indecisión
- Trastornos del juicio
- Alteración de la memoria
- Pensamientos e intentos suicidas
- Pensamientos y deseo de muerte
- Delirios (en casos de depresión psicótica)
- Alucinaciones (en casos de depresión psicótica)

## Síntomas afectivos:

Tristeza

Abatimiento

Descenso del estado de ánimo

Ideas nihilistas

Sentimientos inapropiados o exagerados de culpabilidad

Sentimientos de indignidad

Sentimientos de minusvalía

Angustia

Ansiedad

Irritabilidad

Llanto

Temor

Vergüenza

Pérdida del interés

Sentimientos de soledad

Aislamiento voluntario

Desvalorización

Retorno a recuerdos del pasado

Muchos de estos síntomas conducen necesariamente a trastornos interpersonales, distanciamiento de familiares y amigos, dificultades laborales, etcétera, lo que agrava el curso de la enfermedad.

Por supuesto que nunca vamos a encontrar todos estos síntomas en una sola persona; algunos son de hecho autoexcluyentes. Todos ellos son de utilidad para hacer el diagnóstico de depresión, pero, al mismo tiempo, no por su mera presencia aislada puede hacerse este diagnóstico, ni aun en caso de que se presenten varios de ellos simultáneamente. Por ejemplo, una enfermedad orgánica puede producir hiporexia, insomnio o hipersomnia, inhibición psicomotriz, abatimiento, etcétera, y, por definición, no puede diagnosticarse como una enfermedad depresiva -ya que se trata de una enfermedad orgánica. Esta puede acompañarse de un *síndrome* depresivo, pero no es una *enfermedad* depresiva. Por otra parte, existen también estados depresivos "atípicos", lo que aumenta las dificultades diagnósticas y taxonómicas.

## **Criterios Diagnósticos y Escalas de Evaluación**

Recordemos que, en términos generales, un buen tratamiento depende de un buen diagnóstico, y el caso de la enfermedad depresiva no es una excepción. Así pues, con el fin de unificar criterios que permitan objetividad en las discusiones y en los proyectos y resultados de investigaciones y, por ende, evitar controversias verbales estériles, se han instituido criterios para el diagnóstico preciso de la depresión. Los que actualmente se utilizan aquí de manera predominante, son los de la American Psychiatric Association: DSM III-R (Diagnostic and Statistical Manual, tercera edición revisada), y en estos criterios fundamenté la entrevista semiestructurada realizada a algunos de los pacientes estudiados (ver procedimiento)

Tomé en cuenta los criterios para el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, de Distimia, de Trastorno Depresivo no especificado y de Trastorno Adaptativo con estado de ánimo deprimido. No se excluyó el diagnóstico de duelo no complicado. A continuación transcribo estos criterios:

### **Criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor**

Un "síndrome depresivo mayor" se define según el criterio A siguiente.

- A. Como mínimo, cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante un mismo período de dos semanas y representan un cambio de la conducta previa y, al menos, uno de los síntomas es o 1) estado de ánimo deprimido, o 2) pérdida de interés o de capacidad para el placer. (No se incluyen los síntomas que se deben claramente a causas físicas, ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo, incoherencia, o notable pérdida de asociaciones):
- 1) estado de ánimo deprimido (o puede ser irritable en niños y adolescentes) durante la mayor parte del día, casi cada día y, tal como se indicó, sugerido por la experiencia subjetiva o por la observación de los demás;
  - 2) notable disminución de placer o interés en todas o casi todas las actividades habituales, casi cada día (como se indicó, por referencia subjetiva o por la observación de los demás de apatía durante la mayor parte del tiempo);
  - 3) aumento o pérdida significativa de peso sin hacer ningún régimen (por ejemplo, más de un 5% del peso corporal en un mes), o disminución o incremento del apetito casi cada día (en los niños hay que tener en cuenta la dificultad para alcanzar el peso necesario);

- 4) insomnio o hipersomnias casi cada día;
  - 5) agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día (observable para los demás, no simplemente el sentimiento subjetivo de inquietud o lentitud);
  - 6) fatiga o pérdida de energía casi cada día;
  - 7) sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa (que pueden ser delirantes) casi cada día (no simplemente autorreproches o sentimientos de culpa por estar enfermo);
  - 8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, casi cada día (manifestada por el paciente u observada por los demás);
  - 9) ideas de muerte recurrentes (no el simple miedo a morir), ideas de suicidio recurrentes sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. 1) No puede establecerse que una causa orgánica inició y mantiene la alteración.
- 2) La alteración no es una reacción normal a la muerte de un ser querido (duelo no complicado).

Nota: Preocupación mórbida con sentimientos de inutilidad, ideas de suicidio, notable deterioro funcional o enlentecimiento psicomotor, o una duración prolongada sugieren que el duelo se ha complicado con una depresión mayor.

- C. Fuera del contexto de la alteración anímica (antes de la aparición de los síntomas y después de que han remitido) no ha habido en ningún momento ideas delirantes ni alucinaciones que hayan durado más de dos semanas.
- D. El trastorno no está superpuesto a una esquizofrenia, a un trastorno esquizofreniforme, a un trastorno delirante o a un trastorno psicótico no especificado.<sup>10</sup>

### Crterios para el diagnóstico de distimia

- A. Estado de ánimo deprimido (o irritable en niños y adolescentes), comunicado por el sujeto u observado por los demás, que se presenta la mayor parte del tiempo y que dura la mayor parte del día a lo largo de dos años como mínimo (un año para niños y adolescentes).
- B. Durante los períodos depresivos están presentes, como mínimo, dos de los síntomas siguientes:

- 1) poco apetito o voracidad;
  - 2) insomnio o hipersomnias;
  - 3) pérdida de energía o fatiga;
  - 4) disminución de la autoestima;
  - 5) falta de concentración o dificultad para tomar decisiones;
  - 6) sentimientos de desesperanza.
- C. Un período de dos años (un año para niños y adolescentes) en el que se da la alteración, sin síntomas del criterio A por más de dos meses seguidos.
- D. No hay pruebas de la existencia de un episodio depresivo mayor inequívoco durante los dos primeros años de la alteración (un año para niños y adolescentes).<sup>11</sup>

### **Criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo no especificado**

Incluye los trastornos con sintomatología depresiva que no cumplen los criterios de ningún trastorno específico del estado de ánimo ni del trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido.

Ejemplos:

- 1) un episodio depresivo mayor superpuesto a una esquizofrenia residual;
- 2) una alteración depresiva, leve y recurrente, que no cumple los criterios de distimia;
- 3) episodios depresivos no relacionados con el estrés, que no cumplen los criterios de trastorno depresivo mayor.<sup>12</sup>

### **Criterios para el diagnóstico de Trastorno Adaptativo con estado de ánimo deprimido.**

- A. Una reacción de adaptación a un estrés psicosocial identificable, que se presenta durante los tres meses siguientes al comienzo de estrés.
- B. La naturaleza desadaptativa de la reacción viene indicada por alguna de las siguientes características:
- 1) incapacitación para la actividad social o laboral;
  - 2) síntomas que son excesivos respecto a la reacción normal y esperable frente al estrés.

- C. La alteración no es sólo la que ocurriría si se tratara de una hiperreacción ante el estrés o de una exacerbación de alguna de las enfermedades mentales anteriormente descritas.
- D. Se admite que la alteración va a remitir después de que cese el estrés o, en el caso de que éste persista, cuando se consiga el nuevo nivel de adaptación.

La manifestación predominante incluye síntomas del tipo del estado de ánimo deprimido, llanto y desesperanza.<sup>13</sup>

En este trabajo utilizaremos las expresiones generales de "síndrome depresivo" o "depresión" para designar indistintamente cualquiera de los trastornos especificados. La razón de esto es que una escala de medición para la depresión, como el IDB, no puede ser tan precisa como para distinguir los diferentes trastornos. Simplemente nos permite una aproximación multiaxial a fenómenos clínicos que hasta ahora no pueden ser medidos por otras técnicas.<sup>14</sup>

El inventario de Beck para evaluar sintomatología depresiva fue una de las primeras escalas autoaplicables. Comprende 21 reactivos, cada uno de los cuales consiste en una serie graduada de enunciados que se refieren a la presencia o no de un síntoma, y su intensidad. Se pide al paciente que seleccione el enunciado, del dominio de cada reactivo, que mejor corresponda con su condición actual. A cada enunciado se asignan valores numéricos, del 0 al 3, para indicar la severidad del síntoma. Por ejemplo, con respecto al síntoma *tristeza*, el paciente puede: no estar triste (0). Estar triste (1). Estar triste todo el tiempo (2) ó estar tan triste que le sea insoportable (3).

Los reactivos de Beck son: 1. Tristeza. 2. Pesimismo. 3. Sensación de fracaso. 4. Insatisfacción. 5. Culpa. 6. Expectativas de castigo. 7. Autodesagrado. 8. Autoacusaciones. 9. Ideas suicidas. 10. Llanto. 11. Irritabilidad. 12. Desinterés social. 13. Indecisión. 14. Cambios en la imagen corporal. 15. Retardo laboral. 16. Insomnio. 17. Fatigabilidad. 18. Anorexia. 19. Pérdida de peso. 20. Preocupación somática. 21. Pérdida del libido.

El puntaje total se obtiene sumando los valores de los 21 reactivos. El rango de puntaje es, consecuentemente, de 0 a 63.

Los reactivos fueron elegidos con base en su relación con las manifestaciones de la depresión, y no reflejan ningún supuesto sobre la etiología de la enfermedad<sup>16</sup>. El propio Beck describe cómo llegó a la formulación de sus reactivos: "Durante el curso de la psicoterapia de pacientes deprimidos, hice observaciones y registros sistemáticos de sus actitudes y síntomas característicos. Seleccioné un grupo de las actitudes y síntomas que parecían ser específicos de estos pacientes deprimidos, y que eran consistentes con las descripciones de la depresión contenidas en la literatura psiquiátrica".<sup>17</sup>

La versión del IDB utilizada en este estudio es la siguiente:

## Inventario de Beck

En este cuestionario hay grupos de oraciones, por favor lea cada grupo cuidadosamente y escoja la oración, de cada grupo, que mejor describa cómo se ha sentido esta última semana, incluyendo hoy. Marque con una X la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso marque sólo una. Asegúrese de leer todas la aseveraciones en cada grupo antes de contestar.

- 1) \_\_\_\_\_ No me siento triste.  
\_\_\_\_\_ Me siento triste.  
\_\_\_\_\_ Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme.  
\_\_\_\_\_ Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto.
- 2) \_\_\_\_\_ No me siento desanimado acerca del futuro.  
\_\_\_\_\_ Me siento desanimado acerca del futuro.  
\_\_\_\_\_ Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir.  
\_\_\_\_\_ Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.
- 3) \_\_\_\_\_ No me siento como un fracasado.  
\_\_\_\_\_ Siento que he fracasado más que otras personas.  
\_\_\_\_\_ Conforme veo hacia atrás en mi vida, todo lo que puedo ver son muchos fracasos.  
\_\_\_\_\_ Siento que como persona soy un completo fracaso.
- 4) \_\_\_\_\_ Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.  
\_\_\_\_\_ No disfruto de las cosas como antes.  
\_\_\_\_\_ Ya no obtengo satisfacción de nada.  
\_\_\_\_\_ Estoy insatisfecho y molesto con todo.
- 5) \_\_\_\_\_ No me siento culpable.  
\_\_\_\_\_ En algunos momentos me siento culpable

- \_\_\_\_\_ La mayor parte del tiempo me siento algo culpable.  
\_\_\_\_\_ Me siento culpable todo el tiempo.
- 6) \_\_\_\_\_ No siento que seré castigado.  
\_\_\_\_\_ Siento que puedo ser castigado.  
\_\_\_\_\_ Creo que seré castigado.  
\_\_\_\_\_ Siento que estoy siendo castigado.
- 7) \_\_\_\_\_ No me siento descontento conmigo mismo.  
\_\_\_\_\_ Me siento descontento conmigo mismo.  
\_\_\_\_\_ Me siento a disgusto conmigo mismo.  
\_\_\_\_\_ Me odio a mí mismo
- 8) \_\_\_\_\_ No siento que sea peor que otros.  
\_\_\_\_\_ Me critico a mí mismo por mi debilidad y mis errores.  
\_\_\_\_\_ Me culpo todo el tiempo por mis errores.  
\_\_\_\_\_ Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9) \_\_\_\_\_ No tengo ninguna idea acerca de suicidarme.  
\_\_\_\_\_ Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría.  
\_\_\_\_\_ Quisiera suicidarme.  
\_\_\_\_\_ Me suicidaría si tuviera la oportunidad.
- 10) \_\_\_\_\_ No lloro más que de costumbre.  
\_\_\_\_\_ Lloro más que antes.  
\_\_\_\_\_ Lloro todo el tiempo.  
\_\_\_\_\_ Podía llorar pero ahora no puedo aunque quiera.
- 11) \_\_\_\_\_ Ahora no estoy más irritable que antes.  
\_\_\_\_\_ Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

- \_\_\_\_\_ Me siento irritado todo el tiempo.
- \_\_\_\_\_ No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban.
- 12) \_\_\_\_\_ No he perdido el interés en la gente.
- \_\_\_\_\_ No me interesa la gente como antes.
- \_\_\_\_\_ He perdido la mayor parte de mi interés en la gente.
- \_\_\_\_\_ He perdido todo el interés en la gente.
- 13) \_\_\_\_\_ Tomo decisiones tan bien como siempre.
- \_\_\_\_\_ Pospongo decisiones con más frecuencia que antes.
- \_\_\_\_\_ Se me dificulta tomar decisiones.
- \_\_\_\_\_ No puedo tomar decisiones en nada.
- 14) \_\_\_\_\_ No siento que me vea más feo que antes.
- \_\_\_\_\_ Me preocupa que me vea viejo y feo.
- \_\_\_\_\_ Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo.
- \_\_\_\_\_ Creo que me veo horrible.
- 15) \_\_\_\_\_ puedo trabajar tan bien como antes.
- \_\_\_\_\_ Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo.
- \_\_\_\_\_ Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa.
- \_\_\_\_\_ No puedo trabajar para nada.
- 16) \_\_\_\_\_ Duermo tan bien como antes.
- \_\_\_\_\_ No duermo tan bien como antes.
- \_\_\_\_\_ Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormirme.
- \_\_\_\_\_ Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme.
- 17) \_\_\_\_\_ No me canso más de lo habitual.

- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso de hacer casi cualquier cosa.
- Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa.
- 18)  Mi apetito es igual que siempre.
- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Casi no tengo apetito.
- No tengo apetito en lo absoluto.
- 19)  No he perdido peso o casi nada.
- He perdido más de 2.5 kilos.
- He perdido más de 5 kilos.
- He perdido más de 7.5 kilos.(Estoy a dieta SI / NO).
- 20)  Mi salud no me preocupa más que antes.
- Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal o estreñimiento.
- Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa.
- Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no puedo pensar en otra cosa.
- 21)  Mi interés por el sexo es igual que antes.
- Estoy menos interesado en el sexo que antes.
- Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo que antes.
- He perdido completamente el interés en el sexo.

## Justificación del Estudio

Debe tenerse en cuenta que no existe un puntaje arbitrario que pueda ser utilizado con cualquier propósito como punto de corte del IDB. El punto de corte específico depende de las características de los pacientes de la muestra y de los propósitos para los cuales se utilice el instrumento.

Hasta ahora no se ha validado en una población universitaria que solicite asistencia psiquiátrica por decisión propia, y por lo tanto no se ha establecido un punto de corte que permita su utilización como prueba diagnóstica de un síndrome depresivo en una población tal. Por esta razón considero útil su estudio en esta población, lo que a la postre permitirá la realización de futuras aplicaciones de IDB en ella.

## Planteamiento del Problema

El problema que se plantea es el de si los puntajes obtenidos en el IDB por los pacientes a quienes se aplique, corresponden a los resultados diagnósticos obtenidos mediante la evaluación clínica de los mismos pacientes, basada en una entrevista semiestructurada en la que se utilicen los criterios del DSM-III-R que permiten diagnosticar un síndrome depresivo.

## Hipótesis

- I. Los pacientes que presenten puntajes más altos en IDB serán aquellos que hayan sido diagnosticados como deprimidos en la entrevista semiestructurada y, a la inversa, los pacientes con bajos puntajes en el IDB no cumplirán con los criterios utilizados en la entrevista para poder ser diagnosticados como deprimidos.
- II. Se puede establecer un punto de corte que permita obtener la sensibilidad y la especificidad óptimas de uso del IDB en la población estudiada.

## Objetivos

- I. Determinar el rango de los puntajes en el IDB obtenidos por los pacientes diagnosticados como deprimidos mediante una entrevista semiestructurada basada en los criterios del DSM-III-R.

- II. Determinar el rango de los puntajes obtenidos por los pacientes que no satisfagan los criterios establecidos por el DSM-III-R para ser diagnosticados como deprimidos.
- III. Determinar los puntos de corte que permitan la sensibilidad y la especificidad más adecuadas para distinguir entre deprimidos y no deprimidos dentro de nuestra población.

## **Material y Métodos**

### **Población y Calendario de Actividades.**

La Población estudiada consintió en 124 pacientes que acudieron a solicitar asistencia por primera vez al servicio de consulta externa del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la U.N.A.M. durante 12 semanas hábiles comprendidas entre el día 27 de mayo y el día 6 de septiembre de 1991.

De esos 124 pacientes se excluyeron 10 (el 8% de la muestra total) debido a que no completaron el IDB de manera adecuada, dejando reactivos sin responder, a pesar de las explícitas instrucciones y de la recomendación de que, en caso de duda, no vacilaran en preguntar.

La muestra final, por tanto, quedó constituida por 114 pacientes encuestados, y de éstos 46 (40%) se presentaron a la entrevista diagnóstica.

### **Criterios de Inclusión y de Exclusión**

Dentro del diseño del estudio sólo se incluyeron los pacientes, de cualquier edad y sexo, que acudieron por primera vez al servicio de consulta externa durante el período estipulado y quienes, previa información, decidieron participar. Quedaron por tanto excluidos todos los pacientes que acudieron a consultas subsecuentes, y los que no aceptaron participar.

### **Controles**

Se incluyeron 20 sujetos de control, de ambos sexos, de edades similares a las de los pacientes, también estudiantes universitarios, que nunca habían acudido al servicio de consulta externa del Departamento a solicitar asistencia, y que aceptaron participar en el estudio.

## Variables

Se consideraron las siguientes variables demográficas: sexo, edad, estado civil, escolaridad, Facultad y actividad laboral, además de las siguientes variables clínicas e instrumentales: puntaje obtenido en el IDB, si fueron o no entrevistados y si, los que fueron entrevistados, cumplieron o no los criterios del DSM-III-R para el diagnóstico de síndrome depresivo.

## Procedimiento

Se elaboró un registro de los datos demográficos de cada uno de los pacientes que acudieron por primera vez al servicio de consulta externa durante el período señalado. A cada uno de ellos se le dio a conocer, en términos generales, pero claros, el propósito del estudio y el valor de su participación. Se les solicitó su colaboración y, en caso de que hubieran decidido aceptar, se les proporcionó una copia del IDB, explicándoseles la manera en que debían responder al cuestionario. Al mismo tiempo se les invitó a presentarse a la entrevista diagnóstica semiestructurada basada, como ya se dijo, en los Criterios del DSM-III-R, y la cual fue llevada a cabo, con los pacientes que aceptaron, antes de que llenaran el cuestionario, o bien después, procurando que el 50% de las entrevistas se realizaran antes y el otro 50% después, efectuándose esta distribución de manera aleatoria.

A continuación de los datos demográficos, en la hoja de registro se incluyó el dato de si el paciente fue entrevistado o no y, de haber sido entrevistado, si cumplió o no los criterios para ser diagnosticado como deprimido.

## Diseño de la Hoja de registro de datos

1. No. de expediente:
2. Nombre:
3. Sexo: 1.  M 2.  F
4. Edad:
5. Edo. Civil: 1.  soltero 2.  casado 3.  divorciado
6. Facultad:
7. Escolaridad: Alumno 1.  irregular 2.  regular
8. Trabaja 1.  sí 2.  no
9. Puntaje en el I.D.B.:
10. Entrevista: 1.  sí 2.  no
11. Satisface criterios para el diagnóstico de síndrome depresivo:
  1.  sí
  2.  no
  3.  no se realizó entrevista.

## Análisis de datos

Se utilizó estadística descriptiva para las variables consideradas. Se efectuó un análisis de varianza aleatorio. Las diversas comparaciones se llevaron a cabo mediante análisis de Prueba t.

Se obtuvieron promedios y desviaciones típicas de las variables demográficas y de los puntajes obtenidos en el IDB. Se utilizaron medidas de confiabilidad (coeficiente de correlación por rangos de Spearman).

Finalmente se obtuvieron la sensibilidad y la especificidad para diferentes puntos de corte con el fin de determinar el más adecuado para la población estudiada.

## Resultados

De los 134 sujetos estudiados, 89 (66.4%) pertenecieron al sexo femenino y 45 (33.6%) al sexo masculino. La edad promedio de las mujeres fue de 22 años, d.s. = 5, en tanto que la de los hombres fue de 21 años, d.s. 4 ( $t(132) = 1.353$ ;  $p = 0.18$ ), ( $t: X_1 = X_2$ ).

## Características Demográficas

Tabla 1

Sexo	N	%	Edad (X + d.s.)
Femenino	89	66.4	22.3 + 5.3
Masculino	45	33.6	21.0 + 4.0
Total	134	100	

La mayor parte de los sujetos eran solteros: 93% de las mujeres y 91% de los hombres (tabla 2)

Tabla 2

Estado Civil	Mujeres		Hombres	
	N	%	N	%
Soltero	83	93.3	41	91.1
casado	5	5.6	3	6.7
divorciado	1	1.1	1	2.2
total	89	100.0	45	100.0

Del total de sujetos, 114 fueron pacientes y 20 fueron sujetos de control (19 de la Facultad de Medicina y 1 de la Facultad de Psicología). Su distribución por facultades se expresa en la tabla 3, por orden de frecuencia. Entre los sujetos había, además, 13 alumnos de preparatoria y 4 empleados de la U.N.A.M.

**Tabla 3**

Facultad	No. de pacientes	No de Sujetos de control
Medicina	19	19
Ciencias	15	
Derecho	12	
Contaduría	12	
Ingeniería	10	
Psicología	8	1
Química	5	
Filosofía y Letras	4	
Economía	3	
Veterinaria	3	
Enfermería	3	
Odontología	2	
Arquitectura	1	
Total de pacientes Universitarios	97	20
Estudiantes de Preparatoria	13	
Empleados	4	
Total de pacientes	114	

Las distribución de los sujetos por facultades, de acuerdo con el sexo, se expresa en la tabla 4:

**Tabla 4**

Facultad	Mujeres (n)	Hombres (n)
Derecho	5	7
Ciencias	11	4
Psicología	8	1
Medicina	21	17
Contaduría	10	2
Ingeniería	3	7
Odontología	2	
Química	5	
Economía	3	
Filosofía y Letras	4	
Veterinaria	3	
Enfermería	3	
Arquitectura	0	1
Total de estudiantes universitarios	78	39
Estudiantes de preparatoria	9	4
Empleados	2	2
Total de sujetos	89	45

En cuanto a su regularidad académica, 33 (37.1%) de las mujeres fueron alumnas irregulares y 54 (60.7%) fueron regulares, en tanto que en el grupo de los hombres, 23 fueron irregulares y 20 regulares (tabla 5)

**Tabla 5**

	Mujeres(n)	Hombres (n)
Alumnos regulares	54	20
Alumnos irregulares	33	23
Total de Estudiantes	87	43
Empleados	2	2
Total de sujetos	89	45

De los sujetos del sexo femenino 67 no trabajaban, mientras que 22 de ellas sí lo hacían. De los hombres 11 trabajaban y 34 no. (tabla 6).

### Actividad Laboral

**Tabla 6**

	Mujeres (n)	Hombres (n)	Total
Trabajan	22	11	33
No trabajan	67	34	101
Total de sujetos	89	45	134

Del total de sujetos, 46 fueron entrevistados (32 mujeres y 14 hombres) y de ellos 24 fueron diagnosticados como deprimidos de acuerdo a los criterios del DSM-III-R. El promedio de los puntajes obtenidos en el IDB por estos pacientes fue de 23.5, d.s. = 5, en tanto que el puntaje obtenido por los pacientes que no cumplieron los criterios de depresión fue de 10.3, d.s. = 4, lo que refleja una diferencia significativa:  $p < 0.0000$  (tabla 7).

**Tabla 7**

**Pacientes Entrevistados**

Diagnóstico (DSM-III-R)		Puntaje Promedio I.D.B.	
Deprimidos	= 24	23.5,	d.s. = 5
No deprimidos	= 22	10.3,	d.s. = 4
Total	46		

$P < 0.0000$

Los pacientes que no fueron entrevistados (88) tuvieron un puntaje promedio en el IDB de 14.97, d.s. = 8.1.

No hubo diferencia significativa en lo tocante a edad o sexo ( $p = 0.2650$ ).

En cuanto a sus condiciones académicas, los sujetos regulares tuvieron un promedio en el puntaje del IDB de 14.2, d.s. = 7.8, en tanto que los alumnos irregulares tuvieron un promedio de 17.8, d.s. = 8.3, existiendo una diferencia significativa con  $p = 0.0139$  (tabla 8)

**Tabla 8**

	N	Puntaje promedio IDB
Alumnos regulares	78	14.2, d.s. = 7.8
Alumnos irregulares	52	17.8, d.s. = 8.3

$P = 0.0139$

De los sujetos que trabajan, 23 estaban deprimidos y sólo 9 no lo estaban, en tanto que de los que no trabajan 46 estaban deprimidos y 56 no lo estaban, lo que hace una diferencia significativa con  $p = 0.0141$ . Sus puntajes promedio en el IDB fueron de 19.5 en los que trabajan y 14.6 en los que no trabajan, estableciéndose una diferencia significativa:  $p = 0.0028$ .(tabla 9)

**Tabla 9**

	N	Puntaje promedio IDB
Sujetos que trabajan	32	19.5, d.s. = 7.3
Sujetos que no trabajan	102	14.6, d.s. = 8.1
total	134	

$P = 0.0028$

La sensibilidad máxima del instrumento (100 %) se obtuvo con un punto de corte de 16, el que consideramos óptimo para la población estudiada, ya que la especificidad no variaba considerablemente al aumentar el punto de corte.

Tomando como referencia ese punto de corte, podemos resumir los datos obtenidos de la siguiente manera:

- 1) Los pacientes entrevistados que recibieron diagnóstico de depresión tuvieron un puntaje promedio en el IDB  $> 16$ , (23.5)
- 2) Los pacientes entrevistados que no cumplieron criterios de depresión tuvieron un puntaje promedio  $< 16$  (10.3)
- 3) De los pacientes no entrevistados, el 56.% tuvo un promedio  $< 16$  (porcentaje similar al de los pacientes entrevistados).
- 4) De los sujetos de control, el 85 % tuvo un puntaje promedio  $< 16$ .
- 5) De los alumnos regulares, el 60 % obtuvo un puntaje promedio  $< 16$ .
- 6) De los alumnos irregulares el 42 % obtuvo un puntaje promedio  $< 16$
- 7) De los sujetos que trabajan, el 28 % obtuvo un puntaje promedio  $< 16$ .
- 8) De los sujetos que no trabajan, el 55 % obtuvo un puntaje promedio  $< 16$ .

## Discusión

Las características de la población estudiada difieren de las de la población general en varios aspectos. Entre los más importantes se pueden señalar la edad y el nivel académico.

Respecto al primer aspecto, se han realizado numerosas investigaciones de pacientes deprimidos que se proponen diferenciar la sintomatología de la depresión de los adultos de la de los adolescentes. Entre estos estudios se encuentra uno reciente<sup>18</sup>, llevado a cabo por Kauth y Col., en el que se utilizó el IDB, además de otras tres escalas de evaluación, en grupos de adolescentes. Uno de los objetivos era investigar las diferencias de los síntomas cognitivos y conductuales de la depresión entre adolescentes y adultos, y valorar la utilidad del IDB para propósitos de discriminación entre diferentes poblaciones. Encontraron que "la actividad conductual relacionada con la depresión de los adolescentes diferiría de la actividad conductual de los adultos"<sup>19</sup>.

El IDB ha sido también validado en grupos de adolescentes, de ambos sexos, utilizando diseños de investigación similares al nuestro. Uno de ellos se realizó con 100 sujetos, haciéndoseles entrevistas diagnósticas basadas en el DSM III, además de la aplicación del IDB. Los autores concluyeron que el IDB "identificó y diferenció de manera eficiente sujetos deprimidos y no deprimidos"<sup>20</sup>.

El IDB también ha sido empleado como método de escrutinio en poblaciones muy numerosas de jóvenes, como en la investigación llevada a cabo con 3,294 estudiantes de High School. En ella se encontró que "la prevalencia de síntomas depresivos clínicamente significativos sugiere depresión, diagnosticada por auto-reporte, en el 18% de esa población"<sup>21</sup>.

Independientemente de que consideremos que la prevalencia de la depresión sea tan elevada como resultó en la investigación mencionada, es muy importante tener en cuenta que esta enfermedad, además del sufrimiento que por sí misma ocasiona, involucra una serie de complicaciones que varían desde las leves, como sería un simple déficit temporal de la capacidad de concentración, hasta una tan grave como el suicidio.

Por supuesto, el déficit de la atención y la concentración pueden repercutir negativamente en el rendimiento académico o laboral del paciente, lo que a su vez puede exacerbar algunos síntomas depresivos (disminución de la autoestima, sentimientos de culpabilidad, vergüenza, irritabilidad, desvalorización, etcétera), generando una retroalimentación entre sus síntomas y sus entorno, que suele conducir a la creencia de que todo le sale mal, que le va mal en todo, que no sirve para nada, que sus maestros son injustos,

que la gente lo menosprecia, etcétera, lo que a su vez agravará su sintomatología depresiva, pudiendo finalmente desencadenarse una complicación de extrema severidad como es el suicidio o el intento de suicidio. Como dice Levy <sup>22</sup>, "El clínico debe estar consciente de que en presencia de depresión..., el deseo de morir debe ser considerado como un indicador muy serio de riesgo suicida."

Existen otro síntoma depresivos que han sido también considerados como predictores clínicos de suicidio, entre ellos la desesperanza, y el propio Beck diseñó una escala para medir la severidad de este síntoma -La Escala de Beck para la desesperanza- y ha realizado diversas investigaciones sobre la relación entre desesperanza y suicidio.<sup>23</sup>

Aunque la tendencia suicida no está directamente correlacionada con la gravedad de la depresión ni con el grado en el cual el paciente exprese su deseo, la depresión en sí es reconocida como factor antecedente importante del riesgo de suicidio, y tal vez el más importante entre jóvenes, como reveló un estudio efectuado por D. Lester y Col., con adolescente de ambos sexos, en el que se comparó el estado depresivo con otros factores que se han relacionado con la ideación suicida, y se encontró que en este grupo "la depresión fue el correlato más fuerte de la preocupación suicida".<sup>24</sup> En este estudio también se utilizó el IDB como recuso diagnóstico.

Todas estas consideraciones refuerzan el valor de poder contar con instrumentos que permitan evaluar a los pacientes con síndrome depresivo de una manera rápida, confiable y reproducible, como el IDB. Por supuesto, estos recursos son muy útiles como coadyuvantes, pero nunca como substitutos, de la evaluación clínica personal.

## Conclusiones

De acuerdo con los datos obtenidos podemos concluir que el IDB fue útil para distinguir, dentro de los pacientes a quienes se aplicó, a aquellos que cursaban con un síndrome depresivo, y que, empleando como punto de corte 16, se obtuvieron la sensibilidad y especificidad óptimas para esta población, lo que permitirá su reproductibilidad en la misma.

Consideramos que el nivel académico de los pacientes facilitó su participación eficiente, puesto que no tuvieron dificultades para comprender la importancia de la colaboración que se les solicitaba y la manera en que debían responder al inventario. Sólo en algunos casos (13 en total) los cuestionarios tuvieron que desecharse por no haber sido respondidos de manera completa.

Existieron alguna limitaciones para poder llevar a cabo el diseño original del estudio. Una de ellas fue que no pudo evaluarse al 100 % de los pacientes que acudieron por primera vez, dentro del período de la investigación, a solicitar asistencia al servicio de consulta externa del Departamento de Psiquiatría de la U.N.A.M. Esto se debió a razones pragmáticas, tales como olvido, por parte de médico tratante asignado, o del personal de admisión, para referirlos. En algunos, aunque muy pocos casos, hubo renuencia por parte de los pacientes a responder el cuestionario o a presentarse a la entrevista, arguyendo generalmente que carecían del tiempo suficiente para ello.

Asimismo, se pretendía efectuar, al final del estudio, una comparación entre el puntaje obtenido en el IDB, el resultado de la entrevista y el diagnóstico del médico tratante, pero este último dato no pudo integrarse debido a que, en un porcentaje elevado, no se encontraba registrado, en los expedientes respectivos, el diagnóstico del médico tratante.

No obstante las limitaciones señaladas, los objetivos fundamentales del estudio pudieron ser alcanzados.

## Bibliografía

- 1 Ward, C.H. y Col. "The psychiatric Nomenclature: Reasons for Diagnostic Disagreement" *Archives of General Psychiatry*, No. 7 1962 p. 200.
- 2 Ortega Soto, H.A., Torres, M., Hernández E. "Validez y reproducibilidad del Inventario para la Depresión de Beck en un hospital de cardiología", *Salud Mental*, Vol. 14, No.2, Junio de 1991, pp. 1-6.
3. Schneider, K., *Patopsicología Clínica*, 2ª ed., Verlag, Madrid, 1963.
- 4 Zilboorg, H., *The History of Medical Psychology*, Norton, N.Y., 1941, p. 23.
5. Citado por Polaino-Lorente, A., *Depresión*, ed. Mtanez. Roca, S.A. Barcelona, 1985, p. 16.
- 6 Dato citado por el Dr. Kielholz en su conferencia dictada en el I.M.P., 1987.
- 7 Pöldinger, W., "Psychosomatische Aspekte der Depressionsdiagnostik", *Internist*, Vol. 15, 1974, p. 232.
- 8 Lee, N.F. y Col., "Bulimia and Depression", *Journal of Affective Disorders*, Vol. 9, No. 3, Nov. 1985, p.p. 231-238.
- 9 Thase, M.E., y Col., "Nocturnal penile Tumescence in depressed men", *American Journal of Psychiatry*, Vol 144, No. 1, Enero, 1987, pp.89-94.
- 10 *DSM-III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Ed. Masson, S.A., 1988, pp. 266-267.
- 11 *Ibid.*, p. 278.
- 12 *Ibid.*, p. 279.
- 13 *Ibid.*, p. 396 - 397,
- 14 Louks, J. y Col. "Replicated Factor Structure of the Beck Depression Inventory", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 177, No. 8, 1989, p. 478.
- 15 *Ibid.*, p. 476.

- 16 *Ibid.*, p. 473.
- 17 Beck, A. y Col. *Cognitive Therapy of Depression*, N.Y., Guilford, 1979.
- 18 Kauth, M.R. y Col., "Validation of Depression measures in Adolescent populations" *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 46, No. 3, mayo 1990, pp. 291 - 295
- 19 *Ibid.*, p. 294.
- 20 Kashani, J.H. y Col., "Utility of the Beck Depression Inventory with clinic - referred adolescents", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 29, No. 2, Marzo 1990, p. 281.
- 21 Emslie, G.J. y Col., "Depressive Symtoms by Self - Report in Adolescence", *Journal of Child Neurology*, Vol. 5, No.2, Abril, 1990, p.120.
- 22 Levy, J.C. y Col. "Suicidality, Depression, and Substance Abuse in Adolescence", *American Journal of Psychiatry*, Vol. 146, 1989, pp. 1462 - 1467.
- 23 Beck, A.T. y Col. "Hopelessness and eventual suicide: A 10 - year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation", *American Journal of Psychiatry*, Vol. 142, 1985, pp. 559 - 563.
- 24 Lester, D. y Col., "Depression and suicidal preoccupation in teenagers." *Personality and Individual Differences*, Vol, 11 No. 4, 1990, p. 422.