

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

11241

13
2ej.

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA
Y SALUD MENTAL

CONFIABILIDAD DEL INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK Y
VALIDEZ CONCURRENTES CON LA ESCALA PARA DEPRESION
DE HAMILTON EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

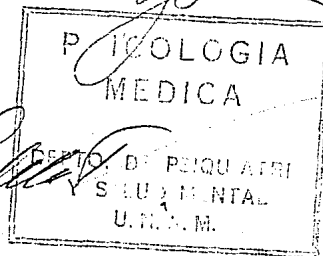
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PRESENTA: DR. JULIAN RAFAEL MAYER ORTEGA

DIRECTOR: DR. HECTOR ORTEGA SOTO

1992

V. b. *[Handwritten 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.

II.- INTRODUCCION

a) Aplicación y justificación de la presente investigación.

En psiquiatría el uso de escalas es un procedimiento cada vez mas usado que permite evaluar con criterios mas homologados y universales una población. El contar con estos instrumentos de medición constituye parte del engranaje que puede dar a nuestra especialidad un desarrollo formal en el contexto de la ciencia.

Hasta el momento en nuestro país no contamos con escalas propias por lo que hemos tenido que hacer uso de las mundialmente aprobadas las que deben ser traducidas a nuestro idioma y ajustadas a la idiosincrasia y características particulares de nuestra sociedad, teniendo que ser validadas y estandarizadas para tales fines.

Los instrumentos diagnósticos en psiquiatría incluyen las escalas de evaluación conductual, las listas de comprobación de síntomas y los procedimientos psicométricos. La selección entre ellos depende de la finalidad para la que se elige el instrumento.

Si el propósito es la detección selectiva de la población general con respecto a un determinado trastorno., es importante que el instrumento se administre fácilmente. Sus restantes características están determinadas por la necesidad primaria de evitar el mayor número posible de resultados falsos negativos echando una red muy grande o bien de evitar resultados positivos falsos utilizando un filtro muy fino. En el primer caso, se precisa un instrumento de alta sensibilidad; en el segundo, una medida de alta especificidad.

Para el clínico, es más importante evitar falsos negativos (alta sensibilidad); para el investigador, evitar falsos positivos (alta especificidad). Al menos esto es válido para el neurocientífico que necesita grupos de pacientes de la máxima homogeneidad para la investigación biológicamente enfocada; por otra parte, un epidemiólogo, que busca la prevalencia del trastorno, puede estar más interesado en un instrumento de mayor sensibilidad.

El psiquiatra clínico no puede todavía - y quizá nunca - depender por completo de los resultados del test para formular un diagnóstico diferencial definitivo, pero puede sacar provecho de las entrevistas estructuradas y los inventarios de personalidad porque su carácter global es una protección contra la desatención a ciertos síntomas y, al mismo tiempo, aumentará la objetividad del examen y su comparabili

dad con los hallazgos de otros examinadores.

El inventario de depresión de Beck; ha sido traducido al castellano y se le ha validado y reproducido dentro de nuestro país en algunos tipos de población como: abierta, hospitalaria no psiquiátrica y mínimamente en centros psiquiátricos. Sin embargo hasta el momento no se cuenta con muestras suficientemente amplias que documenten una total validez y confiabilidad del instrumento. Por esta razón es que investigaciones que se enfoquen en este sentido están plenamente justificadas y más si se realizan en centros de concentración donde los índices de morbilidad esperados son muy altos.

b) Vulnerabilidad del problema en cuestión.

La definición de la depresión se ha constituido como un verdadero reto en el sentido semántico y operacional del término, por lo tanto el diseño de instrumentos que la identifiquen y midan sus rasgos esenciales es a su vez un reto que no podrá ser del todo satisfactorio. San Agustín decía del tiempo que, aunque todo el mundo sabe lo que es, nadie sabe definirlo. Con respecto a la depresión a veces resulta más conveniente, al menos para el clínico profesional, sustituir una definición formal precisa por el "ya sabes lo que quiero decir".

Como entidad clínica; la depresión no tiene realmente criterios externos que la definan o sirvan para diagnosticarla, a pesar de la ya larga y siempre apasionada búsqueda de marcadores biológicos que ha tenido lugar durante los últimos años. Entre las claves que incluirían una auténtica definición estaría una neta línea divisoria entre la depresión clínica y los naturales sentimientos de tristeza, desánimo, melancolía y pesimismo asociados, por ejemplo, con la muerte de un ser querido. El DSM-III establece una divisoria en las dos semanas de duración de los síntomas centrales, pero este período es, a lo sumo, arbitrario.

La pregunta: "¿Qué es la depresión?" suscita respuestas casi tan variadas como las orientaciones de los observadores. Un conductista podría definirla como el funcionamiento defectuoso de los mecanismos de reforzamiento y condicionamiento o quizá como la consecuencia de la "desesperanza aprendida" frente a reiterados fracasos. Un especialista en ciencias neurológicas podría identificarla con una falta de equilibrio intracerebral entre ciertos neurotransmisores esenciales, moduladores y hormonas o como la alteración de los mecanismos receptores neuronales. Las feministas explican la mayor incidencia de la depresión en las mujeres como un producto de la discriminación social de la

mujer. Otros conciben la depresión como una enfermedad producida por una alteración cognitiva que determina un concepto negativo de uno mismo y una concepción pesimista del mundo y el futuro. Algunos psicoanalistas consideran que el principal rasgo de la depresión es la interiorización de la agresión hacia un objeto ambivalente, perdido e introyectado.

La confusión semántica deriva del hecho de que el término "depresión" tiene significaciones muy diversas en diferentes contextos, por ejemplo, en economía, meteorología o fisiología o fisiología, además de sus connotaciones conductuales. Incluso en psiquiatría, la depresión puede referirse a un síntoma -como el afecto disfórico específico- o bien a un síndrome, constituido, por ejemplo, por el estado de ánimo disfórico, retardo psicomotor, insomnio, falta de energía y pérdida de peso, o bien a una enfermedad, por ejemplo, la depresión unipolar. El rasgo clínico esencial es un estado de ánimo disfórico habitualmente experimentado conscientemente como depresión. La alteración del estado de ánimo es acusada, persistente y suele ir asociada también a otros síntomas. Sin embargo, no todos los individuos diagnosticados con episodio depresivo mayor informan de estar deprimidos subjetivamente. Los síntomas de estado de ánimo gravemente deprimido, incluidos los sentimientos de desesperanza, bastan para el diagnóstico de la depresión, pero no se presentan necesariamente. Los síntomas necesarios para el diagnóstico son la tríada de poca capacidad de experimentar placer (anhedonia), reducido interés por el entorno (retracción) y escasa energía (anergia). Esta tríada tiene gran utilidad diagnóstica y puede ser utilizada incluso en ausencia de cambios de estado de ánimo demostrables. Los pacientes pueden identificar una pérdida de interés o placer por sus actividades habituales como los rasgos esenciales.

Existen diversos síntomas que no son suficientes ni necesarios sino más bien accesorios. Estos síntomas que no son ni suficientes ni necesarios, sino más bien accesorios. Estos síntomas incluyen agitación, pérdida de peso, alteraciones del sueño más o anorexia. El apetito suele estar alterado, siendo la manifestación más común la pérdida de apetito. Cuando ésta es significativa, se evidencia una considerable pérdida de peso. En los niños puede tomar la forma de una ausencia del aumento de peso esperado. No obstante, hay casos típicos de episodios depresivos mayores durante los cuales los pacientes muestran un gran apetito en calidad de rasgo clínico. La alteración del sueño adopta frecuentemente la forma de un insomnio inicial o insomnio termi-

nal; no obstante, se observan a veces hipersomnio o insomnio intermedio. Pueden presentarse tanto agitación motora como retardo psicomotor, pero habitualmente sólo uno de estos síntomas en un mismo caso.

Los signos de agitación psicomotora incluyen inquietud, deambulación o agitación de manos. El retardo psicomotor se ilustra por la escasez de movimientos y por un habla monótona, lenta, casi ausente. Suele presentarse una disminución de la autoestima, que varía de leve a grave. El paciente puede mostrar acuados sentimientos de culpabilidad por sucesos del pasado, reales o imaginarios.

Son comunes las dificultades de concentración, cálculo, razonamiento y realización de tareas mentales complejas. Es bastante frecuente la indecisión. A veces se describe alteración de la memoria, pero parece asociada a una reducida capacidad para atender a los estímulos más que para registrarlos. En los episodios depresivos mayores son comunes la ideación y los intentos suicidas.

En lo que respecta a las escalas, una buena escala de evaluación debe contituirse sobre la base de la experiencia clínica y el análisis estadístico. Debe ser VALIDA, es decir, probar que la escala mide realmente lo que pretenda medir y probar su confiabilidad, tanto en diferentes evaluadores (Intervaluación) como en diferentes momentos, es decir, su reproducibilidad (pruebas Test-Retest). También debe ser global y equilibrada, por ejemplo no muy sesgada hacia la evaluación de los rasgos psicomotors, psiquicos ó verbales. También debería ser bastante breve y simple la enumeración de todos estos aspectos explican porque no existe en la actualidad ninguna escala de evaluación ideal.

En general, se pueden dividir los tipos de instrumentos de escala para evaluación de los trastornos afectivos según tres funciones:

1. Medición cuantitativa de la gravedad del trastorno.
2. Identificación cualitativa, es decir, diagnóstica, de las pautas particulares.
3. Clasificación de las características de personalidad para la perdición del riesgo y la respuesta al tratamiento.

c) Magnitud de la población afectada.

Muchos autores han realizado estudios epidemiológicos sobre la depresión, sin embargo las cifras reportadas no son constantes. Las aproximaciones más conservadoras al respecto hablan por ejemplo que en países industrializados 1 de cada 20 personas recibe el diagnóstico de depresión clínicamente significativa al menos 1 vez en su vida.

No obstante en México no existen estudios epidemiológicos lo su-

ficientemente amplios que den cuenta de los porcentajes reales, pero es muy probable que sean semejantes a los promedios mundiales. El actual índice de prevalencia general de los episodios depresivos mayores en Estados Unidos esta entre 3 y 5 %. El riesgo de episodio depresivo mayor parece estar entre 8 y 12 % en los varones, y 20 y 26 % en las mujeres. Se han propuesto numerosas explicaciones de esta sorprendente diferencia en relación al sexo. La mayoría de estudios muestran al menos un índice dos veces superior de episodios depresivos mayores en mujeres, pero si se incluyen el alcoholismo y la sociopatía en los varones, el índice general de episodio depresivo mayor, alcoholismo y sociopatía es el mismo en ambos sexos. Al menos un estudio entre los amish, que no padecen problemas significativos de alcoholismo ni sociopatía, no revela diferencias de los episodios depresivos mayores en relación con el sexo.

La edad de inicio de la primera depresión mayor suele estar hacia la mitad de la década de los veinte años. No existe aumento en el período posmenopáusico. No se ha probado una relación entre la clase social y el índice de episodios depresivos mayores. Tampoco se ha constatado relación alguna entre la raza y la prevalencia o incidencia de este trastorno. Los familiares en primer grado de los pacientes depresivos unipolares muestran un riesgo del 20% para el trastorno afectivo.

III ANTECEDENTES

Se han diseñado diversos tipos de escalas para depresión, las más conocidas y usadas son: Escala de Hamilton para la evaluación de la depresión. Para la medición de la gravedad de los estados depresivos, el instrumento más conocido es, quizá, la Escala de Hamilton para la Evaluación de la Depresión (HDRS). Este test esta diseñado para ser administrado por un entrevistador. Se han desarrollado varias modificaciones de su versión original, pero en su forma más utilizada comprende 17 ítems. De éstos, 9 ítems se puntúan en una escala de 5 puntos y 8 ítems en una escala ordinal de tres puntos. La HDRS fue construida para su utilización con pacientes ya diagnosticados con depresión, pero también, pero también se ha utilizado para los pacientes de medicina general. Su principal función consiste, normalmente, en la evaluación cuantitativa de la gravedad de los estados depresivos. La escala de Hamilton ha tenido algunas modificaciones de tal suerte que en la actualidad se anexa una lista de 21 ítems donde además se valoran: Variación diurna, despersonalización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos. Un puntaje por arriba de 18 señala una depresión

clínicamente significativa, un puntaje entre 0-7 no se consigna como depresión pero de 8-15 se considera como depresión menor.

La Escala Zung es otra conocida escala de evaluación autoadministrada, pero ultimamente se ha cuestionado su credibilidad, en parte por el número de escalas que debe completar el sujeto.

En general, la fiabilidad de las escalas evaluadas por el examinador parece ser mejor que la de las escalas autoadministradas. Esto es así en las escalas que evalúan los estados maníacos, pues la mayoría de los pacientes maníacos se autoevalúan como normales o casi normales.

La orientación de las diferentes escalas puede ser importante para los clínicos porque proporciona acceso a áreas de información específicas. La HDRS, por ejemplo, se centra en los síntomas psicomotoros, mientras que una escala más reciente, la escala de evaluación de la depresión de Montgomery-Asberg se centra principalmente en los síntomas psíquicos de la depresión.

Escalas diagnósticas. Existen algunas escalas evaluadoras de la depresión para fines diagnósticos. Las mejor conocidas son las Escalas Newcastle (N-I y N-II), que fueron formuladas para diferenciar entre las depresiones endógenas y las no endógenas, y la Escala Estándarizada de Evaluación de los Trastornos Depresivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS/SADD), que fue el instrumento diagnóstico en un importante estudio transcultural de cuatro naciones.

El formulario de entrevista Estructurado de Spitzer y Endicott para los trastornos afectivos y la esquizofrenia está enfocado hacia dos áreas diagnósticas específicas.

Las listas de comprobación de síntomas que constituyen el núcleo de las definiciones operativas del DSM-III son, obviamente instrumentos diagnósticos más específicos.

El inventario de depresión de Beck (IDB), es una escala autoadministrada compuesta de 21 ítems, cada uno de los cuales deben ser puntuados por el paciente. Cada reactivo consiste en una serie de enunciados en diferentes grados y al paciente se le pide que seleccione solo uno conforme a su condición actual. Los valores numéricos van de 0 a 3 para cada ítem e indican la severidad de la depresión. El resultado se obtiene por la suma de los 21 reactivos.

El rango del inventario es consecuentemente de 0 a 63 puntos.

La medida en que la escala sea cubierta favorablemente depende considerablemente de la motivación del paciente que, a su vez, está relacionada con la motivación del examinador.

Los reactivos fueron escogidos en el curso de la psicoterapia de pacientes deprimidos; se hicieron observaciones sistemáticas y se toma ron registros de sus actitudes y síntomas que mostraron ser específico para los pacientes deprimidos y cuáles eran consistentes de las descripciones de depresión, contenidos en la literatura psiquiátrica, los primeros 14 reactivos se han conocido como evaluadores de síntomas afectivo-cognitivos, y los 7 restantes síntomas vegetativos somáticos.

Las categorías son las siguientes.

Síntomas
Afectivo-cognitivos

- 1) Animo
- 2) Pesimismo
- 3) Sensación de fracaso
- 4) Insatisfacción
- 5) Sentimientos de culpabilidad
- 6) Sensación de castigo
- 7) Descontento
- 8) Autoacusación
- 9) Deseos autopunitivos
- 10) Llanto
- 11) Irritabilidad
- 12) Aislamiento
- 13) Indecisión
- 14) Imagen corporal

	15) Inhibición
	16) Trastornos del sueño
	17) Fatigabilidad
Sintomas	18) Perdida del apetito
Vegetativo-somáticos	19) Perdida de peso
	20) Preocupación
	21) Perdida de la libido

El interes por la confiabilidad, obedece a las necesidades de tener certeza en la medición. Las mediciones psicologicas o psiquiátricas, si son confiables, podemos depender de ellas; pero, en caso contrario, no podemos basarnos en ellas.

La confiabilidad podría entenderse como la congruencia: porque las variables y sus indicadores deberan medir la misma cosa. B) Precisión: porque uno mismo debera reproducir varias veces la investigación y debera obtener los mismos resultados. C) Objetividad: porque varios experimentadores deberan realizar la misma investigación y llegar a las mismas conclusiones. D) Constancia: porque la forma de medición del objeto no debe alterar los resultados.

Entre las diferentes formas de obtener confiabilidad de un instrumento o escala, se encuentran:

1) La prueba contra prueba, que consiste aplicar una escala o instrumento a los mismos sujetos en dos ocasiones distintas.

IV ANTECEDENTES DEL IDB

En 1961 Beck y cols publicaron los primeros estudios sobre el IDB en la población general, se utilizó una muestra inicial de 226 pacientes y en un estudio posterior 183, y se intentó diferenciar el grado de depresión en 4 diferentes niveles: sin depresión, depresión, depresión leve, moderada y severa, comparando los puntajes con el juicio de 4 psiquiatras experimentados. Se pudo constatar que con un mayor grado de depresión existia un mayor puntaje del IDB.

La comprobación estadística fue significativa, encontrando un coeficiente de correlación de 0.67, error estandar de 0.059 y P menor de 0.01.

Desde la decada de los 60's se han hecho multiples publicaciones

sobre la validez y reproducibilidad del IDB.

En 1967 Schwab utiliza un punto de corte de 13 y reporta 22% de prevalencia en una N de 153; Salkind, en 1969 usa un punto de corte de 17 y reporta un 25 % de prevalencia con una N de 80; en 1975 Moffic y Paykell encuentran una prevalencia de 24% con un punto de corte de 14. Sellar en 1981, con una N de 222 encuentra 14% de prevalencia con punto de corte de 21, y 34% con punto de corte de 11 (5).

En 1986 Cavanaugh realiza un estudio con una N de 335, encuentra 22% de prevalencia con punto de corte de 13 y 14 % cuando utiliza un punto de corte de 21.

En 1984 el mismo Beck y Stier realizan un nuevo analisis la consistencia interna del IDB desde su versión de 1961 y 1978 comparando ambas versiones, estudio una muestra de 8 y 6 pacientes psiquiatricos tanto hospitalizados como externos dividiendo la muestra en dos poblaciones. Se aplico la versión de 1961 para 598 pacientes obteniendo un coeficiente alfa de 0.88 y de 0.86 para el grupo de 248 pacientes a quienes se aplico la versión de 1978.

La correlación de los puntajes totales corregidos fueron también similares y se concluyo que las consistencias internas de ambas versiones fueron comparables.

Oliver y Simmons en 1984 realizaron una comparación entre la relación de la suma de puntaje del IDB con los dx de depresión conforme al DSM III, usó una muestra de 298 sujetos voluntarios de población abierta.

Encontro un punto de corte 9-10 con una sensibilidad del 100% y especificidad del 86%, la proporción de falsos negativos fue de 0% y falsos positivos 13.7%. Al ajustar el punto de corte a 21-22 con proposito de búsqueda redujo los falsos positivos a 1.4% pero se incremento a 52.4 % los falsos negativos. Finalmente se ajunto a 18-19 el punto de conte para proporcionar una estimación no penetrada de la prevalencia de la depresión en relación al Dx mediante la entrevista conforme a criterios de DSM III.

Burkhart y Roge r en 1984 investigaron la validas predictiva del IDB en una muestra de 33 paciente, observando una disminución significativa de los puntajes correlacionada con las entrevistas clinicas a lo largo de 6 semanas de estudio, concluyendo que el IDB mostraba una correlación con el grado de depresión clinicamente observada.

Simmons y cols en 1987 estudiaron las diferencias que pudieran existir entre los pacientes médicos y psiquiatricos deprimidos.

No se encontraron diferencias significativas entre las sumas totales para ambas poblaciones. Sin embargo los pacientes psiquiátricos sumaron mas puntos en los aspectos afectivo-cognitivos y los pacientes medicamente enfermos sumaron significativamente puntos mas altos en los aspectos somaticos. En el analisis de cada uno de los aspectos la depresión en los pacientes psiquiátricos se caracterizó principalmente por ideación suicida y perdida del interes, mientras que los medicamente enfermos los sintomas predominantes fueron perdida de energia y preocupación.

No todos los estudios han reportado resultados favorables y es notable como zheng y cols en China en 1988 reportan datos distintos a los de otras culturas. Se uso una muestra de 329 pacientes deprimidos de 24 hospitales distintos en toda China para estudiar su validez y confiabilidad. Los resultados mostraron una puntuación muy baja para los aspectos de sensación de castigo, odio, autocastigo, periodos de llanto, irritabilidad y preocupación somatica comparados con los puntajes de la versión china del Hamilton y ademas de la observación clinica. La validez del IDB en China fue pobre aun cuando semanticamente hay una buena traducción.

Louks y cols en 1989 estudiaron la estructura del factor replicado del IDB estudiada en 407 pacientes de la muestra inicial y 370 en una segunda muestra. El primer factor estable dominante correspondió a los aspectos afectivo-cognitivos contabilizados para 67 a 81% de la varianza común con una correlación de 0.94 entre el resto de los factores entre analisis inicial y la replicación. El segundo factor correspondiente a los aspectos vegetativo-somatico fue inestable con 15 a 19 % de la varianza comun y con una correlacion de 0.58

Marton y Hayne en 1991 evaluaron la validez del IDB en adolescentes con trastornos psiquiátricos con una población de 122 pacientes encontrando un punto de corte 13 relacionados con poderio productivos en la sensibilidad, especificidad y positividad en un 86 %, 82% y 83% respectivamente pero se encontro que al ajustar hasta 17 el punto de corte la puntuación fue menos significativa y mas baja en un 30 % para hombres que para mujeres.

V PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se aplicara el inventario de depresión de Beck (IDB) a pacientes deprimidos y no deprimidos pero con otro tipo de patologia psiquiátrica, se validara la escala (como parte de otro estudio previo) y se volvera a aplicar 48 hrs. despues para observar su confiabilidad y reproducibilidad. Ademas se aplicará la escala de depresión de Ha-

milton en la primera evaluación.

a) Hipótesis

Si el inventario de depresión de Beck es confiable y reproducible entonces los puntajes entre una primera evaluación y la segunda _ serán similares.

b) Objetivo de la investigación.

El principal objetivo es el establecer la CONFIABILIDAD Y REPRODUCIBILIDAD del IDB, pero para llegar a este punto tambien se estudia ra su VALIDEZ ESPECIFICIDAD, PUNTOS DE CORTE, y como una aportación _ mas la validz CONCURRENTE con la escala de Hamilton para depresión. _

El IDB se aplicara en dos momentos distintos uno en la primera entrevista y otro 48 hrs. despues aplicando prueba contra prueba. La escala de Hamilton solo se aplicara junto con la primera evaluación _ del Beck.

VI DISEÑO DE LA INVESTIGACION

a) Tipo de estudio:

Se trata de un estudio metologico analitico y transversal.

b) Universo de Trabajo.

Se estudiaron pacientes de la consulta externa de un hospital _ psiquiatrico para enfermos agudos, el hospital Psiquiatrico "Fray _ Bernard domp Alvarez". Los cuales correspondieron a pacientes refe-- ridos del servicio dd urgencias y admisión como pacientes de primera vez.

c) Tamaño de la muestra.

Se estudiaron a cincuenta pacientes en total. De los cuales _ treinta se diagnosticaron como deprimidos en cualquiera de los sub tipos que se anexan a continuación y conforme a los criterios del _

DSM IIIR:

- 1) Depresión Mayor (cualquier subtipo)
- 2) Distimia
- 3) Distimia con depresión mayor sobrepuesta
- 4) Trastorno bipolar depresivo (y subtipos).
- 5) Trastorno del estado de animo (Depresivo) por sustancias psico-activas (cualquier tipo).
- 6) Trastorno organico del estado de animo (depresivo)
- 7) Ciclotimia
- 8) Trastorno adaptativo con estado de animo depresivo.

Se tuvo una muestra comparativa de 20 pacientes bajo la misma _ mecanica de canalizacion quienes presentaban cualquier otro _ tipo de trastorno psiquiatrico pero fuera de los mencionados an

anteriormente concidirando a este grupo el de los No Deprimidos.

d) Criterios de selección:

1.- Criterios de inclusión:

- Pacientes de primera vez referidos a la consulta externa del Hospital psiquiatrico "Fray Bernardino Alvarez", con algun trastorno psiquiatrico fuera de los exclusion.

2.- Criterios de exclusion.

2.1) Pacientes analfabetas.

2.2) Pacientes confusos o agitados.

2.3) Pacientes con demencias graves.

2.4) Pacientes que por su nivel intelectual o incapacidad física no pudieran contestar una escala autoaplicable.

e) Metodo y procedimiento.

Se utilizo una Traducción al castellano del IDB realizada en el Instituto Mexicano de Psiquiatria. A cada paciente que cumpliera los criterios de inclusion se le realizo una entrevista semiestructurada e historia clinica, se aplico la escala de depresión de Hamilton con la idea de tener otro parametro fue evaluada durante la entrevista. Al final se le pidio al paciente que acudiera dos dias despues administrandole como unica medicacion placebo. para evitar la modificacion de sintomas atraves de psicofarmacos. A los pacientes con depresión se les incluyo en otro protocolo de investigacion. Farmacologica con antidepresivos (dobleciego) y se les pidio su consentimiento por escrito. A los pacientes. No deprimidos tambien se les indico placebo informando antemano que la medicacion se sustituiria 2 dias despues mientras se les indicaban pruebas de laboratorio y/o gabinete. al segundo dia se volvio a aplicar el Beck (IDBII). El estudio se realizo de Agosto de 1991 a Enero de 1992. Los datos demograficos a estudiar se extrajeron de la ficha de identificacion y se anexaron los puntajes de las escalas en una hoja de tabulacion que contuvo los siguientes datos:

- 1) Nombre
- 2) Edad
- 3) Sexo
- 4) Residencia
- 5) Edo. civil
- 6) Escolaridad
- 7) Diagnostico conforme a la clasificacion del DSM III-R
- 8) Puntaje de IDB primera evaluacion (IDB).
- 9) Puntaje de la escala de depresion de Hamilton (Hamilton)
- 10) Puntaje de IDB segunda evaluacion (IDBII)

VII ANALISIS DE RESULTADOS . A) Datos demograficos.

Los datos sobre la distribucion reportados en la literatura, edades y

discrepancia entre sexos puede ser debida al tamaño de la muestra.

(Tabla 1).

La escolaridad en mujeres fue menor $\bar{x} = 7$ años que la de los hombres $\bar{x} = 11.4$ años (Tabla 1).

La tabla 2 muestra los mismos datos para no deprimidos donde sigue predominando el sexo femenino pero en menor porcentaje (60% mujeres y 40% hombres) pero las edades no muestran ninguna diferencia (30 años para ambos sexos), la escolaridad es ligeramente menor en hombres que en mujeres lo cual podría ser inherente nuevamente al tamaño de la muestra ó ser significativo lo cual tendría que documentarse en otro estudio ya que se trata de una muestra muy heterogénea donde se incluyen pacientes tanto psicóticos como psicóticos de diversos tipos.

En cuanto el lugar de residencia llama la atención que los sujetos masculinos del grupo de deprimidos provenían la mayoría del área metropolitana y provincia, mientras que los femeninos tanto deprimidos como no deprimidos provenían en su mayoría del D.F. como sería de esperar (ver tablas 3-4).

El estado civil en mujeres deprimidas muestra una tasa más alta entre las casadas (38%) seguido de las solteras (28.57%) y en hombres la tasa más alta fue para solteros (44.4%) seguido de divorciados (33.3%).

Llama la atención que el porcentaje de depresión en viudos es bajo dentro de esta muestra para ambos sexos. En el grupo de los no deprimidos la tasa más alta en mujeres fue en las casadas (50%) y en los hombres los solteros (58.3%) (ver Tabla 5-6)

Sobre la ocupación, la más frecuente en el sexo femenino fue el hogar (61.1%), para el masculino las más frecuentes fueron empleado y comerciante que ambas sumadas dan un 66.68%. Para los no deprimidos llama la atención que en el sexo femenino el 50% de la actividad desempeñada es empleado y solo 12.5% dedicada al hogar (ver tablas 7-8).

En la tabla 9 se muestran los Dx para deprimidos. En mujeres el Dx más frecuente fue la depresión mayor (57.14%) mientras que en hombres hay una mayor distribución de los porcentajes siendo de 22.22% para la depresión mayor y el mismo porcentaje para distimia con depresión mayor sobrepuesta y el mismo para trastorno orgánico del estado de ánimo. Si sumamos los porcentajes de depresión mayor; distimia y distimia con mayor depresión encontraremos la más alta proporción de Dx en mujeres (85.7%) pero un tanto menor en hombres (55.55%) con lo que este sexo tiene una mayor distribución en las nosologías. En cuanto a los no deprimidos no se anexa lista de Dx ya que son trastornos variables los cuales para fines del estudio solo se agruparon como el grupo de no

deprimidos pero con algun otro dx psiquiatrico.

b) Resultados y Analisis estadistico de las escalas aplicadas.

En la tabal 10 se expresan los resultados de los puntajes obtenidos IDB en sus dos mediciones. Para los pacientes deprimidos se obtuvo una media de puntuación de $\bar{x} = 28.0$ con un desviación estandar de $s_x = 9.9$ primera medición y en la segunda medición la media fue de $\bar{x} = 28.1$ y con D.F = ± 9.6 que contrastan con los valores del grupo de no deprimidos que obtuvo un puntaje promedio de $\bar{x} = 9.6$ con D.E de ± 4.4 para la primera medición y un promedio de 8.7 con D.E de ± 3.5 .

Para conocer si estas diferencias son significativas se realizó un analisis de varianza que se presenta en la tabla 11. Se hicieron comparaciones mediante pruebas "T" en forma global para destacar las diferencias entre ambos grupos. Se practicó un analisis de Regresión lineal, varianza y correlación. El valor de "T" encontrado para la comparación del IDBI entre deprimidos y no deprimidos fue $T = 8.013$ con 48 grados de libertad. El valor de "P" tanto para la prueba de una y dos colas fue significativo con una $P = 0.00001$ en ambas. En la medición del IDBII entre los grupos de deprimidos y no deprimidos se obtuvo un valor de $T = 8.570$ con 48 grados de libertad obteniendo una P idéntica a la anterior y también significativa. $P = 0.00001$. con lo cual se puede afirmar que hay una alta y significativa diferencia entre los puntajes obtenidos en el IDB para pacientes deprimidos los cuales son mucho mas altos que para los pacientes no deprimidos en quienes los puntajes son bajos.

Se realizó la misma medición para comparar los puntajes entre el IDBI e IDBII obteniendo un valor de $T = 0.534$ con 29 grados de libertad, resultando una $P = 0.6103$ para dos colas y $P = 0.3052$ a una cola lo cual no es en lo absoluto significativa e indica que los puntajes del IDB NO se alteran significativamente en el periodo de tiempo estudiado entre ambos (48 hrs.) (ver tabla 11). Podemos resumir lo anterior de la siguiente manera:

- Efecto del diagnostico $F(1,96) = 137.328$; $P = 0.00001$
- Efecto del tiempo $F(1,96) = 1$; $P = N.S.$

Se obtuvo ademas la sensibilidad (sens) y especificidad (esp) para 5 diferentes puntos de corte. Encontrando los valores mas altos en el punto de corte (p.c.) 13 con una sens=100% y esp=75%; P.C.17 sens=80% y esp= 80% y P.C. 19 con sens= 80% y ESP= 90%. (ver tabla 12).

Se elaboro también una curva de ROC para enfatizar la alta sensibilidad y especificidad de la prueba que tiende a mantenerse alejada de la línea de no información y a mostrar diferencias significativas.

a partir del punto de corte 13. (ver fig.1)

Por otra parte se practicó un análisis de regresión lineal y correlación para hacer la validez concurrente entre la escala para depresión de Hamilton y el IDB. El coeficiente de correlación encontrado fue $r = 0.778$ usando una $T = 8.565568$ con 48 grados de libertad, con lo que se obtuvo una $P = 0.0001$ la cual también es significativa para el cruce con todas las evaluaciones de Hamilton y Beck aplicadas lo cual indicaría la significación estadística para discriminar con ambas pruebas el grupo de los deprimidos y no deprimidos. El porcentaje de varianza explicada fue de 60.451 % lo cual indica el porcentaje de similitud entre ambas pruebas.

VIII CONCLUSIONES

El presente estudio permite afirmar:

- 1) Los pacientes con un trastorno depresivo obtienen una puntuación significativamente más alta que los pacientes con algún otro DX. psiquiátrico sin carácter depresivo. El DX de depresión a través de la entrevista semiestructurada e historia clínica se correlacionó siempre con puntajes altos del IDB y el grupo con otros DX con puntajes bajos. La significancia estadística del instrumento fue alta ($p < 0.00001$) con lo cual la validez del IDB en nuestra muestra queda confirmada.
- 2) El IDB mostró una alta confiabilidad y reproducibilidad confirmada estadísticamente ya que se encontró una correlación de 0.88 índice muy similar al reportado por Beck (0.86). La P encontrada como no significativa confirma en la prueba contra prueba del IDB el efecto de del tiempo es estadísticamente despreciable.
- 3) Se obtuvieron puntos de corte para el IDB, encontrando en esta investigación que el punto de corte 15 cuenta con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 75% y que en el punto de corte 19 la sensibilidad es del 77% y la especificidad del 100%.
- 4) Se encontró una elevada correlación entre las escalas del IDB y Hamilton para depresión ($r = 0.778$), con $p = 0.0001$, con lo cual se establece que ambos instrumentos tienen una alta validez concurrente, siendo su porcentaje de varianzas explicadas de 60.45%.
- 5) En suma el presente estudio confirma la validez y confiabilidad del IDB así como su validez concurrente con la escala para depresión de Hamilton y establece los puntos de corte encontrados, haciendo del Inventario para depresión de Beck un instrumento útil para su uso en el hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" y poblaciones similares. Sin embargo aun es necesario realizar estudios similares en o

tros tipos de población para que se pueda establecer al IDB como un instrumento válido y confiable en nuestro país.

TABLA 1

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS EN PACIENTES
DEPRIMIDOS (POR SEXO, EDADES Y ESCOLARIDAD)

SEXO	n	%	EDAD \bar{X}	ESCOLARIDAD \bar{X}
FEMENINO	21	70	41.8	7
MASCULINO	9	30	29.4	11.4
TOTALES	30	100 %		

TABLA 2

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS EN PACIENTES NO
DEPRIMIDOS (POR SEXO, EDADES Y ESCOLARIDAD)

SEXO			EDAD	ESCOLARIDAD
	n	%	\bar{X}	\bar{X}
FEMENINO	8	40	30.5	7.8
MASCULINO	12	60	30.41	9.0
TOTALES	20	100		

TABLA 3

RESIDENCIA (DEPRIMIDOS)

RESIDENCIA	FEMENINO		MASCULINO	
	n	%	n	%
DISTRITO FEDERAL	13	61.90	2	22.22
AREA METROPOLITANA	5	23.38	4	44.44
PROVINCIA	3	14.28	3	33.33
TOTALES	21	100 %	9	100 %

TABLA 4

RESIDENCIA (NO DEPRIMIDOS)

RESIDENCIA	FEMENINO		MASCULINO	
	n	%	n	%
DISTRITO FEDERAL	5	62.5	9	75.0
AREA METROPOLITANA	3	37.5	0	00.00
PROVINCIA	0	00.0	3	25.0
TOTALES	8	100.0	12	100.0

TABLA 5

ESTADO CIVIL (DEPRIMIDOS)

ESTADO CIVIL	FEMENINO		MASCULINO	
	n	%	n	%
Soltero(a)	6	28.57	4	44.44
Casado(a)	8	38.09	2	22.22
Divorciado(a)	3	14.28	3	33.33
Unión libre	3	14.28	0	00.00
Viudo(a)	1	4.47	0	00.00
TOTALES	21	100 %	9	100 %

TABLA 6

ESTADO CIVIL (NO DEPRIMIDOS)

ESTADO CIVIL	FEMENINO		MASCULINO	
	n	%	n	%
Soltero(a)	2	25.0	7	58.33
Casado(a)	4	50.0	2	16.66
Divorciado(a)	2	25.0	0	00.00
Unión libre	0	00.0	2	16.66
Viudo(a)	0	00.0	1	8.33
TOTALES	8	100 %	12	100 %

TABLA 7
OCUPACION (DEPRIMIDOS)

OCUPACION	FEMENINO		MASCULINO	
	n	%	n	%
EMPLEADO	2	9.52	3	33.33
OBRERO	0	00.00	0	00.00
CAMPESINO	0	00.00	1	11.11
COMERCIANTE	2	9.52	3	33.33
ESTUDIANTE	2	9.52	1	11.11
PROFESIONISTA	0	00.00	0	00.00
HOGAR	13	61.90	0	00.00
DESEMPLEADO	2	9.52	1	11.11
TOTALES	21	100 %	9	100 %

TABLA 8

OCUPACION (NO DEPRIMIDOS)

OCUPACION	FEMENINO		MASCULINO	
	n	%	n	%
EMPLEADO	4	50.0	5	41.66
OBRERO	0	00.0	1	8.33
CAMPESINO	0	00.00	1	8.33
COMERCIANTE	1	12.5	0	00.00
ESTUDIANTE	0	00.0	1	8.33
PROFESIONISTA	0	00.0	0	00.00
HOGAR	1	12.5	0	00.00
DESEMPLEADO	2	25.0	4	33.33
TOTALES	8	100 %	12	100 %

TABLA 9

DIFERENTES TIPOS DE DEPRESION

DIAGNOSTICO	FEMENINO		MASCULINO	
	n	%	n	%
DEPRESION MAYOR	12	57.14	2	22.22
DISTIMIA	3	14.28	1	11.11
DISTIMIA CON DEPRESION MAYOR	3	14.28	2	22.22
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR DEPRESIVO	1	4.76	1	11.11
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO POR SUST. PSICOACTIVAS	0	00.00	1	11.11
TRASTORNOS ORGANICOS DEL ESTADO DE ANIMO (DEPRESIVO)	0	00.00	2	22.22
CICLOTIMIA	0	00.00	0	00.00
TRASTORNO ADAPTATIVO CON ESTADO DE ANIMO DEPRIMIDO	2	9.52	0	00.00
TOTALES	21	100 %	9	100 %

TABLA 10

VALIDEZ Y REPRODUCIBILIDAD DEL I.D.B.

	IDB I		IDB II	
	\bar{X}	D.E.	\bar{X}	D.E.
PACIENTES DEPRIMIDOS	28.6	± 9.9	28.1	± 9.6
PACIENTES NO DEPRIMIDOS	9.6	$\pm 4.4^{\&}$	8.7	$\pm 3.8^{\&}$

& $T(48) = 8$; $p < 0.05$ vs. DEPRIMIDOS

TABLA 11

ANOVA DE LAS PUNTUACIONES TOTALES DEL I.D.B.

FUENTE DE VARIANZA	SUMA DE CUADRADOS	GRADOS DE LIBERTAD	MEDIA CUADRATICA	F	P
INTERGRUPOS:					
DEPRIMIDOS vs. NO DEPRIMIDOS	8839.68	1	8839.68	137.328	0.00001
INTERGRUPOS:					
EFFECTO DE TIEMPO	10.89	1	10.89	0.169	0.6837

TABLA 12

CORRELACION ENTRE LAS PUNTUACIONES TOTALES DEL I.D.B.
Y ESCALA DE HAMILTON

	T	G. de L.	r	p
IDB vs HAMILTON	8.565568	48	0.778	0.0001

% de varianza explicado 60.451 %

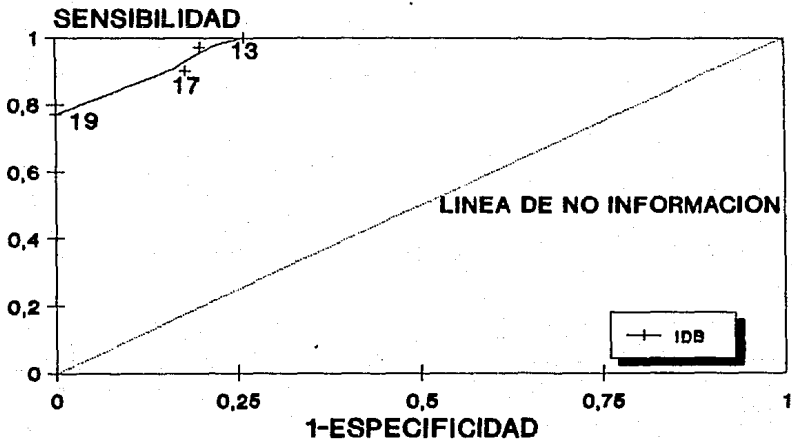
TABLA 13

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL I.D.B. CON DIFERENTES PUNTOS DE CORTE

PUNTO DE CORTE	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD
13	100 %	75 %
14	97 %	80 %
16	90 %	80 %
17	80 %	80 %
18	80 %	90 %
19	77 %	100 %

FIGURA 1

CURVA ROC IDB DEPRESION MAYOR



En este cuestionario hay grupos de oraciones, por favor lee cada grupo cuidadosamente y elige la oración, de cada grupo, que mejor describa como se ha sentido esta 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 todas las 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 que 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 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 crítico 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.
 Podría llorar pero ahora no puedo aunque quiera.
- 11) Ahora no estoy mas 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 se vea más feo que antes.
 Me preocupa que me vea viejo y feo.
 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que, se 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 dormir.
 Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormir.
- 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.

**Escala de valoración psiquiátrica
de Hamilton para la depresión.**

Enfermo	Fecha
.....	Valoración n.
Edad.....	Natural de Sexo
Estado	Profesión
.....	(Indicar si está o no jubilado)
Tratamiento	Dozis

Completar todos los puntos. Puntuar con un círculo el número que mejor caracteriza al paciente

1. Humor deprimido <small>(Tristeza, depresión, ausente, inutilidad)</small>	0. Ausente. 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado. 2. Estas sensaciones se relatan oral o espontáneamente. 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto. 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente. 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente. 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones. 3. La enfermedad actual es un castigo, ideas delirantes de culpabilidad. 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.
3. Suicidio	0. Ausente. 1. Le parece que la vida no vale la pena de ser vivida. 2. Desecha estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse. 3. Ideas de suicidio o amenazas. 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se clasifica 4).
4. Insomnio precoz	0. No tiene dificultad para dormirse. 1. Se despierta ocasionalmente para dormirse, por ejemplo más de media hora. 2. Se queja de dificultades para dormirse cada noche.
5. Insomnio tardío	0. No hay dificultad. 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche. 2. Está despierto durante la noche - cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuación).
6. Insomnio tardío	0. No hay dificultad. 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero se vuelve a dormir. 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.
7. Trabajo y actividades	0. No hay dificultad. 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o acciones. 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo - manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación (siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades). 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad. En el hospital, clasificar en 3 si el paciente no dedica por lo menos tres horas al día a actividades relacionadas exclusivamente con las pequeñas tareas del hospital o aficiones. 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. En el hospital, clasificar en 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas, o si no puede realizar éstas sin ayuda.
8. Inhibición <small>(Lentitud de pensamientos y de palabra, facultad de concentración empeorada, actividad motor disminuida)</small>	0. Palabra y pensamiento normales. 1. Ligero retraso en el diálogo. 2. Evengue retraso en el diálogo. 3. Diálogo difícil. 4. Torpeza absoluta.
9. Agitación	0. Ninguna. 1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc. 2. Se ruece las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios, etc.

10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad. 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud expresiva aparente en la expresión o en el habla. 4. Temores expresados sin preguntarle.	
11. Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera. 2. Moderada. 3. Severa. 4. Incapacitante.	Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: Gastrointestinales - boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos. Cardiovasculares - palpitaciones, cefalalgias. Respiratorios - hiperventilación, suspiros. Frecuencia urinaria. Sudación.
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno. 1. Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen. 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.	
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno. 1. Pesadez en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgia, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. 2. Cuando el síntoma bien definido se clasifica en 2.	
14. Síntomas genitales	0. Ausente 1. Débil. 2. Grave. 3. Incapacitante.	Síntomas como: Pérdida de libido Trastornos menstruales.
15. Hipocondría	0. No la hay. 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente). 2. Preocupado por su salud. 3. Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas.	
16. Pérdida de peso (Completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera valoración) 0. No hay pérdida de peso. 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual. 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo).	B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (valoraciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g. en una semana. 1. Pérdida de más de 500 g. en una semana. 2. Pérdida de más de 1 kg. en una semana.
17. Insight (Conciencia de sí mismo)	0. Sa la cuenta de que está deprimido y enfermo. 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. 2. Nioga que este enfermo.	Por término medio.
18. Variación diurna	0. Ausente 1. Ligera 2. Grave	M T Indicar si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde (Rodear M o T)
19. Despersonalización y falta de realidad	0. Ausente. 1. Ligera. Como: Sensación de irrealidad 2. Moderada. Ideas nihilistas 3. Grave. 4. Incapacitante.	
20. Síntomas paranoídes	0. Ninguno. 1. Sospechosos. 2. Insas de referencia. 3. Delirios de referencia y de persecución.	
21. Síntomas obsesivos y compulsivos	0. Ausentes 1. Ligeros. 2. Graves.	
22. Otros síntomas. (Especificar)	0. Ausentes. 1. Ligeros. 2. Graves.	Suma total puntuaciones

BIBLIOGRAFIA

1. Beck AT et. al. Consistencias internas del original y revisión del Inventario de Depresión de Beck. J Clin Psychol 40/6 (1365-67) 1984.
2. Burkhart BR et. al. Las medidas de depresión: Corroborando la validez predictiva del Inventario de Depresión de Beck. J Clin Psychol 40/6 (1368-72) 1984.
3. Zheng Y et. al. Aplicabilidad de el Inventario de Depresión de Beck china. Compr Psychiatry 29/5 (484-89) 1988
4. Oliver JM et. al. Clasificación de la depresión por el DSM-III y el Inventario de Depresión de Beck en una población abierta de adultos. J Consult Clin Psychol 52/5 (892-984) 1984.
5. Louks J et. al. Replicación del factor estructurado del Inventario de Depresión de Beck. J Nerv Ment Dis. 177/8 (473-79) 1989.
6. Ambrosini PJ et. al. Validez concurrente y las propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck - en pacientes adolescentes externos. J Am Acad Child --- Adolesc Psychiatry 30/1 (51-57) 1991.
7. Emmons CA et. al. Una comparación de los síntomas de pacientes médicos y psiquiátricos unidos en el Inventario de Depresión de Beck. Gen Hosp Psychiatry 9/6 (398-404) 1987.
8. Gatewood Colwell G et. al. Confiabilidad y validez del Inventario de Depresión de Beck para una población blanca y Mexico-Americana. Psychol Rep 65/3 II (1163- 66) 1989.
9. Welch G et. al. Las dimensiones reproducibles del Inventario de Depresión de Beck. J Clin Psychol 46/6 (817-27) 1990.
10. O'Brien KP et. al. Estructura factorial y el factor de confiabilidad de la escala de Hamilton para la depresión. Acta Psychiatr Scand 78/2 (113-20) 1988.

11. Oliver JM et. al. Desordenes afectivos y depresión como las medidas por la Entrevista Diagnostica de Schedule y el Inventario de Depresión de Beck en una población abierta de adultos. J Clin Psychol 41/4 (469-77) 1985.
12. Beck AT et. al. Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck; veinticinco años de evaluación. Clin Psychol Rev 8/1 (77-100) 1988.
13. Scogin F et. al. Confiabilidad y validez de una forma corta del Inventario de Depresión de Beck con adultos mayores. J Clin Psychol 44/6 (853-57) 1988.
14. Clark DC et. al. Los síntomas claves de la depresión en pacientes médicos y psiquiátricos. J Nerv Ment Dis 171/12 (705-13) 1983.
15. Williamson HA et. al. El Inventario de Depresión de Beck: datos normativos y problemas con posibilidad de generalizarse. Fam Med 21/1 (58-60) 1989.
16. Schlegel S et. al. Las latencias del componente P 300 del potencial auditivo evento-relación en la depresión están relacionadas con la escala de Melancolía de Bech-Rafaelsen pero no con la escla de Hamilton para Depresión. Acta Psychiatr Scand 83/6 (438-40) 1991.