

262
2 es.



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**ANALISIS INTERNO Y VALIDACION DE LA ESCALA DE
LA AUTOMEDICION DE LA DEPRESION DE ZUNG
EN PACIENTES DEPRIMIDOS**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A:**

MONICA TOVAR ROBLES

Directora: Mtra. Martha Cuevas Abad



México, D. F.

1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

259018



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.

AGRADECIMIENTOS:

A mis padres, por su amor, sabiduría y comprensión

A mis hermanas , por su cariño y apoyo incondicional

A Martí, por su amor y empuje

A Martha, por su paciencia, apoyo y dirección para la realización de la tesis

A Raymundo, Leticia, Araceli y Alicia, por el interés que pusieron en este estudio

A Marisol, por ser la voz de mi conciencia

A mis amigos, por estar conmigo en todo momento

¡ Mil Gracias !

INDICE

Capítulo 1

1.Marco Teórico y Antecedentes	8
1.1 Aspectos Históricos de la Depresión	8
1.2 ¿Qué es la depresión?	12
1.3 Clasificación de los trastornos depresivos	14
1.3.1 Depresión Endógena y D. Exógena	14
1.3.2 Depresión Psicótica y D. Neurótica	14
1.3.3 Depresión Agitada y D. Retardada	14
1.3.4 Depresión Autónoma y D. Reactiva	14
1.3.5 Depresión Primaria y D. Secundaria	15
1.3.6 Depresión enmascarada y Equivalentes depresivos	15
1.3.7 Depresión y duelo	15
1.3.8 Depresión y estados de ánimo normales	16
1.3.9 Trastornos Mentales y de la Conducta (CIE)	18
1.4 Epidemiología de los trastornos depresivos	22
1.4.2 Factores de riesgo	25
1.4.2.1 Historia Familiar	
1.4.2.2 Sexo	
1.4.2.3 Edad	
1.4.2.4 Depresión en el postparto	
1.4.2.5 Cambios Seculares	
1.4.2.6 Situación Económica	
1.4.2.7 Residentes urbano/rurales	
1.4.2.8 Matrimonio	
1.5 Etiología	27
1.5.1 Factores Biológicos	28
1.5.2 Factores Psicosociales	29
1.5.3 Teoría Unificada	33
1.6 Cuadro Clínico	35
1.6.1 Síntomas afectivos	36
1.6.2 Síntomas somáticos	36
1.6.3 síntomas intelectuales	39
1.6.4 Síntomas conductuales	39
1.6.5 depresión en niños	39
1.7 Evolución y Pronóstico	40
1.8 Tratamiento	42
1.8.1 Tratamiento biomédico	43
1.8.1.1 Terapia electroconvulsiva	43
1.8.1.2 Tratamiento Farmacológico	
1.8.1.3 Tratamiento profiláctico	
1.8.2 Psicoterapia	47
1.8.2.1 Tipos de Psicoterapia	

1.8.2.1.1 Psicoterapia psicoanalítica	
1.8.2.1.2 Psicoterapia breve	
1.8.2.1.3 Psicoterapia interpersonal	
1.8.2.1.4 Psicoterapia conductual	
1.8.2.1.5 Psicoterapia cognocitiva	
1.8.3 Medidas de tipo general	51
1.9 Diagnóstico	52
Capítulo 2	56
Análisis Interno de las Pruebas	
2.1 Características de los tests	56
2.2 Análisis de los reactivos	59
2.3 Confiabilidad	61
2.3.1 Método del Test-Retest	63
2.3.2 Método de Tests Paralelos	64
2.3.3 Método de la subdivisión del test	64
2.3.4 Método de Kuder- Richardson	64
2.3.5 Método para estimar la Coherencia Interna	65
2.4 Validez	68
2.4.1 Validez de Contenido	69
2.4.2 Validez de Criterio o predictiva	70
2.4.3 Validez de Constructo	71
Capítulo 3	76
Escalas de Diagnóstico de la depresión	
3.1 Escala de depresión de Hamilton	78
3.2 Escala de melancolía	80
3.3 Escala de Depresión Montgomery Asberg	80
3.4 Inventario de Beck	81
3.5 Escala de Carroll	81
3.6 Escala Geriátrica de Depresión	82
3.7 Escala de la Automedición de la Depresión de Zung	82
3.7.1 Antecedentes de la prueba	84
3.7.2 Investigaciones realizadas en México	86
3.8 Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota	88
Capítulo 4	91
Metodología	
4.1 Planteamiento del problema	91
4.2 Hipótesis	92
4.3 Variables	92
4.3.1 Definición conceptual de variables	93
4.3.2 Definición operacional de variables	93
4.4. Muestreo	93
4.5 Sujetos	94
4.6. Tipo de Estudio	94
4.7. Diseño	94

4.8 Instrumentos	94
4.9 Procedimiento	99
4.10 Tratamiento Estadístico	99
Capítulo 5	101
Resultados	
5.1 Análisis de los reactivos	105
5.2 Análisis de correlación	106
5.3 Análisis de confiabilidad	107
5.4 Validez	111
5.4.1 Análisis de las diferencias de los grupos	111
5.4.1.1 Análisis de las diferencias del grupo deprimido de ambos sexos	
5.4.1.2 Análisis de las diferencias del grupo asintomático de ambos sexos	
5.4.2 Análisis de los equivalentes de la prueba	112
5.4.2.1 Análisis de la muestra total por sexo según el equivalente afectivo, fisiológico y psicológico	
5.4.2.2 Diferencias de los equivalentes afectivo-fisiológico, afectivo-psicológico y fisiológico-psicológico en el grupo de deprimidos	
5.4.2.3 Diferencias de los equivalentes afectivo-fisiológico, afectivo-psicológico y fisiológico-psicológico en el grupo asintomático	
5.5.1 Análisis de las diferencias entre hombres y mujeres del grupo deprimido con respecto al equivalente afectivo, psicológico y fisiológico	112
5.5.2 Análisis de las diferencias entre hombres y mujeres del grupo asintomático con respecto al equivalente afectivo, fisiológico y psicológico	113
5.6.1 Correlación entre los equivalentes fisiológico, psicológico y afectivo en el grupo de deprimidos	117
5.6.2 Correlación entre los equivalentes fisiológico, psicológico y afectivo en el grupo asintomático	117
5.6.3 Correlación entre los equivalentes fisiológico, psicológico y afectivo para la muestra total	117
Capítulo 6	118
Discusiones y Conclusión	
Bibliografía	

RESUMEN

La presente investigación trata sobre el análisis interno de confiabilidad y validez a la Escala de Automedición de la Depresión de Zung ; se obtuvo una muestra conformada por 204 sujetos de ambos sexos, con edades circundantes entre los 16 y 69 años de edad : 104 (74 mujeres y 30 hombres) fueron pacientes diagnosticados como deprimidos durante la primera entrevista, los restantes 100 sujetos (55 mujeres y 45 hombres) fueron asintomáticos de la depresión

El tipo de estudio fué expofacto, ya que ésta escala fué validada con anterioridad, aunque se desconocen los estudios realizados con la nueva versión. Su diseño es cuasiexperimental y se llevó a cabo en consultorios médicos así como en escenarios naturales.

Se realizaron los siguientes pasos para obtener el análisis interno de la prueba.

- Análisis de reactivos para poder verificar el poder de discriminación de los mismos.
- Confiabilidad a través del alfa de Crombach para la obtención de la consistencia interna
- Análisis de Correlación donde se compararon los reactivos de la prueba
- Se obtuvieron algunas evidencias de validez a través de:
 - Análisis de los Puntajes de la Escala, por sexo y por muestra
 - Análisis de los diferentes equivalentes de la prueba(fisiológico, psicológico y afectivo), con respecto al sexo y a las diferentes muestras del estudio.

Los resultados del estudio fueron satisfactorios para los fines de ésta investigación ya que se obtuvieron índices de confiabilidad de .74 para la muestra de pacientes deprimidos y .80 para la muestra asintomática. Por lo que se concluyó que la Escala de Automedición de la Depresión de Zung es una prueba confiable y válida para la muestra que se estudió , ya que mide el rasgo de la depresión con precisión , así como sus reactivos discriminan perfectamente los síntomas del Síndrome Depresivo.

INTRODUCCION

La depresión es el síndrome psiquiátrico más importante de los trastornos afectivos y el que más interés ha despertado entre los especialistas en los últimos años, debido a la naturaleza de los síntomas y al notable incremento de incidencia de este padecimiento en la población general de todo el mundo, lo que ha llevado a considerarlo un problema de salud pública.

En efecto , en los países industrializados la incidencia de la depresión ha aumentado particularmente durante la segunda mitad del presente siglo.

A pesar del desarrollo de la entrevista estructurada y de los criterios diagnósticos operacionales iniciados desde hace años, la prevalencia de los trastornos afectivos durante la vida varía notablemente en los estudios comunitarios y dentro de un país a otro. Se acepta en términos generales que la incidencia de la población general es alrededor del 5% y el riesgo a lo largo de la vida es del 9%. Otros autores elevan a más del 10% éste riesgo e indican que la posibilidad de presentar depresión a lo largo de la vida es de 26% en mujeres y de 12% en hombres.

Conforme a estos datos, se puede decir que en los últimos años se ha incrementado en forma alarmante la presentación de los trastornos depresivos , lo que trae como consecuencia , no sólo el sufrimiento del paciente sino también de los familiares ,

afectando, sus relaciones interpersonales así como el grado de productividad de la persona afectada. Además, en casos muy severos , éste trastorno puede llevar al paciente hasta el suicidio.

La importancia de la depresión en la patología humana no ha sido aún suficientemente reconocida, a pesar de ser, una de las condiciones que más frecuentemente se presentan en el área clínica. Su diagnóstico puede ser sencillo, tanto que en muchas ocasiones el paciente acude al médico para que lo trate de su depresión; en otros casos puede ser muy complicado, sobre todo si hay predominio de los síntomas somáticos . Cuando un examen del enfermo , completado con toda clase de análisis clínicos, descarta la presencia de un proceso orgánico, el facultativo, que no piensa en la posibilidad, se limita a decirle al paciente : “ que no tiene nada”, “que se trata de un problema nervioso”, y que “ debe tratar de controlarse”, cometiendo graves errores que afectan profundamente al enfermo; es entonces cuando éste inicia un largo y penoso peregrinar por consultorios, laboratorios y gabinetes, en busca de alivio de un padecimiento que lo afecta severamente.

Con el objeto de simplificar el diagnóstico del cuadro depresivo, se han elaborado un gran número de escalas que son bien aceptadas por lo médicos que se dedican a efectuar investigaciones sobre aspectos clínicos o su respuesta a tratamientos medicamentosos. Por el contrario , la gran mayoría de los profesionales que trabajan en la práctica clínica no las usan y algunos las consideran artificiales y engañosas por no contar con datos psicométricos que avalen los resultados de dichas pruebas.

Por estos motivos ,es importante conocer ampliamente los métodos para el análisis interno de dichas pruebas, pues son herramientas fundamentales para la elaboración de las mismas, así como también, para conocer si los reactivos del rasgo a medir permanecen consistentes y válidos a lo largo del tiempo, ya que no tendría ninguna utilidad elaborar escalas o pruebas psicométricas que no estén avaladas por un análisis de confiabilidad y validez pues sus resultados carecerían de fundamentos en cuanto al rasgo que se pretende medir.

Por esto se considera fundamental contar con un instrumento confiable y válido que mida la depresión y que además sea útil y rápido para elaborar el diagnóstico de este trastorno por las personas que trabajan en el campo de la salud mental.

CAPITULO 1

1.MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES.

1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DE LA DEPRESIÓN.

"Se considera un hombre a quien los dioses odian y persiguen con su ira. Y se enfrenta a algo mucho peor; no osa emplear ningún medio para evitar o remediar el mal, por temor a que lo culpen de luchar contra los dioses. Rechaza al médico y al amigo que trata de consolarlo. "Dejen que yo", dice el desdichado, "yo, el impío, el malnacido, el odiado de los dioses, sufra mi castigo". Se sienta a la intemperie, envuelto en sucios harapos. De vez en cuando, se revuelca desnudo en la tierra confesando este y aquel pecado. Ha comido o bebido algo prohibido. Ha hecho algo que el Ser divino no aprobó. Los festivales en honor de los dioses no le producen ningún placer, sino que lo llenan de temor o lo espantan". Esta descripción particularmente vívida y detallada de la melancolía, la hizo Plutarco en el siglo II. (Citado por Zilboorg, 1941).

Estos relatos tienen una notable semejanza con las descripciones de la depresión en los textos modernos. En las descripciones antiguas se encuentran los síntomas y signos cardinales que hoy se emplean para diagnosticar depresión: alteración del estado de ánimo (triste, desalentado); autocastigo ("el maldecido, odiado de los dioses"); la conducta autodenigrante ("envuelto en sucios harapos"....se revuelca desnudo en la tierra"); el deseo de morir; síntomas físicos y vegetativos (agitación, pérdida de apetito y de peso, insomnio), y la creencia de haber cometido pecados imperdonables.

Hay pocos síndromes psiquiátricos cuyas descripciones clínicas sean tan constantes a través de las sucesivas épocas históricas. Debido a que una característica sobresaliente de la depresión, en los últimos años se ha llegado a considerar este padecimiento como un "trastorno primario del estado de ánimo" o como un "trastorno afectivo" pero no debe olvidarse que también tiene muchos

otros componentes, aparte de la modificación del estado de ánimo, de manera que en una considerable proporción de casos, el paciente no refiere ninguna anormalidad de esta función como ocurre por ejemplo en los casos de la llamada "depresión enmascarada" en la cual las molestias somáticas pueden ser los únicos síntomas, por lo que no se sabe todavía con precisión cuál de los componentes del cuadro clínico de la depresión es el primario o si todos ellos son solo manifestaciones externas de algún proceso patológico desconocido¹.

La palabra depresión tiene un buen número de implicaciones de hondo significado para la teoría y la práctica de la psiquiatría y la psicología. Tan vieja como la historia misma de la medicina, no tuvo en un principio relación necesaria con padecimiento mental alguno. Términos tales como melancolía, depresión y manía son considerablemente más viejos que la nosología psiquiátrica contemporánea. Dado que fueron primero empleados para describir fenómenos psicopatológicos, síndromes o diagnósticos, han experimentado cambios fundamentales en su significado.²

Desde la antigüedad griega hasta hace cerca de un siglo, depresión fue un término estrictamente ordinario sin aceptación técnica alguna y por lo tanto sin implicación directa con la medicina y menos aún con lo que después se diferenció con psiquiatría y psicología.

La afección que hoy llamamos depresión fue descrita en su forma severa, por varios autores de la antigüedad bajo el nombre de "melancolía". La primera descripción clínica de la melancolía fue hecha por Hipócrates en el siglo IV a. de C., quien afirmaba que desde el punto de vista médico, los problemas que actualmente llamamos psiquiátricos estaban relacionados por la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla, y flema y que la melancolía era producida por la llamada bilis negra o atrabilis (Hill, 1980, citado por Guillermo Calderón, p.p. 12). El concepto de melancolía, constituía una expresión humoral en la medicina antigua, que consideraba a

¹ BECK, A. (1976). Diagnóstico y tratamiento de la depresión. Merck, Sharp & Dohme Internacional, Filadelfia.

² PATIÑO, J.L. (1976). Concepto y delimitación de los fenómenos depresivos. 26 Lecciones de Psiquiatría Clínica. Salvat Editores, 199-217.

las enfermedades mentales como la expresión clínica de la patología orgánica o biológica. Hipócrates consideró la epilepsia y la melancolía como dos procesos estrechamente relacionados. En los primeros siglos de nuestra era, Celsus, en su libro *De re Médica*, y Areteo de Capadocia, las clasificaron como enfermedades agudas y crónicas; hablaban de la manía y de la melancolía como problemas médicos.

Soranos de Ephesus (siglo I a.C.) pensó que las enfermedades eran debidas más a la patología orgánica que a humores "enfermos"; consideraba que la manía y la melancolía eran dos enfermedades diferentes. La melancolía era una enfermedad del esófago mientras que la manía era una enfermedad de la cabeza; sin embargo, Soranos no comparó los síntomas de ambos trastornos; él diferenció entre enfermedades mentales con síntomas afectivos, al igual que hicieron otros autores de aquella época (p.e. Celso, siglo I a.C.):³

- Frenitis (trastorno mental con fiebre)
- Manía (trastorno de la razón sin fiebre)
- Melancolía (tristeza sin fiebre)

Soranos de Ephesus, en su descripción del cuadro clínico, señalaba como síntomas principales de la melancolía los siguientes: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto e irritabilidad (Ackerknecht, 1979). Los trabajos de Soranos han llegado hasta nuestros días gracias a la versión latina de Caellius Aurelianus (siglo V. d de C.), de la cual existe una excelente traducción al inglés editada por Drabkin en 1950.

Durante la Edad Media, filósofos destacados como Santo Tomás de Aquino sostenían que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales. Esta creencia se comenzó a abandonar en 1630, cuando Robert Burton publicó su famoso tratado de "Anatomía de la melancolía", obra que facilitó en mucho la identificación de los estados depresivos.

³ LANSIK, M. Y BECKMAN, H. (1991). Aspectos históricos de los trastornos afectivos. En *Perspectivas en Psiquiatría*, vol. 3. John Wiley & Sons. England, 65-93.

A principios del siglo XIX, Philippe Pinel describió la melancolía como:

"Los síntomas que generalmente comprende el término de la melancolía son taciturnidad, un aire pensativo y meditabundo, aprensiones sombrías y amor a la soledad; realmente, sus rasgos parecen distinguir de algunos hombres por lo demás saludables y con frecuencia en situaciones prósperas. Nada sin embargo, puede ser tan espantoso que la figura de un melancólico rumiando sus imaginarias desdichas. Sí además posee poder y tiene una disposición perversa y con un corazón sanguinario, la imagen la hace repulsiva".⁴

Fue Kraepelin, en 1898, el que introdujo en su clasificación de las enfermedades mentales a la psicosis maniaco depresiva cuando el vocablo "depresión" quedó definitivamente incorporado a la psiquiatría⁵. Por otro lado, no hay un padecimiento, agudo o crónico, que no pueda ser tomado alguna vez como depresión: la depresión senil, menopáusica, puerperal, neurótica, histérica, esquizofrénica, hipocondriaca, demencial, etc. Obviamente estos casos no son de depresión sino que corresponden a otras formas de patología diversa que obligan a un diagnóstico multidimensional como postulan Mayer Gross y colaboradores.

⁴ BECK, A. op. cit.

⁵ KRAEPELIN, E. (1905). Introducción a la Clínica Psiquiátrica. Treinta y dos lecciones. Ed. Saturnino Calleja. Madrid, 83-90.

1.2.- ¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN?

Una de las dificultades en la concepción de la depresión es fundamentalmente semántica debido a que el término ha sido variablemente empleado para designar a un tipo de sentimiento o síntoma que puede acompañar a muchos padecimientos físicos y mentales, un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas y signos que se presentan juntos independientemente de la causa que los produce y una entidad patológica bien definida.

El término genérico depresión se aplica a diversos trastornos de la efectividad que se presentan como condiciones únicas o acompañando a otros estados patológicos. Los signos y los síntomas de la depresión pueden presentarse en forma aguda y es frecuente que recurran en forma episódica. El trastorno, cuyo síntoma central es el abatimiento del humor, abarca las esferas psíquica, somática y conductual. Se trata de un trastorno global.⁶

La característica fundamental en este tipo de trastornos es una alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad) o en el de la euforia. Este cambio suele acompañarse de uno del nivel general de actividad (vitalidad) y el resto de los síntomas son en su mayoría secundarios a estas alteraciones del humor y de la vitalidad; con frecuencia estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes.

El núcleo de la depresión lo constituyen: en la esfera afectiva, la tristeza, la pérdida, la desesperanza y la impotencia, el abatimiento del humor, las ideas pesimistas, la aflicción, la inhibición de las motivaciones, la pérdida de intereses y la angustia o la agitación. En el área cognitiva están presentes la fijación de la atención en la vivencia dolorosa y la transformación de la imagen de uno mismo, la tendencia exagerada a la autocrítica, la autoevaluación y la culpa. Es frecuente que el paciente sienta una

⁶ DE LA FUENTE, R. (1994). *Psicología Médica* (3ª Ed.) Fondo de Cultura Económica, México, 438-447.

agudización marcada de su abatimiento y angustia durante las primeras horas del día y una mejoría cuando se acerca la noche. En el terreno somático son muy frecuentes la pérdida del apetito, la baja de peso y la perturbación de sueño, que consiste en su interrupción prematura. El paciente despierta en la madrugada y se ve dominado por cavilaciones pesimistas. Diversos síntomas disfuncionales de los aparatos y sistemas completan el cuadro en la esfera somática. La presencia de síntomas de la constelación neurótica tales como fobias, obsesiones, síntomas conversivos, astenia e hipocondriasis, son comunes en las formas mas severas; en las psicosis depresivas, hay delirios y alucinaciones cuyo contenido pesimista está siempre en relación con el humor.

Como consecuencia de la percepción pesimista que tienen de sí mismas y del mundo y de sus intentos de superar su aflicción, la vida de las personas deprimidas se altera profundamente en las esferas familiar, ocupacional y social. La depresión es un estado que afecta siempre a los que conviven con la persona que la sufre, quienes por lo general no comprenden las razones del cambio a veces dramático del enfermo y se sienten incapaces de ayudarlo.⁷

Por otra parte, la depresión no debe confundirse con la tristeza, que es una emoción normal, ni con el pesimismo, que es un rasgo de carácter. La depresión es un estado persistente, global generalmente inmotivado y que representa un cambio importante en los modos de sentir, pensar y actuar habituales en la persona y que tiende a seguir un curso autónomo, es decir, independientemente de eventos externos.

La mayoría de los autores coinciden en que se puede definir a la depresión por las siguientes características:

1. Una alteración específica del estado de ánimo: tristeza, sensación de soledad, desesperanza, impotencia y apatía.
2. Un concepto negativo de sí mismo, acompañado de reproches y autoinculpación.
3. Deseos regresivos y de autocastigo: deseo de escapar, aislarse, esconderse o morir.

⁷ HIRSCHFELD, R.M. (1992). Depresión, Aspectos diagnósticos. Focus on Depression, 2 (1) 19-21.

4. Trastornos vegetativos: anorexia, insomnio, disminución de la libido, constipación, taquicardia.

5. Cambios en el nivel de actividad: retardo o agitación.

1.3.- CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.

Algunos autores han considerado a la depresión esencialmente como una sola entidad (Aubrey Lewis, 1938, y Paul Hosch, 1953), en tanto que otros subdividen el síndrome en diversas maneras, de lo que resultan controversias y dicotomías entre:⁸

1.3.1 Depresión endógena y depresión exógena.

Esta división intenta establecer la causa fundamental de la depresión de acuerdo a la existencia o no de factores internos, endógenos, es decir, debidos primariamente a un trastorno biológico, o a factores externos, exógenos.

En la práctica es difícil distinguir los límites entre estos grupos.

1.3.2 Depresión psicótica y depresión neurótica.

La diferenciación entre los dos tipos es que en la psicótica se presentan fallas de juicio aunadas a ideas delirantes, donde se dan alteraciones graves en la conducta y se llega a salir de la realidad, y en la neurótica se conserva el juicio de realidad.

Algunos autores contemporáneos establecen un límite entre estas entidades pero hay más consenso de que esta distinción está basada exclusivamente en diferencias en la gravedad de la enfermedad y ha sido siempre un problema para la clasificación. Además, con frecuencia se emplea el término depresión endógena como equivalente a depresión psicótica, lo cual es inadecuado.

1.3.3 Depresión agitada y depresión retardada.

⁸ BECK, A., op. cit.

A menudo se ha clasificado a la depresión en función de nivel de actividad predominante ya que en la agitada se presenta inquietud, ansiedad e hiperactividad .

Algunos autores han considerado a la agitación como característica de las depresiones del período involutivo y al retardo como síntomas de las depresiones más tempranas. Esta hipótesis también ha sido descartada.

1.3.4 Depresión autónoma y depresión reactiva.

Algunos autores distinguen entre los distintos tipos de depresión basándose en el grado de reactividad a los sucesos externos. "Autónomos" serían los casos que siguen una evolución continua independientemente de que existan influencias ambientales favorables y "reactivos" o "situacionales" los que responden bien al apoyo y la comprensión (Gillespie, 1929).

1.3.5 Depresión primaria y depresión secundaria.

El diagnóstico es apropiado cuando la alteración del ánimo es "primaria" y central con respecto a la enfermedad y no "secundaria" a algún otro estado físico o patológico. En el último caso, el diagnóstico sería incompleto si no se hiciera referencia a la causa precipitante. Actualmente se cree que los datos de esta clase carecen de especificidad diagnóstica y de validez pronóstica.

1.3.6 Depresión enmascarada y equivalentes depresivos.

En la depresión "enmascarada", los síntomas tanto somáticos como mentales y algunos desórdenes de la personalidad hacen que el fondo depresivo quede oculto y no es reconocido por el médico, el enfermo o por ambos; inclusive, se habla de una depresión "sonriente". Con frecuencia, la depresión enmascarada es solamente depresión no identificada.

Kenne y Wiesel (1946) introdujeron el término "equivalentes depresivos" para describir diversas molestias somáticas que presentaban algunos pacientes deprimidos sin

ninguna alteración evidente del estado de ánimo. Otros términos empleados para designar estos casos de depresión oculta son: depresión incompleta, depresión latente, depresión atípica, depresión larvada.

1.3.7 Depresión y duelo.

El duelo es un afecto de tristeza o pena que se sufre debido a la muerte de un ser querido o a la pérdida de una relación personal estrecha. Aunque puede conducir al aislamiento y la preocupación por la persona perdida, se limita a sí misma y rara vez produce un trastorno grave en las actividades habituales o en los sentimientos de la persona hacia sí misma; tampoco produce pensamientos suicidas.⁹ Puede durar unas cuantas semanas hasta varios meses. Si aumenta la duración o la intensidad de los síntomas, entonces debe considerarse la presencia de un estado depresivo, crónico y patológico.

1.3.8 Depresión y estados de ánimo normales.

El término estado de ánimo se aplica generalmente a una gama de sentimientos que van desde el júbilo y la alegría en un extremo hasta la tristeza y la infelicidad en el otro, pertenecen a la categoría felicidad-tristeza y no incluye otros estados subjetivos como la angustia o la ira. Los episodios de abatimiento del estado de ánimo o de tristeza que experimentan las personas normales, pueden tener semejanzas con los estados clínicos de depresión porque hay semejanza entre las descripciones de la experiencia subjetiva y porque las palabras empleadas para describir ambos estados son las mismas (tristeza, infelicidad, melancolía, abatimiento, soledad, etc.). Por otro lado, la conducta del paciente deprimido se asemeja a la de una persona que se siente afligida o infeliz, e incluso pueden llegar a observarse algunas de las manifestaciones físicas y vegetativas características de la depresión en personas que se sienten tristes pero que no podrían considerarse clínicamente deprimidas. Una persona que ha reprobado un examen, o

⁹ NOYES, A. y KOLB, L. (1966). *Psiquiatría Clínica Moderna*. La prensa Médica Mexicana, 95-98.

perdido un empleo, o que ha sido rechazada por otra, puede presentar, además de la tristeza, anorexia, insomnio y debilidad, por lo que se ha pensado que el estado patológico es simplemente una exageración de lo normal. Todo esto viene a dificultar la elaboración de un diagnóstico adecuado. Los antecedentes de la intensidad de los síntomas, la duración y la desproporción de la respuesta a la situación ambiental ayudarán a hacer la distinción, cosa que a menudo es difícil y la respuesta definitiva a la pregunta de si existe una dicotomía o una continuidad entre el estado de ánimo normal y la depresión tendrá que esperar hasta que se haya resuelto totalmente el problema de la causa de la depresión.

Es esencial contar con una buena clasificación para cumplir con las siguientes finalidades:

- a) Hacer diagnósticos correctos.
- b) Realizar estudios epidemiológicos.
- c) Llevar a cabo investigación en la materia.
- d) Tener un lenguaje común al cual referirse.
- e) Elaborar el pronóstico del padecimiento.
- f) Elegir el tratamiento adecuado.

Diversos organismos y autores tienen clasificaciones de los trastornos depresivos. Las más reconocidas son la de la Asociación Psiquiátrica Americana que recientemente publicó la cuarta edición del "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM-IV),¹⁰ y la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la "Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades" (CIE-10) que consta de 22 capítulos y en su Capítulo V aborda a los "Trastornos Mentales y del Comportamiento" que incluye una sección para los "Trastornos del Humor" (afectivos).¹¹

¹⁰ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1993). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (4^a Ed., DSM-IV). Washington, D.C., 34-93.

¹¹ ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. (1992). La CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del Comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra, 141-166.

Los trabajos de esta sección comenzaron en 1988 y se publicaron en 1992 para entrar en vigor en 1993, calculándose un plazo de dos años para traducir los textos de manera que en nuestro país empezó a difundirse en el año de 1995. Es sin duda, el programa de clasificación internacional más amplio emprendido en psiquiatría, en el que participaron 120 centros en 40 países. Por ser además la clasificación oficial de las instituciones de salud en México, sólo se tomará en cuenta a la CIE-10. para la realización de este trabajo.

1.3.9 A continuación se presenta un listado de los trastornos clasificados en la CIE-10 en los que predomina el síndrome depresivo¹² (Tabla 1):

Capítulo V: Trastornos Mentales y de la Conducta.

- F06.3 Trastornos orgánicos del estado de ánimo (afectivos)
 - .31 Trastorno orgánico bipolar
 - .32 Trastorno depresivo orgánico
 - .33 Trastorno afectivo orgánico mixto
- F10-F19 Trastornos mentales y de la conducta debidos a abuso de sustancias psicoactivas.
 - Flx.51 Trastorno psicótico, síntomas depresivos predominantes.
 - Flx.72 Trastorno residual afectivo
- F25.1 Trastorno esquizoafectivo, tipo depresivo
 - .10 Severidad moderada
 - .11 Grave
- F31 Trastorno afectivo bipolar
- F31.3 Episodio actual moderado o depresión leve
 - .30 Sin síntomas somáticos
 - .31 Con síntomas somáticos
- F31.4 Episodio actual de depresión grave sin síntomas psicóticos
- F31.5 Episodio actual de depresión grave con síntomas psicóticos

¹² SARTORIUS, N. (1991). Clasificación de los trastornos depresivos en la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD-10). John Wiley & Sons. England. 45-63.

F31.6	Episodio actual mixto.
F31.7	En la actualidad, en remisión.
F31.8	Otro, incluidos episodios maníacos recurrentes.
F31.9	Trastorno afectivo bipolar, sin especificar.
F32	Episodios depresivos
F32.0	Episodio depresivo leve
	.00 Sin síntomas somáticos
	.01 Con síntomas somáticos
F32.1	Episodio depresivo moderado
	.10 Sin síntomas somáticos
	.11 Con síntomas somáticos
F32.2	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
F32.3	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
F32.8	Otros
F32.9	Episodio depresivo, sin especificar
F33	Trastorno depresivo recurrente
F33.0	Episodio actual leve
	.00 Sin síntomas somáticos
	.01 Con síntomas somáticos
F33.1	Episodio actual moderado
	.10 Sin síntomas somáticos
	.11 Con síntomas somáticos
F33.2	Episodio actual grave sin síntomas psicóticos
F33.3	Episodio actual grave con síntomas psicóticos
F33.4	Actualmente en remisión.
F33.8	Otros
F33.9	Trastorno depresivo recurrente, sin especificar
F34	Trastornos persistentes del estado de ánimo (afectivos)
F34.0	Ciclotimia
F34.1	Distimia
F34.8	Otros

- F34.9 Trastorno persistente del estado de ánimo (afectivo, sin especificar)
- F38 Otros trastornos del estado de ánimo (afectivos)
- F38.0 Otros trastornos simples del estado de ánimo (afectivos)
 - .00 Episodio afectivo mixto
- F38.1 Otros trastornos recurrentes del estado de ánimo (afectivos)
 - .10 Trastorno depresivo breve recurrente
- F38.8 Otros sin especificar
- F39 Trastorno del estado de ánimo (afectivo), sin especificar
- F41 Otros trastornos de ansiedad
- F41.2 trastorno mixto de ansiedad-depresión
- F43 Reacción frente al stress grave y trastornos de adaptación
- F43.2 Trastornos de adaptación
 - .20 Reacción depresiva breve
 - .21 Reacción depresiva prolongada
 - .22 Reacción mixta ansiedad-depresión
- F92 Trastornos mixtos de la conducta y de las emociones
- F92.0 Trastorno depresivo de la conducta.

TABLA 1

CIE-10: PRINCIPALES TRASTORNOS CON SINDROME DEPRESIVO	TRASTORNO ESQUIZOAFFECTIVO TIPO DEPRESIVO	-Severidad moderada -Severidad grave -Episodio actual moderado o Depresión leve	sin Síntomas somáticos con Síntomas somáticos
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR		-Episodio actual de Depresión grave -Episodio actual mixto	sin Síntomas somáticos con Síntomas somáticos
EPISODIOS DEPRESIVOS		-Episodio depresivo leve -Episodio depresivo moderado -Episodio depresivo grave -Otros	sin síntomas somáticos con síntomas somáticos
TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE		-Episodio actual leve -Episodio actual moderado	sin síntomas psicóticos con síntomas psicóticos
TRASTORNOS PERSISTENTES DEL ESTADO DE ANIMO (AFECTIVOS)		-Episodio actual grave	sin síntomas psicóticos con síntomas psicóticos
OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD		-Ciclotimia -Distimia -Otros	Reacción depresiva Breve Reacción depresiva Prolongada Reacción mixta de Ansiedad- Depresión
REACCION FRENTE AL STRESS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION		Trastorno Mixto de Ansiedad-Depresión Trastorno de Adaptación	

1.4.- EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.

Como consecuencia de la dificultad que ha existido para la clasificación, el diagnóstico y la etiología de los trastornos depresivos, la literatura sobre la epidemiología de la depresión, aunque abundante, es confusa, incompleta y a veces contradictoria. Afortunadamente en la actualidad el panorama es más satisfactorio merced a los avances en bioquímica, genética y farmacología de la depresión y el avance en estadística y computación lo que ha permitido diseñar investigaciones más rigurosas que emplean los mismos métodos de clasificación, de diagnóstico y de búsqueda de casos.

La prevalencia de los trastornos depresivos varía notablemente en los estudios comunitarios dentro de un país y de un país a otro (tabla 2)¹³.

TABLA 2
Porcentajes de la prevalencia de la depresión mayor durante la vida

			Porcentaje (%) en la Entrevista	
Hwu y cols.	1985	Taipei (Taiwan)	1.2	bajo
Weissman y cols.	1988	ECA (EUA)	4.4	
Canino y cols.	1987	Puerto Rico	4.6	
Chen y cols.	1985	Hong Kong	4.9	mediano
Elliot y cols.	1985	Nat. Survey (EUA)	8.4	
Bland y cols.	1988	Edmonton (Can)	8.6	
Wittchen y von Zerssen	1987	Múnich (Alemania)	9.0	
Wells y cols.	1989	Christchurch (NZL)	12.6*	
Oliver y Simmons	1985	St. Louis (EUA)	14.8	alto
Wacker y cols.	1991	Basilea (Suiza)	15.7	
Murphy	1980	Condado de Stirling (Can)	16.0	
Angst y Wicki	1990	Zurich (Suiza)	16.7	
Weissman y Myers	1978	New Haven (EUA)	18.0	

* En el grupo de 25-44 años: 16.9

Se acepta en términos generales que la incidencia de la depresión en la población general es alrededor del 5% y el riesgo a lo largo de toda la vida es de 9% . (AYUSO, J., citado por Portales Castañedo y Cols)¹⁴.

¹³ ANGST, J. (1992). Epidemiología de los trastornos afectivos. Salud Mental, 15 (2), 1-5.

Otros autores (Boyd J.H. y Weissman M.M., 1981) han reportado que el riesgo de por vida de sufrir una depresión clínicamente significativa es mayor del 10%.

Este padecimiento es además 1.5 a 3 veces más frecuente en familiares del primer grado que en la población general.

Ha habido un aumento progresivo en las tasas de depresión en series sucesivas de nacimientos a lo largo de este siglo, así como una edad cada vez más temprana de inicio. Parece existir una sugerencia de que disminuirán las diferencias de la incidencia de la depresión entre ambos sexos en personas nacidas hace 30 a 40 años aunque este hallazgo precisa de estudios posteriores.¹⁵

Para el caso de la distimia, también se encontró una gran variedad de porcentajes de prevalencia (tabla 3).

TABLA 3
Porcentajes de la prevalencia de distimia durante la vida

			(%)
Hwu y cols.	1985	Taipei (Taiwan)	1.1
Oliver Simmons	1985	St. Louis (EUA)	1.7
Weissman y cols.	1988	ECA (EUA)	3.1
Bland y cols.	1988	Edmonton Canadá)	3.7
Chen y cols.	1985	Hong Kong	4.0
Canino y cols.	1987	Puerto Rico	4.7
Wacker y cols.	1991	Basilea (Suiza)	7.2
Wells y cols.	1989	Christchurch (Nueva Zelanda)	9.0
Kivelä y cols.	1988	Tampere (Finlandia)	20.6

ANGST J. (1992).

Mientras que los primeros estudios indicaban una prevalencia de 3 a 4%, Wells y cols. (1989) encontraron una prevalencia de 7 a 9%, y refirieron que los porcentajes eran más altos entre los sujetos de más edad que entre los jóvenes. Se considera que estos datos presentan un problema debido a que la distimia forma parte de un amplio grupo de

¹⁴ PORTALES, C. PINEDO, R., HEINZE, G. Y GAMIOCHIPI A. (1994). Identificación de factores psicosociales y psicopatológicos asociados a la respuesta rápida a placebo en pacientes deprimidos. *Psiquiatría*, 10 (1), 8-14.

¹⁵ SMITH, A.L. Y WEISSMAN, M. (1991). Epidemiología de los trastornos depresivos: perspectivas nacionales e internacionales. *Perspectivas en Psiquiatría*, vol. 2, John Wiley & Sons. England, 31-41.

trastornos depresivos y cerca del 95% de los pacientes con este padecimiento llena alguna vez los criterios de la depresión mayor o episodio depresivo unipolar durante el curso de sus enfermedad.¹⁶

Un estudio multicéntrico de la OMS encontró que del 10.5 al 20% de las personas que acuden a consulta a los centros de atención primaria sufren trastornos depresivos o de angustia que requieren tratamiento.¹⁷

En los niños es más difícil obtener datos. Otro estudio multicéntrico de la OMS mostró que la prevalencia de trastornos psiquiátricos en la infancia en los servicios de primer nivel de atención oscila entre 12 y 29% pero sólo el 15% en promedio fue oportunamente identificado por el personal de salud. Un buen porcentaje de estos casos indudablemente corresponde a trastornos depresivos.¹⁸

1.4.1 Prevalencia de la depresión en México.

La encuesta nacional de salud llevada a cabo por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud (1988) reportó que un 18% de la población urbana entre 18 y 64 años sufre trastornos afectivos, principalmente depresión.¹⁹

Sin embargo, la proporción de formas severas es considerablemente menor (1.0%). El 1.6% de la población adulta comunicó haber intentado suicidarse. Por otra parte, los trastornos depresivos y de ansiedad son las condiciones patológicas más frecuentes en la consulta médica general y en los servicios hospitalarios de segundo y tercer nivel tanto generales como de otras especialidades.^{20/21}

¹⁶ ANGST, J. Op. cit.

¹⁷ SATORIUS, N., DAVIDIAN, H. ERNBERG G. et AL. (1983). Depressive disorders in diferent countries. World Heart Organization, Ginebra.

¹⁸ GIEL, R. DEARANGO, M. CLIMENT, C. et. al. (1981). Chilhood mental disorders en primary health care. Pediatrics, 68 (5), 677-683.

¹⁹ INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA Y DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA DE LA S.S.A. (1988). Encuesta Nacional de Salud, México.

²⁰ PADILLA, G. (1984). Frecuencia de trastornos mentales en pacientes que asisten a la consulta familiar de un Centro de Salud. Salud Mental, 7, 72-78

²¹ PADILLA, G. SANCHEZ B., Y GOMEZ, E. (1987). Epidemiología de los trastornos mentales en el segundo nivel de atención médica. X Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana.

Como puede apreciarse, la depresión en sus distintas formas ocurre en ambos sexos, en todas las edades, en todas las sociedades y en todas las culturas, en proporciones variables.

1.4.2 Factores de riesgo.

1.4.2.1 Historia familiar

Desde hace muchos años se viene observando una susceptibilidad genética para padecer trastornos depresivos. Los estudios realizados han demostrado que la mayor parte de los casos de depresión recurrente tiene cierta base biológica. Se ha visto que el riesgo de padecer depresión mayor se incrementa entre 2 y 3 veces entre los descendientes en primer grado de depresivos comparados con los descendientes de controles normales (Wincour y Morrison, 1973. Wincour, 1979). Estudios en gemelos revelaron índices concordantes del 27% en gemelos monocigóticos contra 12% entre gemelos dicigóticos. Para la enfermedad bipolar la concordancia se incrementa a 40% y 11% entre gemelos mono y dicigóticos. Goldman (1992) eleva esta concordancia a 65% y 15% respectivamente. Estudios como éstos sugieren la existencia de bases genéticas para las depresiones graves (mayores).

1.4.2.2 Sexo

Está bien documentada una incidencia elevada de depresión mayor en mujeres. Weissman y Klerman (1977,1985) revisaron estos estudios y concluyeron que esta diferencia no era debida a que las mujeres comunicasen con más frecuencia estrés o que acudiesen más frecuentemente en busca de ayuda. La mayoría de los estudios indican que la relación de incidencia de la depresión entre mujeres/hombres fue aproximadamente de 2:1.²²

1.4.2.3 Edad

La depresión puede ocurrir a cualquier edad, pero la edad promedio de iniciación es cerca de los 40 años. En general, mientras más temprana es la edad de inicio, más

²² SILVERSTEIN, B. (1992) Diferencias sexuales en la depresión: cambios históricos. Focus on Depression, 2 (3), 66-68.

probable es que haya recurrencias. La etapa involutiva de la vida, puede significar un riesgo para muchas personas.

1.4.2.4 Depresión en el postparto

Es un trastorno que se presenta por lo general, dos semanas después del parto. La mayoría de los autores concluyen que es un síndrome clínico similar a la depresión mayor. La incidencia reportada en la bibliografía es variable (12 a 27%) y coincide con investigaciones realizadas en México que reportaron una incidencia de 19.3% a las dos semanas y de 22.5% a las 4 semanas. Los factores encontrados con mayor frecuencia en las mujeres que se deprimen en el postparto fueron: mayor edad de la madre, antecedentes de depresión en postpartos anteriores, multiparidad, temor e inseguridad de no poder cuidar adecuadamente a su bebé y tensión premenstrual. Otros factores no confirmados en todos los estudios son: ser madre soltera o separada, embarazo no deseado y tener más estrés social.²³

1.4.2.5 Cambios seculares

Varios estudios realizados en distintas culturas (Wickramarante, 1989; Klerman y Weissman, 1989; Witchen, 1986; Joyce, 1990) encontraron que las personas nacidas después de la segunda guerra mundial (1945) tienen un riesgo superior de presentar depresión que aquellas nacidas antes y este hallazgo es marcadamente consistente. En la década de los años 60's, varios artículos científicos empezaron a mencionar que la ansiedad predominante en la primera mitad del siglo, como consecuencia de las dos guerras mundiales y el temor a la guerra nuclear, está siendo sustituida por la depresión, la desesperanza y la melancolía como estados emocionales predominantes en el ser humano (Gerald Klerman, 1979)

1.4.2.6 Situación socioeconómica.

Entre 1980 y 1986 se llevó a cabo un estudio muy amplio en varios países: Estados Unidos, Canadá, Puerto Rico, Italia, Corea y Taiwan, conocido como E.C .A. por sus

²³ GARCIA FONSECA, L. ORTEGA, H. ONTIVEROS, M. Y CORTES, J. (1991). La incidencia de la depresión en el postparto. Anales. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 54-59.

siglas en inglés²⁴: Epidemiologic Catchment Area y no encontró asociación entre situación socioeconómica y depresión; por el contrario, el pequeño estudio comunitario llevado a cabo por Weissman y Mayers en 1978, encontró que los habituales índices de depresión a lo largo de la vida eran más elevados entre las clases inferiores de situación económica y los índices a lo largo de la vida fueron más altos entre las clases superiores. Los autores hipotetizaron que puede ser el reflejo de una mayor persistencia más que la frecuencia de depresión entre las presumiblemente maltratadas clases inferiores. La estrechez económica ejerce una presión psicológica que puede contribuir al desarrollo o mantenimiento de un estado depresivo.

1.4.2.7 Residentes urbano/rurales.

Aunque no del todo concluyente, el estudio llevado a cabo en los 6 países mencionados (E.C.A.) reportó una prevalencia más del doble para depresión en el área urbana comparado con las áreas rurales.

1.4.2.8 Matrimonio.

El estado marital alcanzó un efecto poderoso sobre los índices de depresión en el estudio E.C.A.: las personas casadas y no divorciadas presentaron una menor prevalencia anual en contraposición a las divorciadas o "cohabitantes". Las personas que no habían contraído nunca matrimonio presentaron índices de depresión estrechamente relacionados con los índices más bajos que presentaban las personas en un matrimonio estable. Las personas que se separaron o divorciaron durante el estudio presentaron dos o tres veces riesgo mayor para depresión. Las mujeres con una estrecha relación tuvieron 4 veces menos posibilidades de presentar depresión cuando se vieron sometidas a estrés. Estos datos son concordantes con el informe de Brown y Harris (1978) en el que las mujeres con un estrecha relación recíproca tienen 4 veces menos posibilidades de presentar depresión cuando se ven sometidas a estrés.

1.5.- ETIOLOGÍA.

²⁴ SMITH A. L. y WEISSMAN M.M., Op. cit.

La causa de los trastornos depresivos no se encuentra claramente establecida hasta la actualidad, si bien existe el criterio de que se trata de un problema multifactorial en el que pueden predominar algunos factores sobre otros, dependiendo del tipo de depresión de que se trate. En general, se acepta que existen factores de tipo biológico y factores psicosociales.²⁵

1.5.1 Factores biológicos.

Los estudios genéticos y los que se han hecho sobre los efectos de los fármacos antidepresores han permitido concluir que la mayor parte de los casos de depresión grave recurrente tienen cierta base biológica como causa predisponente. Ya se mencionaron en el capítulo de epidemiología, en los factores de riesgo, los resultados de los estudios genéticos.

En el área de la bioquímica, como lo postulara Hipócrates hace cerca de 2500 años, el avance más importante es el conocimiento de que la perturbación del humor está relacionada con la producción y utilización de las aminas biogénicas que actúan como neurotransmisores en el sistema nervioso central, en particular los de catecolaminas (noradrenalina y dopamina) e indolaminas (5 hidroxitriptamina o serotonina).²⁶ Más recientemente, se emitió también la hipótesis de que la depresión se acompaña de regulación alterada del equilibrio colinérgico y adrenérgico y se caracteriza por un dominio colinérgico relativo. Además, se ha sugerido que la dopamina disminuye desde el punto de vista funcional en algunos casos de depresión grave. Como los sistemas monoamínicos se encuentran distribuidos con amplitud y participan en la regulación tónica de las funciones vegetativas como excitación, movilidad, sueño, agresividad y otras, se prestan perfectamente bien para esta función hipotética. Además, el descubrimiento de que muchas proteínas y hormonas pueden servir como neurotransmisores en ciertas situaciones, ponen de relieve la complejidad de la regulación neural del estado de ánimo.

²⁵ CALDERON, G. (1985). Depresión, causas, manifestaciones, y tratamiento. Ed. Trillas, México, 87-111.

²⁶ DE LA FUENTE, R. Op. cit.

Los informes de cambios biológicos en casos de depresión severa ofrecen ser de utilidad para el diagnóstico y valoración de la respuesta al tratamiento. Los datos experimentales que apuntan en la dirección señalada se ven reforzados por la acción terapéutica de los inhibidores de la monoamino-oxidasa, los compuestos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina.

Estudios sobre otras áreas de investigación como el metabolismo de los esteroides y el de los electrolitos, particularmente el sodio, han abierto otras líneas de investigación al igual que estudios sobre diversas alteraciones de la triyodotironina y la tiroxina sérica. Son contradictorios los informes sobre los cambios de la regulación de la hormona del crecimiento, prolactina, hormona luteinizante y testosterona en los casos de depresión. También se han involucrado cambios inmunológicos en una variedad de alteraciones sutiles en este campo.²⁷

Como puede observarse, las líneas de investigación son muy variadas, lo que significa que el sustrato biológico de la depresión no está del todo resuelto en la actualidad pero han abierto un campo muy amplio en el que no ha dejado de avanzarse desde que Everett y Toman (1959) postularon por primera vez la hipótesis de que las catecolaminas y la serotonina desempeñaban un papel muy importante en la biología de la depresión, reforzada posteriormente por Bunney y Davis (1965), Schildkraut (1965-70), Matussek (1972) y otros. Puede concluirse que el papel de los neurohumores en los trastornos de la afectividad está establecido y tiene consecuencias terapéuticas importantes.

1.5.2 Factores psicosociales.

El padre del enfoque actual de la depresión es Emil Kraepelin (1883-1921), quien hiciera hincapié en la historia y el patrón de los síntomas del momento y planteara que la enfermedad maniaco depresiva constituye un espectro genético de trastornos. Su enfoque ha hecho que se trabaje sobre la base de que en la depresión psicótica o grave

²⁷ KAPLAN, H. Y SADOK, B., Op. cit.

predominan los factores biológicos, en la neurótica los factores psicológicos y en la simple los factores sociales; esta distinción es muy simplista y reduccionista y no puede soslayarse el hecho de que el ser humano es una unidad biopsicosocial en la que cada uno de los factores desempeña un papel para producir, desencadenar o mantener o curar un trastorno depresivo. El predominio de alguno de ellos estará en función del diagnóstico, el cual es en ocasiones muy difícil aun tomando en cuenta la biografía y los antecedentes personales y familiares.

En los Estados Unidos, durante la primera mitad de este siglo, Adolph Meyer, si bien, reconociendo el papel de la genética y de otros factores biológicos, destacó la importancia de los factores psicosociales en la depresión.²⁸

Existen factores de tipo social, general y de tipo individual. Entre los primeros tenemos:

- a) El rápido cambio del ambiente psicosocial que permite la exposición cada vez mayor del individuo y de grupos sociales a un ambiente tensionante intenso y creciente como el que se presenta en situación de desarraigo, desintegración familiar, aislamiento social, información sobrecargada, peligro de guerra, crisis económica, desastres, etc. (N. Sartorius, División de Salud Mental, OMS, 1975).
- b) El aumento de la morbilidad de padecimientos crónicos tales como reumatismo, trastornos cardiovasculares, neoplasias, etc., que, según se ha demostrado, se asocian con depresión en 20% de los casos.
- c) El creciente abuso de medicamentos que pueden producir depresión como son los psicotrópicos, neurolépticos y hormonas como los anticonceptivos.
- d) El promedio de expectativa de vida ha aumentado en todos los países, lo que incrementa el número y porcentaje de personas con mayor riesgo de padecer depresión, como es el caso de los ancianos.

²⁸ HIRSCHFELD, R.M. (1992) Depresión, aspectos diagnósticos. Focus on Depression, 2 (1), 19-21.

Entre los factores de tipo individual, tenemos a los emocionales que pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión pero son especialmente importantes en la llamada "depresión neurótica" que ahora aparece en la CIE 10 como "Distimia".

Existe la experiencia de que casi todos los patrones neuróticos se derivan de conflictos y actitudes afectivas que aparecen desde la niñez, y de que, para entender la neurosis de un paciente, se deben relacionar los síntomas de un enfermo con alguna situación problemática que no fue resuelta durante la infancia; a este respecto es interesante mencionar las aportaciones de Freud sobre el tema: la observación de que muchos pacientes deprimidos tienen rasgos distintivos semejantes de personalidad: obsesividad, rigidez, perfeccionismo, pasividad y necesidad excesiva de depender de los demás, hizo que Freud y otros psicoanalistas consideraran a la depresión como un mecanismo de reparación psicológica.²⁹

La pérdida de un objeto amado y la lesión psíquica consecuente podrían superarse solo mediante el autocastigo en el que se devaluaba el objeto internalizado; sostuvo que el desarrollo del yo dependía de la resolución con éxito de la pérdida del objeto. Mediante un proceso de identificación narcisista, el yo se convertía en el blanco del tratamiento agresivo para vengarse del objeto original. Por lo tanto, la depresión surge como una manifestación del remordimiento por la ira hacia un objeto percibido de manera ambivalente (amado y odiado).

Freud se ocupó por primera vez del problema de la depresión en el artículo "Duelo y Melancolía", redactado según parece, en 1913. Distingue con toda nitidez entre el duelo y la melancolía: "el duelo es, por lo general, la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, un ideal, etc. Es un afecto normal paralelo a la melancolía. Abraham, antes que Freud (1912) también se ocupó de la depresión y ambos fueron coincidentes al señalar algunos rasgos comunes a la depresión, como la reacción a la pérdida de un ser amado, estado de ánimo

²⁹ GOLDMAN, H., Op. cit., pp. 304.

profundamente doloroso; cesación del interés por el mundo exterior; pérdida de la capacidad de amar e inhibición de todas las funciones. El duelo se distingue de la melancolía por que no aparece en él la disminución del amor propio, de ahí que no sea considerado como estado patológico frente a la melancolía, a cuyos enfermos Freud atribuye una predisposición morbosa.

La melancolía es, en opinión de Freud, la verdadera depresión y sus principales características pueden resumirse así: (citado por Polaino, L., 1985)³⁰

- Extraordinaria disminución del amor propio.
- Egotización -implicación del yo- en la reacción ante la pérdida del objeto.
- Autocrítica pública de su yo sin ningún pudor, lo que le diferencia del remordimiento normal.
- Pérdida de la autoestima.
- La libido se retrotrae al yo en lugar de desplazarse al objeto (de ahí la relación entre narcisismo y depresión).
- Transformación de la pérdida del objeto en pérdida del yo.
- Disociación entre la actividad crítica del yo y el yo modificado por la identificación.
- La rigidez y empobrecimiento del yo, hacen que pueda transformarse la melancolía en depresión obsesiva.
- Tendencia al suicidio como signo de hostilidad contra si mismo, como objeto.

Melanie Klein (1960) postula que el conflicto se va a establecer entre el yo y el ello, en lugar de entre el yo y la realidad (Freud) o entre el yo y el super yo (Shultz, 1951).

También se han postulado causas predisponentes que operan en la infancia y se apoyan en las observaciones llevadas a cabo por Spitz y Bowlby (1968). El primero describió una "depresión anaclítica" en niños severamente privados de contacto maternal durante los primeros meses de su vida. La ausencia de la madre por hospitalización del niño origina el problema de "hospitalismo", nombre que se le da a los síndromes producidos

³⁰ POLAINO LORENTE, A. (1985). La depresión. Ed. Martínez Roca. Barcelona, 28-34.

por la permanencia en un hospital, asilo, orfanato o cualquier institución que rompa con los lazos familiares y sociales.³¹

Los síntomas del cuadro señalado por Spitz (que él considera irreversible) son: dificultad en el desarrollo motor e intelectual, ensimismamiento, inexpresividad, pérdida de peso y vulnerabilidad a las enfermedades intercurrentes por cuya causa algunos morían apenas con cuatro años de edad. De ahí se infirió la extraordinaria necesidad o importancia de la presencia de la madre y del contacto afectivo entre ésta y el niño. Posteriores estudios realizados por Bender, Levy y Golfarb han demostrado la relación etiológica entre la carencia afectiva y determinados trastornos de la personalidad que pueden persistir hasta la edad adulta.

En la adolescencia, la pérdida de la protección familiar que tenía el niño, la pérdida de la imagen de sus padres como seres poderosos, su ambivalencia en relación con el logro de su independencia, el inicio de su vida sexual y las presiones con sus compañeros, pueden en determinados casos ser causa predisponente de depresión en la mayoría de los casos leve y transitoria, pero si existen muchos factores que influyen en el desarrollo normal del adolescente, puede sufrir depresiones severas que podrían llevarlo hasta el suicidio.

En el adulto, la pérdida del objeto es mas fácil de identificar. Puede ser la pérdida de un ser querido, de una situación económica, de una posición de poder o de la salud: las enfermedades graves, las incapacidades físicas, alteraciones estéticas o padecimientos que afectan la autoestima del paciente como la impotencia sexual, pueden desencadenar cuadros depresivos de intensidad y duración variables.

Como se ha visto, las causas psicológicas de la depresión son diversas, y afectan al ser humano en cualquier etapa de la vida. Puede haber controversia respecto a algunas de ellas, pero han sido el producto de la observación y la investigación de muchos y prestigiados autores a lo largo de muchos años.

³¹ SPITZ, R. (1977). El primer año de la vida del niño. Fondo de Cultura Económica. México.

1.5.3 Teoría Unificada.

En la actualidad, parece provechoso concebir a los trastornos afectivos graves como trastornos genéticamente controlados en los que cambios espontáneos de los ciclos de actividad producen los síntomas típicos del trastorno. Alternativamente, factores psicógenos específicos que constituyen una "pérdida" actúan como desencadenantes y pueden precipitar un episodio depresivo. Una vez iniciado, el episodio no responde habitualmente a la interpretación y en determinados grupos, uno u otro tratamiento químico es el indicado. Una vez controlado el episodio puede ser necesario el tratamiento psicológico para ayudar al paciente a hacer frente a las consecuencias secundarias de su enfermedad, para ayudar a superar los efectos desencadenantes psicógenos específicos o para ayudar a superar los conflictos psicológicos y de personalidad del paciente.³²

³² KAPLAN, H. Y SADOCK, B., Op. cit., p.p. 253.

1.6.- CUADRO CLÍNICO.

En el Capítulo de Clasificación de los Trastornos del Humor (afectivos) vimos que la Organización Mundial de la Salud divide a los trastornos depresivos en:

- 1.- Trastorno afectivo bipolar.
- 2.- Episodio depresivo.
- 3.- Trastorno depresivo recurrente, y
- 4.- Trastorno persistente del estado de ánimo (ciclotimia, distimia y otros).

Los 3 primeros se subdividen a su vez en "leves", "moderados" y "graves" de acuerdo a la severidad de los síntomas y "con" o "sin síntomas somáticos" de acuerdo a la presencia o ausencia de estos en los casos leves y moderados y "con" o "sin síntomas psicóticos" en los casos graves. La forma "bipolar" incluye además de episodios depresivos con disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad, episodios de exaltación, aumento del nivel de actividad y vitalidad con euforia, elación, hiperactividad, verborrea, pensamientos desarticulados y atropellados, pobreza de juicio, comportamiento social inadecuado y en ocasiones delirios de grandeza o de autoreferencia que constituyen al núcleo de la manía e hipomanía.

Lo característico de estos casos es que se produzca una recuperación completa entre los episodios aislados y que existan al menos 2 de éstos. Es necesario distinguir entre un episodio depresivo aislado de un trastorno depresivo recurrente o depresión unipolar.

Como se pudo ver en el capítulo de clasificación de los trastornos depresivos, existen 13 rubros que incluyen a la depresión, los que junto con las categorías y subcategorías suman 54 diferentes diagnósticos de depresión. Esta cantidad surge de los distintos grados de intensidad de los síntomas, de la presencia o no de síntomas somáticos o psicóticos, de que sea episodio único o recurrente, etc.

La alteración fundamental en éstos trastornos es un trastorno del humor o de la afectividad que suele acompañarse de cambios en el nivel general de actividad (vitalidad). La mayoría del resto de los síntomas de éstas alteraciones del humor y de la vitalidad son comprensibles en su contexto. Cuando hay alteración franca de la esfera afectiva el diagnóstico es relativamente fácil (Augst, Beck, Calderón, De la Fuente, Goldman, Kaplan y Sadock, etc.):

1.6.1 Síntomas afectivos

- Pérdida de interés o de placer en pasatiempos y actividades que anteriormente se disfrutaban.
- Sentimientos de tristeza, desesperanza, soledad, impotencia y vacuidad, con llanto o deseos de llorar frecuentes.
- Inseguridad, falta de confianza en sí mismo, dificultad para tomar decisiones, sensación de inutilidad, de incapacidad, lo que produce dependencia de la familia.
- Sensaciones de desesperanza, de pesimismo.
- Temores específicos o indiferenciados, en ocasiones absurdos como el miedo a bañarse, a salir a la calle o a permanecer en la casa.
- Ansiedad, inquietud, irritabilidad.

1.6.2 Síntomas somáticos.

La aparición de síntomas somáticos es frecuente acompañando a los síntomas afectivos, principalmente cuando la depresión es grave. En otras ocasiones preceden a los demás síntomas depresivos o los enmascaran, lo que complica el diagnóstico ya que con frecuencia constituyen las quejas principales que motivan la consulta del paciente de manera que el fondo depresivo queda oculto y no es reconocido por el médico, el paciente o por ambos:

- Insomnio que puede presentarse al principio (inicial), al final del sueño (terminal) o ser intermitente. Menor número de pacientes presentan hipersomnia, es decir, duermen más de lo necesario.
- Pérdida o disminución del apetito que puede ocasionar baja importante de peso, y en menor proporción de casos, aumento de apetito y de peso.
- Debilitamiento o desaparición del deseo sexual.
- Disminución de energía, fatiga o agotamiento.
- Trastornos digestivos: náusea, vómito, diarrea, constipación, meteorismo, dispepsia, dolor abdominal, etc.
- Trastornos cardiovasculares: palpitaciones, taquicardia, algias precordiales, sensación de falta de aire, etc.
- Otros síntomas comúnmente descritos son: dolores de cabeza, neuralgias faciales, mareos, dolores musculares y articulares.

Todos los síntomas somáticos son persistentes y generalmente los estudios clínicos, de laboratorio y gabinete no encuentran alteraciones que los fundamenten. En el caso de que se encuentre una alteración orgánica, lo exagerado de la queja del paciente y la mala respuesta al tratamiento indicado, sugieren una contaminación por problema depresivo.

A continuación se presenta una tabla con las molestias somáticas de pacientes depresivos, encontradas por seis investigadores:

TABLA 4

Molestias somáticas de pacientes depresivos (según FRÖHLICH; 1976)						
Autores	Kirchhof	Hertrich	Sattes	Busfield	Kenyon	Fröhlich
Número de pacientes	203	195	100	97	211	24
Síntomas y localización:						
Trastornos del sueño	80%	68%	61%	-	-	100%
Cansancio diurno	32	11	25	28	20	83
Pérdida de peso	19	5	-	-	-	63
Perturbaciones del apetito	10	22	49	65	-	71
Trastornos de la potencia y de la libido	11	3	-	58	-	42
Sudor	17	12	-	41	-	33
Cefaleas	66	36	51	47	50	42
Zumbido de oídos	1	5	-	43	-	13
Sensación de globo y opresión	20	16	-	-	10	25
Dificultad respiratoria	-	-	30	-	31	50
Molestias cardíacas	-	17	26	65	18	25
Vértigo	22	13	13	63	-	38
Dolores vertebrales	17	9	-	-	11	42
Molestias abdominales	18	14	15	63	32	21
Náuseas, vómitos	-	4	-	36	-	25
Constipación	-	2	-	-	-	67
Trastornos vesiculares	-	1	6	17	10	25

1.6.3 Síntomas intelectuales.

Otro tipo de síntomas depresivos se manifiestan en la esfera intelectual:

- Disminución de la atención, la comprensión y la memoria. En pacientes seniles se ha descrito una "seudodemencia" que remite totalmente con el tratamiento antidepressivo, y es un estado clínicamente idéntico a la demencia senil irreversible.
- Ideas de culpa, de fracaso, de castigo y remordimiento que conducen a la autodevaluación, a la autodenigración y a los pensamientos sobre la muerte o el suicidio... "Dejen que yo", dice el desdichado, "yo, el impío, el maldecido, el odiado de los dioses, sufra mi castigo"...
- Pensamientos obsesivos, repetitivos, molestos.

1.6.4 Síntomas conductuales.

Por último, los enfermos deprimidos pueden presentar alteraciones que se observan en la conducta:

- Retardo o agitación, con descuido de sus obligaciones o de su aseo personal.
- Productividad disminuida: mal rendimiento en el trabajo o en los estudios.
- Impulso a la ingestión de alcohol y drogas de uso médico y no médico como mecanismos para reanimarse o escapar de la ansiedad.

En opinión de Víctor Reus (1994) la depresión, debido al polimorfismo de su cuadro clínico, es uno de los más comunes diagnósticos erróneos en la clínica médica general.

1.6.5 Depresión en niños.

La depresión ocurre a cualquier edad y puede manifestarse con síntomas primarios que no abarcan cambios manifiestos del estado de ánimo. Puede ser difícil diagnosticar

depresión en niños. A causa del desarrollo cognoscitivo y lingüístico que ocurren durante la infancia, los estados emocionales se manifiestan y proyectan de manera diferente y los síntomas que se han considerado como integrantes del cuadro depresivo, son: fobias escolares, fatiga, conducta rebelde, llanto, somnolencia, lentitud, rendimiento escolar deficiente, actitud taciturna, torturada o molesta y frecuentemente quejas hipocondríacas como dolores abdominales y diversos dolores ya sea de garganta o de cabeza. Se discute todavía si la enuresis es originada por la depresión o es un trastorno independiente.

Ya se mencionaron en otro capítulo los estudios de Spitz³³ y Bowlby³⁴ sobre el hospitalismo y la depresión anaclítica. Al igual que en los adultos, tienen importancia en la génesis de la depresión la pérdida de personas importantes como los padres; el desprecio, el rechazo y el maltrato; los hogares disarmónicos, los trastornos afectivos, el alcoholismo y las enfermedades incapacitantes severas de los padres; las enfermedades que ameritan hospitalización o que originan dolor, inmovilización o desfiguración en los niños.

En la mayoría de los casos el tratamiento de la depresión infantil debe enfocarse hacia la familia para aumentar la comprensión del niño y disminuir su rechazo, de ahí lo importante del diagnóstico oportuno.

1.7.- EVOLUCION Y PRONOSTICO

Aunque hay grandes variaciones en la evolución y presentación clínica, la depresión puede ocurrir en cualquier edad y el promedio de iniciación es entre los 30 y 40 años. Cuanto más temprana es la aparición, más probable es que haya recurrencias. El comienzo puede ser súbito y estar aparentemente relacionado con un conflicto familiar, laboral, económico, etc. o puede desarrollarse de manera gradual, insidiosa, durante meses, sin motivo aparente que lo justifique. En estos casos, se dificulta precisar el inicio del padecimiento, ya que el enfermo centra su atención en las molestias somáticas que

³³ SPITZ, R., Op. cit.

³⁴ BOWLBY, J. (1980). La pérdida afectiva. Ed. Paidós. Buenos Aires, 257-266.

pueden aparecer como se mencionó antes, enmascarando el cuadro clínico. Debido a estas circunstancias, la presencia o no de factores desencadenantes, es que se ha venido manejando el concepto de depresión reactiva o exógena y depresión endógena. Si no se aplica tratamiento, la crisis depresiva puede resolverse espontáneamente durante un período de semanas o meses o volverse crónica y permanecer durante meses o años. La magnitud de los síntomas varía y el impacto y las consecuencias sociales y económicas que produce la depresión son considerables. El grado de deterioro es variable y existen interferencias en la actividad laboral y social de los pacientes. Aunque la mayoría reacciona bien al tratamiento con fármacos antidepresivos, en términos generales se puede decir que entre 60 y 70%, del resto, un 10 a 15% responden a terapia electroconvulsiva o tratamientos alternos, lo cual deja un 15% de individuos que definitivamente no responden y se consideran "resistentes" o "refractarios" al tratamiento. El pronóstico empeora si está incrementada la gravedad al principio, la iniciación es menos aguda y la crisis aguda ocurrió sobrepuesta a un estado subyacente de depresión crónica.³⁵

J. Angst (1988) hizo una amplia revisión de estudios en pacientes, siguiéndolos durante 20 años y encontró que alrededor de 15 a 20% de los pacientes desarrollan cronicidad y el 10 a 20% se suicidan (los estudios los llevó a cabo en Suiza). Después de la aparición de la enfermedad, alrededor del 20% de la vida del paciente se consume en episodios. En los períodos inter-episodio los pacientes padecen con frecuencia síntomas residuales que deterioran su calidad de vida.

Los índices de recaída no disminuyen con la edad; la mayor parte de las depresiones bipolares y aproximadamente la mitad de las unipolares recidivan hasta la edad de 80 años. Se considera que es todavía una cuestión sin respuesta establecer que porcentaje de pacientes sufre un solo episodio y cuántos una forma recidivante de depresión. Un episodio de depresión unipolar fue observado en el 20% de los casos de comienzo

³⁵ BERLANGA C. (1989). Diagnóstico y tratamiento de la depresión resistente. *Psiquiatría*, 2ª época, 5(1), 24-32.

precoz hospitalizados por primera vez (Angst y Frey, 1976). Casos con un episodio único bipolar son extremadamente raros en las casuísticas clínicas.³⁶

El riesgo de recaída después de la recuperación del trastorno depresivo es elevado durante un período breve: cerca del 25% de los casos recaen en un plazo de 3 meses. En los que tienen crisis recurrentes, cabe esperar que pronto habrá otra crisis. La presencia de depresión crónica subyacente o los antecedentes de 3 ó más crisis depresivas incrementa el riesgo de recaída temprana. Conforme envejece el individuo, el intervalo entre las crisis se hace más breve. La presencia de factores de riesgo: antecedentes familiares, edad, situación económica, etc., expuestos en el Capítulo de Epidemiología, también influyen en el curso y pronóstico de la enfermedad. La ausencia de factores genéticos, la presencia de factores desencadenantes intensos, un buen ambiente familiar y social, una personalidad sana y desde luego un diagnóstico y un tratamiento oportuno y eficiente, influirán favorablemente en la recuperación del trastorno depresivo.

1.8.- TRATAMIENTO

La depresión es un complejo grupo de trastornos que implica a muchos sistemas corporales. Las medicaciones pueden estar indicadas en ciertas depresiones, mientras que en otras son preferibles los enfoques psicoterapéuticos. En muchos casos, lo mejor es una combinación de fármacos y psicoterapia. Existen suficientes evidencias en apoyo de que los fármacos tienden a actuar en los síntomas somáticos y vegetativos específicos de la depresión, mientras que la psicoterapia afecta a los aspectos interpersonales y cognitivos. Por ello, un enfoque global incluye a ambas modalidades que se complementan mutuamente.

El tratamiento de la depresión es uno de los más recompensantes para el terapeuta al disponer de medios para garantizar un alto porcentaje de recuperación en corto tiempo. La primera decisión que debe tomarse es la de si hay que hospitalizar al paciente o

³⁶ ANGST, J. (1992). ¿Cuál es la recurrencia y el pronóstico de la enfermedad depresiva? Perspectivas en Psiquiatría, vol. 3. John Wiley & Sons, England, 11-20.

intentar un tratamiento ambulatorio. La depresión leve o moderada y algunos casos graves son resueltos en la consulta externa si se evalúa con frecuencia al paciente y existe apoyo familiar. La hospitalización debe dejarse para casos con elevado riesgo suicida, marcada postración o psicosis. Se considera que el 60% de los casos puede ser atendido por el médico general razonablemente capacitado y el resto por el especialista en psiquiatría. El papel del psicólogo capacitado en psicoterapia puede ser útil para hacer el diagnóstico y la psicoterapia en pacientes con depresiones leves o en casos de distimia en que esté indicado solamente este procedimiento o formando parte de un equipo multidisciplinario con el médico o el especialista en psiquiatría.

1.8.1 Tratamiento biomédico.

1.8.1.1 Terapia electroconvulsiva (TEC)

Considerada por muchos como un tratamiento específico para ciertos tipos de depresiones retardadas caracterizadas por delirios somáticos y de culpa unidos a una falta de interés por el mundo, pérdida de peso y alto riesgo suicida. También se utiliza cuando no ha habido respuesta a otros tratamientos o cuando los efectos adversos de éstos son intolerables o de mayor intensidad que los producidos por la TEC.³⁷

La TEC ha sido motivo de enconados debates en las últimas décadas tal vez porque se abusó de ellos y porque no existían otros recursos terapéuticos como en la actualidad. Gracias a su aceptación por la Asociación Psiquiátrica Americana y el Colegio Real de Psiquiatras del Reino Unido y al empleo de aparatos modernos como el de pulsos breves y corriente constante y a técnicas apropiadas, la TEC ha dejado de ser un método brutal y tiene sus indicaciones precisas especialmente en el tratamiento de la depresión grave y rebelde.

1.8.1.2 Tratamiento Farmacológico.

Como se mencionó en el Capítulo de Etiología, el conocimiento de las bases biológicas de los procesos mentales como el del tratamiento de sus alteraciones , ha sido el

³⁷ COLIN, R. (1994). Terapia electroconvulsiva con pulsos breves: relación entre dosis y tiempo. Psiquiatría, 2ª época, 10 (1), 15-23.

desarrollo de los medicamentos antidepresivos quienes contribuyeron al desarrollo temprano de la psicofarmacología. Hasta mediados de este siglo no se disponía de un tratamiento farmacológico eficaz para trastornos mentales como la esquizofrenia y la depresión.³⁸

A finales de la década de 1950 se descubrieron 2 tipos de fármacos que demostraron ser efectivos en la terapéutica de la depresión: los fármacos del tipo imipramina (antidepresivos tricíclicos) y los inhibidores de los monoaminaoxidasa (IMAO). Estos aumentan la cantidad de monoaminas al bloquear la acción de la enzima que las desintegra, la monoaminaoxidasa (MAO). Los tricíclicos aumentan la disponibilidad de monoaminas en la hendidura sináptica, evitando su recaptura. Posteriormente han surgido otros fármacos antidepresivos más específicos como los llamados "ISRS" (inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina).

La selección del fármaco se lleva a cabo en base al estado médico general del paciente, los efectos colaterales y los antecedentes personales o familiares de reacción terapéutica a un agente específico. Suele observarse un beneficio terapéutico claro en 7 a 14 días después de iniciar el tratamiento, aunque puede haber reacciones más tempranas o más tardías. Antes de que ocurra una mejoría subjetiva, pueden aparecer signos de mejoría general: aumento de apetito, de peso, mejoría del sueño y el afecto, menor agitación y aumento de la actividad.^{39,40}

Cerca del 70% de los pacientes reaccionan favorablemente al tratamiento; cuando la reacción es pobre, puede deberse a dosis insuficientes o a incapacidad del paciente para tomar la medicación, muchas veces por la presencia de efectos secundarios muy molestos: sequedad de boca, mareo, somnolencia, debilidad, constipación, visión borrosa, dificultad para orinar, taquicardia, baja de la presión arterial y otros, la mayoría de ellos por efecto anticolinérgico. Otro motivo de falta de adherencia terapéutica, son

³⁸ PLETSCHER, A. (1991). El descubrimiento de los antidepresivos: un sendero tortuoso. Focus on Depression, trabajo original.

³⁹ RICHELSON, E. (1987). La farmacología de los antidepresivos. Psiquiatría, 2º Epoca, 3 (3), 163-169.

⁴⁰ TOVAR, H., VAZQUEZ, A. ONTIVEROS, A, Y HEINZE G. (1994). Uso y mal uso de los antidepresivos. Versalio Difusión Médica. XVIII Congreso Latinoamericano de Psiquiatría, México, D.F.

los prejuicios que existen en la población general, que rechaza los psicofármacos por temor e ignorancia.

Los antidepresivos IMAO tienden a emplearse con menor frecuencia por los efectos secundarios no deseables y por el riesgo de accidentes severos como crisis hipertensivas si en la dieta no se suprime al aminoácido tiramina.

Parece que existe más consenso en que los fármacos tricíclicos son más efectivos por el menor riesgo de efectos secundarios y probablemente constituyen el fármaco de elección para la mayoría de los pacientes deprimidos. Pertenecen a este grupo la imipramina, desipramina y amitriptilina entre los más conocidos. Otros compuestos similares son la doxepina, clorimipramina, maprotilina y mianserina. Todos ellos se presentan en diversas dosis para facilitar su prescripción y difieren en su efecto terapéutico, en su potencia, o en su capacidad de ser unos más sedantes que otros, para pacientes agitados o inhibidos. Al final de cuentas el resultado antidepresivo y los efectos secundarios son similares, dependiendo de la susceptibilidad del paciente.

Los antidepresivos IMAO son la tranilcipromina, fenelcina e isocarboxazida que ya no se encuentran en el mercado en nuestro país, probablemente por circunstancias de índole comercial pero continúan teniendo su lugar en el armamento terapéutico. Se puede conseguir el moclobemide, que por su mecanismo de acción es más seguro que los IMAO tradicionales porque produce una inhibición "reversible" de la MAO "A", al contrario de los IMAO tradicionales, lo que elimina el riesgo de las crisis hipertensivas si el paciente ingiere tiramina, y facilitan el cambio de terapéutica de un IMAO a un tricíclico y viceversa, cuando así conviene sin tener que esperar un mínimo de 14 días para evitar accidentes a veces fatales si se superpone el efecto de un tipo de antidepresivos sobre otro, con la consiguiente pérdida de tiempo.⁴¹

En la búsqueda de medicamentos antidepresivos que tengan efectividad a bajas dosis y con menor riesgo de toxicidad y mayor seguridad para el paciente deprimido, en los últimos años se ha venido desarrollando una nueva generación de antidepresivos

⁴¹ HEINZE, G. BERLANGA, C. JUNCO, G. ONTIVEROS, M. Y SOSA, A. (1989). La eficacia antidepresiva y la intolerancia del moclobemide, un inhibidor reversible de la monoaminooxidasa. *Salud Mental*, 12 (4), 17-22.

catalogados como inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS): fluoxetina, paroxetina, sertralina y citalopram. Tienen la ventaja de administrarse una vez al día y presentar menor cantidad y severidad de efectos secundarios lo que los hace útiles también en pacientes de alto riesgo: casos de insuficiencia renal o hepática, epilepsia, enfermedades cardíacas y ancianos. Debido a que tienen pocos años de uso, su papel no está bien definido todavía.⁴²

El litio no tiene un efecto antidepresor tan específico como los fármacos tradicionales, pero puede ayudar mejor a los pacientes que tienen periodicidad clara de recurrencias depresivas y en estos casos parece ser más profiláctico que los agentes tricíclicos.

1.8.1.3 Tratamiento profiláctico. Tratamiento a largo plazo.

La base del tratamiento profiláctico es conceptualmente diferente de la del tratamiento de los episodios agudos de la enfermedad. La finalidad de la profilaxis es mantener al paciente en una situación de bienestar para prevenir el retorno de la enfermedad, a diferencia de la actitud no intervencionista que consiste en esperar que ocurra el próximo episodio para instituir algún tipo de tratamiento. En la esquizofrenia y en la enfermedad bipolar se acepta, por ejemplo la necesidad de farmacoterapia continuada para una prevención secundaria (evitar la recaída); en la práctica se realiza relativamente poca profilaxis de los episodios depresivos recurrentes.⁴³

El número de estudios que demuestra la eficacia profiláctica de los antidepresivos ha aumentado en los últimos años y se dispone de una buena evidencia de la eficacia de su empleo a largo plazo. Los estudios realizados aportan una buena base científica con una amplia visión clínica que conceptúa que los antidepresivos, empleados en forma prolongada, reducen las posibilidades de aparición de nuevos episodios depresivos y su empleo frecuente debería reducir la morbilidad global.

⁴² BOYER, N.F. y FEIGHNER, J.P. (1991). Nosología en los años 1990; Una actualización sobre los procesos diagnósticos y su aplicación a los trastornos depresivos. Perspectivas en Psiquiatría. Vol. 2 Wiley & Sons. England, 201-211

⁴³ MONTGOMERY, S. y MONTGOMERY, D. (1991). Tratamiento profiláctico de la depresión unipolar recurrente. Perspectivas en Psiquiatría. vol. 3. John Wiley & Sons. England, 65-93.

Aunque no hay suficientes datos respecto al tiempo que debe mantenerse el tratamiento, existe cierto acuerdo de que, cuando es el primer episodio, se recomienda mantener la medicación de 6 a 9 meses después de que han desaparecido todos los síntomas, ajustando la dosis al mínimo posible y suspendiendo la medicación paulatinamente. Si se trata de un segundo episodio, es recomendable un plazo de 1 a 2 años. Si son varios episodios o no remite la totalidad de los síntomas, debe pensarse en periodos más prolongados. La decisión de profilaxis debe realizarse tomando en cuenta la gravedad de las depresiones, la frecuencia y el riesgo suicida.⁴⁴

1.8.2 Psicoterapia.

La psicoterapia es un tratamiento basado en la relación interpersonal entre el terapeuta y su paciente. Tiene como finalidad aliviar la tensión emocional mediante la verbalización y expresión de los sentimientos y de los conflictos, modificar conductas inadecuadas o mal adaptativas y promover el crecimiento y desarrollo de la personalidad.

Puede ser conducida en diversas modalidades dependiendo de las características del paciente: Individual, grupal, con la pareja o con la familia.

A la luz de los estudios de que se dispone en la actualidad⁴⁵, no cabe duda de que la psicoterapia es esencial en la depresión, ya sea como principal recurso o como suplemento del tratamiento farmacológico en aquellos casos en los que el paciente parece sufrir una forma básicamente fisiológica de la enfermedad. Como tratamiento de elección y principal recurso, se puede indicar en pacientes con distimia (depresión neurótica) o en aquellos pacientes en que los factores desencadenantes tienen relieve y que anteriormente se consideraban como "depresión reactiva": casos de reacción depresiva frente al estrés grave, trastornos depresivos de adaptación o grave

⁴⁴ GREDEN, J.F. (1993). Antidepressant maintenance medications: Where to discontinue and how to stop. *J. Clin. Psy.*, 54(8), supl., 39-45.

⁴⁵ FRANK, E. JOHNSON, S. Y KUPFER, D. (1991). Tratamientos psicológicos en la prevención de la recaída depresiva. *Perspectivas en Psiquiatría*, vol.3. John Wiley & Sons, England, 211-246.

impedimento para la terapia con medicamentos por idiosincrasia e hipersensibilidad, rechazo, insuficiencia hepática o renal, etc. En los casos graves, la psicoterapia debería indicarse para mejorar el funcionamiento social después de la remisión de los síntomas agudos para "restañar las heridas", para aislar una experiencia traumática y para tratar de evitar las recaídas. Sin una psicoterapia efectiva, muchos de estos pacientes pueden destruir su vida.

1.8.2.1 Tipos de psicoterapia.

Se han empleado muchos criterios psicoterapeúticos, pero las modalidades que se orientan al funcionamiento interpersonal y las deformaciones cognoscitivas del paciente deprimido, parecen ser más útiles. La terapia de insight se vuelve difícil a causa de la tendencia del paciente deprimido a interpretar la sugerencias terapéuticas como críticas. A menudo el tratamiento cognoscitivo es de naturaleza didáctica y puede permitir al terapeuta un medio eficaz para poner en duda la autoimagen derogatoria que tiene el paciente:⁴⁶

1.8.2.1.1 Psicoterapia psicoanalítica.

En general, el objetivo de la terapia psicoanalítica consiste en promover un cambio de la estructura de la personalidad o el carácter y no simplemente en aliviar los síntomas. La mejora de la confianza interpersonal, la intimidad y creatividad, de los mecanismos defensivos, de la capacidad para experimentar una amplia gama de emociones y de la capacidad para la aflicción son algunos de los objetivos. El tratamiento puede requerir en ocasiones que el paciente experimente una alta ansiedad y malestar durante el curso de la terapia, que habitualmente prosigue por mucho tiempo. Las indicaciones de esta terapia en pacientes deprimidos requieren de mucho cuidado y debe tenerse precaución en aquellos que tienen riesgo suicida.

1.8.2.1.2 Psicoterapia breve.

Las terapias breves difieren del psicoanálisis clásico en su énfasis en la identificación de un foco diagnóstico específico.

⁴⁶ GORJON, S. (1995). Psicoterapia de la Depresión. *Psiquiatría*, 2da. Epoca, 11 (3), 84-93.

Se selecciona una cuestión particular, habitualmente un problema interpersonal y el paciente y el terapeuta acuerdan tratar primero este problema en la terapia. Este foco se considera dinámico porque se utiliza como vínculo con los conflictos nucleares que se remontan a los primeros años de vida. Esta técnica utiliza activamente el conflicto actual como microcosmos para los conflictos más substanciales y duraderos de la vida del paciente.

1.8.2.1.3 Psicoterapia interpersonal.

Es una terapia breve que normalmente consiste en 12 a 16 sesiones semanales y fue desarrollada específicamente para el tratamiento de los depresivos ambulatorios no bipolares y no psicóticos. Se caracteriza por un enfoque activo por parte del terapeuta y por un énfasis en las cuestiones actuales y el funcionamiento social en la vida del paciente. Los fenómenos intrapsíquicos, como los mecanismos defensivos o los conflictos internos, no son considerados en la terapia. El objetivo son ciertas conductas específicas como la falta de afirmación y las facultades sociales pero sólo en el contexto de su significación o efectos sobre las relaciones interpersonales.

1.8.2.1.4 Psicoterapia conductual.

Aunque varían en sus técnicas específicas y enfoque, estas terapias tienen ciertos supuestos y estrategias comunes:

1. El programa de tratamiento está altamente estructurado y suele ser breve.
2. El principio del refuerzo suele considerarse el elemento clave de la depresión.
3. El cambio de conducta se considera la forma más efectiva para aliviar la depresión.
4. El objetivo es la articulación y alcance de las metas específicas.

Algunos tratamientos conductuales combinan diversas técnicas en función de las necesidades individuales del paciente. Normalmente existen elementos nucleares, considerados esenciales, unidos a otras técnicas opcionales. El tratamiento se orienta a las conductas específicas que hay que cambiar, es decir, las "conductas blanco".

1.8.2.1.5 Psicoterapia cognoscitiva.

La base de esta terapia consiste en que el afecto y la conducta son primordialmente funciones de la manera en que las personas elaboran (estructuran) su mundo. Según una teoría cognoscitiva, todo el mundo tiene "filtros" a través de los cuales interpreta el mundo, por ejemplo, "ver el vaso medio lleno o medio vacío". Cuando estas estructuraciones se vuelven disfuncionales y deformadas, las personas suelen experimentar desesperanza, ansiedad y depresión (esquemas depresógenos Beck y col., 1979).

Las finalidades de esta modalidad de terapia consisten en 1) hacer que los pacientes (clientes) se percaten de sus deformaciones cognoscitivas y 2) lograr los cambios mediante corrección de estas deformaciones. Las deformaciones comunes, errores en el proceso de información que vuelven a las personas deprimidas, consisten en abstracciones selectivas: falta de significado de una situación total por selección de un detalle fuera de contexto; inferencias arbitrarias: saltar a una conclusión con falta de pruebas o pruebas contradictorias; sobregeneralizaciones: generalizaciones injustificadas basándose en un incidente; y amplificaciones: exageración o elaboración de los aspectos específicos. Estos son los errores más comúnmente encontrados.

Las numerosas estrategias que se emplean tienen como finalidad ayudar a la persona a percatarse de los pensamientos automáticos negativos, por ejemplo: "fracaso en todo lo que trato de hacer" o "si no puedo ser perfecto nadie me amará" y sustituirlos con interpretaciones más realistas y llenas de opciones.

El objetivo de la terapia cognoscitiva desarrollada por Aron Beck⁴⁷ consiste en aliviar la depresión e impedir su reaparición ayudando al paciente a:

1. Identificar y comprobar sus pensamientos negativos.
2. Desarrollar esquemas alternativos y más flexibles.
3. Crear nuevas respuestas conductuales y cognoscitivas.

⁴⁷ BECK, A. Op. cit., p.p. 130-141.

El objetivo es también el de cambiar la forma de pensar del individuo, y posteriormente, aliviar el síndrome depresivo.

1.8.2.1.6 Psicoterapia familiar.

No suele considerarse una terapia primaria para el tratamiento de la depresión. Puede estar indicada en algunos casos:

- 1. En la depresión infantil, cuando se identifica en el seno de la familia un severo rechazo, descuido, maltrato o conflicto que desencadenan y mantienen el cuadro depresivo en el niño.**
- 2. La depresión del individuo altera seriamente su funcionamiento matrimonial o familiar o ambos y,**
- 3. Cuando la depresión del individuo parezca estar promovida y mantenida por pautas de interacción matrimoniales o familiares.**

La terapia familiar examina el papel del miembro deprimido en el bienestar psicológico general de toda la familia, y el papel de la familia en el mantenimiento de la depresión.

1.8.3 Medidas de tipo general.

El manejo correcto del enfermo deprimido se basa en la comprensión de la naturaleza del trastorno, el manejo efectivo de la relación con el paciente y la participación de la familia y las personas allegadas al mismo. Hemos visto que los síntomas depresivos hacen a la persona sentirse agotada, inútil, desvalida, sin esperanza y con un profundo sentimiento de impotencia que pueden motivar que se dé por vencida; los síntomas somáticos pueden agravar la situación y restarle capacidad al paciente, a la vez que lo atemorizan. Por otro lado, las personas que no han padecido un trastorno depresivo no comprenden el efecto que este causa y sin quererlo hacen y dicen cosas que lo lastiman y estimulan sus sentimientos de culpa y merman su de por sí dañada autoestima. De allí la importancia de tomar ciertas medidas generales (Goldman, H.H., 1994):

- Informar ampliamente al paciente y a sus familiares sobre la naturaleza del trastorno poniendo énfasis en su carácter transitorio así como las medidas que se tomarán para combatirlo; naturaleza, tiempo de acción, compatibilidad y efectos secundarios de los medicamentos.
- Evitar exámenes y consultas innecesarias.
- Ayudar al enfermo a aceptar su impotencia como algo temporal y restaurar su esperanza.
- Evitar el permanecer solo.
- Propiciar su participación en actividades que lo hagan sentirse mejor: ejercicio ligero, actividades sociales, culturales, religiosas, etc., procurando no excederse en ellas.
- Evitar el tomar decisiones radicales en su vida tales como emigrar a otra ciudad, divorciarse, cambiar de empleo, etc., y posponerlas hasta que la depresión haya disminuido.
- Evitar fijarse metas difíciles y grandes responsabilidades.
- Eliminar en lo posible cargas y tensiones innecesarias.
- Asistir periódicamente a consulta hasta su recuperación y procurar que su terapeuta esté accesible para aclararle sus dudas e indecisiones.

Muchos fracasos en el tratamiento de pacientes deprimidos se deben a error en las dosis de los medicamentos por exceso, con gran cantidad de efectos secundarios muy molestos; por dosificación insuficiente, por interrupción prematura y por manejo inapropiado de la psicoterapia, que, como se ha mencionado, se considera básica.⁴⁸

1.9.- DIAGNOSTICO.

La primera pregunta que debe hacerse es: ¿para qué diagnosticar?. En el caso de los trastornos depresivos, la respuesta ha evolucionado con el tiempo. La importancia del diagnóstico en la primera mitad de este siglo fue la de un diagnóstico en relación de un pronóstico. Algunos trastornos se asociaban con mejores resultados que otros. Con el empleo de un amplio espectro de psicoterapias y la comercialización de fármacos

⁴⁸ BELLACK, L. Y SMALL, L. (1984). En psicoterapia breve y de emergencia 2ª. Ed. Editorial Pax, México, 139-156.

eficaces, el diagnóstico se ha hecho aún más importante. Ciertos tratamientos están indicados y otros contraindicados en determinados trastornos.

El diagnóstico juega también un papel crucial en la investigación. Sin un sistema seguro de diagnóstico, los investigadores no pueden replicar los experimentos. Sin replicación, la epidemiología, la genética y la psicofarmacología de los trastornos depresivos nunca pueden ser definidos y la eficacia de los tratamientos nunca puede ser adecuadamente evaluada.⁴⁹

Los criterios de Feighner y cols. (1972) marcaron una aproximación importante y moderna al diagnóstico psiquiátrico al ofrecer criterios de inclusión específica y de exclusión. Cada diagnóstico precisaba un número mínimo de síntomas para el diagnóstico de "probable" y otro mínimo para un diagnóstico "definitivo". Los autores basaron estos criterios en una aproximación de cinco puntos para validar el diagnóstico:

- a) Descripción clínica.
- b) Diferenciación de otros trastornos.
- c) Historia familiar.
- d) Pruebas del laboratorio.
- e) Curso de la enfermedad.

Posteriormente, en 1981, se añadió un sexto criterio:

- f) Respuesta al tratamiento.

La era moderna de diagnóstico psiquiátrico y psicológico cuenta en la actualidad con poco más de 30 años. Durante este tiempo se ha ido acumulando un importante volumen de esfuerzos por parte de miles de personas por todo el mundo dedicadas al desarrollo, perfeccionamiento, comprobación y el ajuste fino de los diagnósticos en psiquiatría y psicología.

⁴⁹ BOYER, N.F. Y FEIGHNER J.P., Op. cit

Antes de cualquier otro tipo de consideración, la necesidad más importante de hacer un buen diagnóstico, radica en lo que se ha venido viendo a lo largo de este trabajo: La depresión es el trastorno psiquiátrico más común en la práctica de consultorio y en los servicios de consulta externa⁵⁰. En general, se acepta que por lo menos de un 10 a un 12% de la población adulta sufrirá un episodio de depresión de suficiente gravedad clínica para requerir tratamiento, pero solamente una de cinco lo recibe.

Según Lehman (1971) uno de cada 200 enfermos deprimidos se suicida y el 50% de todos los suicidas sufren depresión. Hamilton (1985) eleva la cifra de suicidios al 10% en casos de depresión mayor; varios estudios retrospectivos han demostrado que la mayoría de los pacientes suicidas habían sido examinados antes por sus médicos particulares y a pesar de que presentaban signos reveladores de depresión, no se diagnosticó ésta, por lo que no recibieron tratamiento apropiado. Por si esto fuera poco, se ha presentado en este trabajo la frecuencia con la que los síntomas depresivos son "enmascarados" o sustituidos por "equivalentes" consistentes principalmente en quejas somáticas variadas que incluyen a todos los aparatos y sistemas, que consumen mucho tiempo, estudios de laboratorio y de gabinete y medicamentos que en realidad no necesitan, sobrecargan los servicios clínicos y no resuelven el problema.

Es obvio que una información sólida sobre la identificación y el tratamiento de la depresión es fundamental para disminuir la aflicción y el sufrimiento del paciente y de su familia y es evidente que el diagnóstico y tratamiento oportuno de esta afección es un importante asunto sanitario, de salud pública, por todas sus implicaciones personales, familiares, económicas y sociales.⁵¹

Para elaborar el diagnóstico de la depresión es preciso contar con una historia clínica completa basada en la comunicación que el enfermo hace de su experiencia subjetiva y de la observación de su conducta. Los datos biográficos personales y familiares que se recogen complementan la información. El examen cuidadoso del estado afectivo permite descubrir síntomas depresivos ocultos tales como pérdida del interés en actividades y

⁵⁰ MEDINA MORA, M.E., PADILLA, G.P. Y COLS. (1985). Prevalencia de los trastornos mentales y factores de riesgo en una población de la práctica médica general. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 31, 53-61

⁵¹ CALDERON, G. (1987). La depresión, un problema de salud pública en aumento. *Psiquiatría*, 3 (2), 99-105.

pasatiempos que anteriormente fueron gratificantes, pesimismo, sentimientos de futilidad, tendencia a preocuparse obsesivamente por problemas pequeños, insomnio inicial o terminal, pérdida de peso, debilidad, fatigabilidad, etc. Existen entrevistas estructuradas para ayudar a este fin, tratando de encontrar los síntomas afectivos, intelectuales, somáticos y conductuales descritos en el apartado de Cuadro Clínico, que permiten elaborar un síndrome depresivo.

La distinción entre los diferentes tipos de trastornos depresivos fueron mencionados en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) y se basa en las características del cuadro y en la historia personal y familiar.

En nuestro país todavía no se cuenta con estudios de laboratorio y gabinete suficientemente sensibles que permitan hacer el diagnóstico específico, pero son de ayuda para descartar otro tipo de patología orgánica general o neurológica por ejemplo un trastorno hipotiroideo o un tumor cerebral. Existen algunos estudios con marcadores biológicos que no viene al caso referir por no ser el motivo de este trabajo.

Tanto el psiquiatra, como el psicólogo y el médico general pueden hacer el diagnóstico de síndrome depresivo pero deben tenerlo presente para explorar sistemáticamente el estado afectivo de sus enfermos y evitar que se desvíe la atención hacia síntomas somáticos que son irrelevantes.

Por último, es importante mencionar que los progresos logrados en el diagnóstico y el tratamiento de la depresión han estado íntimamente relacionados entre sí.

En los últimos 30 años se han creado minuciosas escalas de valoración y otras técnicas psicológicas para diagnosticar y clasificar la depresión, lo que ha proporcionado una base para identificar sus distintos tipos y para medir los cambios que ocurren. La necesidad de contar con este tipo de instrumentos que ayuden efectivamente a realizar diagnósticos oportunos, con facilidad, sencillez, y rapidez, motivó la elaboración de este trabajo con la esperanza de aportar un grano de arena para ayudar a reconocer y tratar el problema de la depresión que aqueja y aquejará a tantas personas.

CAPITULO 2

"Si una cosa existe, existe cierta cuantía y si existe en cierta cuantía , puede ser medida".

E.L.Thorndike

2.1 CARACTERISTICAS DE LOS TESTS

En un instrumento de medición, es importante, para su uso, en cualquier área que se aplique, obtener la confiabilidad y la validez de dicho instrumento, ya que es necesario verificar la exactitud con la que pretende medir el rasgo, por este motivo a continuación se explicarán a grandes rasgos lo que son los tests de medición , los tipos de confiabilidad y validez .

Un test es una técnica sistemática que compara la conducta de dos o mas personas. Un test psicológico constituye especialmente una medida objetiva y tipificada de una muestra de conducta, su función básica consiste en medir diferencias entre los individuos o entre las reacciones del mismo individuo en distintas ocasiones .⁵² Uno de los primeros problemas que estimularon el desarrollo de los tests psicológicos fué el de la identificación de los débiles mentales.

Su uso es de gran utilidad ya que se emplean corrientemente en la solución de una amplia variedad de problemas prácticos; además, desempeñan un papel muy importante en las decisiones que se toman sobre las personas y en la investigación psicológica.

Su valor predictivo o de diagnóstico depende del grado en que sirve como indicador de una área de la conducta relativamente amplia y significativa y también proporciona un cuadro detallado de las fuerzas y debilidades en una área.⁵³

⁵²Anastasi,A.(1971). Tests Psicológicos.Ed. Aguilar, Madrid: 21-39

⁵³THORNDIKE,R.L. (1970). Tests y Técnicas de Medición en Psicología y Educación.Ed. Trillas, México: 284-286

Los elementos del test no tienen que parecerse a la conducta que han de predecir, solamente es preciso que se demuestre una correspondencia empírica entre los dos. Cualquier test debe estudiar las diferencias interindividuales que no serían de ningún valor si no nos permitieran predecir que en otro momento determinado van a seguir siendo válidos en otros o en los mismos campos de conducta.

Anastasi (1971) considera que un test debe tomar en cuenta el concepto de capacidad en el sentido de que una muestra actual de conducta puede emplearse como indicadora de otra conducta futura, siendo que el test psicológico no hace sino medir una conducta ya que solo es posible determinar por la experiencia que dicha conducta puede servir como índice efectivo de otra.

En la definición del test psicológico se describe a éste como medida tipificada, lo cual se refiere a la uniformidad de procedimiento en la aplicación y puntuación del test. Tal requisito no es más que una aplicación especial de la necesidad de mantener las condiciones controladas en todas las observaciones científicas, siendo que en un test la única variable independiente suele ser el individuo mismo al que se le aplica.

La tipificación de un test consiste en la formulación de instrucciones extendiéndose a los materiales empleados, límites de tiempo, las instrucciones orales a los sujetos, las demostraciones previas, las formas de resolver las dudas planteadas por los sujetos y todos los demás detalles de la situación de test.

Otro paso importante en la tipificación de un test es el establecimiento de normas (la actuación media o normal conocida como la puntuación directa obtenida en el test), ya que sin estas, sería imposible interpretar sus puntuaciones. Los tests psicológicos no tienen modelos predeterminados de aprobados o suspensos, ya que la puntuación de un individuo solo se puede valorar comparándolo con otros. En este proceso se debe aplicar a una gran muestra que represente el tipo de sujetos a los que se destina; a este grupo se le llama "muestra de tipificación"; la cual sirve para establecer las normas que

no solo indican el promedio de actuación, sino también la frecuencia relativa de los diversos grados de desviación por encima y por debajo del promedio. De esta forma es posible valorar los diferentes grados de superioridad o inferioridad.³

Otra característica que deben poseer los tests es su objetividad , un test íntegramente objetivo es aquel en que todos los observadores asignan el mismo valor a una ejecución determinada.

Los tests en los cuales el sujeto debe seleccionar una respuesta de entre varias, se consideran como tests objetivos porque su valoración consiste en aplicar una plantilla que dará siempre los mismos resultados sea cual fuere el examinador. Por el contrario cuando se trata de respuestas libres, el grado de objetividad es menor, si bien unas instrucciones escrupulosas pueden disminuir considerablemente el objetivismo.⁴

La aplicación, la puntuación y la interpretación son objetivas en cuanto son independientes del juicio subjetivo del examinador.

Existen otros sistemas importantes para que un test pueda ser descrito adecuadamente como objetivo. La determinación del grado de dificultad de un elemento o de un test completo y la medida de confiabilidad y validez de un test se basan en los procedimientos empíricos y objetivos que posteriormente se describirán.

La orientación psicométrica concede una gran importancia a las medidas estadísticas que le protegen contra el error. El autor de un test es el que tiene que decidir el grado de libertad que se concede al sujeto en la ejecución de la prueba y se dice que un test está estructurado cuando todos los sujetos interpretan la tarea de la misma forma ya que las técnicas menos estructuradas son las que permiten una mayor variación en las respuestas, lo que conduce a una mayor individualización.

La forma condicionada de respuestas permite un mayor control y hace que la interpretación sea menos holística; en estos casos podemos exigir una respuesta libre o

³ ANASTASI, A.op. cit.

⁴ CRONBACH, L.J.(1972) . Fundamentos de la Exploración Psicológica. De. Biblioteca Nueva, Madrid: 47-55

condicionada. La psicometría tiene preferencia por los tests de respuestas condicionadas porque pueden ser valoradas de una manera objetiva y no dependen de la influencia o de la habilidad expresiva del sujeto, pudiendo ser expuestos a una falsa interpretación. Muchos examinadores, sin embargo, prefieren el tipo de respuesta libre puesto que permite una serie de observaciones de tipo cualitativo que ayudan al diagnóstico. Por otra parte los psicométricos toman en consideración el resultado de una ejecución para luego aplicar una tabla de valores a estos resultados.⁵

Finalmente cabe mencionar que la presente investigación comulga con el punto de vista psicométrico, es decir, recalca la importancia de la objetividad en cuanto a la cuantificación de la propiedad a medir; por este motivo se debe tomar en cuenta la importancia de la confiabilidad y la validez en la elaboración de los tests psicológicos.

La confiabilidad de los datos, como estimación del puntaje obtenido por la persona, así como su validez, lo cual determina el diagnóstico o la predicción de que en situaciones futuras el test continúe midiendo el mismo rasgo, son análisis que determinan el valor del test. Por esto, la confiabilidad y la validez de los datos depende de las propiedades de los reactivos contestados individualmente que forman un test; ya que las propiedades del test se derivan de las propiedades de los reactivos individuales y de las relaciones entre ellos.

2.2 ANALISIS DE REACTIVOS

Magnusson afirma que el análisis de los ítems trata de los métodos para estimar la contribución de cada ítem a la confiabilidad y la validez del test; así mismo, la elección de los reactivos se deberá apoyar en un análisis de probabilidad de manera que cada reactivo aumente la confiabilidad y la validez.

Un reactivo contribuye a la confiabilidad del test cuando mide la misma clase de puntaje verdadero que el rasgo a medir; el componente verdadero del reactivo está determinado por el mismo factor que determina la magnitud de los componentes verdaderos medidos por los otros reactivos; por lo tanto, se debe esperar a que exista una alta correlación

⁵ CRONBACH.L.J.op.cit.

positiva del reactivo con los demás; de la misma manera , un ítem contribuye a la validez del test, si mide la misma clase de puntaje verdadero que la medida de criterio o rasgo a medir, esperando también, una correlación positiva con dicha medida o rasgo. Entonces el análisis de reactivos trata de medir con precisión el grado de éstas correlaciones.

Un análisis de reactivos , comúnmente utilizado es el de las diferencias de los grupos extremos, donde se debe obtener una correlación del reactivo del test comparando las proporciones de individuos con puntajes en las mitades superior e inferior , respectivamente. Las dos mitades del test deben ser comparadas con respecto a la ejecución de uno. Esto significa que para poder analizar el grado en el que el reactivo discrimina , se consideran a todos los individuos de la distribución de un test ; entonces, si el reactivo discrimina adecuadamente entre los individuos que se hayan en las dos partes de la distribución del test, más lejos caerán de la medida, y por tanto se dará una correlación positiva entre el reactivo y los demás.

Por otra parte, es importante mencionar que dentro del análisis de reactivos , a veces se llegan a encontrar los distractores, los cuales se refieren a las respuestas de opción múltiple de los tests donde cada de uno está diseñado para medir el mismo atributo o rasgo.

Normalmente hay una respuesta correcta o esperada , aunque llega a ser muy significativa la información de las respuestas de los tests , al examinar la frecuencia de las respuestas no esperadas elegidas por determinado grupo.

2.3 CONFIABILIDAD

Es importante conocer la confiabilidad y la validez de los datos que se tienen porque de lo contrario, se tendría poca fe en los resultados obtenidos y las conclusiones derivadas de ellos. Los datos de las ciencias sociales y de la educación derivados del comportamiento humano se encuentran alejados en algunos pasos de las propiedades del interés científico. Por tanto su validez Y confiabilidad pueden ser cuestionadas.

La preocupación por la confiabilidad proviene de la necesidad de tener seguridad en la medición. Los datos de todos los instrumentos de medición psicológica y educativa contienen errores de medición y esto trae como consecuencia una falta de confiabilidad en los datos que produzcan. Magnusson(1972) define a la confiabilidad como la exactitud de la medición independientemente de lo que uno realmente esté midiendo o ha querido medir; algunos sinónimos de confiabilidad son: seguridad, consistencia, predictibilidad, exactitud .

Según Nunnally (1970) la confiabilidad de las medidas está relacionada con la posibilidad de generalización. Esencialmente tiene que ver con el grado en que las mediciones de determinados rasgos se repiten en condiciones similares.

Otro enfoque para obtener la definición de confiabilidad es la ausencia relativa de errores de medición en un instrumento ¹ .

Los resultados obtenidos con el instrumento en una determinada ocasión, bajo ciertas condiciones, deben ser reproducibles, es decir, los resultados deben ser los mismos si se vuelve a medir el mismo rasgo en condiciones idénticas.

La dispersión de los valores obtenidos de repetidas mediciones, de la misma distancia, bajo condiciones similares puede tomarse como expresión de no confiabilidad; cuanto mayor es la diferencia entre medidas del mismo rasgo en repetidas ocasiones, tanto

¹ KERLINGER ,F.N.(1988). Investigación del Comportamiento.Ed. Mc Graw Hill.México:458-470.

menor es la no confiabilidad, siendo ésta el resultado de la sensibilidad del instrumento a los factores que no afectan el tamaño de las medidas sistemáticamente, aunque llegan a cambiar de una situación a otra.²

El error de medición o la inconfiabilidad siempre tiende a oscurecer o a atenuar todo tipo de legalidad científica. Cualquiera que sea el grado de verdadera legalidad que existe en la naturaleza, resultará confusa si se utilizan medidas relativamente no confiables para determinarla. El error de medición tiende a atenuar las correlaciones, es decir, las vuelve más próximas a cero, el efecto de agregar error en los puntajes se traduce en disminuir la correlación.

Por otra parte, el error accidental hace que una relación observada se vuelva menos regular de lo que sería si el componente aleatorio no estuviera presente, siendo que el error o la no confiabilidad disminuirá. Las probabilidades están en contra de todo lo que no sea una disminución de la correlación. Si el número de sujetos es tan grande como lo es en muchas ocasiones en que se administran tests (más de 100 personas), puede predecirse no solo que la correlación será menor, sino además, con bastante precisión, cuanto ha de variar.³

Cuanto más amplia es la dispersión de los puntajes obtenidos con respecto a los verdaderos, mayor error encerrará el uso del instrumento en cuestión. La desviación estándar de la distribución de errores para cada persona sería un índice de la magnitud del error. Esta desviación típica de los errores es llamada error estándar de medición y su tamaño es una indicación directa de la magnitud de error que encierra la utilización de un tipo particular de instrumento.

El grado de acuerdo entre medidas hechas en diferentes ocasiones puede computarse por medio de los métodos de correlación. el coeficiente de correlación constituye el valor numérico de la confiabilidad, este coeficiente es llamado coeficiente de confiabilidad y puede tomar valores entre 0 y 1 pero no puede ser negativo .

La teoría de la confiabilidad lleva a la conclusión de que la correlación de un test con los puntajes verdaderos es mayor que la correlación de ese test con una forma alternativa .

² MAGNUSSON,D.(1972). Teoría de los Tests.Ed.Trillas, México : 77-96.

³ NUNNALLY,J.C.(1970). Introducción a la Medición Psicológica. ed. Paidós.Buenos Aires: 131-157.

La teoría es una idealización de las circunstancias prácticas en las que se utilizan los tests y en consecuencia solo podemos estimar el coeficiente de confiabilidad y no determinarla directamente.⁴

Hay varios métodos para obtener el coeficiente de confiabilidad, los cuales serán explicados a continuación:

2.3.1 Método del Test-Retest:

Consiste en aplicar el mismo test en dos ocasiones a la misma población y la correlación entre las dos series de puntuaciones será una estimación del coeficiente de confiabilidad.

Este método tiene algunas desventajas a considerar y son que el coeficiente de confiabilidad reflejará poco el error debido al muestreo del contenido y la segunda es que probablemente los sujetos con el tiempo aún recuerden el contenido del test y por lo tanto influya en las respuestas durante la segunda aplicación; por esto es conveniente dejar pasar el tiempo considerable para que el recuerdo no afecte en cierto grado la segunda administración.

Existen 3 casos principales en los que se justifica este método para la estimación de la confiabilidad:

1) Cuando no se dispone de tiempo y/o dinero para elaborar dos formas del test.
2) Cuando hay pocas razones para creer que la memoria tenga efecto significativo en hacer que los puntajes de 2 administraciones de un mismo test se asemejen. Este sería el caso cuando:

a) Existen muchos ítems del test

b) Los ítems son difíciles de recordar

c) El retest se hace después de un período considerable de tiempo.

3) Cuando no está en cuestión el muestreo del contenido sino en que se necesita medir la repetibilidad de las respuestas con un instrumento determinado de medida.⁵

⁴ MAGNUSSON, D. op.cit.

⁵ NUNNALLY, J.C. op.cit.

2.3.2 Método de Tests Paralelos:

En lugar de repetir el mismo instrumento para estimar la confiabilidad, se utilizan instrumentos de medida equivalentes, o se emplean 2 formas alternativas (equivalentes). Los items que correspondan entre sí en los tests paralelos deberán ser tan similares en contenido y dificultad, que las medidas con ambos obtengan los mismos resultados que al medir 2 veces con uno de ellos. En teoría, los tests paralelos tienen medias, varianzas e intercorrelaciones iguales, sin embargo en la práctica no es posible lograr esto.

Los tests paralelos han sido también definidos como tests compuestos de items seleccionados al azar de la misma "población de items". Los tests paralelos de este tipo son llamados tests paralelos al azar.⁶

El coeficiente de confiabilidad en este método pondrá de manifiesto las fuentes del error de medición, con más exactitud que cualquier otro método.

2.3.3 Método de la subdivisión del test:

Consiste en obtener "puntuajes parciales" para diferentes secciones del mismo test. El más difundido de tales procedimientos es conocido como método de división por mitades porque se le asigna al individuo un puntaje en todos los pares y otro puntaje en las preguntas impares.

Este método no acusa el error debido a la inestabilidad con el tiempo porque las dos mitades del test se administran simultáneamente. Por estas causas, éste sobrestima la confiabilidad y al aplicarlo en un tiempo prefijado, carecerá de sentido.

2.3.4. Método de Kuder -Richardson

El método de división por mitades se basó en este método, partiendo de la suposición de que todos los reactivos tienen la misma medida y la misma varianza, es una ecuación sencilla para estimar la confiabilidad con la suposición de que cada reactivo tiene la misma varianza.

⁶ MAGNUSSON, D. op. cit.

Posteriormente Cronbach dio una definición más avanzada de confiabilidad , la cual derivó de varias expresiones para las posibilidades de generalización de un conjunto de observaciones a otro conjunto que representa la misma población.

2.3.5 Método para estimar la Coherencia (consistencia) Interna:

Se basa en la homogeneidad o la magnitud de la correlación entre respuestas a los items dentro de un test. Las ecuaciones concernientes a esta homogeneidad (coherencia interna) estiman la correlación entre un test existente y una forma equivalente hipotética. El problema que implica este método es el no tomar en cuenta plenamente el error de medición debido al muestreo de contenido. Esto sucede porque hay factores sutiles que actúan para que los items dentro de un test tengan mas alta correlación entre sí que la que tendrían con los items de una forma equivalente.

A pesar de estos problemas , es sorprendente lo bien que estos métodos suelen funcionar en la práctica.

La ecuación mas utilizada para estimar la confiabilidad sobre la base de la coherencia interna se llama Coeficiente Alfa. Esta ecuación proporciona generalmente buena estimación de la confiabilidad obtenida correlacionando formas alternativas. Se calcula directamente a partir de los datos estadísticos de los items y solo es necesario conocer la varianza de los puntajes de cada item y la varianza de los puntajes totales del test. Requiere de una sola aplicación del instrumento y se basa en la medición de la consistencia de la respuesta del sujeto con respecto a los reactivos del instrumento (Cronbach, 1949).⁷ La fórmula utilizada es la siguiente:

$$\text{Alfa} = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{S_i^2}{S_r^2} \right)$$

Los resultados obtenidos por esta fórmula indican que entre mas cerca esté alfa de 1, más alto es el grado de confiabilidad.

Por otra parte, los métodos que se basan en las correlaciones de los items son superiores a los métodos que se basan en la subdivisión de los tests porque hay muchas

⁷ VALENCIA, García.M.R.(1996). Detección de perfiles simuladores y sujetos honestos a través de las Escalas del MMPI-2, Fac. de Psicología; México:16-31.

formas de subdividir un test y las estimaciones de confiabilidad que se obtienen por estos distintos métodos difieren con frecuencia entre sí en forma apreciable. Esencialmente, los métodos que se basan en las correlaciones de ítems de un test, lo que realmente es significativo en cuanto a que los métodos que se basan en las correlaciones de los ítems son superiores a cualquier otro método que se base en tests subdivididos⁸.

Factores que determinan la falta de confiabilidad:

Cualquier influencia casual en los puntajes de los tests pueden producir la no confiabilidad; a continuación se describirán brevemente algunos de los motivos por los que puede llegar a suceder.

1) Instrucciones deficientemente estandarizadas: cuando la persona que administra el test imparte instrucciones oralmente, es probable que las llegue a modificar hasta tal punto en el que se introduzca el error de medición en los puntajes.

2) Factores Individuales, tales como si el individuo se encuentra cansado, mal alimentado, desgaste físico, el grado de ansiedad en ese momento, etc.

3) Factores ambientales como la presencia de perturbaciones externas que distraigan al individuo.⁹

4) Errores en la evaluación de los tests: si el test es evaluado "a mano" es posible calificar accidentalmente algunas respuestas correctas como incorrectas y viceversa.

5) Errores debidos a la subjetividad de la medición: se relacionan íntimamente con el que se produce al puntuar los tests de composición.

6) Errores debidos al ambiente en que se administran los tests: pueden llegar a eliminarse diferencias generales en el ambiente en el que se administran los tests.

7) Errores debido al muestreo de contenido: si el objeto a estimar el puntaje del sujeto en un cierto dominio de contenido, el muestreo de contenido para un test ha de introducir cierta inconfiabilidad.

8) Errores debidos a fluctuaciones en el individuo: en la mayoría de los tests, una gran parte de error de medición se debe a fluctuaciones al azar en el sujeto en cuanto a que su puntaje puede aumentar o disminuir.

⁸ NUNNALLY, J.C. op.cit.

⁹ MAGNUSSON, D. op.cit.

9) Errores debidos a la inestabilidad de los puntajes: se espera que el puntaje del sujeto represente no solo su posición inmediata, sino también la que ocupará durante un cierto tiempo.

Por otra parte, debido a la tendencia que presentan los errores de medición a disminuir la validez del test cualquiera que sea el sentido en el cual se determina ésta, la falta de confiabilidad es "mala" en cualquier situación de medición.¹⁰

No se puede enunciar ninguna regla definida con respecto al valor que debe alcanzar el coeficiente de confiabilidad en un test, pero en general se desconfía de un test que tenga un coeficiente inferior a 0.80. Nunnally menciona que algunos de los instrumentos mejor estandarizados tienen coeficientes de confiabilidad superiores a .90.

La mejor manera para obtener una adecuada confiabilidad en un test de medición es eliminar el mayor número posible de causas de error mientras se elabora el test. Los errores en el muestreo de contenido pueden reducirse en cierto grado, sea por un muestreo real de los items, tratando de tener un esfuerzo cuidadoso para que los items se extiendan por un dominio definido de materiales, tratando de lograr una estandarización del test, así como de sus propias instrucciones.

Después de haber hecho lo posible por aumentar la estandarización del test se puede mejorar la confiabilidad haciendo el test mas largo, es decir, aumentando el número de items.

Por último es importante mencionar que la confiabilidad es una condición necesaria pero no suficiente para obtener la validez.

2.4 VALIDEZ

La primera y principal pregunta que ha de hacerse respecto a cualquier test es la siguiente ¿Hasta que punto es válida?. Al cuestionarse esto, lo que se indaga es si el test mide lo que queremos que mida; si mide todo lo que queremos que mida y solo lo que se quiere medir.⁵⁴

¹⁰ NUNNALLY, J.C. op. cit.

⁵⁴ THORNDIKE, R.L. (1970): Tests y técnicas de medición en Psicología y Educación. Ed. Trillas, México: 177-192.

Kerlinger explica lo anterior con la pregunta ¿Se está midiendo lo que se piensa que se está midiendo?.

Maggnuson (1972) menciona "si el test mide para lo que fué construido".

Tomando en cuenta estas definiciones, es importante saber el rasgo que se desea medir y es esencial cuestionarse ¿Para quién y para que es válido el test?. Al respecto Kerlinger (1988) afirma que una prueba o una escala es válida para el propósito práctico o científico de su usuario.

Por otra parte Maggnuson (1972) menciona que un test no tiene un coeficiente fijo de validez que sirva para cualquier fin y para cualquier grupo de sujetos para los cuales pudiera usarse. La validez del test varía entonces , de acuerdo con el propósito que se use y el grupo dentro del cual discrimina

Cronbach (1972) realizó un cuadro de los tipos de validez que existen para el análisis de los tests:

Tabla 5

Validez	Pregunta	Procedimiento	Uso Principal
Validez de Predicción	¿Predicen las puntuaciones de los tests de rendimiento a futuro?	Aplicar el test al usuario para predecir el futuro. Algún tiempo después medir un rendimiento y compararlo con la medición.	Tets usados en decisiones de clasificación y de selección profesionales.
Validez Concurrente	¿Permiten las puntuaciones de los tests la valoración de ciertos tipos de áreas?	Se aplica un test. Se obtiene una medida directa del rendimiento y se compara.	Tests utilizados como sustitutos de otros procedimientos convenientes
Validez de Contenido	¿Proporciona este test una buena medida de la ejecución de ciertos tipos de tareas?	Comparar lógicamente los items con el contenido que se supone que se ha medido	Tests de Aprovechamiento
Validez de Construcción o de hipótesis de trabajo	¿Como se puede explicar la puntuación de este test psicológicamente?	Hacer una hipótesis. Probarla experimentalmente con algún procedimiento.	Test utilizado para descripciones o en investigaciones científicas.

Por otra parte, la clasificación mas importante de los tipos de validez la realizó un comité de la Asociación Estadounidense de Psicología , de la Asociación Estadounidense de Investigaciones Educativas y del Consejo Nacional de la Mediciones usadas en la Educación, siendo estas:

- 1.-Validez de Contenido
- 2-Validez de Criterio
- 3-Validez de Constructo

2.4.1 Validez de Contenido:

Es la representatividad o la adecuación muestral del contenido, la materia, el tema de un instrumento de medición. Está guiada por la pregunta ¿ Es la sustancia o el contenido de esta medida representativo del contenido o del universo de contenido de la propiedad que se va a medir?.

Cualquier propiedad psicológica o educativa tiene un universo teórico de contenido consistente en todos los aspectos que puedan quizá ser dichos u observados respecto a la propiedad.⁵⁵

Esto concuerda con lo que Magnuson (1972) refiere al respecto: la validez de contenido se determina por el grado en que la muestra de ítems del test es representativa de la población total. Así mismo Nunnally considera que es necesario para asegurar la validez de contenido:

- 1) Un conjunto representativo de ítems.
- 2) "Métodos sensatos de construcción del test".

Este tipo de validez consiste esencialmente en el juicio .En forma individual o con otras personas, uno juzga la representatividad de los elementos.

Deben estudiarse los reactivos de una prueba y juzgarlos de acuerdo con su representatividad supuesta en el universo en base a su relevancia presumida respecto

⁵⁵KERLINGER ,F.N.(1988):Investigación del Comportamiento. Ed.Mc.Graw Hill.México: 471-480

de la propiedad que se está midiendo. Por lo común otros jueces “competentes” deben juzgar el contenido de los reactivos.⁵⁶

En resumen se puede decir que esta validez descansa sobretodo en un juicio racional acerca de la suficiencia con la que ha sido muestreado el contenido importante y de la manera con que éste fué expresado; se concluye que esta validez no puede determinarse correlacionando el test con un criterio ya que el test mismo es el criterio del rendimiento.⁵⁷ Es decir, trata de demostrar la correlación del contenido y del modo como se le representa.

2.4.2 Validez de criterio o predictiva:

Se estudia comparando los puntajes de pruebas o escalas con una o mas variables externas o criterios conocidos o que se cree que miden el atributo en estudio, es decir, se predice de una variable independiente a una variable dependiente.

Se interesa mas por medir la habilidad predictiva que en sí por lo que mide la prueba.

Consiste primordialmente en correlacionar los puntajes del test predictivo con los puntajes de la variable criterio. El tamaño de la correlación es una indicación directa de la magnitud de la validez.

El valor de predicción puede estudiarse determinando la correlación entre las calificaciones del test y un criterio adecuado que mida el éxito en su empleo. La dificultad aquí consiste en la frase “criterio adecuado de correlación”. Uno de los problemas más difíciles es el de localizar o de crear una medida satisfactoria de éxito en el trabajo que sirva como criterio de valoración para la validez de un test.⁵⁸

La validez relacionada con el criterio se caracteriza por la predicción para un criterio externo y por la verificación de un instrumento de medición, ya sea ahora o en el futuro, contra algún resultado o medición.

Esta clase de validez es importante para un test que tenga que usarse para pronosticar resultados representados por medidas de criterio muy claras y definidas . Cuanto más

⁵⁶KERLINGER, F.N. op.cit.

⁵⁷NUNNALLY, J.C. (1970): Introducción a la medición psicológica. Ed. Paidós. Buenos Aires.

⁵⁸THORNDIKE, R.L. op.cit.

fácilmente podamos encontrar criterios de ejecución que indiscutiblemente representen los resultados finales en los que estamos interesados , tanto mas dispuesto se estará a confiar en las pruebas aportadas por las correlaciones en el test y las medidas de ese criterio para guiar las decisiones en lo tocante a utilizar o no el test. Existen dos elementos en esta afirmación : la predicción y las medidas de criterio claras y distintas.

2.4.3 Validez de Constructo:

Es especialmente útil en relación a los tests que miden rasgos para los cuales no hay criterio externo . Desean conocer el "significado" de las pruebas.

Magnusson (1972) afirma que en esta validez se parte de una variable definida lógicamente. Esta variable se incluye como construcción lógica en un sistema de conceptos de donde las relaciones son explicadas por una teoría .

De esta teoría pueden derivarse ciertas consecuencias prácticas acerca del resultado del test bajo ciertas condiciones y esas consecuencias pueden probarse. Si el resultado de una serie de tales tests es esperado, entonces, se dice que el test tiene validez de constructo para la variable que se examina.

Si la variable a medir es abstracta se le llama constructo y representa la hipótesis de una variedad de constructos que se correlacionan entre sí, siendo algo que no existe como dimensión de conducta observable ; sin embargo, suelen ser la base de las teorías científicas ; por lo tanto, la ciencia se ocupa primordialmente de desarrollar medidas de los constructos y de encontrar relaciones funcionales entre medidas de diferentes constructos. Siendo así que los métodos de la validez de constructo son esencialmente los del método científico ya que se parte de una teoría que considera una construcción la cual se supone que mide la prueba psicológica en cuestión , por lo tanto en la validez de construcción (como lo maneja Brown, 1980) como la teoría en la que está basada y cualquier elemento que afecte a la teoría o la construcción , será de suma importancia. Este tipo de validez se puede investigar mediante una gran variedad de técnicas, incluyendo los métodos de validez de contenido y los de validez de criterio.

A continuación se describirán los diferentes tipos de métodos para obtener la validez, ya sea de construcción, predictiva o de criterio de una prueba.

a) Método Intrapuebas:

Este método estudia la estructura interna de una prueba, tanto su contenido como los procesos que se utilizan para responder las preguntas y las relaciones entre subpruebas o los reactivos. Con este método se obtiene la validez de contenido de una prueba.

La especificación del universo conductual mostrado por la prueba sirve para definir la naturaleza de la construcción que mide dicha prueba.

En algunas pruebas, también se llegan a tomar en cuenta las habilidades que utilizan los individuos al responder los reactivos, obteniendo esa información mediante la persona que se llega a someter a la prueba, observando como se aborda un reactivo, su ejecución o analizando sus respuestas (estadísticamente) ya que el conocimiento de las bases de la respuesta aclara la naturaleza de la construcción, indicando el modo en que las variables influyen en la respuesta.

b) Método Interpruebas:

Este método toma en consideración las relaciones recíprocas entre varias pruebas de manera simultánea. Dicho método se diseña para indicar cuales aspectos tienen en común varias pruebas, o si las pruebas miden o no la misma construcción. A este procedimiento se le llama validez congruente donde se correlacionan las calificaciones de una nueva prueba con las obtenidas en otra que se encuentra ya establecida. Si la correlación es elevada, las dos pruebas medirán la misma construcción y las calificaciones de la prueba nueva se podrán interpretar como calificaciones de la más antigua. También se infiere que las calificaciones de la nueva prueba tendrán relación con otras variables, al igual que las calificaciones de la prueba ya en uso.

c) Análisis Factorial:

Otro método sería el análisis factorial , siendo este un proceso estadístico para determinar cuantos factores (construcciones) se necesitan para explicar las intercorrelaciones entre un conjunto de calificaciones de varias pruebas.

Un análisis de factores proporciona tres tipos importantes de información :

- a) La cantidad de factores que se necesitan para explicar las intercorrelaciones entre las pruebas
- b) Los factores que determinan la ejecución en cada prueba
- c) La cantidad de varianza en las calificaciones de las pruebas que explican los factores.⁵⁹

A partir de este análisis , se puede determinar cuales son las pruebas que comparten una varianza en común y por eso, miden la misma construcción (factor). Al investigar el contenido del grado de correlación existente entre la prueba y el mismo factor , se puede inferir la naturaleza de la construcción que se mide. Un análisis factorial muestra también la amplitud con que se determina la ejecución en cada prueba mediante el factor subyacente común y la amplitud con la que esta ejecución depende de factores específicos .Siendo una técnica que se utiliza para establecer la validez de construcción.

Su meta es el obtener una variable o factor que reemplace a varias medidas distintas , siendo esta una técnica estadística que determina el número de factores necesarios para justificar las intercorrelaciones entre un conjunto de variables. Este análisis debe encontrar grupos de variables que midan el mismo factor y sirve para reducir el número de conceptos de explicación que se necesitan en el sistema.

Campbell afirma que para que una prueba psicológica sea válida , debe medir una construcción que pueda mostrar que es independiente de otras construcciones establecidas.

⁵⁹BROWN,F.G.(1980): Principios de la Medición en Psicología y educación. Ed. manual Moderno. México:151-201.

Por otra parte es importante mencionar el concepto de criterio ya que su naturaleza y el tipo de criterios se pueden predecir mediante la prueba psicológica y dan una indicación de la construcción o hipótesis que la prueba está midiendo, siendo así que los datos de los estudios de validez relacionados con los criterios pueden proporcionar información relevante para la validez de construcción.

Una fuente común de evidencias es la capacidad de las calificaciones de una prueba psicológica para separar grupos que están naturalmente separados o diseñados experimentalmente (diferenciación de grupos) siendo que la presente investigación intenta validar la prueba a través de este método.

También se pueden construir grupos sobre la base de sus resultados en las pruebas psicológicas y las características distintivas entre los grupos identificados; sirviendo estas características para definir la construcción.

d) Manipulación Experimental:

Por otra parte, existe la categoría de la manipulación experimental la cual incluye datos sobre las variaciones que se presentan como resultado de los eventos naturales, resultando que la definición de un rasgo (una construcción) implica que es resistente a los efectos ambientales y establece en el tiempo, el coeficiente de estabilidad deberá ser elevado y en este caso los datos de confiabilidad se utilizarán como evidencia de validez.

e) Método de Matriz Multirasgo:

Campbell y Fiske (1959) señalaron que cualquier prueba psicológica es en realidad una unidad de métodos y rasgos, es decir, cualquier prueba mide un rasgo mediante un método dado, cuando se quieren separar las contribuciones relativas del rasgo de los componentes del rasgo y del método se deben estudiar más de un solo rasgo y más de un método simultáneamente, en esencia se estudia la validez convergente y discriminante, la primera se da examinando las correlaciones entre los mismos rasgos

medidos por diferentes métodos y la segunda , observando las correlaciones entre diferentes rasgos medidos por un mismo método.⁶⁰

Los coeficientes de correlación de la tabla se computan para los datos obtenidos para tres variables diferentes (1,2,3) usando tres métodos diferentes (A,B,C) . Los puntajes para cada una de las variables se correlacionan con los puntajes de cada una de las variables; obteniendo correlaciones en tres diferentes formas, sin tomar en cuenta el método por el cual han sido obtenidos.Los valores de la diagonal de la matriz completa, dan la confiabilidad de las medidas. Estas correlaciones son computadas de los puntajes obtenidos con el mismo método para la misma variable.⁶¹

Es importante mencionar dos aspectos de este método.Primeramente, que la confiabilidad se define como el acuerdo de dos mediciones del mismo rasgo con métodos diferentes, siendo la distinción fundamental entre confiabilidad y validez, la similitud en los métodos de medición .⁶²

Para finalizar este capítulo es importante mencionar que la medición deficiente puede invalidar cualquier investigación científica. Siendo que la mayor parte de las críticas de la medición psicológica y educativa se centra en la validez.

A pesar de las dificultades para lograr mediciones confiables y válidas en los terrenos de la psicología, la sociología y la educación, se ha hecho un gran progreso en este siglo. Existe una creciente comprensión en el sentido de que todos los instrumentos de medición deben ser crítica y empíricamente examinados respecto a su confiabilidad y validez. Las exigencias impuestas por los profesionales; las herramientas teóricas y estadísticas de que se dispone y las que se están desarrollando con rapidez y el creciente nivel intelectual de los estudiantes de psicología, sociología y educación, han establecido nuevos y altos estándares que deben ser saludables y estimulantes para la

⁶⁰BROWN,F.G.op.cit.

⁶¹MAGNUSSON,D.(1972):Teoría de los Tests.Ed.Trillas.México: 153-168.

⁶²BROWN,F.G.ibidem.

imaginación de quienes trabajan en la investigación y para quienes llevan a cabo la medición científica.⁶³

⁶³KERLINGER.F.N.op.cit.

CAPITULO 3

ESCALAS DE DIAGNOSTICO DE LA DEPRESION

El desarrollo de las primeras escalas de evaluación prácticas , aún en uso, coincidió con el advenimiento de la psicofarmacología, y su aplicación fué seguramente estimulada por la necesidad de tener un método preciso para valorar los resultados terapéuticos de estas drogas.

Estas escalas de evaluación fueron de un tipo muy general , debido a que se utilizaban para estudiar síntomas de enfermos ambulatorios y hospitalizados, sin tratar de encontrar la naturaleza del padecimiento que los originaba.⁶⁴

Por otra parte, es importante mencionar que a veces llega a existir cierta confusión en el diagnóstico de la depresión ya que existen escalas en las que se llegan a solapar reactivos referentes a los trastornos de ansiedad y de depresión; en la práctica es frecuente observar depresiones con síntomas de ansiedad o cuadros de ansiedad con sintomatología depresiva, por lo que sería conveniente hacer una diferenciación en el cuadro clínico de ambos trastornos.

Lewis (1934) menciona que la ansiedad y el estado de ánimo depresivo "se fusionan insensiblemente" ya que es imposible encontrar a alguien con un estado de ánimo depresivo que no manifieste también estado de ánimo ansioso.⁶⁵

El uso de las escalas de medición apenas se inició en la práctica clínica hace varios años debido a la simplificación de registros de datos para su estudio en computadoras; además, permiten obtener el máximo de información y facilitan la estandarización permitiendo la disminución en la variabilidad de información acerca de los enfermos .Por esto es preciso saber que las pruebas son instrumentos de gran utilidad para complementar el diagnóstico y también son un buen medio para valorar en forma sencilla la evolución del cuadro psicopatológico ante un tratamiento determinado.⁶⁶

⁶⁴CALDERON,G.(1992):Cuestionario Clínico para el diagnóstico de los cuadros depresivos.Revista Médica del IMSS,30 (5/6): 377-380.

⁶⁵FEIGHNER,J.P.(1991): Diagnóstico de la Depresión.Ed.John Wiley & Sons. Chichester. 92-95.

⁶⁶CALDERON,G.(1985):depresión , causas, manifestaciones y tratamiento.Ed. Trillas. México:87-111.

Por otra parte, Hamilton hizo un análisis de las escalas existentes para medir síntomas de trastornos mentales y consideró que podían dividirse en cuatro grupos:

1) Algunas se elaboraron para hacer estudios de enfermos mentales y tenían el inconveniente de que al aplicarse a individuos asintomáticos, muchos de los síntomas no podían ser identificados por no ser equiparable un trastorno psiquiátrico con una variación ligera del humor.

2) Las escalas existentes de autoaplicación, eran fáciles de administrar pero los enfermos con trastornos psiquiátricos acentuados tenían limitada capacidad para contestarlas.

3) Algunas escalas de conducta se utilizaron para medir la capacidad de adaptación en instituciones hospitalarias, pero proporcionaron poca o ninguna información acerca de los síntomas de depresión.

4) Otras habían sido diseñadas para cuantificar síntomas de enfermedad mental, por lo que cubrían todo rango de trastornos psiquiátricos y el problema fué que en estas escalas no se podían identificar bien algunos síntomas.⁶⁷

A continuación se describirán algunas de las escalas de depresión más importantes y de mayor uso:

3.1 Escala de Depresión de Hamilton

Una de las primeras escalas para medir depresión es la escala de Depresión de Hamilton (1960), en la cual el observador es el que clasifica de acuerdo a la gravedad de los estados depresivos; se utiliza frecuentemente en investigaciones sobre diversos fármacos antidepresivos.

La validez de contenido de dicha escala cubre los siguientes componentes:

a) Humor de depresión

⁶⁷CALDERON, G. op. cit.

- b) Humor de ansiedad
- c) Retardo motor
- d) Síntomas cognoscitivos (creencias negativas)
- e) Síntomas sociales (introversión y trabajo)
- f) Síntomas vegetativos (por ejemplo, cansancio, sueño y apetito).

Durante las tres décadas y media que ha resistido la prueba, se han ido ajustando las definiciones de algunos de sus reactivos, como las publicadas por Bech en 1986 con la colaboración de Hamilton.⁶⁸

Descripción de la escala:

La escala consta de 17 variables, algunas se definen como categorías de interés creciente, otras por términos equivalentes.

La forma como se califica el registro incluye 4 variables adicionales: variación diurna, despersonalización, síntomas paranoides, y síntomas obsesivos; esto da un total de 21 reactivos.

Las variables se califican en una escala de 5 o de 3 puntos.

El autor recomienda que dos personas califiquen al paciente en la misma entrevista para obtener una calificación promedio y evitar errores.

Muchos estudios se han publicado sobre la validez de estructura de dicha escala. Se han empleado dos métodos psicométricos: el análisis de factores y el análisis de estructura latente.

En la primera publicación de Hamilton (1960) no se encontró un factor general en una muestra de pacientes internados.

En la segunda publicación investigó un grupo heterogéneo de pacientes (tanto internados como de consulta externa) y surgió un factor general de elevada correlación (.92)⁶⁹.

⁶⁸HAMILTON, M. (1987): *Assessment of Psychopathology*. Ed. John Wiley, Chichester. 1-18.

⁶⁹HAMILTON, M. op. cit.

Recientes estudios de Paykel (1990) han probado que las variables de la Escala de Hamilton son mas congruentes con el escenario de la práctica general ,donde son tratados la mayoría de los pacientes deprimidos,que en el escenario de la práctica hospitalaria. Esto concuerda con los estudios anteriores de Bech (1975), quienes descubrieron que en una depresión de grado leve a moderado la calificación total de la escala de Hamilton parecía válida. Además Paykel (1989) ha descubierto que la calificación total de la escala de Hamilton para pacientes tratados en práctica general tiene validez predictiva.

3.2 Escala de Melancolía (MES)

La Escala de Melancolía Bech-Rafaelsen (MES) (1980) generada con base en un análisis de estructura latente, se elaboró partiendo de la subescala de Hamilton y con referencias de la escala de Cronholm-Ottosson (Bech,1990); se encontró que seis de los reactivos pero no todos los diecisiete que la conforman , tenían una elevada validez de estructura la cual constituía la subescala de Melancolía (HDS-6). Estos reactivos cubren los siguientes componentes: humor deprimido, humor angustiado, retardo motor, sentimientos de culpa, intereses sociales y sintomas vegetativos.

Se ha comprobado que tiene elevada validez de estructura en diferentes poblaciones.⁷⁰

La escala Hamilton (HDS) y la Escala de Melancolía (MES) se han combinado en una escala HDS/MES (Bechet.al.1986).En total esta escala está comprendida por 23 reactivos de las cuales también se derivan de la Escala Montgomery Asberg (Korner et al 1990). Esta escala de Melancolía es utilizada para medir el efecto antidepressivo en ancianos.

3.3 Escala de Depresión Montgomery Asberg

Fué elaborada como subescala de la Extensa Escala Clasificadora Psicopatológica y fué diseñada con la sensibilidad suficiente para descubrir mejoría en los pacientes deprimidos; algunos estudios mencionan que la escala de Montgomery Asberg es más sensible que la escala de Hamilton en pacientes psiquiátricos.

⁷⁰BECH,P.(1994):Uso adecuado de las escalas de Evaluación en la Depresión.Focus on Depression, Hillerod.1-11.

La primera escala que se diseñó con el fin de observar el cambio durante la terapia antidepressiva fué la Escala de depresión Cronholm-Ottoson (Ottosson,1960).⁷¹

3.4. Inventario de Beck

Surgió un año después de que se publicara la escala de Hamilton (1961) ; fué elaborado para ser administrado por un entrevistador ; se utiliza con una doble copia , una se entrega al paciente y otra es leído por el entrevistador y se pide al paciente que indique cual de las declaraciones lo define mejor .

El inventario de Beck comprende 21 categorías de síntomas o actitudes , cada una de ellas es una manifestación de depresión. Existen tres tipos de valores numéricos. En algunas categorías existen dos alternativas de respuesta divididas en a y b para indicar que se encuentran en el mismo nivel..

En realidad, esta fué una de las primeras escalas diseñadas concretamente para medir la gravedad de la depresión; es uno de los cuestionarios mas frecuentemente utilizados en la investigación clínica, mide el efecto antidepressivo de la psicoterapia.

Una investigación sobre los aspectos psicológicos del Síndrome Premenstrual (PMS) , utilizó el Inventario de Beck y la Escala de Zung (EAMD) en 14 mujeres con severo PMS y 10 sin el; se aplicó el Inventario de Beck y la Escala de Zung durante la fase folicular y lútea de dos ciclos menstruales consecutivos, observando que el Inventario de Beck detectaba mejor los síntomas cognoscitivos de la depresión en tanto que la EAMD lo hacía mejor con los síntomas vegetativos de la depresión.⁷²

3.5 Escala de Carroll

Es un cuestionario basado en la Escala de Depresión de Hamilton. Se diseñó como un instrumento autoaplicable para que el paciente califique la severidad de su cuadro depresivo. Esta escala fué traducida al español y validada con la Escala de Hamilton en 80 pacientes con diagnóstico de depresión mayor. Se determinó la validez concurrente

⁷¹BECH,P.(1994).op.cit.

⁷²KEENAN,P.A.Lindamer,L.A. (1992):Psychological aspects of premenstrual syndrome:Utility of standardized measures.Psychoneuroendocrinology. Vol 17 (2/3).189-194.

de la EDC con la EDH, resultando confiable y válida, ya que alcanzó un valor de alfa de .86 y la correlación fué de .77.⁷³

3.6 Escala Geriátrica de Depresión

Consta de 30 reactivos , siendo esta escala, como muchas otras, validada con la EAMD.En este caso, se utilizó para su validación una población de ancianos australianos, concluyéndose que ambas pruebas son efectivas para la medición de la depresión.⁷⁴

Existen escalas de menor uso, como el Wakefield Self Assessment Depression Inventory, el cual está basado en la Escala de Zung.

Se han llevado a cabo otras investigaciones sobre escalas de depresión como la Escala del centro epidemiológico de Estudios sobre Depresión (Manson y cols.) (CES-D,1990) que realizaron un estudio para investigar sus características psicométricas, la aplicaron a un grupo de 189 estudiantes indoeestadounidenses; de acuerdo a su estudio, la prueba presentó buena consistencia interna (alfa=.82), por lo que se concluye que dicha prueba es confiable para la valoración de la depresión.⁷⁵

3.7 Escala de Zung

En 1964 Zung y Durham realizaron una investigación de la depresión y en 1965 publicaron los resultados.En el proyecto debían correlacionar la presencia o severidad del trastorno depresivo con otros parámetros, como la facilidad para despertar del sueño y los cambios que se lograban con el tratamiento.

Se dieron cuenta de que las escalas para medir la depresión existentes hasta ese entonces , eran inadecuadas, pues por su extensión requerían de mucho tiempo para su

⁷³CORTES,J.,Berlanga,C.(1991): Adaptación y Validación de la Escala de Depresión de Carroll en español. Anales del Instituto Mex. de Psiquiatría, Vol 2,40-46.

⁷⁴HICKIE,C;Snowdon,J.(1987): depression scales for the elderly Clinical Gerontologist.Vol 6(3). Sydney. 51-53.

⁷⁵MANSON,S.M.,Ackerson,L.M.(1990): Depressive Symptoms Among American Indian Adolescents.Psychometric Characteristics of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D):journal of Consulting and Clinical Psychology.Vol 2 (3). 231-237.

aplicación , eran especialmente difíciles de resolver para pacientes enfermos depresivos con trastornos psicomotores y, por otra parte , no eran autoaplicables, por lo que los resultados obtenidos podían ser matizados por la interpretación personal del investigador. Por tanto Zung y Durham decidieron elaborar una escala que reuniera los siguientes requisitos:

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

Con tal finalidad, el primer paso fue la elaboración de una lista de síntomas que pudieran ser considerados como característicos de la depresión. Después de analizar los estudios de Grinker, Overall y Friedman, Zung y Durham concluyeron que estos síntomas deberían abarcar : alteraciones del afecto, equivalentes fisiológicos y psicológicos y después de un estudio cuidadoso consideraron que deberían incluir:

I. Talante bajo:

- a) Deprimido triste.
- b) Accesos de llanto.

II. Equivalentes fisiológicos:

a) Alteraciones de los hábitos:

1. Variación diurna; exageración de los síntomas por la mañana y alivio parcial en el transcurso del día.
2. Despertar del sueño temprano y frecuente.
3. Pérdida de apetito.
4. Pérdida de peso.
5. Disminución de la libido.

b) Otras alteraciones:

1. Constipación.
2. Taquicardia
3. Fatiga

III. Equivalents psicològics:

a) Activitats psicomotores:

1. Agitació.
2. Lentificació.

b) Ideacionals:

1. Confusió.
2. Sensació de buit.
3. Desesperança.
4. Indecisió.
5. Irritabilitat.
6. Insatisfacció.
7. Devaluació personal.
8. Ideació suïcida.

Una vegada definides les àrees per investigar, es elaboraren 20 reactius plantejant 10 en sentit positiu i 10 en sentit negatiu per evitar que el pacient pogués trobar una tendència en el estudi. Per a la quantificació del símptoma es plantejaren 4 categories les quals es califiquen amb valors del 1 al 4 en ordre variable segons si la pregunta estava formulada en sentit positiu o negatiu.

3.7.1 Antecedents de la Prova

El primer estudi de Zung i Durham es realitzà amb tots els pacients que foren admesos al servei de Psiquiatria del Hospital de veterans del Duke Medical Center, amb un diagnòstic de depressió durant un període de cinc mesos. De les 56 malalts admesos amb diagnòstic d'ingrés de depressió primària, en 31 es confirmà el diagnòstic integrant el grup DD (Diagnòstic Depressió), i en 25 es establiren altres diagnòstics, grup OD (Otres Diagnòstics), que corresponien a reacció d'ansietat, trastorns de personalitat i trastorns psicofisiològics. Mesos més tard, els mateixos autors i altres col·laboradors efectuaren un estudi de 152 malalts de la consulta externa del mateix centre mèdic, utilitzant al mateix temps la prova del MMPI en tots els casos. Els resultats obtinguts entre les dues proves foren

concordantes y la diferencia en el tiempo de aplicación fuè de unos minutos para la prueba de Zung y de horas para el MMPI.

El índice promedio de los pacientes hospitalizados fuè de 70, y en los ambulatorios de 60. Calificaciones inferiores a 40 significaba que no habia depresión o que èsta era de poca importancia. En otros diagnòsticos como ansiedad, desòrdenes de la personalidad y reacciones de ajuste a situaciones transitorias, la calificación fuè mayor de 50, pero menor de 60; en estos casos debe valorarse la necesidad de un tratamiento de la depresión ya sea que se trate de un diagnòstico primario , secundario o solamente sintomático.¹³

Mas tarde Zung y colaboradores mostraron en otro estudio que pacientes no internos diagnosticados de desorden depresivo psiconeuròtico obtuvieron puntuaciones mas altas que pacientes internos con diagnòstico de desorden de personalidad y desòrdenes de situaciones transitorias de la vida adulta. Estas puntuaciones superaron a las del primer estudio.

Los estudios que hacen evidente la validez de esta escala son realizados por Zung (1967), quien correlacionó su escala con otros instrumentos de medición de la depresión como el MMPI, obteniendo una $r=0.59$, también con la Escala de Depresión de Hamilton dando como resultado una $r=.56$ y con la Escala de Beck obteniendo una $r=.76$. Asi mismo, correlacionó el índice del SDS con las evaluaciones de los observadores dando como resultado una $r=.87$.

Por otra parte Jacobs y Col. (1968) hicieron una investigación en sujetos clasificados como "borrachos empedernidos" con otro grupo de sujetos no considerados como tales, dando puntuaciones mas altas el primer grupo que el segundo. Este hallazgo es de importancia, ya que es bien conocido que pacientes con enfermedad depresiva pueden tener múltiples quejas somáticas, sin síntomas propiamente depresivos.

¹³ ZUNG, W.W.(1964): A Self-Rating depression Scale. Arch. Gen Psychiat. Vol 12: 63-70.

Aún así, la escala muestra una validez considerable, consecuente ya que el SDS parece ser una buena elección para la asesoría sintomatológica de la depresión en la población.

Es de suma importancia mencionar, que los estudios expuestos en la presente tesis se realizaron en base al formato anterior de la EAMD, ya que los reactivos sufrieron cambios (ver anexo) ; actualmente se desconocen los estudios realizados sobre la prueba actual ya que no se encontró ningún estudio sobre sus cambios, aunque los reactivos siguen correspondiendo a los diferentes equivalentes que comprenden la Escala de Zung (ver anexo).

3.7.2 Investigaciones Realizadas en México

Maezeszomic y Chappa (1975 y 1976) hicieron un estudio para valorar un psicofármaco para pacientes deprimidos, asegurando que la EAMD es un instrumento válido y confiable para la evaluación de pacientes con trastornos depresivos.

Por otra parte Caraveo (1977) realizó una investigación con ancianos. Utilizó la EAMD dando por hecho que el instrumento es seguro para la realización de estudios relacionados con la depresión.

Maldonado (1982) realizó una investigación para saber la eficacia de los métodos conductuales y cognoscitivos como técnicas terapéuticas. El autor utilizó 3 pruebas que medían depresión, entre ellas la EAMD, arrojando datos contradictorios o diferentes a las otras dos pruebas que se utilizaron. Concluyó que era una escala poco confiable y cuestionable en su aplicación.

Lara Tapia H. y col. (1976) trabajaron en la adaptación y estandarización de la Escala de Zung en una población mexicana. Con este fin utilizaron 5 grupos: el primero formado por personas sanas (control normal) , el segundo por enfermos en general, el tercero con pacientes no psiquiátricos (psicofisiológico), el cuarto con pacientes psiquiátricos (psiquiátrico general) y el último por psiquiátricos deprimidos. El análisis se llevó a cabo con las pruebas "t" y "x", se dividieron éstos 5 grupos , en dos formados por: sujetos ,

mentalmente sanos (grupo normal y enfermo general), y enfermos psiquiátricos de diversa índole (psicofisiológicos deprimidos y psiquiátricos) dando como resultado diferencias significativas ; además, éste estudio permite discriminar la existencia de la depresión como síntoma en diversas entidades nosológicas. Se concluyó que la escala original es válida para los grupos que se estudiaron , además , es de gran utilidad para la investigación clínica y farmacológica, así como su uso en la práctica para diagnosticar la depresión.

También se han llevado a cabo investigaciones con la EAMD en el extranjero Tal es el caso del estudio realizado en 1987 en la Universidad de Indiana por Alexander Rich y Martha Scovel (1972). Administraron a 134 alumnos de primer semestre la EAMD y el Catálogo Escolar de Experiencias recientes o Escala Anderson (1972), con el fin de valorar el efecto del sentimiento de soledad en la depresión encontrando que ambos instrumentos dieron resultados similares, en lo que respecta a la depresión.

Por otra parte Kitamura T. (1995), realizó una investigación para determinar la validez entre el Cuestionario de Salud General (GHQ) y la EAMD. Se utilizó una muestra de 120 mujeres embarazadas con edades circundantes entre los 17 y 42 años de edad. Se aplicaron los cuestionarios al principio del embarazo, al final y a los 5 días después del parto. Resultando que los dos cuestionarios son efectivos para evaluar la depresión además de concluir que las mujeres presentaron menor depresión al principio del embarazo.

Berger H. (1995) hizo una investigación en una población alemana de 79 personas mayores de 62 años, tomando en cuenta la edad, nivel de educación, que las personas vivieran solas y la cantidad de asistencia recibida. Estudió las propiedades psicométricas del Zung-12, la cual es una versión abreviada alemana de la EAMD ya que consta de 12 reactivos. Se utilizaron también otros instrumentos de medición como la Escala de Condición (S. Elsenga, 1981), y la Escala de Salud Subjetiva para Ancianos (Templeman, 1987). Se obtuvo la validez convergente en las 3 escalas y una alta consistencia interna en el Zung-12

Estos y otros diversos estudios que se han realizado sobre la prueba de Zung, nos conducen a certificar la validez y confiabilidad que tiene la escala. Por lo anterior se concluye que la prueba puede ser de gran utilidad en otras poblaciones e investigaciones y encontrarse a la par con otras escalas.

3.8 Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota

Existen otras escalas para medir depresión que deben ser aplicadas por expertos, como es el caso del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), el cual debe ser aplicado por un psicólogo experimentado.

En el ámbito clínico, se considera que el examen psíquico, hecho por medio de entrevistas, debe completarse con el uso de las pruebas psicológicas. Se considera al MMPI como el instrumento fundamental para el examen de rutina de un paciente psiquiátrico por su difusión, validación clínica y su derivación empírica, lo hace el instrumento más objetivo del que se puede disponer.

Hathaway y McKinley desarrollaron la prueba en los hospitales psiquiátricos de la Universidad de Minnesota en grupos de pacientes y no pacientes a finales de los años treinta; ambos esperaban que el MMPI pudiera ser usado como prueba de rutina en el proceso de evaluación diagnóstica y en 1940 publicaron su primer artículo sobre el inventario.

Descripción de la Prueba:

Este inventario consta de 550 afirmaciones positivas o negativas que corresponden a muchos aspectos de la personalidad incluyendo la salud general, funciones fisiológicas en particular, hábitos, actividades sexuales, religión, familia, actitudes políticas y muchos reactivos psicopatológicos importantes para el diagnóstico y el tratamiento.

El MMPI contiene 10 escalas de las cuales 8 son clínicas y son:

1. Hipocondriasis
2. Depresión
3. Histeria

4.Desviación Psicopática

6.Paranoia

7.Psicastenia

8.Esquizofrenia

9.Manía

La escala 5 es de Masculinidad-Feminidad y la escala 10 de Introversión-Extroversión social, así como posee tres indicadores de la validez de la prueba ; la escala L originalmente llamada “escala de mentira”, la escala F fué elaborada para identificar individuos cuya actitud ante la tarea de responder al inventario es diferente a la esperada, muy desviada o azarosa y la escala K, para detectar la defensividad clínica.

La Escala 2, mide depresión ; consta de 60 reactivos de los cuales 20 deben ser contestados como ciertos y cuarenta como falsos.

Después de un tiempo, por los años setenta, hubo necesidad de modificarlo y reestandarizarlo, dando lugar al MMPI-2, debido a que los reactivos originales no habían sido sometidos a una revisión cuidadosa, ya que consideraban que algunos reactivos tenían una gramática pobre y otros incluían modismos difíciles de entender; se decidió incluir más reactivos que hablaran sobre temas importantes como intentos suicidas, uso de drogas, y respuestas relacionadas con tratamientos , entre otros motivos.¹⁵

Posteriormente el MMPI-2 se tradujo al español adecuando el contenido y el lenguaje de los reactivos a la población mexicana , es decir, se hizo transliteración para evitar los problemas de traducción señalados con el MMPI original (Lucio,1995) siendo así un inventario mejor adaptado a la población mexicana al tomar en cuenta los modismos y las diferencias socioculturales.

El MMPI-2 para México¹⁶ , presenta otras escalas adicionales para enriquecer las escalas básicas y así, poder ampliar el conocimiento de problemas y desórdenes clínicos. Algunas de estas escalas son : la escala de ansiedad, la escala de represión y

¹⁵ PALACIOS,M.H.(1994):Análisis de la Capacidad Discriminativa del MMPI-2: Comparación de perfiles de pacientes psiquiátricos y estudiantes universitarios. UNAM, Fac. de psicología.24- 32.

¹⁶ LUCIO,G.E.(1995): Manual para la administración y calificación del MMPI-2. versión en español.UNAM; Fac. de Psicología.

la escala de la fuerza del yo entre otras así como posee una escala de contenido la cual detecta los síntomas depresivos.

Nelson y Cicchetti (1991) hicieron una investigación con el MMPI, efectuado en el Centro Médico de la Universidad de California en Irvine a estudiantes sanos y concluyeron que la escala 2 del MMPI contra la prueba total no reflejó una adecuada consistencia interna en términos de depresión.

CAPITULO 4

METODOLOGIA

4.1 Planteamiento del Problema

La mayoría de los grandes hospitales y clínicas relacionadas con problemas psicológicos, cuentan con servicios especiales que se encargan de realizar la etapa previa valorativa , donde se llevan a cabo los procedimientos de admisión, ya sea bajo hospitalización o de atención externa ; en estos departamentos son reconocidos inicialmente los pacientes, estableciéndose los planes de tratamiento.

Cuando el paciente asiste a consulta por primera vez, el único medio de que dispone el psicólogo para valorarlo es la entrevista clínica; de su apreciación subjetiva se determina sí debe ser atendido o no del trastorno afectivo conocido como depresión. A veces se le aplican pruebas psicométricas y/o proyectivas para verificar el diagnóstico y conocer más a fondo la problemática del paciente. En ocasiones se le llega a aplicar la escala de Zung. En el caso de los médicos y /o psiquiatras , llevan a cabo la entrevista directa con el paciente para detectar la depresión complementándole con la exploración física y los antecedentes personales y familiares. Ocasionalmente utilizan los cuestionarios para la depresión.

Por otra parte, es importante mencionar que la Escala de Automedición de la Depresión de Zung en su versión anterior fué validada; actualmente se desconocen los estudios realizados sobre su validación, por ésto es necesario obtener la confiabilidad y la validez en una muestra de pacientes deprimidos y personas asintomáticas de la depresión, para verificar que la prueba, a pesar de sus cambios, en cuanto a la redacción y a su presentación , realmente sigue midiendo los ´síntomas del síndrome depresivo.

Por lo anteriormente mencionado, es necesario llevar a cabo el análisis interno de la Escala de Automedición de la Depresión de Zung con el propósito de comprobar que dicha escala mide con precisión la depresión, por lo que se propone obtener la validez de contenido y de constructo así como la consistencia interna.

4.2 HIPOTESIS

- H1: Al administrarse la Escala de Automedición de la Depresión de Zung (1973) (EAMD) a dos grupos de sujetos, uno asintomático y otro de pacientes con síntomas de depresión, es factible esperar diferencias estadísticamente significativas entre los valores de la Depresión .
- H0: No es factible demostrar la validez y confiabilidad de la Escala de Automedición de la Depresión , por no existir diferencias estadísticamente significativas entre los valores depresivos del grupo depresivo y asintomático.

4.3 VARIABLES

a) Atributivas :

- - Sexo
- - Edad

b) Independiente:

- -Escala de Automedición de la Depresión de Zung

c) Dependientes :

- - Nivel de depresión
- - Síntomas Afectivos Persistentes
- - Equivalentes Fisiológicos
- - Equivalentes Psicológicos

4.3.1 Definición Conceptual de Variables

Nivel de Depresión : Es el grado en el que se presentan en un sujeto sentimiento de impotencia, desesperanza y tristeza. Pueden ser sintomáticos de varios trastornos.

- Sintomas Afectivos Persistentes : Son las características acentuadas que presentan los sujetos con trastornos del ánimo a reaccionar emocionalmente que no pueden identificarse con una emoción específica ni con un estímulo particular. Equivalentes Fisiológicos : Las reacciones psicossomáticas que presentan los sujetos con trastornos del ánimo.
- Equivalentes Psicológicos : Son alteraciones psicomotrices de los sujetos con trastornos del ánimo.

4.3.2 Definición Operacional de Variables:

Nivel de Depresión : De acuerdo con el grado de alteración los sujetos actúan tranquilos o influenciados por la impotencia, la desesperanza y la tristeza cuando el puntaje de la escala de Zung se obtiene alto.

- Sintomas Afectivos Persistentes : Los sujetos en caso de trastornos se muestran deprimidos, tristes, melancólicos o con accesos de llanto.
- Equivalentes Fisiológicos : Se presentan alteraciones en el sueño, apetito, pérdida de peso, libido disminuida, constipación , taquicardia y fatiga.
- Equivalentes Psicológicos : Se muestran alteraciones tales como: agitación psicomotora, retardo psicomotor, confusión, vaciedad, desesperanza, indecisión, irritabilidad, insatisfacción , devaluación personal, persistencia suicida.

4.4 MUESTREO

El tipo de muestreo fué intencional, donde se seleccionaron a aquellos sujetos que tuvieran edades entre los 18 y 70 años de ambos sexos y que estén diagnosticados como deprimidos. Por otra parte, para el grupo control, se tomó una muestra de personas al azar en espacios abiertos como jardines, escuelas ,

avenidas, etc. y cumplieran el mismo rango de edad que para el grupo experimental.

4.5 SUJETOS

La muestra estuvo formada por 204 sujetos de ambos sexos, con un rango entre 18 y 70 años de edad; 104 de ellos fueron pacientes de primera consulta con impresión diagnóstica de síndrome depresivo y 100 sujetos asintomáticos que no hayan estado ni estén bajo tratamiento antidepresivo. Todos deberán saber leer y escribir.

4.6 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio *exposfacto*, se llevó a cabo en consultorios psicológicos y en *esenarios naturales*, fué *descriptivo* y *comparativo*.

4.7 DISEÑO

Se hizo un diseño *cuasiexperimental* con dos grupos de personas:

- Un grupo *asintomático*, formado por 100 personas con edades entre 18 y 70 años de edad de ambos sexos *asintomáticas al azar*.
- Un grupo *experimental* formado por 104 personas de ambos sexos con diagnóstico de cualquier tipo de depresión durante la primera consulta con la psicóloga o con el médico psiquiatra, con un rango de edad de 18 a 70 años de edad. es importante mencionar que no hubo manipulación experimental de las variables.

4.8 INSTRUMENTOS

ESCALA DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESION DE ZUNG

Construcción de la Escala

Esta Escala fuè creada como se mencionò anteriormente por los doctores William W Zung y D.C. Durham, con la necesidad de contar con un instrumento que evaluara satisfactoriamente la depresión, como efecto, como síntoma o como enfermedad , de forma sencilla.

Los criterios para el diagnóstico clínico y para la elaboración de la escala fueron instrumentados por Grinker en 1961; Overall en 1962 y Friedman en 1963. Se encuentran divididos en :

- a. Afecto Profundo
- b. Equivalentes y concomitantes fisiológicos
- c. Concomitantes psicológicos

Para construir los reactivos se determinaron las características mas frecuentes de los diversos tipos de depresión y se hizo una pregunta por cada característica que fuera representativa del síntoma.

- **Características de la EAMD**

La escala para medir depresión consta de 20 declaraciones , de las cuales diez están hechos para tener respuesta sintomática positiva y diez para una respuesta sintomáticamente negativa. Cada declaración se refiere a una característica específica y común de la depresión . Los 20 reactivos esbozan de una manera comprensiva , los desórdenes ampliamente reconocidos como síntomas de la depresión.

Cada uno de los reactivos tiene cuatro alternativas de respuestas:

- a) Muy pocas veces
- b) Algunas veces
- c) Muchas Veces
- d) La Mayoría de las Veces o Siempre

La escala está planeada de tal manera que un índice bajo indica poca o ninguna depresión y un índice alto señala una depresión de significación clínica. Las declaraciones de esta escala están redactadas en el lenguaje común y de uso diario de los pacientes.

- **Forma de aplicación :**

Se proporciona a la persona la lista de declaraciones y se le pide que ponga una marca en el recuadro mas aplicable a su caso en el momento de hacer la prueba.; si surgiera alguna duda puede ser aclarada por el entrevistador.

Para aplicarla sòlamente es necesaria la hoja de declaraciones y un tàpiz o pluma.

- Forma de Calificaciòn :

Para obtener la mediciòn de la depresiòn del paciente , se calcula a través de una plantilla transparente donde vienen las calificaciones , dependiendo de la pregunta, éstas pueden ir en direcciòn de mayor a menor o viceversa.

PLANTILLA DE CALIFICACION

	A	B	C	D		A	B	C	D
1	1	2	3	4	11	4	3	2	1
2	4	3	2	1	12	4	3	2	1
3	1	2	3	4	13	1	2	3	4
4	1	2	3	4	14	4	3	2	1
5	4	3	2	1	15	1	2	3	4
6	4	3	2	1	16	4	3	2	1
7	1	2	3	4	17	4	3	2	1
8	1	2	3	4	18	4	3	2	1
9	1	2	3	4	19	1	2	3	4
10	1	2	3	4	20	4	3	2	1

Las calificaciones obtenidas se colocan del lado derecho, se suman y se anota el resultado final. En seguida se remite a una tabla que convierte la calificaciòn bàsica o bruta al indice SDS.El puntaje se deriva de dividir la suma de los valores de la calificaciòn cruda obtenida de los 20 reactivos y se multiplica por la

calificación máxima posible que es de 80 , convertida a decimal y multiplicada por 10

TABLA DE CONVERSION

C.B.	AMD	C.B.	AMD	C.B.	AMD
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	92
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	71	77	96
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

P.B. =Puntaje Bruto

P.E. =Puntaje Escalar

Una vez obtenido el P.E. es posible deducir el diagnóstico final auxiliándose de la siguiente tabla.

Tabla 6

PUNTAJE ESCALAR	IMPRESIONES CLINICAS EQUIVALENTES
Debajo de 50	Dentro de lo normal, sin psicopatología
50-59	Presencia de Depresión mínima o ligera
60-69	Presencia de Depresión moderada o marcada
70 o más	Presencia de Depresión severa o extrema

Existe un cambio en la redacción de la prueba, así como los diagnósticos equivalentes a las puntuaciones, aunque cada reactivo sigue correspondiendo a los mismos equivalentes que la prueba original (ver anexo) . Por otra parte en la prueba original se utilizan plantillas para evaluar el nivel de depresión, situación que actualmente cada reactivo contiene impresa la puntuación correspondiente.

Tabla 7

Relaciones de los Síntomas de Depresión con los temas de la Escala EAMD

SINTOMAS DE LOS DESORDENES DEPRESIVOS	TEMAS DE LA ESCALA EAMD Y REACTIVOS
<p>a)Afectivos Persistentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Deprimido, triste, melancólico *Accesos de llanto 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Me siento abatido, desanimado y triste 3.Tengo ataques de llanto o deseo de llorar
<p>b) Equivalentes fisiológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Variación Diurna: exageración de los síntomas en la mañana y algún alivio conforme avanza el día ensueño: despertar temprano o frecuente apetito: disminución en la ingestión de alimentos *Pérdida de Peso: asociada con la ingestión disminuida de alimentos o metabolismo aumentado y reposo disminuido *Sexuales: líbido disminuido *Gastrointestinales:constipación *Cardiovascular: taquicardia *Muculoesquelética: fatiga 	<ul style="list-style-type: none"> 2.Por la mañana es cuando mejor me siento 4. Tengo problemas de sueño durante la noche 5. Como igual que antes 7. Noto que estoy perdiendo peso 6.Disfruto al mirar, conversar y estar con mujeres/hombres atractivos 8.Tengo problemas de estreñimiento 9. Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado 10. Me canso sin motivo
<p>c)Equivalentes psicológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Agitación psicomotora *Retardo psicomotor *Confusión *Vacuidad 	<ul style="list-style-type: none"> 13. Me encuentro intranquilo y no puedo estarme quieto 12. Me resalta fácil hacer todo lo que solía hacer 11. Mi mente está tan despejada como

*Desesperanza	siempre
*Indecisión	18. Siento que mi vida está llena
*Irritabilidad	14. Tengo esperanzas en el futuro
*Insatisfacción	16. Tomo las decisiones fácilmente
*Devaluación personal	15. Soy más irritable que de costumbre
*Rumiación suicida	20. Sigo disfrutando con lo que hacía
	17. Siento que soy útil y necesario
	19. Siento que los demás estarían mejor sin mi, si estuviese muerto

4.9 PROCEDIMIENTO

Inicialmente se iba a realizar en la Clínica San Rafael, pero debido a ciertos requisitos de tipo administrativo, los cuales se llevaban mucho tiempo, se efectuó en consultorios psiquiátricos y psicológicos a donde acuden personas con diferentes tipos de patologías. Fueron atendidos por los psicólogos y/o por médicos psiquiatras quienes realizaron la entrevista y exámenes médicos convenientes; seleccionaron a aquellos que en la impresión diagnóstica hubieran tenido cualquier tipo de síndrome depresivo, mismos que pasaron con la persona que escribe el presente estudio para proporcionarles una hoja con la EAMD en estudio y las instrucciones para contestarla: "Esta es una prueba para medir la depresión, por favor conteste en cada una de las 20 afirmaciones, la respuesta que más se adecue a su situación y la manera como se siente el día de hoy, poniendo una marca en cualquiera de los diferentes tipos de respuesta; cualquier duda que pueda surgir, hágamela saber". Después se calificaron todas las pruebas contestadas; primero se obtuvo el puntaje bruto a través de la suma de cada reactivo, después se recurrió a la tabla de la prueba para obtener el puntaje escalar y el grado de depresión de la persona de acuerdo a la escala.

4.10 TRATAMIENTO ESTADISTICO

Se efectuó a través de un paquete estadístico para microcomputadora SPSS versión 5.1 para windows realizando los siguientes análisis:

- a) Análisis de Frecuencias y porcentajes
- b) Pruebas de Hipótesis
- c) Análisis de Correlación
- d) Alpha de Cronbach

CAPITULO 5
RESULTADOS

Muestra

La muestra total estuvo conformada por 204 sujetos , 75 hombres y 129 mujeres, con edades circundantes entre los 16 y 69 años de edad.

Tabla 8

<i>Rango de edad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
16-20	33	16.17
21-25	55	26.96
26-30	30	14.70
31-35	26	13.23
36-40	14	6.86
41-46	17	8.33
47-52	12	5.88
53-59	12	5.88
61-69	5	2.45

Grupos

La muestra total se dividió en 2 grupos . El primero con diagnóstico de depresión y el segundo grupo , asintomático de la depresión .

En total fueron 104 sujetos para el primer grupo y 100 sujetos para el segundo grupo.

Tabla 9

<i>Grupos</i>	<i>Total</i>	<i>Porcentaje</i>
Deprimidos	104	51 %
Asintomáticos	100	49%

Grupo de Deprimidos:

Edades:

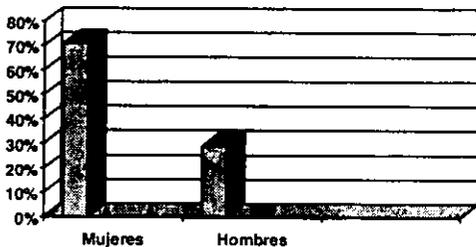
El grupo estuvo conformado por pacientes con edades circundantes entre los 16 y los 69 años de edad. En esta muestra hubieron más pacientes de 21 a 25 años de edad, lo cual se podrá observar en la siguiente tabla.

Tabla 10

Edad	Nº de Pacientes	Porcentaje
16-20	19	18.26
26-30	15	14.42
36-40	9	8.65
47-52	7	6.73
61-69	3	2.88

El primer grupo estuvo conformado por 74 mujeres el 71 % de esta muestra y 30 hombres, el 29% .

Gráfica 1



Diagnóstico.

En el grupo deprimido, antes de la aplicación de la escala, se les hizo un diagnóstico previo durante la primera consulta, de acuerdo al Manual de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10).

En la siguiente tabla se pueden observar los porcentajes y las frecuencias de los diagnósticos según la CIE-10.

Tabla 11

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
	12	
	12	
	18	
	25	
	24	
	1	
	4	
	1	
	3	
	3	
	1	

***Trastorno Depresivo Recurrente**

Grupo Asintomático

Edades:

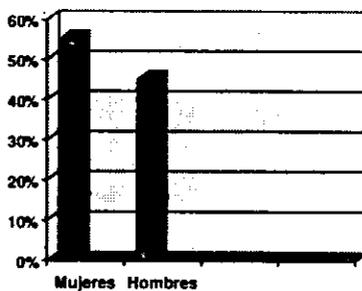
El grupo asintomático estuvo conformado por personas con edades circundantes entre los 16 y los 69 años de edad, hubieron más personas de 21 a 25 personas (igual que en el grupo de deprimidos) lo cual se podrá observar en la siguiente tabla.

Tabla 12

16-20	14	14%
26-30	15	15%
36-40	5	5%
41-50	5	5%
61-69	2	2%

El segundo grupo está conformado por 55 mujeres , el 55% de la muestra y 45 hombres , el 45 %.

Gráfica 2



5.1 ANALISIS DE LOS REACTIVOS

Se analizó la parte interna de la escala donde uno de los métodos que se emplearon fué el análisis de reactivos ; para llevar a cabo éste análisis se utilizó la técnica de dos grupos extremos , en éste caso grupo deprimido y asintomático para verificar si cada reactivo tiene el poder de discriminación sobre los que poseen el rasgo.

Como esta prueba es de ejecución típica, se decidió realizar el análisis de reactivos a través de la T de Student, donde se compararon los reactivos de la prueba .

En la siguiente tabla se podrán observar los valores obtenidos para de cada reactivo

Tabla 13

REACTIVO	VALOR DE T	SIGNIFICANCIA
1	11.69	.00
2	5.08	.00
3	9.02	.00
4	6.22	.00
5	4.36	.00
6	5.05	.00
7	1.96	.05
8	4.58	.00
9	5.07	.00
10	8.84	.00
11	9.24	.00
12	8.13	.00
13	5.97	.00
14	7.13	.00
15	8.36	.00
16	7.10	.00
17	8.71	.00
18	11.62	.00
19	7.22	.00
20	10.08	.00

Las diferencias entre ambos grupos fueron estadísticamente significativas en todos los reactivos, a un nivel de .00, por tanto todos los reactivos discriminan perfectamente entre los que poseen el rasgo de depresión y quienes no lo tienen.

5.2 ANALISIS DE CORRELACION

Se llevó a cabo un análisis de correlación con el fin de observar el comportamiento de cada uno de los reactivos con el resto.

CONFIABILIDAD PARA LA PRUEBA EAMD DEL GRUPO DEPRIMIDO

Tabla 14

REACTIVO	MEDIA	ITEM-TOTAL	VALOR DE ALFA EN CASO DE OMISION
1	49.29	.59	.70
2	49.29	.25	.73
3	49.82	.24	.73
4	49.98	.18	.74
5	49.65	.24	.73
6	49.73	.32	.72
7	50.74	.17	.73
8	50.06	.03	.75
9	50.25	.11	.74
10	49.67	.48	.71
11	48.93	.39	.72
12	49.07	.47	.71
13	49.50	.02	.75
14	49.75	.41	.71
15	49.52	.27	.73
16	49.09	.33	.72
17	49.39	.48	.71
18	49.01	.39	.72
19	50.50	.36	.72
20	99.21	.38	.72

El valor de alfa para este grupo es de .74 lo cual indica ser altamente consistente. De acuerdo a esta tabla, el reactivo 1 es el más consistente ya que en caso de omisión el valor de alfa decrementaría a .70 siendo aún así un valor adecuado, por el contrario, si observamos la columna de Item-total, los reactivos 8 y 13 mantienen correlaciones muy bajas, ya que en caso de omisión, el valor de alfa aumentaría a .75.

ANALISIS DE CONFIABILIDAD DE LA PRUEBA EAMD PARA EL GRUPO ASINTOMATICO

En éste grupo se obtuvo un valor de alfa de .80, lo cual equivale ser altamente consistente, ya que en general los reactivos se mantienen, resultando ligéramente el coeficiente obtenido superior al del grupo deprimido.

Los reactivos se comportan de la misma forma que en el análisis anterior , así como los reactivos 8 y 13 mantienen correlaciones muy bajas.

Tabla 15

REACTIVO	MEDIA	ITEM-TOTAL	VALOR DE ALFA EN CASO DE OMISION
1	32.36	.55	.78
2	31.80	.32	.79
3	32.62	.41	.79
4	32.58	.31	.79
5	32.07	.28	.79
6	32.23	.32	.79
7	32.70	.32	.79
8	32.47	.00	.81
9	32.61	.34	.79
10	32.58	.20	.80
11	31.85	.53	.78
12	31.95	.40	.78
13	32.04	.34	.79
14	22.50	.48	.78
15	32.33	.36	.79
16	31.76	.41	.78
17	32.30	.45	.78
18	32.10	.53	.78
19	32.91	.18	.80
20	32.24	.54	.78

Algunos de los reactivos mantienen una alta consistencia como el reactivo 1, siendo el mismo caso de los análisis anteriores con respecto al reactivo 8.

De acuerdo a éstos resultados , podemos decir que la Escala de Zung posee una adecuada consistencia interna y por lo tanto mide con precisión el rasgo que realmente pretende medir.

5.4 VALIDEZ

Para obtener las evidencias de validez se usó la técnica de comparar dos muestras extremas (en este caso una muestra de deprimidos y de asintomáticos), se utilizó la T de student para grupos independientes con un nivel de .05

A continuación se presenta los diferentes métodos que se utilizaron para obtener las evidencias de validez.

Primero se procedió a obtener la diferencia de medias utilizando tanto los puntajes brutos como los escalares en ambos grupos.

5.4.1 Análisis de las diferencias de los grupos

Tabla 16

Grupos	Valor de X	Diferencia de X	Valor de T	Significancia	Puntaje
Deprimido	52.29	18.49	16.79	.00	Escalar
Asintomático	33.80				
Deprimido	65.72	23.33	16.81	.00	Bruto
Asintomático	42.39				

Como se observa en la tabla , tanto el el PB como el PE de ambos grupos muestran ser estadísticamente significativos , lo cual nos indica que ambos grupos son diferentes.

Así mismo se realizaron comparaciones por género en cada uno de los grupos ; en seguida se muestran los resultados para el grupo asintomático .

5.4.1.1 Análisis de las diferencias del grupo deprimido de ambos sexos

Tabla 17

Sexo	Valor de X	Diferencia de X	Valor de T	Significancia	Puntaje
Mujeres	52.51	.74	.39	.70	Bruto
Hombres	51.76				
Mujeres	66.04	1.10	.45	.65	Escarlar
Hombres	64.93				

En la tabla podemos apreciar que no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en el grupo de deprimidos en ambos puntajes.

También se llevó a cabo el mismo análisis con respecto al grupo asintomático, a continuación se muestra en la siguiente tabla

5.4.1.2 Análisis de las diferencias del grupo asintomático de ambos sexos

Tabla 18

Sexo	Valor de X	Diferencia de X	Valor de T	Significancia
Mujeres	32.70	-2.42	-1.52	.132
Hombres	35.13			
Mujeres	41	-3.08	-1.55	.12
Hombres	44.08			

Como se observa en la tabla, no se encontraron diferencias estadísticas importantes en ambos sexos para esta muestra, lo cual indica no haber una diferencia notable entre los hombres y las mujeres.

5.4.2 ANALISIS DE LOS EQUIVALENTES DE LA PRUEBA

Una evidencia mas para comprobar la validez de la prueba de Zung , es llevar a cabo una relación entre los diferentes componentes en la prueba, donde se procedió a hacer un análisis de correlación para observar las asociaciones entre los diferentes equivalentes de la prueba.

A continuación se mostrarán las tablas donde aparecen las comparaciones entre las mujeres y los hombres

5.4.2.1. Análisis de la muestra total por sexo según el equivalente afectivo, fisiológico y psicológico

Tabla 19

Sexo	Media	Diferencia de medias	Valor de t	Significancia	Equivalente
Mujeres	4.36	.41	1.59	.11	Afectivo
Hombres	3.94				
Mujeres	15.93	.37	.55	.58	Fisiológico
Hombres	15.56				
Mujeres	23.75	1.24	1.22	.22	Psicológico
Hombres	22.50				

Según la tabla anterior , de acuerdo a los diferentes equivalentes de la prueba, no se observan diferencias estadísticamente significativas en ambos sexos.

5.4.2.2 Diferencias de los equivalentes afectivo-fisiológico, afectivo-psicológico y fisiológico-psicológico en el grupo de deprimidos

Tabla 20

Variable	Media	Diferencia de medias	Valor de t	Significancia
Afectivo	5.35	-13.16	-40.67	.00
Fisiológico	18.51			
Afectivo	5.33	-23.00	-50.62	.00
Psicológico	22.35			
Fisiológico	18.51	-9.84	-20.41	.00
Psicológico	28.36			

Según esta correlación si existen diferencias significativas entre los equivalentes afectivo-fisiológico, afectivo-psicológico y fisiológico-psicológico, lo cual indica que miden rasgos diferentes dentro de la depresión. Concluyendo que estos componentes miden realmente lo que pretender medir.

5.4.3.1 Diferencias de los equivalentes afectivo-fisiológico, afectivo-psicológico y fisiológico-psicológico en el grupo de asintomáticos

Tabla 21

Variable	Media	Diferencia de Medias	Valor de t	Significancia
Afectivo	3.02	-9.94	-35.02	.00
Fisiológico	12.96			
Afectivo	3.02	-15.00	-33.09	.00
Psicológico	18.02			
Fisiológico	12.96	-5.06	-11.38	.00
Psicológico	18.02			

Se observó que son estadísticamente significativos en los tres casos, a un nivel de .00, como se observa en la tabla; lo cual indica que los equivalentes miden diferentes rasgos de la depresión para este grupo.

5.4.3.2 Análisis de las diferencias entre hombres y mujeres del grupo deprimido con respecto al equivalente afectivo, psicológico y fisiológico

Tabla 22

Variable	Media	Dif. de media	Valor de t	Significancia	Equivalente
Mujeres	5.45	.35	1.00	.32	afectivo
Hombres	5.10				
Mujeres	18.27	-.86	-.96	.34	fisiológico
Hombres	19.13				
Mujeres	28.67	1.07	.93	.35	psicológico
Hombres	27.60				

De acuerdo con estos valores, se puede observar que no es estadísticamente significativo el sexo para los tres equivalentes en este grupo, lo cual indica que el sexo no es una variable importante para la depresión en este grupo.

5.5.1 Análisis de las diferencias entre hombres y mujeres del grupo asintomático con respecto al equivalente afectivo

Tabla 23

Variable	Media	Dif. de media	Valor de t	Significancia	Equivalente
Mujeres	2.89	-.28	-1.11	.26	afectivo
Hombres	3.17				
Mujeres	12.78	-.39	-.61	.54	fisiológico
Hombres	13.17				
Mujeres	17.12	-1.98	-1.98	.05	psicológico
Hombres	19.11				

Para el grupo asintomático, existen diferencias estadísticamente significativas sólo en el componente psicológico entre los hombres y las mujeres.

La última evidencia de validez fue correlacionar los reactivos de la prueba, de acuerdo a sus componentes en los dos grupos y en la muestra total, para verificar el grado de discriminación que existen entre ellos.

5.6.1 Correlación entre los equivalentes fisiológico, psicológico y afectivo en el grupo de deprimidos

Afectivo	1.00		
Fisiológico	.48	1.00	
Psicológico	.32	.37	1.00
	Afectivo	Fisiológico	Psicológico

5.6.2 Correlación entre los equivalentes afectivo, fisiológico y psicológico en el grupo asintomático.

Afectivo	1.00		
Fisiológico	.44	1.00	
Psicológico	.44	.46	1.00
	Afectivo	Fisiológico	Psicológico

5.6.3 Correlación entre los equivalentes afectivo, fisiológico y psicológico para la muestra total.

Afectivo	1.00		
Fisiológico	.68	1.00	
Psicológico	.66	.67	1.00
	Afectivo	Fisiológico	Psicológico

Se observa que los coeficientes obtenidos de las correlaciones varían entre .44 a .68, lo que indica que son coeficientes moderados y adecuados ; son significativos a un nivel de .00

CAPITULO 6

DISCUSION

Como se ha mencionado, este trabajo pretende obtener la confiabilidad y la validez de la escala de automedición de la depresión de Zung (EAMD) en dos muestras independientes. La primera muestra fue conformada por pacientes no diagnóstico de depresión y la segunda por personas sanas o asintomáticas de la depresión.

La estructura interna de una prueba es muy importante por lo que resulta indispensable analizar los reactivos que la integran , así como conocer el comportamiento de éstos dentro de la prueba , ya que el valor de cualquier escala psicométrica se basa en el hecho de que el puntaje obtenido por un individuo refleja una estimación de un puntaje verdadero (confiabilidad) además de que sirve como punto de partida para el diagnóstico o la predicción (validez).

El que se cumpla el requisito de validez y confiabilidad está dado por las propiedades de cada uno de los reactivos que integran la prueba y ésta no puede poseer propiedades que no se deriven de las que realmente poseen ,los reactivos individuales y de las relaciones que existan entre ellos; por lo que se considerò de suma importancia en primer término realizar un análisis de reactivos, estudiando el poder discriminativo; los resultados de este análisis muestran claramente que los 20 reactivos que integran la Escala de Automedición de la Depresión de Zung discriminan perfectamente entre sujetos que presentan depresión y los que no la poseen . Los valores de T fueron estadísticamente significativos al nivel de .00.

En el análisis correlacional de los reactivos apreciamos que la mayoría de ellos establecen relaciones adecuadas, únicamente el reactivo 8, el cual obtiene coeficientes casi nulos.

En lo que se refiere a la consistencia interna del instrumento, fuè comprobada en los dos grupos , deprimido y asintomático; obteniendo un Alpha de Cronbach de .80 para el primer grupo y .74 para el segundo.

Al analizar los resultados en relación a la consistencia interna una alta consistencia interna de la prueba, el reactivo 8 ("Tengo problemas de estreñimiento") y 13 (me encuentro intranquilo y no puedo estar quieto") tienden a oscurecer dicha confiabilidad ya que el primero se encuentra en la categoría de equivalente fisiológico, condición importante pero no fundamental como síntoma de la depresión. Por otra parte el reactivo 13, mide el grado de ansiedad, estado que puede o no estar presente como cortejo sintomático de la depresión y llega a afectar la confiabilidad de esta prueba, porque, como se menciona en el capítulo de escalas de depresión, con frecuencia se incluyen reactivos de ansiedad, siendo este un reactivo muy similar al de la prueba de Beck para la ansiedad. Por lo tanto puede pensarse que este reactivo llega a afectar la confiabilidad de la prueba pues realmente no es un reactivo específico que mida el grado de depresión.

Es importante tomar en cuenta que en el grupo asintomático también se presentaron las mismas condiciones de los reactivos que en el grupo depresivo, siendo menor la consistencia interna del reactivo 8, pudiendo ser porque, no necesariamente se llegan a presentar problemas de estreñimiento en un cuadro depresivo.

En lo que respecta a la validación, la prueba, además de ser confiable, también mide la depresión, y en base a lo que Magnusson menciona en su definición de validez, que "el test mide para lo que fué construido", se afirma que el rasgo que esta prueba pretende medir es la depresión y esto se comprueba con el cuadro de intercorrelaciones de los reactivos.

Tomando en cuenta que todos los reactivos discriminan adecuadamente y detectan los síntomas de la depresión, solo se obtuvo menor índice de correlación en el reactivo 7 y en el 8, ambos equivalentes fisiológicos. La pérdida de peso se llega a presentar frecuentemente en el síndrome depresivo," Noto que estoy

perdiendo peso” aunque a veces se llega a presentar la condición contraria a esta, aumentando el apetito y el peso como se describió en el capítulo del cuadro clínico, en el apartado de síntomas somáticos de la depresión.

Es importante mencionar que para Brown , una forma de validar un instrumento es a través de la Diferenciación de Grupos , siendo que las muestras de este estudio son acordes a este tipo de validación.

En el análisis de los puntajes, tanto en el escalar como en el bruto, para las dos muestras, se apreció que los valores de las medias fueron más altos en el grupo de deprimidos, en el P.E el valor de T fué estadísticamente significativo, lo que indica que la prueba evalúa de manera correcta el grado de depresión de acuerdo a sus puntuaciones.

En lo que respecta a los equivalentes psicológicos, afectivos y fisiológicos de la prueba, se observó que no existen diferencias significativas en ningún aspecto de la muestra total dividida por sexo, ya que no discrimina los diferentes síntomas depresivos en cualquiera de los tres equivalentes entre hombres y mujeres .

En el análisis por grupos de acuerdo a la combinación de los equivalentes, existe una ligera correlación entre ellos, lo cual permite observar que cada equivalente mide un rasgo diferente dentro del cuadro depresivo ,en el grupo de deprimidos y en el asintomático con respecto a las combinaciones de los equivalentes como afectivo-fisiológico, afectivo-psicológico y fisiológico-psicológico. En otras palabras, los reactivos de la prueba EAMD realmente miden de acuerdo a las subcategorías, la diferente sintomatología de la depresión como se indica en la página 98 en las relaciones de los síntomas de depresión con los temas de la EAMD en esta muestra.

Por último, la correlación de los tres equivalentes combinados , mostrò que todos los casos presentaron niveles de significancia de .00 lo cual indica que se correlacionan perfectamente.

Un aspecto que llama la atención en la muestra de pacientes supuestamente sanos o asintomáticos de la depresión , es que del total de mujeres (55%) el 7.2% presentò sintomatología depresiva conforme a la puntuación de la prueba, en tanto del total de hombres (45), el 24.4% presentò síntomas depresivos, lo que contradice a los datos resultantes de las investigaciones epidemiológicas disponibles, las que mencionan que existe una mayor incidencia de depresión en mujeres en una proporción de 2:1.

Puede concluirse que este estudio demostró que la EAMD es válida para la muestra ya descrita, sabiendo de antemano que es posible contar con un instrumento de diagnóstico válido y confiable que permite detectar con facilidad síntomas de depresión tanto en personas que acuden a un centro específico para su tratamiento como para personas "asintomáticas" .

Sería importante tomar en cuenta las aportaciones del presente estudio :

- 1) La validación y confiabilidad de la EAMD en su última versión, ya que con frecuencia es utilizada en clínicas , hospitales psiquiátricos, consultorios psicológicos y médicos, así como en estudios de campo y en investigaciones de diferentes índoles, así como también en estudios determinados para investigar los tratamientos antidepresivos.
- 2) La revisión bibliográfica existente para el marco teórico de la depresión, puede ser una guía fácil, accesible y rápida para estudiantes y profesionistas que estén interesados en conocer un panorama amplio de la depresión.

- 3) La investigación sobre la EAMD coadyuva al estudio de la estadística de la depresión, por ejemplo, la incidencia de la misma entre hombres y mujeres.
- 4) Permite la elaboración de estudios comparativos con otras pruebas diseñadas para diagnosticar la depresión

SUGERENCIAS

Se considera la posible eliminación del reactivo 8 ya que decrementa el coeficiente de confiabilidad de la prueba, por lo que se sugiere:

- a) Validar la prueba actual con la versión anterior para observar el comportamiento de los reactivos en general.
- b) Verificar que el cambio en la redacción de los reactivos no afecte la validez y la confiabilidad de la misma.
- c) Detectar que cada reactivo realmente midan diferentes rasgos de la depresión y coincidan con los de la versión actual.

También se sugiere el estandarizar la prueba a la nueva versión, ya que la una que se ha realizado es la de Lara Tapia (1976) con la versión anterior, para lo cual se debe tomar en cuenta, que la población mexicana en los últimos tiempos ha sufrido muchos cambios con el paso del tiempo.

LIMITACIONES

La limitación más importante de la tesis expuesta fue el número de pacientes deprimidos ya que no se contó, como en un inicio se planeaba obtenerla en una clínica psiquiátrica, con un lugar específico donde se pudiera obtener un mayor número de sujetos para la aplicación de la prueba.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA: _____

Por favor señale una respuesta de cada uno de los 20 elementos	Nada o Pocas Veces	Algunas Veces	Muchas Veces	La Mayoría de las Veces o Siempre
1. ¿ME SIENTO ABATIDO Y MELANCOLICO ?				
2. EN LA MAÑANA ME SIENTO MEJOR ?				
3. ¿TENGO ACCESOS DE LLANTO O DESEOS DE LLORAR ?				
4. ¿ME CUESTA TRABAJO DORMIRME EN LA NOCHE?				
5. ¿COMO IGUAL QUE ANTES SOLIA HACERLO ?				
6. ¿TODAVIA DISFRUTO DE LAS RELACIONES SEXUALES?				
7. ¿NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO?				
8. ¿TENGO MOLESTIAS DE CONSTIPACION?				
9. ¿EL CORAZON ME LATE MAS APRISA QUE DE COSTUMBRE?				
10. ¿ME CANSO SIN HACER NADA?				
11. ¿TENGO LA MENTE TAN CLARA COMO ANTES ?				
12. ¿ME RESULTA FACIL HACER LAS COSAS QUE ACOSTUMBRO?				
13. ¿ME SIENTO INTRANQUIL Y NO PUEDO MANTENERME QUIETO?				
14. ¿TENGO ESPERANZA EN EL FUTURO ?				
15. ¿ ESTOY MAS IRRITABLE DE LO USUAL?				
16. ¿ME RESULTA FACIL TOMAR DECISIONES?				
17. ¿ SIENTO QUE SOY UTIL Y NECESARIO ?				
18. ¿MI VIDA TIENE BASTANTE INTERES?				
19. ¿ CREO QUE LES HARIA UN FAVOR A LOS DEMAS MURIENDOME ?				
20. ¿ TODAVIA DISFRUTO CON LAS MISMAS COSAS ?				
				P.B

ANEXO 1. (ESCALA DE LA AUTOMEDICION DE LA DEPRESION DE ZUNG VERSION ANTERIOR)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ SEXO: _____ FECHA: _____
 EDAD: _____

Por favor señale una respuesta de cada uno de los 20 elementos	Nada o Pocas Veces	Algunas Veces	Muchas Veces	La Mayoría de las Veces o Siempre
1. ME SIENTO ABATIDO, DESANIMADO Y TRISTE	1	2	3	4
2. POR LA MAÑANA ES CUANDO MEJOR ME SIENTO	4	3	2	1
3. TENGO ATAQUES DE LLANTO O DESEO DE LLORAR	1	2	3	4
4. TENGO PROBLEMAS DE SUEÑO DURANTE LA NOCHE	1	2	3	4
5. COMO IGUAL QUE ANTES	4	3	2	1
6. DISFRUTO AL MIRAR, CONVERSAR Y ESTAR CON MUJERES/HOMBRES ATRACTIVOS	4	3	2	1
7. NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO	1	2	3	4
8. TENGO PROBLEMAS DE ESTREÑIMIENTO	1	2	3	4
9. MI CORAZÓN LATE MÁS RÁPIDO DE LO COSTUMBRADO	1	2	3	4
10. ME CANSO SIN MOTIVO	1	2	3	4
11. MI MENTE ESTA TAN DESPEJADA COMO SIEMPRE	4	3	2	1
12. ME RESULTA FACIL HACER TODO LO QUE SOLIA HACER	4	3	2	1
13. ME ENCUENTRO INTRANQUIL Y NO PUEDO ESTARME QUIETO	1	2	3	4
14. TENGO ESPERANZAS EN EL FUTURO	4	3	2	1
15. SOY MAS IRRITABLE QUE SIEMPRE	1	2	3	4
16. TOMO LAS DECISIONES FACILMENTE	4	3	2	1
17. SIENTO QUE SOY ÚTIL Y NECESARIO	4	3	2	1
18. SIENTO QUE MI VIDA ESTA LLENA	4	3	2	1
19. SIENTO QUE LOS DEMÁS ESTARIAN MEJOR SIN MI, SI ESTUVIESE MUERTO	1	2	3	4
20. SIGO DISFRUTANDO CON LO QUE HACIA	4	3	2	1

P.B. _____
 INDICE SDA _____

Indice de SDS	Significados Clínicos Equivalentes Globales
Debajo de 50	Dentro de lo normal, sin patología
50-59	Presencia de depresión mínima o ligera
60-69	Presencia de Depresión moderada o marcada
70 o mas	Presencia de depresión severa o extrema

Conversion de a Puntuacion Bruta el Indice de SDS									
Punt. Bruta	Indice SDS	Punt. Bruta	Indice SDS	Punt. Bruta	Indice SDS	Punt. Bruta	Indice SDS	Punt. Bruta	Indice SDS
20	25	32	40	44	55	56	70	68	85
21	26	33	41	45	56	57	71	69	86
22	28	34	43	46	58	58	73	70	88
23	29	35	44	47	59	59	74	71	89
24	30	36	45	48	60	60	75	72	90
25	31	37	46	49	61	61	76	73	91
26	33	38	48	50	63	62	78	74	92
27	34	39	49	51	64	63	79	75	94
28	35	40	50	52	65	64	80	76	95
29	36	41	51	53	66	65	81	77	96
30	38	42	53	54	68	66	83	78	98
31	39	43	54	55	69	67	84	79	99
								80	100

ANEXO 2. ESCALA DE LA AUTOMEDICION DE LA DEPRESION DE ZUNG. (ULTIMA VERSION)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA: _____

Por favor señale una respuesta de cada uno de los 20 elementos	Nada o Pocas Veces	Algunas Veces	Muchas Veces	La Mayoría de las Veces o Siempre
1. ME SIENTO ABATIDO, DESANIMADO, TRISTE				
2. POR LA MAÑANA ES CUANDO MEJOR ME SIENTO				
3. TENGO ATAQUES DE LLANTO O DESEO DE LLORAR				
4. TENGO PROBLEMAS DE SUEÑO DURANTE LA NOCHE				
5. COMO IGUAL QUE ANTES				
6. DISFRUTO AL MIRAR, CONVERSAR Y ESTAR CON MUJERES/HOMBRES ATRACTIVOS				
7. NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO				
8. TENGO PROBLEMAS DE ESTREÑIMIENTO				
9. MI CORAZON LATE MAS RAPIDO DE LO ACOSTUMBRADO				
10. ME CANSO SIN MOTIVO				
11. MI MENTE ESTA TAN DESPEJADA COMO SIEMPRE				
12. ME RESULTA FACIL HACER TODO LO QUE SOLIA HACER				
13. ME ENCUENTRO INTRANQUILO Y NO PUEDO ESTARME QUIETO				
14. TENGO ESPERANZAS EN EL FUTURO				
15. SOY MAS IRRITABLE QUE DE COSTUMBRE				
16. TOMO LAS DECISIONES FACILMENTE				
17. SIENTO QUE SOY UTIL Y NECESARIO				
18. SIENTO QUE MI VIDA ESTA LLENA				
19. SIENTO QUE LOS DEMAS ESTARIAN MEJOR SIN MI, SI ESTUVIESE MUERTO				
20. SIGO DISFRUTANDO CON LO QUE HACIA				
				P.B
				INDICE SOA

ANEXO 3. ESCALA DE LA AUTOMEDICION DE LA DEPRESION DE ZUNG (VERSION UTILIZADA PARA ESTE ESTUDIO)

BIBLIOGRAFIA

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: (1993): Diagnostic and Sattistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition (DSM-IV). Washington,D.C:34-93.
2. .ANASTASI,A(1971): Tests Psicológicos. Ed.Aguilar, Madrid
3. ANGST J.(1992): Epidemiología de los transtornos afectivos,Salud Mental 15(2):1-5
4. BALDERAS,A.(1986): Un estudio exploratoto a través de la Escala de Zung a pacientes de consulta externa en el Centro Comunitario de la Facultad de Psicología, UNAM.Fac. de Psicología.
5. BECH,P.(1994): Uso adecuado de Escalas de Evaluación en la Depresión.Focus on Depression,Hillerod.
6. BECK A (1976): Diagnóstico y tratamiento de la Depresión. Merck, Sharp & Dohme International, Filadelfia.
7. BECK A,Ward C,Mendelson M.(1961): An inventory for measuring depression.Arch.Gen . Psy. 4:351-363.
8. BERGER,H Gosker,C.E.(1995):Depression in independently living elderly: A sutdy with the Zung-12.Tijdschrift voor Gerontologie an Geratrie.Vol 25(4).157-162.
9. BOXER N.F. FEIGNER J.P. (1991): Nosología de los años 1990: Una actualización sobre los procesos diagnósticos y su aplicación a los transtornos depresivos. Perspectivas en Psiquiatría, Vol 2. Wiley & Sons, England.
- 10.BROWN,F.G.(1980): Principios de la Medición en Psicología y Educación.Ed. Manual Moderno,México:151-201.
- 11.CALDERON G. (1985): Depresión.Causas . Manifestaciones y Tratamiento.Ed. Trillas.México
- 12.CALDERON G.(1987): La depresión . un problema de salud pública en aumento.Psiquiatría, 3 (2): 99-105.
- 13.CALDERON , G.(1992): Cuestionario Clínico para el diagnóstico de los cuadros depresivos.Revista Médica dellMSS, 30(5/6):377-380.

14. COLIN R. (1994): Terapia Electroconvulsiva con pulsos breves: relación entre dosis y tiempo. Psiquiatría, 2a Epoca, 10(1): 15-23.
15. COROCORAN, K, FISHER, J. (1987): Measures for clinical practice. the Free Press, New York.
16. CORTES, J.; BERLANGA C. (1991): Adaptación y Validación de la Escala de Depresión de Carroll en Español. Anales del IMP. Vol 2(40-46).
17. CAMACHO, C. D. (1987): Depresión en una muestra de alto riesgo. revisión de la escala EAMD. UNAM Fac. de Psicología .60-66
18. CRONBACH, L. J. (1972): Fundamentos de la Exploración Psicológica. De. Biblioteca Nueva, Madrid.
19. DE LA FUENTE R. (1994): Psicología Médica., Fondo de Cultura Económica, México: 438-447.
20. DE LA FUENTE R. (1992): El futuro de la investigación en farmacoterapia. Salud Mental, 15 (3): 1-7.
21. FEIGHNER, J. D. (1991): Diagnóstico de la depresión. ed. John Wiley & Sons, Chichester.
22. FRANK E, JOHNSON S, KUPFER D. (1991): Tratamientos psicológicos en la prevención de la recaída depresiva. Perspectivas en Psiquiatría, Vol 3. Wiley & Sons, England.
23. FUENTENEGRO F Vazquez C. (1990): Psicología Médica. Psicopatología y Psiquiatría . Mc Graw Hill, Madrid: 1215-1236.
24. GARCIA FONSECA L, Ortega H, Ontiveros M, Cortes J. (1991): La incidencia de la depresión en el postparto. Anales del IMP 54-59.
25. GOLDMAN H. (1994): Psiquiatría General. Manual Moderno, México: 291-309.
26. GORJON, S. (1995): Psicoterapia de la Depresión. Psiquiatría, 2a Epoca. 11 (3): 84-93.
27. HALE, A. (1993): New Antidepressants: Use in high risk patients, J. Clin. Psy. 54 (8): 61-70.
28. HAMILTON, M. (1987): Assesment os Psychopatology.. John Wiley & Sons , Chichester, 1-18.

29. HAINZE, G., Bertanga C, Junco, G. (1989). La eficacia antidepressiva y la intolerancia del moclobemide, un inhibidor reversible de la monoaminooxidasa. Salud Mental, 12 (4): 17-22.
30. HIRSCHFELD, R M. (1992): Depresión: Aspectos Diagnósticos. Focus on Depression. Vol 2 (1): 19-22
31. HICKIE, C. Snowdon, J. (1987): Depression Scales for elderly. Clinical Gerontologist. Vol 6(3), 51-53. Sydney.
32. INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA (1993): Tratamiento farmacológico para el trastorno depresivo mayor. Información clínica , 4 (5): 28-30.
33. INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA Y DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA DE LA S.S.A. (1988) . Encuesta Nacional de la Salud. México.
34. KAPLAN H, Sacodk B. (1993). Compendio de Psiquiatría. Salvat Editores. México: 246-271.
35. KEENAN, P.A, Lindamer, L:A: (1992): Psychological Aspects of premenstrual Syndrom. utility of standarized measures. Psychoneuroendocrinology. Vol 17(2-3). 189-194.
36. KERLINGER, F.N. (1988): Investigación del comportamiento. Ed. Mc. Graw Hill, México.
37. KITAMURA, T. (1995): Temporal variation of validity of self-rating questionnaires: Repeated use of the General Health Questionnaire and Zung's Self-Rating Scale among women during antenatal and postnatal periods. Acta Psychiatrica Scandinava. Vol (90 (6). 446-450.
38. LANSIK M, BECKMAN H. (1991). Aspectos Históricos de los transtornos afectivos. Perspectivas en Psiquiatría. Vol 3. John Wiley & Sons . England.
39. LUCIO, G.E. (1995): Manual para la administración y calificación del MMPI-2, versión en español. Fac. de Psicología. UNAM
40. MAGNUSSON, D. (1972): Teoría de los Tests. Ed. Trillas, México.
41. MANSON, S.M; Ackerson, L.M. (1990). Depressive Symptoms Among American Indian Adolescents. Psychometric Characteristics of the Center for Epidemiologic Studies Depresison Scale (CES-D). Journal of consulting an Clinical Psychology. Vol 2 (3). 231-237.

42. MC, CANN, J.T. (1991): Convergent and Discriminant Validity of the MCMI-II and MMPI Personality Disorder Scales. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol 3 (1): 55-59.
43. MEDINA MORA M.E, Padilla G.P. y Cols (1985): Prevalencia de los trastornos mentales y factores de riesgo en una población de la práctica médica general. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, Vol (31): 53-61.
44. MONTGOMERY S, Montgomery D. (1991): Tratamiento profiláctico de la depresión unipolar recurrenente. Perspectivas en Psiquiatría, Vol (3) John Wiley & Sons, England. 65-63.
45. NELSON, L.D., Cicciety, D. (1991): Validity of the MMPI Depression Scale for out patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol 3 (1): 55-59.
46. NUNNALLY J.M. (1970): Introducción a la medición psicológica. De. Paidós. Buenos Aires.
47. NUNNALLY J.M. (1990): Teoría Psicométrica. Mc Graw Hill, New York.
48. PALACIOS, M.H. (1994): Análisis de la Capacidad Discriminativa del MMPI-II: Comparación de perfiles de pacientes psiquiátricos y estudiantes universitarios. Fac. de Psicología. 24-32.
49. PATIÑO J.L. (1976). Concepto y delimitación de los fenómenos depresivos. 26 Lecciones de Psiquiatría Clínica. Salvat Editores: 199-217.
50. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1992): La CIE-10: Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: 141-166.
51. PLETSCHER A. (1991): EL descubrimiento de los antidepresivos: Un sendero tortuoso. Focus on Depression.
52. PORTALES C, Pinedo R, Heinze G, Gamiochipi A. (1994): Identificación de factores psicosociales y psicopatológicos asociados a la respuesta rápida a placebo en pacientes deprimidos. Psiquiatría, 10 (1): 8-14.
53. THORNDIKE, R.L. (1970): Tests y Técnicas de Medición en Psicología y educación. De Trillas, México.
54. VALENCIA, G.M.R. (1996): Detección de perfiles de sujetos simuladores y sujetos honestos a través de las escalas del MMPI-II. UNAM. Fac. de Psicología

55. ZUNG, W.W.K. (1964): A self-rating Depression Scale; Arch, Gen. Psychiat, Vol 12:63-70
56. ZUNG, W.W.K. (1967): Depression in the normal aged. Psychosomatics. Vol 8. 287-292.
57. ZUNG, W.W.K. (1967): Factors influencing the self-rating depression scale. Arch, Gen, Psychiat. Vol 16. 543-547.
58. ZUNG, W.W.K. (1972): The depression status inventory and adjust to the self rating depression scale. J. Clin. Psychology. Vol 28. 543-559.