

17241

36

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

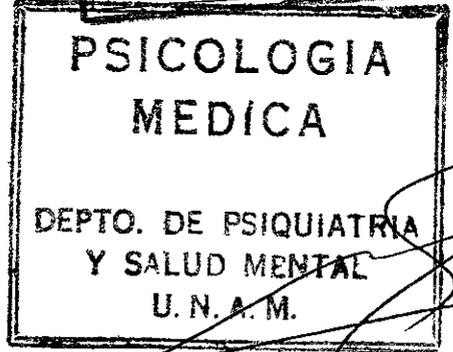
FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

TÉSIS PARA OBTENER EL DIPLOMA COMO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

"EL MODELO DE AFECTIVIDAD POSITIVA Y NEGATIVA DE WATSON Y CLARK EN RELACIÓN CON LA INTERFASE ANSIEDAD-DEPRESIÓN"

Nombre del alumno: DRA. MARÍA PATRICIA LIZARRAGA MEDINA



TUTORES

[Handwritten signature of Rogelio Apiquián Guitart]

Dr Rogelio Apiquián Guitart.
(Metodológico) Vo. Bo.

[Handwritten signature of Humberto Nicolini Sánchez]

Dr Humberto Nicolini Sánchez.
(Teórico)

[Handwritten signature of Alejandro Diaz Martinez]
Dr. Alejandro Diaz Martinez 2000

278101



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INSTITUCIONES PARTICIPANTES:

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
División de Investigaciones Clínicas. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

INDICE.

1.	Resumen.	1
2.	Marco teórico.	2
3.	Justificación.	8
4.	Planteamiento del problema.	9
5.	Objetivos.	
6.	Metodología.	10
6.1	Diseño.	
6.2	Universo y muestra.	
6.3	Criterios de selección.	11
6.4	Variables e instrumentos.	12
6.4.1	Diagnóstico psiquiátrico.	
6.4.2	Escala de afectividad positiva y negativa.	14
6.4.3	Escala de depresión y ansiedad de Beck.	16
6.5	Procedimiento.	17
6.6	Análisis estadístico.	

7.	Resultados.	18
7.1	Distribución diagnóstica y variables clínicas.	
7.2	Perfil de afecto positivo y negativo en la muestra total.	21
7.3	Correlaciones bivariadas.	
7.4	Contrastes bivariados.	22
7.5	Análisis multivariado.	24
8.	Discusión.	25
9.	Bibliografía.	29

1. RESUMEN.

El presente estudio nos habla de la relación existente entre el modelo de afectividad positiva y negativa de Watson y Clark, con la interfase ansiedad-depresión.

Los trastornos del estado de ánimo incluyen los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. El trastorno mixto por ansiedad-depresión no ha sido aceptado como categoría diagnóstica en el DSM-IV, siendo el CIE-10 el que sí lo considera como categoría diagnóstica. Por lo que nos dimos a la tarea de investigar la relación existente entre estos dos tipos de afecto en sus formas puras y con sus síndromes asociados. El objetivo fue, determinar la distribución diagnóstica de un grupo de pacientes que su queja principal fueran síntomas de ansiedad o depresión, determinar niveles de afectividad positiva entre estos pacientes, así como en sus formas comórbidas y el trastorno mixto, ansiedad-depresión, comparar los niveles de afectividad positiva y negativa entre estos mismos pacientes y correlacionar en forma bivariada y multivariada estos dos niveles de afecto con la severidad de síntomas ansiosos y depresivos.

Se evaluaron 292 pacientes que acudieron a la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, con una queja sintomática primaria de depresión o ansiedad, ambos sexos, que sabían leer y escribir y aceptaron participar en el estudio, se les aplicó la entrevista semiestructurada (SCID), y se les dio el instrumento de Beck y PANAS para su llenado. Se procedió a la realización del análisis estadístico, con resultados conforme a lo esperado.

2. MARCO TEÓRICO

La visión de Clark y Watson (1), reconsidera el asunto de la interacción entre la depresión y la ansiedad y extiende su visión a 5 posibilidades. Ellos afirman que la relación entre ansiedad y depresión ha sido vista como:

- a) diferentes puntos a lo largo de un mismo continuo.
- b) manifestaciones alternativas de una diátesis subyacente común.
- c) síndromes heterogéneos que están asociados porque tienen subtipos compartidos.
- d) fenómenos separados, cada uno de los cuales puede derivar en el otro a lo largo del tiempo.
- e) fenómenos distintos empírica y conceptualmente.

La Asociación Psiquiátrica Americana comparte predominantemente la visión categórica del punto (e), aunque le pudieran ser compatibles los puntos (c.) y (d). Sin embargo, aunque la visión dimensional vertida en los puntos (a) y (b) cuenta con una amplia investigación que la sustenta, no ha sido aceptada como categoría, y el TMAD sólo es considerado como una categoría que amerita ser evaluada en la última versión del DSMIV (2).

Parece ser claro que la aceptación de la categoría del TMAD en la CIE 10 y no en el DSMIV se debe a el peso que dio una, y no la otra, a la evidencia acumulada, sobre todo en la tradición de metodologías más cercanas a la psicología clínica, que a la visión, un poco restringida del categoricismo psiquiátrico norteamericano (2,12).

Para Clark (3), existe suficiente evidencia dimensional en las posturas (a) y (b) como para aceptar la inclusión de una o más nuevas categorías diagnósticas bajo el rubro de TMAD. Esta afirmación es hecha después de un extensivo análisis del comportamiento psicométrico de las escalas de autoevaluación y las de evaluación por el clínico, tanto en ansiedad como en depresión.

Existen dos niveles en los que se centran los instrumentos de evaluación: en la medición propia del afecto (ansioso o depresivo) y en los síndromes asociados a los trastornos del afecto (depresión mayor, distimia, pánico o ansiedad generalizada).

Los ánimos ansioso y depresivo son el núcleo que define a sus trastornos correspondientes y algunas mediciones se concentran en ellos en forma específica. Sin embargo, la mayor parte de las mediciones que se utilizan continuamente en la clínica, se relacionan más con la severidad de aspectos sindromáticos relacionados con trastornos mentales particulares.

La mayor parte de los instrumentos a los que nos referimos son de índole dimensional y, aunque se han asignado muchas veces puntos de corte para “diagnosticar” entidades clínicas, esta práctica ha sido ampliamente criticada y se convierte en inútil con el advenimiento de los sistemas categóricos de clasificación como los DSM y las recientes clasificaciones internacionales (CIE-10) (4).

En el análisis psicométrico de los instrumentos que se mencionan, se tiene que tomar en cuenta la validez discriminante (entre-afectos) así como la validez convergente (dentro de los afectos), con lo que se puede llegar a percibir el panorama de interacción entre ansiedad y depresión desde la perspectiva de las formas que se han diseñado para evaluar ambas dimensiones.

En la amplia revisión de Clark y Watson (3) se presenta el análisis correlacional de los instrumentos y se encontró que una gran cantidad de estudios proveen evidencia consistente que permite suponer, que bajo condiciones óptimas, la convergencia entre las escalas confiables de depresión promedia alrededor de 0.80 para las escalas de aplicación por el clínico y de 0.70 entre las de autoevaluación con respecto a las del clínico. Las condiciones óptimas se refieren a encuestadores calificados, acceso a fuentes de información adecuados, criterios bien definidos y medición de un rango apropiado de sintomatología. No se encontraron diferencias sistemáticas entre muestras de pacientes y poblaciones no enfermas entre los tipos de escalas.

Los datos relacionados con la ansiedad son más escasos y menos consistentes si se comparan con los obtenidos en depresión. Aunque la convergencia entre las escalas de autoevaluación es similar a la obtenida en depresión, la convergencia entre la autoevaluación y la evaluación por el clínico fue inferior a la obtenida en depresión.

Los niveles de validez discriminante son afectados por diversos parámetros. Primero, existe sólo una modesta validez discriminante entre las medidas de autoevaluación de la sintomatología ansiosa y depresiva en muestras de sujetos sin enfermedad, por lo que un factor más general, que ha sido llamado “afectividad negativa” (AN) explica la mayor parte de la variación en las calificaciones confiables. En contraste, un grado moderado de diferenciación sí puede encontrarse en las muestras de pacientes. Esta diferenciación incrementada en muestras de pacientes es consistente con los hallazgos de Hiller y cols (5), quienes encontraron que la sobreposición entre síntomas ansiosos y depresivos disminuía a medida que la severidad de la psicopatología aumentaba. A pesar de esto, es importante reconocer que incluso en muestras de pacientes, los autoreportes de ansiedad y depresión típicamente nos brindan más información sobre el nivel general de insatisfacción que sobre la severidad específica de los síntomas ansiosos o depresivos. En segundo lugar, los instrumentos varían en cuanto a sus patrones de validez convergente y discriminante. Aparentemente dos instrumentos tienen los mejores patrones correlacionales diferenciales, tanto en muestras generales como en pacientes, los inventarios de Beck (6) y las escalas de Costello-Comrey (7). Definitivamente se necesita mayor información para corroborar este dato.

La validez convergente y discriminante de las escalas de evaluación por el clínico varía, de ser muy mala (como con las escalas originales de Hamilton) a muy buena (con los instrumentos que conceptualizan a la depresión en términos de una falta de placer o interés, es decir afectividad positiva baja). Otros datos apoyan también esta visión y serán revisados posteriormente (8).

En la mayor parte de los estudios, los coeficientes de discriminación se ubican alrededor del 0.40, un nivel de correlación que sugiere, tanto una sobreposición significativa como una diferenciación substancial entre los dos síndromes. Estos datos indican que los síndromes ansiosos y depresivos comparten un componente no específico de insatisfacción afectiva generalizada pero que también pueden ser diferenciados en forma sensata sobre la base de uno o más factores distintivos. Así pues, se necesitan dos o más constructos para explicar los datos correlacionales de los fenómenos ansiosos y depresivos, tanto a nivel del afecto como a nivel sindromático: uno, el factor general específico, que es el ya mencionado de afectividad negativa (AN) y uno o más factores que sirvan para diferenciarlos.

A partir de esta postura, surgen algunas consideraciones sobre los factores específicos que explican la diferenciación entre depresión y la ansiedad. Es un hecho, que debe irse más allá de los datos correlacionales obtenidos y discutidos anteriormente. Un segundo punto es el discriminar el nivel de disfuncionalidad o sufrimiento al que las medidas de autoreporte empiezan a dar un grado aceptable de discriminación. Se ha visto que las poblaciones médicas (no psiquiátricas) califican significativamente más alto que muestras poblacionales abiertas y menor que en muestras psiquiátricas tanto en ansiedad como en depresión (9) y se sabe que los síntomas afectivos mixtos son especialmente frecuentes en esta población (3). La pregunta es a quien se parecen más los pacientes médicamente enfermos, a los psiquiátricos o a los síntomas distribuidos en la población abierta.

Si se acepta esta visión basada en sólo dos factores, existe la posibilidad de que todos los pacientes, ansiosos o deprimidos, tengan una elevación en el factor general, y la elevación de uno y solo un factor determina la presentación del cuadro clínico. En este caso la ansiedad y la depresión serían mejor explicadas como trastornos distintos que comparten los mismos síntomas. Sin embargo, visiones alternas serían que algunos pacientes pueden tener sólo el factor general elevado, mientras que otros pueden mostrar elevaciones en el resto de los factores posibles. Ante este caso, la complejidad de la relación entre ansiedad y depresión requeriría de un síntoma diagnóstico más novedoso y más diversificado. Por ejemplo, los pacientes con una elevación exclusiva en el factor general de sufrimiento, se les pudiera asignar un diagnóstico de trastorno afectivo generalizado, una categoría que sería especialmente útil en poblaciones médicas generales (10). Si los pacientes muestran elevación en todos los factores recibirían cualquiera de dos diagnósticos, depresión mayor con pánico o con ansiedad generalizada, dependiendo de los patrones de ansiedad que presenten, o bien un diagnóstico específico de TMAD, el cual estaría justificado si se encuentra que son clínicamente diferenciables de la combinación de trastornos.

A partir de una revisión exhaustiva de diversos trabajos que exploraron factorialmente las escalas clínicas o de autoreporte, Clark y Watson (11) encontraron factores separados para ansiedad y depresión, y más raramente un factor bipolar único (ansiedad-depresión).

Con base en esta información, los autores (1) llegaron a la conclusión de que existen tres factores que explican la relación entre ansiedad y depresión: 1) un factor neurótico general, que incluye sentimientos de inferioridad y rechazo, hipersensibilidad a la crítica, incomodidad social y en algunos casos ánimo ansioso y deprimido; 2) un factor específico de ansiedad, que se centra en los sentimientos de tensión, nerviosismo, temblor o pánico y 3) un factor específico de depresión que incluye pérdida de interés o placer, anorexia, llanto fácil, y algunas veces, desesperanza, soledad, ideación suicida y ánimo deprimido. Este factor parece correlacionar con la AP al reflejar la falta de energía que caracteriza el extremo más bajo de esta dimensión.

3. JUSTIFICACIÓN.

La ansiedad y la depresión se interrelacionan en una forma compleja (14). Las clasificaciones utilizadas en psiquiatría han demostrado la gran cantidad de sujetos en los que los trastornos ansioso y depresivos se presentan en forma comórbida (15,21). Nuevos problemas plantea el hecho de que la nueva categoría propuesta, el trastorno mixto por ansiedad y depresión sea aceptada en las clasificaciones internacionales vigentes.

Watson y Clark (1) a travez del análisis psicométrico del comportamiento de la ansiedad y depresión llegan a la conclusión de que dos grandes dimensiones, el afecto positivo y el negativo, pueden ayudar a explicar la predominancia de síntomas ansiosos y depresivos en cada sujeto.

Con base en esta información, los autores (1) llegaron a la conclusión de que existen tres factores que explican la relación entre ansiedad y depresión: 1) un factor neurótico general, que incluye sentimientos de inferioridad y rechazo, hipersensibilidad a la crítica, incomodidad social y en algunos casos ánimo ansioso y deprimido; 2) un factor específico de ansiedad, que se centra en los sentimientos de tensión, nerviosismo, temblor o pánico y 3) un factor específico de depresión que incluye pérdida de interés o placer, anorexia, llanto fácil, y algunas veces, desesperanza, soledad, ideación suicida y ánimo deprimido. Este factor parece correlacionar con la AP al reflejar la falta de energía que caracteriza el extremo más bajo de esta dimensión.

3. JUSTIFICACIÓN.

La ansiedad y la depresión se interrelacionan en una forma compleja (14). Las clasificaciones utilizadas en psiquiatría han demostrado la gran cantidad de sujetos en los que los trastornos ansioso y depresivos se presentan en forma comórbida (15,21). Nuevos problemas plantea el hecho de que la nueva categoría propuesta, el trastorno mixto por ansiedad y depresión sea aceptada en las clasificaciones internacionales vigentes.

Watson y Clark (1) a travez del análisis psicométrico del comportamiento de la ansiedad y depresión llegan a la conclusión de que dos grandes dimensiones, el afecto positivo y el negativo, pueden ayudar a explicar la predominancia de síntomas ansiosos y depresivos en cada sujeto.

Sin embargo, en la literatura no se documentó ningún artículo que probara directamente si el comportamiento de estas dimensiones realmente se comporten de manera diferenciada entre las formas puras, las formas comórbidas y el trastorno mixto por ansiedad y depresión (16,22,23). Esta es la tarea que se planteó en esta investigación.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la diferencia en los niveles de afectividad positiva y negativa entre los pacientes con trastorno mixto por ansiedad y depresión, con depresión mayor solamente, con trastornos por ansiedad solamente y con formas comórbidas de trastornos ansiosos y depresivos?.

5. OBJETIVOS

- 1.- Determinar la distribución diagnóstica de un grupo de pacientes cuya queja principal fueron síntomas de ansiedad o depresión.

- 2.- Determinar los niveles de afectividad positiva y negativa entre pacientes con depresión mayor pura, trastornos por ansiedad puros, formas comórbidas y trastorno mixto de ansiedad y depresión.

Sin embargo, en la literatura no se documentó ningún artículo que probara directamente si el comportamiento de estas dimensiones realmente se comporten de manera diferenciada entre las formas puras, las formas comórbidas y el trastorno mixto por ansiedad y depresión (16,22,23). Esta es la tarea que se planteó en esta investigación.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la diferencia en los niveles de afectividad positiva y negativa entre los pacientes con trastorno mixto por ansiedad y depresión, con depresión mayor solamente, con trastornos por ansiedad solamente y con formas comórbidas de trastornos ansiosos y depresivos?

5. OBJETIVOS

- 1.- Determinar la distribución diagnóstica de un grupo de pacientes cuya queja principal fueron síntomas de ansiedad o depresión.

- 2.- Determinar los niveles de afectividad positiva y negativa entre pacientes con depresión mayor pura, trastornos por ansiedad puros, formas comórbidas y trastorno mixto de ansiedad y depresión.

Sin embargo, en la literatura no se documentó ningún artículo que probara directamente si el comportamiento de estas dimensiones realmente se comporten de manera diferenciada entre las formas puras, las formas comórbidas y el trastorno mixto por ansiedad y depresión (16,22,23). Esta es la tarea que se planteó en esta investigación.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la diferencia en los niveles de afectividad positiva y negativa entre los pacientes con trastorno mixto por ansiedad y depresión, con depresión mayor solamente, con trastornos por ansiedad solamente y con formas comórbidas de trastornos ansiosos y depresivos?.

5. OBJETIVOS

- 1.- Determinar la distribución diagnóstica de un grupo de pacientes cuya queja principal fueron síntomas de ansiedad o depresión.

- 2.- Determinar los niveles de afectividad positiva y negativa entre pacientes con depresión mayor pura, trastornos por ansiedad puros, formas comórbidas y trastorno mixto de ansiedad y depresión.

3.- Comparar los niveles de afectividad positiva y negativa entre pacientes con depresión mayor pura, trastornos por ansiedad puros, formas comórbidas y trastorno mixto de ansiedad y depresión.

4.- Correlacionar en forma bivariada y multivariada los niveles de afectividad positiva y negativa con la severidad de síntomas ansiosos y depresivos.

6. METODOLOGÍA

6.1. Diseño

Se realizó un escrutinio transversal.

6.2. Universo y muestra

Se evaluaron 292 sujetos que acudieron en forma consecutiva a la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez con una queja sintomática primaria de depresión o ansiedad.

3.- Comparar los niveles de afectividad positiva y negativa entre pacientes con depresión mayor pura, trastornos por ansiedad puros, formas comórbidas y trastorno mixto de ansiedad y depresión.

4.- Correlacionar en forma bivariada y multivariada los niveles de afectividad positiva y negativa con la severidad de síntomas ansiosos y depresivos.

6. METODOLOGÍA

6.1. Diseño

Se realizó un escrutinio transversal.

6.2. Universo y muestra

Se evaluaron 292 sujetos que acudieron en forma consecutiva a la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez con una queja sintomática primaria de depresión o ansiedad.

6.3. Criterios de selección

*** Inclusión.**

- 1) Pacientes que portaron síntomas de ansiedad o depresión o ambos que ameritaron tratamiento.
- 2) Ambos sexos.
- 3) Que sabían leer y escribir.
- 4) Que aceptaron participar en el estudio.

*** Exclusión**

- 1) Quienes presentaron algún trastorno psicótico primario, trastorno por abuso de alcohol o drogas.

6.4 VARIABLES E INSTRUMENTOS

6.4.1 DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO.

Se estableció el diagnóstico usando la entrevista semiestructurada para el DSM-III-R, (SCID). Se aplicaron únicamente las secciones de ansiedad y depresión. Los casos que se calificaron como depresión no específica y ansiedad no específica recibieron una sección adaptada de los criterios del DSM-IV (2) para el trastorno mixto de ansiedad y depresión.

La entrevista clínica estructurada para el DSM-III-R (SCID), es una entrevista semiestructurada para hacer los principales diagnósticos del eje I y el eje II. La aplica un clínico o profesional de la salud mental que esté familiarizado con la clasificación y los criterios diagnóstico del DSM-III-R; en este estudio únicamente se utilizó para hacer diagnóstico del Eje I, y solo las secciones de ansiedad y depresión, con una sección adaptada para el trastorno mixto ansiedad depresión.

Primeramente se hace una entrevista típica y posteriormente se usa una parte del SCID para confirmar y documentar los diagnósticos presunciales del DSM-III-R, en este estudio solo consideramos los siguientes diagnósticos: depresión mayor, distimia, trastorno de pánico, agorafobia sin pánico, fobia social, fobia simple trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por ansiedad generalizada y trastorno mixto por ansiedad-depresión.

Al inicio, el entrevistador hace una revisión general de la enfermedad actual y de los antecedentes psiquiátricos, esta sección se termina cuando se tenga suficiente información para formular un diagnóstico tentativo. La entrevista contiene muchas preguntas abiertas, y las secuencias de las preguntas está diseñada para seguir el proceso de diagnóstico diferencial.

Se realizan preguntas sobre la cronología de la enfermedad que incluye edad de inicio, presencia o ausencia de síntomas en el mes pasado, y el porcentaje de tiempo durante los últimos 5 años. Nosotros tomamos en cuenta el último mes, y a lo largo de la vida, a excepción de la distimia ya que el SCID lo considera como episodio actual.

Cada sección del SCID está compuesto por varias preguntas que nos indica si se encuentra presente cierto criterio diagnóstico, y cada pregunta se califica con los siguientes códigos: ? (información inadecuada), 1 (ausente o falso), 2 (subclínico), 3 (presente o verdadero). Lo que se califica es en que medida la respuesta llena el criterio diagnóstico y no la respuesta a la pregunta, por lo que el juicio clínico corre a cargo del entrevistador, para saber si el criterio ha sido cumplido(19).

6.4.2 ESCALA DE AFECTIVIDAD POSITIVA Y NEGATIVA (PANAS).

Es un instrumento de autoaplicación que consta de 20 reactivos que describen diferentes sentimientos y emociones; incluye 2 dimensiones, para cada tipo de afecto. El instrumento puede aplicarse para diferentes periodos de tiempo y para el sentimiento “en general” del sujeto, asumiendo que este ultimo capta un rasgo de afectividad. En este Instrumento el sujeto de acuerdo al tiempo, responde como se ha sentido en las últimas semanas y generalmente.

Las dos dimensiones primarias del afecto que mide este instrumento es, la Afectividad Positiva (AP), y la Afectividad Negativa (AN).

La AP se refleja en la persona por medio de entusiasmo, actividad, el estar alerta; en contraste con la AN que se caracteriza por ser subjetiva, representado por un estado de angustia y displacer.

Existen 10 descriptores para cada tipo de afecto dando un total de 20, que son los reactivos a los que responde el paciente; para la AP son los siguientes: estar atento, motivado, alerta, emocionado, entusiasmado, inspirado, orgulloso, decidido, firme, activo; y en la AN: angustia, enojo, desprecio, temor, culpa, nerviosismo, inseguridad, verguenza, rechazo, y molestia.

A cada reactivo se le da una calificación que va del 1 al 5, en donde el número 1 corresponde a si se presenta muy poco o nada tal sentimiento o emoción, 2 = algo, 3 = moderadamente, 4 = bastante y 5 = extremadamente.

La elevación de los resultados de la AP nos habla de un estado de gran energía, aumento en la concentración y el placer, y la disminución de estos en el mismo tipo de afecto (AP) indica tristeza y letargo.

La elevación en los resultados de la AN indica angustia, nerviosismo, miedo, y displacer, y una disminución en los resultados nos indica un estado de calma y serenidad.

La predominancia de la AP o la AN, nos habla de personalidad extrovertida o ansiosa respectivamente, rasgos de depresión en la disminución de la AP y rasgos de ansiedad en el aumento de la AN.

Esta escala fue validada por Watson y Clark, y la traducción y evaluación de validez y confiabilidad del instrumento está en curas en el Instituto Mexicano de Psiquiatría (1,8,13).

6.4.3 ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE BECK.

El inventario de depresión y ansiedad de Beck, fue diseñado para medir el grado de depresión y ansiedad independientemente del diagnóstico psiquiátrico.

El inventario de depresión de Beck consta de 21 reactivos autoaplicables que evalúan el mismo número de categorías sintomático-conductuales; los primeros 14 reactivos se han conocido como evaluadores de síntomas afectivo-cognitivos, y los 7 restantes de síntomas vegetativo-somáticos. Cada reactivo consiste en una serie de enunciados en diferentes grados de un mismo rubro sintomático, se pide al paciente que seleccione lo que se acerque más a su condición en el momento de la evaluación, los valores numéricos de 0 a 3 son asignados a cada enunciado, 0 = ausente, 3 = síntoma severo o persistente. El resultado total se obtiene de la suma de los 21 reactivos, siendo el rango de 0 a 63. Como lo define Beck, un registro de 21 - 30 indica depresión moderada, y el registro de más de 30, depresión severa.

El inventario de ansiedad de Beck consta de 21 reactivos autoaplicables, el paciente califica cada uno de los reactivos dependiendo de la severidad en que se presente el síntoma y solo indicándolo con una cruz y una sola aseveración, los valores de cada enunciado son los siguientes: nada, ligeramente (sin molestias significantes), moderadamente (muy desagradable pero soportable), severamente (casi insoportable); tomándose en cuenta los síntomas severos para la presencia del diagnóstico.

Los primeros estudios de validez fueron publicados por Beck y cols en 1961, y actualmente su validez y confiabilidad han sido establecido en castellano (17,18,20).

6.5 Procedimiento

El investigador principal registró a todos los pacientes que fueron recibidos en la consulta externa del HPFBA, y una vez descartados los criterios de exclusión, se procedió a la aplicación del SCID, y posteriormente se dio al paciente para su llenado los instrumentos de Beck y el PANAS.

6.6. Análisis Estadístico

Se procedió en primer término a la descripción de variables categóricas con frecuencias y de continuas con media y desviación estándar. Como pruebas de hipótesis se utilizaron pruebas T de student para contrastes de medias con ajuste para varianzas desiguales cuando era el caso y chi cuadrada para contrastes nominales. Como prueba de correlación se utilizó la de Pearson. Se llevó a cabo un analisis de regresión multiple utilizando como predictor a los síntomas ansiosos y depresivos y como predictores al afecto positivo y negativo.

7. RESULTADOS.

Se estudiaron un total de 292 sujetos, de los cuales 94 (32.2%) eran del sexo masculino y 198 (67.8%) del femenino. La edad promedio de la muestra fue 33.3 ± 9.8 (rango 18 a 54) años. En cuanto al estatus de pareja, 153 sujetos (52.4%) reportaron no tener pareja mientras 139 (47.6%) sí la tenían.

En cuanto a la distribución de ocupaciones, se presentan a continuación: a) sin ocupación 38 (13%), b) estudiantes 12 (4.1%), c) hogar 86 (29.5%), d) empleado no profesional 123 (42.2%) y e) Profesionistas 33 (11.3%).

7.1. Distribución diagnóstica y variables clínicas

De los 292 sujetos que se estudiaron porque presentaron alguna queja de ansiedad y depresión, a continuación se presentan los diagnósticos obtenidos a través del SCID, tanto en términos de episodio actual como a lo largo de la vida. Se presenta la presencia o ausencia de cada condición sin tomar en cuenta la comorbilidad.

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS EN EPISODIO ACTUAL Y A LO LARGO DE LA VIDA.

TRASTORNOS	EPISODIO ACTUAL		A LO LARGO DE LA VIDA	
	PRESENTE n(%)	AUSENTE n(%)	PRESENTE n(%)	AUSENTE n(%)
Depresión mayor (leve)	27 (9.2%)	265 (90.8%)	26 (8.9%)	266 (91.1%)
Depresión mayor (moderada)	60 (20.5%)	232 (79.5%)	59 (20.2%)	233 (79.8%)
Depresión mayor (Grave)	80 (27.4%)	212 (72.6%)	58 (19.9%)	234 (80.1%)
Distimia	0	0	65 (22.3%)	227 (77.7%)
T. Pánico sin Agorafobia	13 (4.5%)	279 (95.5%)	7 (2.4%)	285 (97.6%)
T. Pánico con agorafobia	3 (1.0%)	289 (99.0%)	2 (0.7%)	290 (99.3%)
Agorafobia sin pánico	1 (0.3%)	291 (99.7%)	1 (0.3%)	291 (99.74%)
Fobia social	0	292 (100%)	0	292 (100%)
Fobia Simple	1 (0.3%)	291 (99.7%)	1 (0.3%)	291 (99.7%)
T. obsesivo compulsivo	3 (1.0%)	289 (99.0%)	2 (0.7%)	290 (99.3%)
T. Ansiedad Generalizada	46 (13.7%)	252 (86.3%)	19 (6.5%)	273 (93.5%)
Trastorno mixto ansiedad-depresión	46 (15.8%)	246 (84.2%)	12 (4.1%)	280 (95.9%)

Con fines de análisis, los trastornos depresivos de diferentes severidades fueron recodificados en una sola categoría. La depresión mayor en episodio actual estuvo presente en 167 (57.2%) y ausente 125 (57.2%). La depresión mayor a lo largo de la vida estuvo presente en 121 (41.4 %) y ausente en 171 (58.6%). Con fines de análisis, todos los trastornos por ansiedad (pánico, agorafobia, TOC, ansiedad generalizada y fobias) fueron unidos en una sola categoría, que estuvo presente en episodio actual en 60 (20.5%) y ausente en 232 (79.5%), y a lo largo de la vida estuvieron presentes en 31 (10.6%) sujetos y ausente en 261 (89.4%).

A continuación se describe el número de sujetos que tuvieron alguna forma de interfase entre ansiedad y depresión, se agregó el trastorno mixto (ya descrito anteriormente)

con fines de comparación:

	Presentes
* Depresión mayor + Algún trastorno de ansiedad actuales.....	22 (7.5%)
* Depresión mayor + Algún trastorno de ansiedad a lo largo de la vida.....	8 (2.7%)
* Depresión mayor actual + T de ansiedad a lo largo de la vida.....	14 (4.8%)
* T. de ansiedad actual + Depresión mayor a lo largo de la vida.....	15 (5.1%)
* T. mixto de ansiedad-depresión actual.....	46 (15.8%)

La edad promedio de inicio del trastorno principal fue a los 32.8 ± 15.05 años de edad y el tiempo de evolución promedio fue de 27.9 ± 34.3 meses.

7.2. Perfil de afecto positivo y negativo en la muestra total

En la tabla que se muestra a continuación (Tabla #2) se ilustran los valores obtenidos para el afecto positivo y negativo de la última semana y en general para la muestra total.

TABLA #2. AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO DE LA ÚLTIMA SEMANA Y EN GENERAL DE LA MUESTRA TOTAL.

<i>ESCALA DE AFECTO</i>	<i>MEDIA ± Desviación estándar</i>
Afecto positivo. Última semana.	20.5±7.4
Afecto negativo. Última semana	28.7±7.9
Afecto positivo. General	25.8±8.5
Afecto negativo. General	24.5±8.7

El promedio de la escala de ansiedad de Beck en la muestra total fue 21.1±13.9 puntos y para depresión fue de 27.1±12.9 puntos.

7.3. Correlaciones Bivariadas.

La escala de síntomas depresivos presentó las siguientes correlaciones significativas:

- * Afecto positivo. Última semana----Síntomas depresivos..... $r=-0.46$, $p<0.0001$
- * Afecto negativo. Última semana---Síntomas depresivos..... $r=0.51$, $p<0.0001$
- * Afecto positivo. General-----Síntomas depresivos..... $r=-0.29$, $p<0.0001$
- * Afecto negativo. General-----Síntomas depresivos..... $r=0.39$, $p<0.0001$

Los síntomas de ansiedad mostraron las siguientes correlaciones significativas con el afecto.

- * Afecto positivo. Ultima semana---Síntomas ansiosos..... $r=-0.08$, $p=NS$
- * Afecto negativo. Ultima semana---Síntomas ansiosos..... $r=0.43$, $p<0.0001$
- * Afecto positivo. General-----Síntomas ansiosos..... $r=-0.11$, NS
- * Afecto negativo. General-----Síntomas ansiosos..... $r=0.35$, $p<0.0001$

7.4. Contrastes Bivariados.

A continuación se describen los contrastes significativos para el afecto positivo y negativo entre los portadores y no portadores de cada uno de los trastornos, en formas pura, en formas comórbidas y para el trastorno mixto por ansiedad y depresión. Los contrastes no significativos no se mencionan.

- * Los pacientes con depresión mayor actual mostraron niveles de afecto positivo de la ultima semana significativamente menor que los no deprimidos. (19.3 ± 6.9 vs 21.9 ± 7.9 , $t=2.93$, $gl=247.03$, $p=0.003$).
- * Los pacientes con un trastorno de pánico a lo largo de la vida mostraron un afecto positivo de la ultima semana significativamente mayor que los que no portaban el trastorno. (26.8 ± 9.1 vs 20.2 ± 7.3 , $t=-2.74$, $gl=290$, $p=0.006$). Igualmente mostraron esta relación para el afecto positivo en general (31.1 ± 4.1 vs 25.6 ± 8.6 , $t=-3.85$, $gl=11.95$, $p=0.002$).

* Los pacientes con algún trastorno de ansiedad puro en general actual, mostraron un nivel de afecto negativo significativamente más alto que los que no lo tenían. (30.6 ± 7.2 vs 28.2 ± 8.0 , $t -2.13$, $gl\ 290$, $p=0.03$)

* Los pacientes que reportaron haber tenido algún trastorno por ansiedad a lo largo de la vida mostraron niveles de afecto positivo de la última semana significativamente más elevados que los que no tenían el trastorno por ansiedad (24.9 ± 8.2 vs 19.9 ± 7.2 , $t -3.5$ $gl\ 290$, $p < 0.0001$). Esta misma relación sucedió con el afecto positivo en general (28.7 ± 7.7 vs 25.5 ± 8.5 , $t -1.97$, $gl\ 290$, $p=0.04$).

* Los sujetos con formas comórbidas de depresión mayor y algún trastorno por ansiedad actuales mostraron una disminución en el afecto positivo de la última semana en comparación con el resto de sujetos (18.0 ± 4.6 vs 20.7 ± 7.6 , $t\ 2.37$, $gl\ 29.9$, $p=0.02$). Estos mismos sujetos mostraron una elevación en el afecto negativo de la última semana (32.4 ± 5.1 vs 28.4 ± 8.0 , $t -3.37$, $gl\ 30.2$, $p=0.002$).

* Los pacientes con trastorno mixto ansiedad y depresión mostraron una elevación significativa de la escala de afecto positivo de la última semana en comparación con los que no lo tenían (22.5 ± 8.4 vs 20.1 ± 7.2 , $t -2.07$, $gl\ 290$, $p=0.03$). Estos mismos pacientes elevaron también en forma significativa la escala de afecto positivo en general (28.7 ± 9.4 vs 25.3 ± 8.2 , $t -2.55$, $gl\ 290$, $p=0.01$), y la escala de afecto negativo general la mostraron disminuida (21.5 ± 8.1 vs 25.0 ± 8.7 , $t\ 2.51$, $gl\ 290$, $p=0.01$).

7.5 Análisis Multivariado.

Se llevó a cabo una regresión múltiple con el puntaje de ansiedad de beck como variable a predecir y los diferentes puntajes de afecto, la edad y el puntaje de depresión de beck y se encontró que los predictores que entraron en el modelo fueron:

- * Afecto negativo de la ultima semana (B=0.62)
- * Edad (B=0.15)
- * Síntomas depresivos (B=0.17)

La R múltiple encontrada fue de 0.46 y la R cuadrada (varianza explicada) de 0.22.

En el análisis de regresión donde la variable dependiente fue la severidad de síntomas depresivos con los mismos predictores mencionados anteriormente, los predictores que entraron al modelo fueron:

- * EL afecto positivo de la ultima semana (B=-0.67)
- * Afecto negativo de la ultima semana (B=0.47)
- * Afecto negativo en general (B=0.20)
- * Sexo (B=-4.2)
- * Ansiedad de Beck (B= 0.13)

La R múltiple fue de 0.68 y la R cuadrada de 0.46.

8. DISCUSION.

Para Watson y Clark (1), existe una interacción entre la depresión y ansiedad viendola como dieferentes puntos a lo largo de un mismo continuo y como manifestaciones alternativas de una diatesis subyacente común.

Surgen algunas consideraciones sobre los factores específicos que explican la diferenciación entre depresión y ansiedad. Para Watson y Clark (13), existen dos dimensiones del afecto que pueden llegar a explicar la predominancia de los síntomas ansiosos y depresivos en cada sujeto llamándolo afectividad positiva y afectividad negativa.

En este estudio nos planteamos cual era la diferencia en los niveles de afectividad negativa y afectividad positiva entre los pacientes con trastorno mixto por ansiedad-depresión, con depresión mayor solamente, por trastorno por ansiedad solamente y con formas comorbidas de trastornos ansiosos y depresivos.

Los autores (1,8,13), mencionan que una disminución de la afectividad positiva marca rasgos de depresión, y que el aumento en la afectividad negativa marca rasgos de ansiedad.

Estudiamos a 292 sujetos que presentaron alguna queja de ansiedad y depresión puros o en sus formas comórbidas así como con trastorno mixto ansiedad-depresión, para posteriormente recodificarlos en una sola categoría, obteniendo 167 sujetos con depresión mayor actual, y a lo largo de la vida presente en 121 sujetos; en trastornos por ansiedad 60

pacientes presentaron el episodio actual y a lo largo de la vida lo presentaron 31; y el trastorno mixto por ansiedad-depresión actual en 46 sujetos.

De la muestra total los valores obtenidos para el afecto positivo en la última semana fue de 20.5 +/- 7.4, y el afecto positivo general de 25.8 +/- 8.5; de la misma muestra total, los valores para la afectividad negativa en la última semana fue de 28.7 +/- 7.9 y el afecto negativo general de 24.5 +/- 8.7; esto se corroboró con lo que mencionaron los autores (1,13), hubo disminución en los resultados de la afectividad positiva en los pacientes que presentaron trastorno depresivo en la última semana en comparación con los que tuvieron aumento en la afectividad positiva general que no presentaron el trastorno actual; el aumento en la afectividad negativa se presentó en los pacientes con trastorno de ansiedad en la última semana, y la disminución de los resultados en la afectividad positiva general.

Watson y Clark (1,3), mencionaron 10 descriptores para cada tipo de afecto, obteniendo los resultados de este estudio que la afectividad positiva en la última semana mostró un aumento en la sintomatología depresiva, y en la afectividad positiva general se observó disminución en la sintomatología depresiva; en los trastornos por ansiedad, la afectividad negativa en la última semana mostró un aumento en la sintomatología ansiosa, en la afectividad negativa general disminución de los síntomas ansiosos.

Como podemos observar, los resultados antes mencionados coinciden con lo ya descrito, y se comprueba que con la medición de las dos dimensiones primarias del afecto (AP-AN), ya nos vamos inclinando hacia un rasgo de los trastornos del afecto en su forma pura.

Ahora, uno de los puntos importantes de nuestro estudio es el de probar directamente si la afectividad positiva y la afectividad negativa se comportan de manera diferenciada entre las formas puras de depresión y ansiedad, las formas comórbidas y el trastorno mixto por ansiedad-depresión, ya que actualmente en la literatura no existe ningún artículo que lo probara directamente.

Encontramos que los pacientes con depresión mayor actual mostraron niveles de afecto positivo de la última semana significativamente menor que los no deprimidos. Los pacientes con un trastorno de pánico a lo largo de la vida, mostraron un afecto positivo de la última semana mayor que los que no portaban el trastorno. De igual manera mostraron esta relación para el afecto positivo general.

Los pacientes con algún trastorno de ansiedad puro actual, mostraron un nivel de afectividad negativa más alto que los que no lo tenían. Los pacientes que manifestaron haber tenido algún trastorno por ansiedad a lo largo de la vida, mostraron niveles de afecto positivos de la última semana más elevado que los que no tenían trastorno de ansiedad. Esta misma relación se presentó con el afecto positivo general.

Pacientes con formas comñórbidas de depresión maypor y algún trastorno por ansiedad actual, encontramos disminución en el afecto positivo de la última semana; estos mismos pacientes mostraron una elevación en el afecto negativo de la última senmana.

En los pacientes con trastorno mixto ansiedad-depresión, se observó elevación de la escala de afectividad positiva de la última semana, así como elevaron en forma significativa la escala de afecto positivo general; y la escala de afecto negativo general, disminuida.

En nuestro estudio concluimos que las dos dimensiones del afecto no se comportan de manera diferente en las alteraciones afectivas en sus formas puras, comórbidas o en el trastorno mixto ansioso-depresivo. Resultando, de manera clara, que caundo existe una disminución de la afectividad positiva nos encontramos con un trastorno depresivo, y el aumento en la afectividad negativa, estamos ante un trastorno de ansiedad.

Los resultados del estudio corroboran con lo ya escrito por los autores, cumpliendo así, con los objetivos del mismo.

9. BIBLIOGRAFIA.

- 1.-CLARK L.A. WATSON. Tripartite model and depression: psychometric evidence and taxonomic implication J. Abnorm Psychol 1991;100:316-336.
- 2.-AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth de. APA press, Washington D.C.1994.
- 3.-CLARK L.A. Anxiety and depressive disorders : descriptive psychopathology and differential diagnosis. EN : Kendall CP y Watson D eds. Anxiety and depression : distintive and overlapping features. New York. Academic Press.1989.
- 4.- BECK A. STEER RA. GARBIN MG. Psychometric properties of the Beck depression Inventory: twenty five years of evaluation. Clin Psychol Rev 1988;4: 561-571.
- 5.- HILLER W, ZAUDIG M, VON BOSE M. The overlap between depression and anxiety on different levels of psychopathology J. Affective Dis 1989;16:223-231.
- 6.- BECK AT. STEEER RA. GARBIN MG. Psychometric propiedades of the Beck depression Inventory: twenty five years of evaluation.Clin Psychol Review 1988;8:77-100.
- 7.- COSTELLO CG, COMREY AL. Scales for measuring depression and anxiety. J. Psychol 1967;6:303-313.
- 8.-WATSON D. Intraindividual and interindividual analyses of positive and negative affect: their relation to health complaints, perceived stress and daily activities. J Pers Soc Psychol 1988;54:1020-1030.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 9.-KLERMAN GL. Depressive disorders: further evidence for increased medical morbidity and impairment of social functioning. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:856-858.
- 10.-KATON W. ROY-BYRNE P. *Mixed anxiety and depression*. Washington DC:APA press 1989
- 11.-CLARK LA, WATSON D. Theoretical and empirical issues in differentiating depression from anxiety. En Becker J y Kleinman A eds. *Psychosocial aspects of mood disorders*. Hillsdale. Erlbaum eds.1991.
- 12.-ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. *Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Clasificación Internacional de Enfermedades 10a. edición. Meditor. Madrid. 1993.
- 13.- WATSON D. CLARK L.A. Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1998; 54: 1063-1070.
- 14.- PALMER B.W. JESTE D.V. SHEIKH J.I. Anxiety disorders in the elderly: DSM-IV and other barriers to diagnosis and treatment. *J. of Affective Disorders*. 1997,46: 183-190.
- 15.-LIVINGSTON G. WATKIN V. MILNE B. MANELA M.V. KATONA C. The natural history of depression and the anxiety disorders in older peoples: Islington Community study. *J. of Affective Disorders*. 1997; 46: 255-262
- 16.- R. ALNAES S. TORGERSEN. Parental representation in patient with major depression, anxiety disorders and mixed conditions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1990; 81: 518-522.
- 17.- TORRES M. HERNANDEZ E. ORTEGA HA. Validez y Reproductibilidad del Inventario para Depresión de Beck en un Hospital de Tercer Nivel. *Salud Mental* 1991; 14: 1-6.

- 18.- JURADO S. VILLEGAS ME. MENDEZ L. RODRIGUEZ F. LOPERENA V. VARELA R. La Estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los Residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental* 1998; 21: 26-31.
- 19.- SPITZER RL. WILLIAMS JB. GIBBSON M. FIRST MB. Guía del Usuario para la Entrevista Clínica Estructurada el DSM-III-R SCID. Versión 1.0. American Psychiatric Press, Inc., 1990.
- 20.- SCHOTTE. C. K. W. MAES M. CLUYDTS R. DONCKER D. COSYN SP. Construct Validity of the Beck Depression inventory in a depressive population. *Journal of Affective Disorder* 1997, 46: 115-125.
- 21.- BOUHUYS A. L. GEERTS E. MERSCH P. P. A. Relationship between perception of facial emotions and anxiety in clinical depression: does anxiety-related perception predict persistence of depression ? *J. of Affective Disorders*. 1997, 43: 120-124.
- 22.- SHERBOURNE C. D. WELLS K. B. Course of depression in patients with comorbid anxiety disorders. *J. Affective Disorders*. 1997; 43: 245-250.
- 23.- SZÁDOCZKY E. RHIMER Z. PAPP ZS. FUREDI J. The prevalence of affective and anxiety disorders in primary care Practice in Hungary. *J. of Affective Disorders*. 1997; 43: 239-244.