



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
Facultad de Psicología

EL CUESTIONARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS
(ATQ-30) COMO INSTRUMENTO PREDICTOR DE RIESGO DE
DEPRESION EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO.

TESIS QUE PRESENTAN:

ERNESTO ALVAREZ NERI Y
MARIA ELENA LUNA SANTAMARIA

PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

DIRECTOR DE TESIS:
LIC. PABLO VALDERRAMA ITURBE

MEXICO 2004.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos:

- A **Pablo Valderrama:** por su inagotable trabajo profesional como asesor, y al darme la oportunidad de ser el profesionista que tanto espera la sociedad
- A **la Familia Alvarez Neri:** por todo lo que me enseñaron, y por su insistente deseo de ver terminada esta obra.
- A **P. Pedro:** por tu incondicional "amor de padre", que durante años has brindado a "tus hijos y hermanos" en la fe.
- A **Ma. Elena:** por tu ayuda, paciencia y amor hacia mí, al haber decidido ser mi esposa en esta vida.
- A **mis grandes, queridos y entrañables amigos de carrera:** Tere, David, Gaby, Laura S., Laura P.
- A **la UNAM:** por darme la oportunidad de contribuir laboralmente en su magna obra universitaria.
- A **la Fac. de Psicología:** de quien no sólo he recibido mi formación académica, sino el conocimiento del ser humano en toda su complejidad.
- A **la Fam. Luna y Santamaría:** por haberme aceptado como un miembro más de ustedes, con sus ideas y tradiciones.
- A **mis sinodales:** por su invaluable y silenciosa ayuda.
- A **quienes olvidándose momentáneamente de sí, me dedicaron su experiencia, su tiempo y su ser.**

Ernesto.

Dedicada a mis padres:

Hilaria Santamaria Belmont †
Felipe Luna Membrillo †

Agradecimientos:

A Vero, por su paciencia y comprensión.

A Pablo, por su plena disposición e interés.

María Elena.

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
Agradecimientos	2 y 3
Indice	4 y 5
Resumen	6
Introducción	7
CAPÍTULO I CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN.....	10
a).- Definición y epidemiología de la depresión.	
b).- El enfoque cognoscitivo de la depresión.	
CAPÍTULO II MEDICIÓN DE LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS: EL ATQ-30.....	16
CAPÍTULO III EL USO DE LA ESCALA DE AUTOMEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG EN MÉXICO	26
a).- Investigación psicométrica.	
b).- Investigación básica.	
c).- Investigación clínica.	
CAPÍTULO IV EL CUESTIONARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS (ATQ-30) COMO INSTRUMENTO PREDICTOR DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO.....	44
METODO	
a).-Definición de variables	
b).-Hipótesis	
c).-Sujetos	
d).-Escenario	
e).-Instrumentos	
f).-Procedimiento	

RESULTADOS

- a).-Análisis factorial del ATQ-30
- b).-Consistencia interna del ATQ-30
- c).-Estadísticas básicas del Cuestionario de Depresión de Zung
- d).-Validez concurrente de la Escala del ATQ-20 con la Escala de Automedición de Zung

CAPÍTULO V	
DISCUSIÓN.....	62
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	66
Anexo 1	
Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ-30).....	75
Anexo 2	
Escala de Automedición de la Depresión de Zung.....	77
Anexo 3	
Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ-17).....	79
Anexo 4	
Traducción del artículo:	
Desarrollo de un Cuestionario de Pensamientos Automáticos.	
Steven D. Hollon y Philip C. Kendall	81

Resumen

Con el fin de confiabilizar y validar el Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ-30) de Hollon y Kendall (1980), como predictor de los niveles de tendencia a la depresión, se diseñó un estudio que permitiera conocer y determinar los pensamientos automáticos característicos de la población seleccionada.

En esta investigación se aplicó el ATQ-30 y la Escala de Automedición de Depresión de Zung, a una población de 500 alumnos del nivel bachillerato de la Escuela Vocacional "Luis Enrique Erro" del Instituto Politécnico Nacional.

El análisis factorial indicó una solución de cuatro factores con consistencia estadística y conceptual: un primer factor con reactivos que miden "desprecio personal", denominado Autodepreciación; el segundo factor aglutina aseveraciones sobre la incapacidad de lograr metas y se refiere a la Desesperanza; el factor tres, Insatisfacción Personal, refiere una valoración negativa de la propia persona y, finalmente, el factor cuatro incluye reactivos que reflejan la incapacidad del individuo para salir adelante, esto es, Vulnerabilidad.

Al correlacionar los factores con presencia y ausencia de sintomatología depresiva (medida por la EAMD), se encontró que todas las correlaciones resultaron ser significativas, especialmente el factor de Insatisfacción Personal y el área de Vulnerabilidad, lo que indica que el ATQ efectivamente está asociado a los niveles de depresión según es medido por la Escala de Automedición de Depresión (EAMD) de Zung

Los resultados obtenidos sugieren que el Cuestionario de Pensamientos Automáticos, ATQ-30 es un instrumento válido y confiable que permite discriminar síntomas de depresión en adolescentes y puede ser utilizado como medida predictiva de la depresión.

INTRODUCCIÓN

El rápido cambio del ambiente psicosocial provoca la exposición cada vez mayor de individuos y grupos sociales a circunstancias tensionantes como el que se presenta en situaciones de desastre, desintegración familiar, aislamiento social, situaciones de desarraigo, e información sobrecargada. Esto predispone a un aumento en la prevalencia de algunos tipos de trastornos emocionales, muchos de los cuáles son de tipo depresivo. Tal vez por ello el porcentaje de personas con mayor riesgo de presentar depresión también se ha incrementado (Calderón, 1985).

Muchos autores hablan de la depresión como algo hereditario, biológico, de tipo social o aprendido; como una causa o un efecto; un síntoma o un síndrome; una alteración afectiva o una emoción común. Señalan sus manifestaciones, clasificaciones, síntomas, diagnóstico, pronóstico y hasta su tratamiento, pero en muchas ocasiones sus posturas resultan contradictorias.

Así, podemos explicar un poco el por qué muchos investigadores en los últimos veinte años han tratado afanosamente de encontrar las causas que originan los diversos cuadros de este tipo de trastornos, realizando estudios experimentales y de campo. Al asociar la depresión con la cultura, nos lleva a pensar en la necesidad de aumentar los conocimientos sobre su proceso de desarrollo, prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

La adolescencia es una etapa de la vida en donde la incipiente identidad propia se construye con base a su identificación con sus contemporáneos. Para los adolescentes es imprescindible explorar y establecer relaciones con personas fuera de su núcleo familiar que contribuyan a fortalecer su identidad psicosexual. Esto los hace vulnerables respecto a su entorno social más cercano como recurso de apoyo en la transición familia-amigos. (González y Andrade, 1995).

Otro factor importante está relacionado con el autoconcepto. Estudios sobre salud mental en adolescentes indican que la autoestima es un factor relevante en el desarrollo, especialmente en el aspecto de la personalidad, adaptación social y emocional. Una baja autoestima se asocia con estructuras de personalidad depresiva y narcisista. Asimismo, un autoconcepto ideal discrepante de la percepción de sí mismo o de las respuestas a las expectativas de otro, altera el grado de autoestima en el individuo. (Montt y Ulloa, 1996).

Investigaciones sobre el suicidio en jóvenes mexicanos consideran los trastornos afectivos de la conducta o de la personalidad, como un buen indicador de riesgo de conducta suicida. Los estudios epidemiológicos realizados en escuelas secundarias y de enseñanza media han reportado prevalencias elevadas de ideación suicida con un rango entre el 26 y 50%. Existe un consenso en la bibliografía de que estas prevalencias aumentan con la edad, alcanzando su ápice durante los años de preparatoria o vocacional. (González Forteza et al., 1996).

De igual manera, menciona que Clum y cols. (1979) proponen que la ideación y el riesgo suicida se incrementa cuando una persona con baja capacidad de enfrentamiento o rigidez cognoscitiva, vive situaciones estresantes que le producen sentimientos de depresión, desesperanza y conductas suicidas.

Safren et al. (2000) enfrentando el problema de identificar los pensamientos depresivos de los pensamientos ansiógenos, aplicaron la versión revisada del ATQ y una escala denominada Cuestionario de Autoafirmaciones Ansiógenas.

Utilizando un análisis factorial confirmatorio encontraron que el ATQ mide cuatro factores ortogonales: desamparo/autoafirmaciones reflejando depresión; autoafirmaciones reflejando la inhabilidad de uno mismo para el afrontamiento; autoafirmaciones reflejando incertidumbre acerca del futuro y autoafirmación de afecto positivo.

Realizaron además un análisis factorial jerárquico en el que los tres primeros factores cargaron en un sólo factor de orden superior, separados del cuarto factor.

El psicólogo mexicano necesita instrumentos para evaluar la depresión sobre todo en jóvenes y adolescentes. El objetivo de este estudio fue confiabilizar y validar el Cuestionario de Pensamientos Automáticos, de Hollon y Kendall (ATQ-30), para utilizarlo como predictor de los niveles de tendencia a la depresión en la población de estudiantes de nivel bachillerato.

En primer lugar se describen algunas características de la depresión, enfatizando la perspectiva cognoscitiva de dicho trastorno. El capítulo II, muestra el Cuestionario de Pensamientos Automáticos de Hollon y Kendall (ATQ-30) como instrumento de medición de los Pensamientos Automáticos.

El tercer capítulo revisa el uso de la Escala de Automedición de Depresión (EAMD) de Zung, en poblaciones mexicanas. El capítulo IV desglosa los objetivos de esta investigación, así como el procedimiento para la aplicación del ATQ y de la EAMD en la población seleccionada para el presente estudio. En este capítulo también se refiere el análisis de los resultados obtenidos.

Finalmente, el quinto capítulo incluye la discusión y conclusiones de la investigación, así como las limitaciones y sugerencias que aportan los autores.

**CAPÍTULO I.
CARACTERÍSTICAS
DE LA DEPRESION**

I.- Definición y epidemiología de la depresión.

La depresión presenta una variada formación de signos y síntomas que la hacen un campo de trabajo e investigación tan extenso que, enfocarla desde diferentes puntos de vista, teorías o metodologías, sean terapias en sus diferentes modalidades: entrenamiento en el uso de técnicas conductuales o de tipo cognitivo, programas de rehabilitación conductual, análisis bioquímico, programas de retroalimentación, etc., haría que la depresión llegara a ser una de las enfermedades mejor conocidas. Esto permitiría encontrar científicamente las mejores formas de detectar la depresión en la infancia, adolescencia, adultez y en las personas senectas, ya que en cada una de las etapas del desarrollo humano encontramos depresión con características muy particulares.

Se ha encontrado que el 12% de la población mayor de 20 años había presentado o presentará en el futuro por lo menos un cuadro depresivo de importancia clínica en una época determinada de su vida. (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983)

De acuerdo con una encuesta realizada en los servicios de medicina interna y en las salas de pacientes crónicos en México, existe un 38% y 48% respectivamente de casos de depresión, de los cuales dos terceras partes no son diagnosticados y por lo tanto, no tienen opción a recibir tratamiento (Calderón, 1981). Esto deriva en que muchas ocasiones la presencia de una depresión incipiente pasa inadvertida, hasta que los síntomas alcanzan un mayor grado. Hay una indiferencia hacia situaciones o circunstancias que anteriormente despertaban su interés, siente inseguridad, falta de confianza en sí mismo, un franco temor a resolver problemas que antes le parecían sencillos, la sensopercepción disminuye; en el hombre o en la mujer que trabajan fuera de casa, el rendimiento laboral es francamente deficiente, con una evidente falta de entusiasmo y motivación, existen alteraciones en el sueño, disminución de la libido, cefaleas, trastornos digestivos y cardiorrespiratorios, por mencionar sólo algunos (Calderón, 1981).

Finalmente no debe dejarse al margen que todo deprimido es potencialmente un suicida y que el manejo inadecuado del caso puede significar un serio peligro para su vida. Por ello, la importancia de evaluar la frecuencia del padecimiento a través de la evaluación del riesgo que tiene un sujeto durante el curso de su vida de padecerlo. Autores escandinavos, lo han calculado en 5.9% para los hombres y 9.1% para las mujeres (Campillo y Caraveo, 1979).

Con respecto a la edad, también contamos con datos interesantes arrojados de una investigación del Centro de Salud Mental de la UNAM, que atiende a la población estudiantil, el cual reporta que la depresión ocupa el primer lugar en los diagnósticos, con un porcentaje del 48%. Esta cifra es muy cercana a la reportada por centros similares en Canadá en donde el porcentaje de diagnósticos de depresión fue del 43% en estudiantes de pregrado (Campillo y Caraveo, 1979).

Esta entidad nosológica tiene lugar preponderante en la sintomatología de las alteraciones emocionales. En el Distrito Federal y en la República Mexicana ocupa el cuarto lugar entre los distintos diagnósticos de las instituciones psiquiátricas, además se observa que en la distribución de los distintos cuadros depresivos, los más frecuentes son: la psicosis maniaco-depresiva y la psicosis reactivo-depresiva. Estas cifras son compatibles con las reportadas en otros países, lo cual señala que aparentemente es la población juvenil la que presenta mayor predisposición hacia este cuadro clínico (Campillo y Caraveo, 1979).

Son muchas y muy diversas las formas en que el profesional de la salud puede intervenir para prevenir, atenuar o disminuir la presencia de la depresión en cualquier tipo de manifestación que está presente y señalar la estrategia más viable para su tratamiento. Para ello, es de vital importancia contar con una formación profesional, no sólo de su área, sino también tener conocimientos de tipo metodológico que le permitan enfrentarse a la problemática de los trastornos de tipo psicopatológico en general.

El psicólogo debe darse cuenta de que puede contribuir a ser un agente de cambio en el tratamiento de la depresión, ya que ésta se manifiesta en varios niveles, que van desde la detección de ciertas anomalías en una población infantil, respecto a su rendimiento escolar, y en la personalidad de algunos niños que en muchos casos podrían asociarse a un cuadro depresivo. Lo mismo podemos observar en adolescentes (Estrada, Olvera y Vergara, 1982), trabajadores en general (Rodríguez, 1989), senescentes (Gómez y Ortega, 1987), pacientes hospitalizados (Enríquez, 1981) y de consulta externa (Balderas, 1986).

Zaretsky et al. (1999) aplicaron un estudio piloto para evaluar la utilidad y la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la depresión bipolar. El estudio comparó la eficacia de la terapia cognitivo-conductual cuando se combina con un tratamiento farmacológico estabilizador para la depresión bipolar y la terapia cognitivo-conductual para la depresión unipolar. Después de 20 sesiones de terapia cognitivo-conductual, los pacientes con depresión bipolar disminuyeron sus síntomas en grado similar al grupo control conformado por pacientes con depresión unipolar. Con lo que se sugiere que la terapia cognitivo-conductual es útil en el tratamiento de la depresión bipolar con tratamiento farmacológico.

La conjunción interdisciplinaria de conocimientos e instrumentos de trabajo, puestos al servicio de la salud y de la ciencia, darán la debida importancia a la investigación del porqué de la depresión, considerada ya como uno de los trastornos que representan mayor problemática en el país y en el mundo entero. De 60 a 70% de los pacientes que acuden a consulta con un psiquiatra clínico, presentan cuadros de intensidad variable. Sin embargo en muchas ocasiones la depresión pasa inadvertida a pesar de su frecuencia (Calderón, 1981).

II.- El enfoque cognoscitivo de la depresión.

En el área de las teorías cognoscitivas existe el supuesto de que, lo que denominamos “reacciones emocionales” son causadas por nuestras evaluaciones, interpretaciones y filosofía conscientes e inconscientes. Así, nos sentimos ansiosos o deprimidos porque nos convencemos fuertemente de que es posible fracasar en algo o de que no podemos soportar el dolor de ser derrotados (Beck, 1983).

El terapeuta en el enfoque cognitivo hace que el sujeto reconozca que no hay otra forma para él de mejorar, que la observación continua, cuestionamiento y desafío de su propio sistema de creencias, y que por medio de su trabajo y práctica cambia sus creencias irracionales por medio de una actividad verbal o conductual de contrainformación (Beck, 1983).

Mahoney (1983), menciona que existen cuatro distorsiones comunes en los patrones de pensamiento de los pacientes perturbados: la inferencia arbitraria que implica “desprender una conclusión cuando falta evidencia o cuando ésta es realmente contraria a la conclusión”. La sobregeneralización que ocurre cuando un único incidente produce una regla. La magnificación se refiere a la catastrofización. La deficiencia cognoscitiva es aquella que implica una “indiferencia por su aspecto importante de una situación vital”.

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones (por ejemplo: la depresión, la ansiedad, las fobias, los problemas relacionados con el dolor, el estrés, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 1967,1976). Sus cogniciones (“eventos” verbales o gráficos en su corriente de consciencia), se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores. Por ejemplo, si una persona interpreta todas sus experiencias en

términos de si es competente y está capacitada, su pensamiento puede verse dominado por el esquema: “Si no lo hago todo a la perfección, significa que soy un fracaso”. Consecuentemente esta persona responderá a situaciones en términos de adecuación, incluso aunque las situaciones no tengan nada que ver con la dimensión de competencia personal (Beck, 1983).

La terapia cognitiva se sirve de una amplia variedad de estrategias cognoscitivas y conductuales. El objetivo de las técnicas cognoscitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente (Beck, 1983).

CAPÍTULO II.
MEDICIÓN DE LOS
PENSAMIENTOS
AUTOMÁTICOS:
EL ATQ-30

Es labor conjunta de psicólogos, psiquiatras, médicos, neurólogos, fisiólogos y demás profesionales de la salud el determinar cuáles son los mecanismos subyacentes en la depresión y las formas de detección por medio de instrumentos adecuados para su prevención, diagnóstico y tratamiento.

La utilización de instrumentos basados en la evaluación de pensamientos automáticos para determinar el grado de susceptibilidad a la depresión, ha llevado al desarrollo de un cuestionario de autoaplicación como el cuestionario de pensamientos automáticos ATQ-30 desarrollado por Hollon y Kendall (1980). Aunque los resultados han sido alentadores con relación a los altos puntajes en la medición de la depresión, sabemos que este cuestionario debe ser aplicado en compañía de otros instrumentos ya validados y confiabilizados como el Inventario de Depresión de Beck (BDI), El Test de Frases Incompletas de Sacks (FIS), el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI), de Minnesota, así como la Escala de Automedición de Depresión (EAMD) de Zung, y otros.

Para explicar acerca de los pensamientos automáticos, cabe señalar que en 1980 Steven D. Hollon y Philip C. Kendall de la Universidad de Minnesota, Estados Unidos, desarrollaron y validaron un inventario de 30 reactivos (ATQ-30) que identifica cogniciones reportadas en relación con depresión de leve a moderada. Para obtener los reactivos del ATQ-30, Hollon y Kendall pidieron a estudiantes de pregrado que trajeran a su memoria alguna experiencia en su vida que hubiera sido depresiva. Se les solicitó que recrearan las situaciones en su memoria tan vívidamente como pudieran, como si estuvieran reexperimentando tal situación. Se les indicó que reportaran cualquier pensamiento que surgiera repentinamente en su mente, exactamente en la forma en que la pensaron, sin importar la gramática o la sintaxis.

La confiabilidad interna y la validez concurrente que posee este instrumento lo hace útil como medida general de depresión relacionada con pensamientos automáticos negativos.

Deardorff, et. al. (1985) para investigar la validez concurrente del cuestionario de pensamientos automáticos (ATQ), aplicaron una escala de represión-sensibilización, un inventario de ira, una escala de actividades placenteras y una escala de ambiente familiar a 82 estudiantes de bachillerato, además del ATQ. Los puntajes del ATQ correlacionaron con los de la escala represión-sensibilización y con varias subescalas de la prueba de ambiente familiar pero no con los puntajes de la escala de ira y la de actividades placenteras. Estos resultados proporcionan mínimo apoyo para la validez del ATQ.

Deardorff, Hopkins y Finch (1984), utilizaron el ATQ de Hollon y Kendall que fue diseñado para medir la frecuencia de pensamientos automáticos asociados con depresión; aplicado a 144 obreros, también se examinó el registro de ausentismo de 125 sujetos en los 15 meses anteriores al estudio. Se esperaba que los sujetos con puntajes altos en el ATQ, tuvieran mayor ausentismo debido a su poca capacidad de enfrentar el estrés. Aunque esta escala mostró buena confiabilidad por mitades y consistencia interna, los puntajes no estaban relacionados con ausentismo. En los resultados se discute la utilidad de esta medida así como el uso de ausentismo como indicador de enfermedad. Se sugiere que el ATQ puede ser útil solo con grupos depresivos.

En un estudio de validación clínica del cuestionario de pensamientos automáticos, Harrel y Ryon (1983), encontraron puntajes significativamente más altos en 21 pacientes psiquiátricos depresivos de 19 a 53 años que en 40 pacientes psiquiátricos y médicamente no depresivos. El ATQ-30 correlacionó significativamente con los puntajes de terapia para depresión, escala de depresión del MMPI, inventario de la depresión de Beck, coeficientes de confiabilidad por mitades y alfa, así como las correlaciones reactivo total.

De acuerdo con los resultados, el ATQ-30 parece ser una medida válida y confiable para cogniciones relacionadas con la depresión tanto para poblaciones clínicas como no clínicas.

Dobson y Breifer (1983) aplicaron el Inventario de Depresión de Beck (BDI), El Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ), la Escala de Actitud Disfuncional (DAS) y un Inventario de Interpretación (II). La comparación en términos de confiabilidad interna y validez concurrente mostraron que el ATQ es el instrumento más satisfactorio para medir la depresión.

Sahin y Sahin (1992) realizaron un estudio para investigar la confiabilidad y la validez de la versión turca del ATQ. Evaluaron a 345 estudiantes universitarios y encontraron que la confiabilidad por mitades fue de $R=.91$, el Alpha fue de $.93$ y las correlaciones de cada ítem con el total estuvieron en un rango entre $.36$ y $.69$. La versión turca del ATQ correlacionó también con el Inventario de Depresión de Beck a $R=.75$. Además dicha versión discriminó exitosamente entre grupos sintomáticos y asintomáticos.

El análisis factorial de componentes principales produjo cinco factores: Autoconcepto negativo; Fantasías de escape; Desajuste personal y deseo de cambio; Aislamiento/soledad; y finalmente, Desamparo. Los autores concluyen que la versión turca del ATQ es un buen instrumento para predecir depresión en diversas culturas.

Una investigación empírica de la especificidad y sensibilidad del ATQ y de la Escala de Actitud Disfuncional (DAS) fue desarrollada por Hill, Oei y Hill (1989). Examinaron dos medidas cognitivas de la depresión: el ATQ y el DAS en 54 pacientes depresivos, 100 pacientes psiquiátricos y 207 sujetos normales. Los objetivos fueron examinar primero la habilidad de estas medidas para discriminar sintomatología depresiva dentro de una variedad de muestras y segundo, la habilidad del ATQ y el DAS para clasificar pacientes depresivos y no depresivos. Se encontró que el ATQ es una medida sensitiva y específica

de la depresión. Sin embargo, no mostró especificidad en sujetos con problemas de abuso de sustancias ni con sujetos con desórdenes de personalidad. En contraste, el DAS, aunque correlacionó con la sintomatología depresiva, no fue específico para depresión.

Ingram, Atkinson, Slater, Sacuzzo, et al. (1990) examinaron pensamientos automáticos negativos, positivos y estilo atribucional en 60 hombres de 21 a 64 años depresivos y no depresivos, con dolor crónico en la parte baja de la espalda o grupo control sano. Se les aplicó el Cuestionario de Estilo Atribucional y el Cuestionario de Pensamientos Automáticos de Hollon y Kendall. Los depresivos presentaron significativamente más pensamientos automáticos negativos que los no depresivos y controles. Los no depresivos reportaron significativamente más pensamientos automáticos positivos que los depresivos y controles. No se presentaron diferencias significativas para el estilo atribucional.

Kauth y Zettle (1990) administraron cuatro medidas de depresión a una muestra simple de 44 sujetos y a dos grupos psiquiátricos $N = 40$ de adolescentes de 12 a 17 años. Las medidas incluyeron la lista de chequeo de Actividad para Adolescentes de Casey, et al. (AAC), el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Cuestionario de Pensamientos Automáticos de Hollon y Kendall (ATQ) y la Escala de Actitud Disfuncional (DAS). Solamente el BDI y el ATQ discriminaron entre las tres poblaciones. El DAS y la Escala de Frecuencia de Actitud Disfuncional del ACC diferenciaron entre los pacientes psiquiátricos depresivos y no depresivos. La actividad conductual de los adolescentes relacionada con la depresión difiere de la de los adultos.

Kazdin (1990) aplicó el ATQ de Hollon y Kendall a niños, aunque este cuestionario evalúa pensamientos automáticos asociados con depresión en adultos. La consistencia interna y validez del instrumento fueron evaluados con 250 pacientes psiquiátricos de 6 a 13 años. La validez fue evaluada examinando si los niños depresivos y no depresivos diferían en la escala y si su ejecución estaba relacionada a otras medidas de procesos cognitivos atribucionales y si las medidas fueron más estrechamente relacionadas a los

procesos cognitivos y a la depresión, que a otros constructos esperados menos centrales a pensamientos negativos. El ATQ mostró alta consistencia interna y puntajes de altos a moderados en las correlaciones. La validez convergente fue apoyada por el hallazgo de que el ATQ correlacionó positivamente con la severidad de la depresión, la desesperanza, el locus de control externo y negativamente con la autoestima. La validez discriminativa fue sugerida, pero no fuertemente apoyada por mayores correlaciones entre ATQ y medidas de depresión y de otros procesos cognitivos que entre el ATQ y la severidad de deterioro de la conducta prosocial y la experiencia afectiva positiva.

Gasparini, Provenza, Ronchi, Scherillo, et al. (1989) investigaron las relaciones entre desórdenes de carácter, patrones cognitivos y desórdenes de personalidad en 109 pacientes con depresión recurrente mayor, bipolar, y pacientes medios de 16 a 72 años.

Los patrones cognitivos fueron evaluados con el ATQ de Hollon y Kendall y la Cédula de Autocontrol (SCS). Las distorsiones cognitivas fueron medidas por el SCS y parecieron ligadas a la diagnosis del eje 1, mientras que las distorsiones medidas por el ATQ no mostraron esta relación con el eje 1, sino que estuvieron condicionadas por la presencia de la personalidad tipo B del eje 2.

Kendall, Howard y Hoys (1989) realizaron dos estudios que requirieron completar un inventario extenso de autodeclaraciones que incluyo el ATQ y algunos reactivos positivos y neutrales. El primer estudio utilizó grupos psicométricamente definidos con un total de 177 estudiantes de bachillerato: disfóricos, muy optimistas, y normales. En el segundo estudio se utilizaron 19 pacientes depresivos y 15 pacientes con otros desórdenes psiquiátricos. La suma de 10 reactivos positivos a los 30 reactivos del ATQ incrementó significativamente la cantidad de varianza acumulada por el grupo diagnóstico. Los grupos disfóricos depresivos respaldaron significativamente más autoverbalizaciones negativas y evidenció una menor frecuencia de la ocurrencia de autoverbalizaciones positivas que los sujetos normales o muy optimistas (estudio 1), o los sujetos con otros

desordenes psiquiátricos (estudio 2). Proporciones del discurso autorreferido positivo y negativo sugiere que un diálogo interno psicológicamente sano está en una proporción de 1.6:1.0 de pensamientos positivos y negativos.

Stiles y Gotestam (1989) diseñaron un estudio para evaluar el papel de los pensamientos automáticos negativos en el desarrollo de carácter disfórico. De acuerdo a la teoría cognitiva de la depresión de Beck, y de acuerdo al factor II del ATQ-30 se hipotetizó que los sujetos no depresivos exhibirían una alta frecuencia de Pensamientos Automáticos Negativos (ANTs) y de acuerdo a sus puntajes, deberían ser más sensitivos a un procedimiento de inducción de carácter. Los datos de 68 mujeres estudiantes de bachillerato indicaron que puntajes altos en el factor II del ATQ-30 predijeron significativamente más depresión sobre la lista de adjetivos referentes a la depresión y baja velocidad psicomotora en una prueba de medición de dígitos y símbolos.

Los resultados sugieren que una alta frecuencia de ANTs hacia el sí mismo y el futuro en sujetos no depresivos puede indicar una vulnerabilidad a deprimirse en el momento de la prueba.

Netemeyer y cols. (2002) realizaron un estudio para determinar las características psicométricas de una versión corta del ATQ. Desarrollaron una versión de 15 ítems y otra de ocho, cuyo factor explicaba el 60% de la varianza. La confiabilidad obtenida por el Alpha fue de .97 para la escala original, .96 para la escala de 15 reactivos y .92 para la escala de ocho ítems; las correlaciones entre los puntajes de las escalas cortas y la escala original fueron muy elevadas (de .97 a .99). Los autores concluyen que sus versiones cortas del ATQ tienen tan buena propiedad psicométrica como la versión original y son buenos predictores de afectos negativos relacionados con la depresión.

Aunque medidas de pensamientos negativos de depresión como el ATQ han sido ampliamente usados, medidas comparables de pensamientos positivos no han sido desarrolladas. La carencia de tales medidas ha hecho difícil de examinar procesos de cambio tanto positivos como negativos, como una función de intervención terapéutica. Ingram y Wisniki (1988) diseñaron dos estudios para desarrollar y evaluar una medida de pensamientos automáticos positivos que sea complementaria al ATQ. El primer estudio examinó 30 reactivos que discriminarán entre grupos de sujetos con y sin elevados efectos depresivos. El 2º estudio examinó la relación de estos reactivos para varios tipos de afectos negativos. Los resultados de estos estudios sugieren que esta escala es una medida confiable y válida de pensamientos positivos que pueden tener utilidad en la prueba de predicciones teóricas, relacionadas con el papel de pensamientos positivos y negativos en disfunciones y en su disminución.

Lightsey (1997) realizó un estudio prospectivo para probar que la autoeficacia generalizada, los pensamientos positivos, el optimismo y la automaestría pueden actuar como amortiguadores del estrés. Aplicaron diversas escalas afectivas, cognitivas, dos veces durante cinco semanas a 69 estudiantes voluntarios. Entre otros resultados, encontró que una autoeficacia generalizada disminuye la disforia asociada a los eventos vitales negativos.

Deal y Williams (1988) administraron medidas de Distorsión Cognitiva (CD), estrés vital y tendencias depresivas con el BDI en 103 estudiantes de 9º-12º grado (bachillerato), se predijo que las medidas de distorsión cognitiva deberían ser mejores predictores de las tendencias depresivas que las medidas de estrés vital. También se predijo que las distorsiones cognitivas afectarían la percepción de estrés en los eventos vitales y que las tres medidas de distorsión cognitivas: la prueba racional de Barnes Vulcano (BVRT), la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) y el Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ) se correlacionarían y que el ATQ sería un mejor predictor de las tendencias depresivas que el BVRT y el DAS, encontrando apoyo a las predicciones.

Hollon, Kendall y Lumry (1986) evaluaron dos medidas de cognición en depresión; un Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ) y la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) para sensibilidad y especificidad en una serie de pacientes externos con diferentes diagnósticos. 69 sujetos fueron divididos entre los siguientes diagnósticos: desorden depresivo bipolar, desorden depresivo unipolar, depresivo con abuso de sustancias, desórdenes con abuso de sustancias y desórdenes psiquiátricos en general. Los hallazgos muestran que ambas medidas covariaron con el síndrome más que con la depresión nosológica. El ATQ evidenció buena especificidad, no así, el DAS.

Ross, Gottfredson, Christensen y Weaber (1986) administraron el ATQ para medir las cogniciones relativas a la depresión a 122 admisiones consecutivas de veteranos del oeste de Estados Unidos de la administración médica del centro de servicios psiquiátricos. Los resultados indican que el ATQ mostró altas correlaciones positivas con la escala de depresión del BDI y el MMPI para todos los grupos clínicos: esquizofrénicos, depresivos, pacientes con abuso de sustancias y depresivos con abuso de sustancias. Diferencias significativas entre grupos fueron encontradas para valores de depresión y para puntajes de factor en el ATQ.

Selmi, Klein, Greist, Sorrel, et al. (1990) evaluaron un Tratamiento Cognitivo Conductual interactivo administrado por computadora de 6 sesiones de duración (CBT) aplicado a 36 pacientes voluntarios con mayor o menor desorden depresivo. Los sujetos fueron asignados al CBT administrado por computadora, al CBT administrado por terapeutas y a un control de lista de espera. Después de 6 semanas de tratamiento y de un seguimiento de 2 meses ambos grupos de tratamiento aumentaron significativamente más que los controles en sus puntajes del BDI, en las escalas de depresión y global del SCL-90 revisado, en la Escala de Depresión de Hamilton y en el cuestionario ATQ de Hollon y Kendall. Los grupos CBT no difirieron uno de otro y fueron igualmente efectivos.

Ollioff, Bryson y Wadden (1989) evaluaron la relación predictiva entre pensamientos automáticos y tendencias a síntomas depresivos en buenos estudiantes de bachillerato. Examinaron la contribución relativa para depresión subsecuente de pensamientos automáticos y autoeficacia, después de controlar los síntomas iniciales de depresión, el estrés de eventos vitales, y apoyo social. 49 estudiantes de bachillerato llenaron una batería de prueba que incluía el BDI, el ATQ y la Escala de Eventos Vitales en intervalos de dos veces al mes. Los puntajes iniciales del ATQ y de una medida de eficacia predijeron síntomas depresivos subsecuentes. Los pensamientos automáticos y la percepción de autoeficacia pueden tener roles adicionalmente predisponentes en la depresión.

CAPÍTULO III.
USO DE LA ESCALA DE
AUTOMEDICIÓN DE LA
DEPRESION DE ZUNG
EN MÉXICO.

a). Investigación psicométrica.

Suárez (1988) validó la Escala de Automedición de Depresión de Zung, en adolescentes estudiantes de secundaria mexicanos. Utilizó 48 sujetos (19 mujeres y 29 hombres). En la primera etapa les aplicó el MMPI y en la segunda, el Zung. Dándole como resultado, una escala válida y confiable. Para obtener la validez de la EAMD, se utilizó como prueba control el MMPI en su versión de 168 preguntas. El mayor índice de correlación entre el EAMD y el MMPI-D tuvo un valor de $r = 0.70$. Concluyó que los factores demográficos con respecto a la EAMD, no afectan los resultados de la misma.

Menciona que autores como Conde López y De Esteban Chamorro (1975), realizaron una investigación para establecer la consistencia interna de la EAMD con una muestra de 250 sujetos normales y 46 pacientes depresivos hospitalizados; a través de la EAMD y el BDI. El coeficiente de fiabilidad o precisión fue de 0.80 para la EAMD. También cita que Equi y Jabara (1976) realizaron un estudio para establecer la validez de la EAMD, quienes encontraron una correlación de 0.71 con respecto al MMPI, demostrando así, que la EAMD es capaz de detectar depresión en alcohólicos.

Hernández Sandoval y Camacho Cruz (1987) validaron y confiabilizaron la EAMD en una muestra de alto riesgo, al describir reacciones psicológicas ante situaciones de desastre y la prevalencia de la depresión en esta población. Fueron sujetos de estudio, todas las personas que acudieron a solicitar ayuda psicológica por “sentirse mal”, a causa de los sismos de 1985. A 59 estudiantes sanos se les aplicó la escala de la EAMD y fueron comparados con una muestra de 42 pacientes diagnosticados por un psiquiatra como deprimidos. El objetivo fue validar la EAMD y se corroboró que el número de sesiones pertinentes para proporcionar eficaz apoyo psicológico en casos de desastre, es de tres a seis sesiones.

b) Investigación básica.

Morales (1994), realizó un estudio para conocer la influencia que ejercen las cuestiones biológicas y psicosociales en 60 mujeres que se encuentra en la etapa de climaterio, en relación con la posible aparición de estados depresivos. Utilizó un cuestionario para mujeres en etapa climaterica y la EAMD de Zung. Concluye que el Zung establece diferentes diagnósticos de valoración que permiten conocer el grado de depresión en que se encontraban las personas encuestadas.

Ruiz (1994), investigó si es posible que el empleo de psicoterapia breve, intensiva y de emergencia reduce la depresión y la ansiedad, en parejas con niños con distrofia muscular progresiva. 10 parejas de padres puntuaron el pre-test de la EAMD de Zung en los rangos de reacción de ansiedad y depresión ambulatoria; ya que quien obtuvo un diagnóstico de depresión que ameritaba hospitalización, se consideró que requerían otro tipo de manejo.

En un estudio para profundizar en la problemática actual del anciano institucionalizado, en lo que se refiere a la presunta relación entre la actitud de los familiares hacia el anciano y el nivel de depresión, Molano (1994); utilizó la EAMD de Zung en 15 ancianos (entre 68 y 98 años) y a 18 familiares de los ancianos (entre los 17 y 69 años) encontrando que la escala es confiable y válida para medir la depresión ya que las mediciones obtenidas de la EAMD pueden correlacionarse de manera segura con otras escalas de medición de la depresión obteniéndose altas correlaciones.

Por su parte, Mojica (1992) al aplicar la EAMD de Zung de manera individual a 28 madres; 14 de ellas con hijos farmacodependientes y 14 con hijos no farmacodependientes, deseando saber quienes presentaban una mayor cantidad de rasgos depresivos. Encontró que en el grupo dos, (madres con hijos farmacodependientes), presentaron un mayor índice en los niveles depresivos (de tipo ambulatorio) con grandes posibilidades de llegar a ser de tipo hospitalario.

Al buscar depresión y ansiedad en el paciente oncológico y su interrelación con el dolor, Asato (1990) utilizó una adaptación de la EAMD de Zung, llamada: Cuestionario Clínico para el diagnóstico del Síndrome Depresivo del Dr. Guillermo Calderón Narváez. Encontró una alta correlación entre la depresión con la ansiedad estado, con la ansiedad rasgo, con el aspecto afectivo del dolor, con el index del dolor y con la intensidad presente del dolor. Esto quiere decir que cuando existe depresión, hay aspectos afectivos en el dolor.

Monroy (1990), pretendió establecer una comparación del índice de síntomas depresivos entre un grupo de adolescentes inhaladores y otro de adolescentes no inhaladores, a fin de aportar información sobre el problema de los síntomas de depresión y su relación con la inhalación de sustancias volátiles, a través del MMPI y la EAMD de Zung. Encontró que hay un nivel relativamente mayor de depresión en los adolescentes no inhaladores que en los inhaladores, aspecto contrario al supuesto establecido en esta investigación.

Utilizando la EAMD de Zung, Morales (1994) estudió la angustia y la depresión en un grupo de 80 mujeres mexicanas durante su época de climaterio (de 40 a 55 años), encontró que no hay diferencias estadísticamente significativas entre la depresión y las tres etapas del climaterio.

Para determinar si los estados emocionales y el estado depresivo que presentan 44 trabajadores, afectan la cantidad de trabajo que realizan; Rodríguez (1989) utilizó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y la EAMD de Zung. Este último para medir cuantitativamente el grado de depresión, independientemente del diagnóstico clínico. Fueron 30 mujeres y 14 hombres con edades de 17 a 61 años, con escolaridad primaria. El porcentaje de depresión que obtuvieron el grupo de mujeres, es más alto que el de los hombres, aunque la depresión se da en los dos grupos. En cuanto a la cantidad de trabajo, a mayor cantidad, disminuye la depresión. En las mujeres la depresión existe en un 85% y en un 20% durante sus horas de trabajo.

Queriendo explorar las reacciones de depresión, ansiedad y frustración, Arias (1988) comparó grupos con diferentes niveles de daños sufridos durante los sismos de 1985, en estudiantes de secundaria para trabajadores, ubicadas en Tlatelolco. 54 alumnos (40 hombres y 14 mujeres) de 15 a 28 años. Utilizó la EAMD de Zung, el IDARE, el Test de Frustración de Rosensweig y un cuestionario de datos generales. No encontró datos significativos de persistencia de depresión, ansiedad o frustración, en ninguno de los niveles de daño, después de un año del sismo.

Con el fin de investigar si existen modificaciones en los niveles de ansiedad, depresión, autoconcepto y elevación en las escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI), Valderrama (1988) utilizó el IDARE, la EAMD de Zung, la Escala de Autoconcepto de Tennessee y el MMPI, en mujeres de 20 a 35 años embarazadas y no embarazadas. Encontró un promedio de 46.19 para las embarazadas y un 42.85 para las no embarazadas, puntajes que se traducen a reacciones de ansiedad y de ajuste a la situación transitoria, dentro de la EAMD de Zung. El nivel de depresión medida por la EAMD, fue significativo, presentando el grupo de mujeres embarazadas mayores niveles de elevación en las variables ya descritas.

En un estudio exploratorio sobre depresión en adolescentes, Ramírez (1988) trató de determinar la incidencia de depresión con la variable sexo y muerte física del padre, utilizando la EAMD de Zung. Tomó una muestra al azar de 200 sujetos, 100 hombres y 100 mujeres, de los cuales 50 hombres y 50 mujeres presentaban la característica de muerte física del padre; así como 50 hombres y 50 mujeres que tienen a su padre. Todos los sujetos eran mayores de 13 años. Concluyó que la incidencia de la depresión debe tomarse en cuenta, ya que el tipo de depresión ambulatoria representa, más de un cuarto de la población estudiada, y más del 50% reporta reacciones de ansiedad, trastornos de personalidad y reacciones de ajuste transitorias. Se observa una mayor tendencia en mujeres que en hombres a presentar resultados compatibles con la depresión.

Gómez y Ortega (1987) estudiaron la frecuencia de la asociación a un grupo, sobre el grado de depresión en los senescentes en el ámbito social. Fueron 90 sujetos autoseleccionados, que se dividieron en tres grupos independientes, cuyas edades pasaban de 60 años y eran de clase media. Utilizaron la EAMD de Zung y un cuestionario que exploraba cinco aspectos personales de los sujetos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la EAMD entre senescentes que no pertenecen a un grupo social y senescentes que sí pertenecen a un grupo social. En la EAMD de Zung, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre sexos, existiendo mayor sintomatología depresiva en mujeres que pertenecen al Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), a diferencia de las mujeres que no pertenecen a un grupo social. No existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres que pertenecen a un grupo y los que no pertenecen a un grupo. Finalmente, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la EAMD de Zung, entre un grupo de senescentes que pertenecen al INSEN y aquellos que pertenecen a cualquier otro tipo de grupos sociales.

Pacheco y Servín (1987) realizaron un estudio comparativo de rasgos de personalidad depresiva en menores infractores farmacodependientes y no farmacodependientes, para comprobar si los menores infractores farmacodependientes presentaban cuadros depresivos con mayor frecuencia que los que no son infractores. 32 adolescentes de entre 14 y 18 años, de escolaridad no mayor al tercer año de secundaria. A través de la EAMD de Zung, encontró que sí existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a rasgos depresivos en menores infractores farmacodependientes y los que no lo son. Al utilizar el Test de Apercepción Temática (TAT), descubrió que también existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos.

Al estimar la prevalencia de la depresión en lisiados del aparato locomotor y correlacionar la depresión con el tiempo de invalidez, Velazco (1986) tomó una muestra de 60 sujetos fabricantes de radios para autos en las instalaciones anexas al Instituto Mexicano de Rehabilitación, que carecieran de miembros superiores o inferiores, de movilidad total o

parcial de los mismos. Utilizó la EAMD de Zung para medir la depresión y un cuestionario elaborado para establecer la causa de la invalidez física y el tiempo de la misma. Obtuvo un coeficiente de $r = 0.21$ lo que indica que no existe una relación directa entre el tiempo de invalidez física y el índice de depresión. Además de otros resultados, infirió que la prevalencia de la depresión es muy baja dentro de esta población y no existe una correlación entre el índice de depresión y el tiempo de invalidez física.

En un estudio exploratorio, Balderas (1986) a través de la EAMD, trató de determinar la utilidad de la misma, para detectar la incidencia de los trastornos mentales relacionados con la depresión. Utilizó una muestra de 80 sujetos, pacientes de consulta externa del Centro Comunitario de la Facultad de Psicología. Encontró que 11 de los 80 pacientes, fueron objeto de la presencia de depresión, con una proporción de tres mujeres a un hombre.

La depresión es mayor en sujetos de 35 a 44 años; también el estar casado proporciona altas probabilidades de depresión. El nivel económico bajo también es un factor de la presencia de depresión, a diferencia de los que tienen un nivel económico más alto. Las amas de casa presentan un porcentaje más alto de cuadros depresivos. Sugiere realizar adaptaciones de la EAMD de Zung a las diversas poblaciones, ya que algunos reactivos producen confusión.

c) Investigación clínica.

Arroyo (1987) intentó demostrar una importante relación entre las disfunciones psicosexuales y las reacciones depresivas en mujeres. Utilizó una entrevista y la EAMD de Zung, a un grupo de 25 pacientes con diagnóstico de disfunción psicosexual según el DSM-III; y a un grupo testigo de 50 pacientes del servicio de obstetricia con partos eutócicos dos semanas antes. Como resultado obtuvo que los porcentajes de acuerdo al índice de la EAMD del grupo testigo fue de 58% (29 pacientes) catalogados como

“normal”, 32 % (16 pacientes) con reacciones de ansiedad y el 10% restante (5 pacientes) como deprimidos.

Bárcena (1992) realizó un estudio abierto, descriptivo, longitudinal y prospectivo, tratando de identificar la presencia de depresión en pacientes con infecciones óseas del Instituto Nacional de Ortopedia. Empleando la EAMD de Zung, buscando identificar si los pacientes que puntualizan depresión se diferencian de acuerdo a los mecanismos de defensa que emplean y aquellos sujetos que no mostraron depresión. Utilizó el Bender, el Test de Apercepción Temática (TAT) calificado con técnica de Machover y la prueba de casa-árbol-persona (HTP), así como la EAMD de Zung; que sería el objeto de su atención, por ser la escala que con mayor frecuencia se utiliza para valorar a los pacientes deprimidos.

De 50 pacientes (33 hombres y 17 mujeres) de entre 18 y 60 años, con escolaridad primaria terminada; siendo los hombres en su mayoría estudiantes y las mujeres, amas de casa. Evaluando la depresión en el grupo, el 40% de los pacientes de sexo masculino no reportaron depresión, pero un valor similar (38%) de la muestra entre hombres y mujeres obtuvieron calificaciones que los ubicaban dentro de los deprimidos. Además de otros resultados, concluye que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos que se deprimen y el tipo de mecanismos de defensa que utilizan. A pesar de esto, es innegable que existe cierta tendencia en los pacientes que se deprimen a utilizar mecanismos de defensa (de bajo nivel), comparados con aquellos que no se deprimen y que emplean mecanismos de defensa considerados de alto nivel. Estos hallazgos pueden estar determinados por lo limitado de la muestra.

Al estudiar el fenómeno de la hospitalización, Calderón (1985) buscó la causa posible de alteraciones emocionales, específicamente de ansiedad y depresión, manifestadas en los integrantes de las diferentes familias al hospitalizar a uno de sus miembros, así como la evolución de éstos hasta el egreso del paciente. Estudió a 38 familiares (primordiales en el

funcionamiento del núcleo familiar) de pacientes mayores de 25 años. Utilizó la EAMD de Zung y una escala de valoración de soportes sociales. Como resultado de esto, observó un aumento de ansiedad con tendencia a manifestar datos compatibles con un trastorno depresivo con somatizaciones, aumentando según el riesgo de la situación del paciente. Los familiares con mejor estructuración en su núcleo, así como mejor funcionalidad; resisten menos el evento estresante. Hay sintomatología positiva para depresión al ingreso, por arriba del 60% en las escalas de Hamilton y la EAMD de Zung; con una disminución de la misma, en ambas escalas, por arriba del 20%; lo que evidencia una mejora de los familiares al egresar su paciente.

Escandón (1987) al estudiar la hipotensión arterial y la depresión, planteó la posibilidad de una base biológica común, tal vez genética, en la patogénesis de la hipotensión arterial y depresión. En un grupo de 50 pacientes con diagnóstico de síndrome depresivo crónico, y utilizando para ello los criterios clínicos de la “depresión neurótica” según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los criterios del “trastorno distímico” según el DSM-III y además mediante la EAMD de Zung para la depresión ambulatoria. Obtuvo como resultado que si existe una correlación entre el síndrome depresivo crónico y la hipotensión arterial, la cual es clínica y estadísticamente significativa con una $p < 0.01$ respecto al grupo control (pacientes no depresivos). Del grupo estudiado 90% presentaba hipotensión arterial y 10% se clasificaron como normotensos.

García (1985) al estudiar la relación de personalidad-vasectomía y depresión, trató de describir mediante el MMPI, las características de personalidad en los individuos que serían sometidos a vasectomía; así como conocer el índice de cuadro depresivo en pacientes que se han sometido a vasectomía. A 30 pacientes en edad fértil (de 30 a 45 años), a los que se les practicaría la vasectomía, por lo que se les aplicó el MMPI y la EAMD de Zung una semana antes de la intervención quirúrgica; y al mes; un re-test de la EAMD de Zung, tratando de obtener datos de significancia en cuanto a personalidad y depresión. En la EAMD de Zung, no se encontraron características significativas de

depresión. En el re-test, la depresión se incrementó a un 86.6% en el total de la población, en comparación con la primera aplicación, en donde el índice de depresión fue de 43.3%. La diferencia del 43.3% en este estudio, (por no haber un grupo alternativo), no es significativa. Por lo tanto, se concluye que no existe un índice de depresión en individuos a los que se les ha practicado la vasectomía, ya que los sujetos no manifiestan cambios aparentes en el nivel de depresión.

Gil (1991), al tratar de clasificar pacientes depresivos atendidos en el Programa de Salud Mental (UNAM), utilizó métodos de clasificación actualizados respecto al cuadro depresivo, que faciliten su detección, inclusión y manejo. Estudió a estudiantes universitarios de 15 a 35 años de la UNAM que solicitaban el servicio, y quienes al parecer presentaban sintomatología depresiva. Utilizó la EAMD de Zung y el Cuestionario para el Diagnóstico del Síndrome Depresivo. Los resultados a los que llegó fueron los siguientes: un 34.48% de los pacientes presentaron cuadros depresivos, encontrándose una mayor incidencia en mujeres; un 30% presentó patrón encefalográfico anormal sin correlación clínica, episodios depresivos moderados en un 15.51%, cuadro depresivo ligero en un 13.79% y distimia en un 5.17%. Menciona que en la EAMD de Zung, se encuentran varios inconvenientes en cuanto a su autoaplicación, traducción, calificación, reactivos en forma negativa y que solo expresa una presentación porcentual del síntoma estudiado.

Al investigar cuántos de los pacientes que padecen dolor crónico benigno, Granados (1987) buscó en su muestra de 25 pacientes con problemas dolorosos, quienes de ellos cursaban depresión y a la vez, conocer sus características sociodemográficas generales. Utilizó una entrevista que incluía los criterios diagnósticos del DSM-III para trastorno distímico, la EAMD de Zung, y el MMPI en su formato breve. Los resultados obtenidos en el MMPI mostraron en la escala dos (depresión), 21 pacientes con una $T > 70$ y 4 pacientes con una T entre 60 y 69. En la EAMD de Zung, 11 mujeres obtuvieron un puntaje mayor a 70 (depresión hospitalaria), 3 mujeres con un puntaje de 61 a 69

(depresión ambulatoria) y 11 pacientes con un puntaje de 50 a 60 (reacción de ajuste transitorio o desorden de personalidad). Como conclusión, el dolor crónico benigno más frecuente en mujeres esta en la proporción de 5 a 1, y 21 de los 25 pacientes estudiados presentaron depresión enmascarada con rasgos de hipocondriasis.

Granados Vite (1985), al investigar la relación entre salpingoclasia y depresión, trató de observar si los pacientes en los que se practicó esta cirugía presentaron desórdenes del afecto de tipo depresivo, así como determinar mediante la EAMD de Zung la aparición de estados depresivos en un grupo de mujeres que fueron sometidas a salpingoclasia. Observar si presentan síntomas depresivos antes del acto quirúrgico o si la aparición de tales síntomas es consecutiva a dicha intervención; mediante la aplicación de la EAMD de Zung antes y después del acto quirúrgico. También el de esclarecer si existe alguna relación entre características de personalidad con la aparición de síntomas depresivos aplicando el MMPI, también antes de la intervención y comparándolo con los resultados obtenidos por la EAMD de Zung. El grupo estuvo compuesto de 30 mujeres que asistieron al Departamento de Planificación Familiar del Hospital General “Manuel Gea González”, que presentaran embarazo; con edades de entre 25 y 44 años, (un promedio de edad de 31.5 años) escolaridad mínima primaria, y fueran del D.F.

La primera aplicación de la EAMD de Zung, se realizó de 5 a 7 días antes de la intervención quirúrgica y posteriormente se volvió a aplicar a los 30 y 90 días. El MMPI se aplicó en una sola ocasión, conjuntamente con la EAMD. Antes de la salpingoclasia todas aquellas pacientes que obtuvieron un puntaje superior a 53 en la EAMD de Zung, se les consideró afectadas de depresión, independientemente de la fecha de aplicación. 4 mujeres (13.33%) presentaron depresión en el MMPI, y en la primera aplicación de la EAMD de Zung, nueve pacientes (30%) puntuaron arriba de 54 y más. En la segunda aplicación de esta prueba, ocho mujeres (26.66%) presentaron depresión, también puntuaron 54 y más, y en la tercera aplicación nueve mujeres (30%) presentaron depresión al puntuar 54 y más. Al aplicar el análisis de varianza, se concluyó que no hay

diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de depresión en los tres grupos, ya que $5.59 < 5.99$.

Se obtuvo como conclusión que la salpingoclasia no es un factor desencadenante de estados afectivos de tipo depresivo, ya que en las primeras semanas posteriores a la intervención quirúrgica se presenta una reacción de ansiedad o ajuste que llega a tener significancia clínica pero que no es mayor con respecto a otro tipo de intervención. En las pacientes en que se presentó un estado depresivo, correlacionó que tres pacientes en su perfil de personalidad presentaron características depresivas y que la salpingoclasia sólo actuó como precipitante. Estas conclusiones son resultado de este estudio, el cual no es representativo de la población, ya que sólo se llevó a cabo durante tres meses.

Al tratar de demostrar que el trastorno más frecuente encontrado en las madres de niños con enfermedades psiquiátricas es la depresión, Hinojosa (1986) aplicó la EAMD de Zung, a madres con hijos de 3 a 12 años, diagnosticados con trastornos psíquicos cursando con padecimientos como síndrome hiperkinético o trastornos de la atención con todas sus variantes y todos los tipos de retardo mental, de seis meses de evolución; también se utilizó un grupo control conformado por madres de niños normales de 6 a 12 años, obteniéndose los siguientes resultados: Las madres con niños con retraso mental obtuvieron un índice de depresión significativamente mayor que las madres de niños normales. Las madres de niños con trastornos de la atención, mostraron un índice de depresión significativamente mayor que las madres con niños normales. También se observó que el índice de depresión entre madre de niños retrasados mentales y de madres de niños con trastornos de la atención, son estadísticamente iguales. Recomienda la aplicación rutinaria de la EAMD de Zung, a las madres que acuden a consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N: Navarro". Este instrumento al detectar el estado afectivo de las madres de ser necesario, permite canalizarlas a un tratamiento adecuado.

López (1983) trató de conocer mediante la EAMD de Zung, si se presenta depresión en una muestra de pacientes alcohólicos que acuden al servicio de consulta externa del Hospital "Fray Bernardino Alvarez": comparada con un grupo control. Así como el de establecer si el grupo de pacientes alcohólicos presenta depresión con mayor frecuencia. Su muestra estuvo compuesta por 62 sujetos debidamente alfabetizados y con una edad de 30 a 50 años. Un grupo A: integrado por 31 sujetos alcohólicos, sin tratamiento farmacológico, y un grupo B: conformado de 31 sujetos, sin diagnóstico de alcoholismo ni alteración mental y sin tratamiento farmacológico. Aplicó la EAMD de Zung, una hoja de datos y una entrevista. En el grupo de los alcohólicos, 26 de los 31 sujetos se encontraban depresivos, ya que obtuvieron una puntuación mayor a 50. En el grupo de los no alcohólicos, sólo tres de los sujetos presentaron depresión. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la prueba z para proporciones, con una $p < .05$. Los puntajes en la EAMD de Zung dentro del grupo A: fueron de 55.67 ± 13.60 y para el grupo B: fueron de 41.29 ± 7.14 , con un alfa $< .05$ no siendo significativo. Además se encontró una alta frecuencia de síndrome depresivo en alcohólicos (84%), siendo un porcentaje muy alto y no similar al reportado en otros estudios. Reporta el investigador, que al aplicar diversos instrumentos para medir depresión, se observan discrepancias en los resultados obtenidos, por lo que algunos autores mencionan que la EAMD de Zung es una prueba de baja sensibilidad.

Martínez (1986) intentó demostrar que los pacientes alcohólicos tienen trastornos depresivos más frecuentemente que otros enfermos, y que esta problemática no se identifica, además de que no recibe tratamiento para su trastorno afectivo. Utilizó pacientes hospitalizados en el área de servicios de medicina interna del Hospital Regional "20 de Noviembre" del ISSSTE. Además de un grupo control de no alcohólicos. Aplicó la EAMD de Zung, el MMPI, Criterios del DSM-III y una Cédula de Recolección de Datos. Encontró que ambos grupos presentaron un índice de depresión semejante al ser medido por las tres pruebas propuestas.

El método de clínica y la EAMD de Zung, mostraron un porcentaje de diagnóstico semejante, mientras que el MMPI resultó ser más sensible, ya que detectó un mayor número de pacientes depresivos. El porcentaje resultó superior al de la población en general, por lo que concluye que aparentemente son otras las causas que producen la depresión en pacientes alcohólicos hospitalizados.

Mejías (1988) buscó en pacientes con insuficiencia renal crónica, la frecuencia y el grado de depresión en estos sujetos, así como corroborar el resultado del índice de depresión entre cada uno de los instrumentos aplicados y en cuál de las formas de tratamiento (depresión, hemodiálisis) existe un mayor índice de depresión. Su muestra estuvo compuesta por 39 pacientes, de entre 16 y 62 años, y con insuficiencia renal. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la EAMD de Zung, y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD). En el BDI obtuvo un 24% de depresiones graves o severas, un 46% de depresión ambulatoria y un 30% de normalidad. A través de la EAMD de Zung, dos de 13 pacientes (15%) se clasificaron como normales, cinco de 13 (38%) como depresivos ambulatorios, y seis de 13 (46%) como depresivos hospitalarios. En la HAD, nueve de 24 pacientes (38%) se catalogaron como normales, 11 de 24 (46%) como ambulatorios y tres de 24 (12%) con depresión hospitalaria. Concluye que existe un número considerable de pacientes con depresión leve y grave, entre los enfermos con insuficiencia renal crónica, dentro del programa de diálisis peritoneal y hemodiálisis.

Mendoza (1991) trató de identificar las diferencias entre deterioro mental global (demencia) y una disminución del funcionamiento mental (depresión), así como proporcionar medidas objetivas. Utilizó 41 pacientes con diagnóstico de demencia o depresión afectiva mayor según el DSM-III, de entre 65 a 88 años. Aplicó un examen corto de estado mental de Kokmen y la EAMD de Zung.

No encontró diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0.0037$) para el grado de depresión ($t = 6.08$; $p \leq 0.0137$). Los depresivos puntuaron alto en ambos casos. La frecuencia en la presencia de depresión fue de 47.6%, pacientes con demencia. Los resultados dan una visión global de la deficiencia cognitiva ya que los puntajes totales de ambos grupos mostraron no significancia en orientación, atención, y otras; sin que tuvieran relación directa con la demencia o depresión.

Al tratar de determinar la frecuencia del síndrome depresivo en un grupo de pacientes hipotiroideos y compararlo con la frecuencia de presentarse ésta en dos grupos controles eutiroideos; un grupo de enfermos crónicos y un grupo de sujetos sanos, Mezquita (1983) también trató de comparar el perfil psicológico de los pacientes hipotiroideos con el de dos grupos controles. Utilizó una muestra de 18 sujetos: 6 en el grupo A, que eran pacientes con este tipo de enfermedad de consulta externa del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" (INNSZ); 6 en el grupo B, sujetos control con diagnóstico de artritis reumatoide, también del INNSZ; y 6 en el grupo C, controles sanos, familiares o acompañantes.

Utilizó como instrumento una entrevista clínica psiquiátrica. El diagnóstico del síndrome depresivo se elaboró con base a una entrevista clínica psiquiátrica aplicando criterios diagnósticos de investigación y la aplicación del MMPI y la EAMD de Zung. Los resultados obtenidos en la EAMD de Zung por grupos fueron los siguientes. En el grupo A; 5 de 6 personas presentaron un diagnóstico clínico incluido en los trastornos depresivos, con un rango de 39 a 79; en el grupo B, se presentó un rango promedio de 30 a 69; en el grupo C, el rango fue de 25 a 61. Con respecto a los puntajes en el MMPI, 9 de los 18 sujetos presentaron diagnósticos clínicos incluidos dentro de los trastornos depresivos, puntuando por arriba de lo normal. Se concluye que a mayor número de diagnósticos clínicos psiquiátricos, mayor será el índice promedio de la EAMD de Zung, y mayor el número de alteraciones en las escalas de depresión del MMPI.

Al realizar un análisis comparativo de la frecuencia con que se presenta la depresión en dos grupos de mujeres del Hospital de la Mujer de la Ciudad de México: Rodríguez (1986) investigó un grupo de 48 mujeres embarazadas solteras y en un grupo de 62 mujeres embarazadas casadas, mismas que asistían a consulta de urgencias con embarazo normal de 15 a 35 años de edad, 50 primerizas y con un máximo de 3 meses de embarazo. Aplicó la EAMD de Zung y consideró un puntaje de 40 a 60 como depresión leve, y un puntaje mayor de 60, fue determinante para clasificarlas como depresivas. Encontró que no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos; en cuanto a síntomas depresivos detectados por la EAMD de Zung, hubo un mayor número de depresivas entre las madres solteras, por lo que este factor, se relaciona con mayor frecuencia a la depresión, sin importar la edad de la embarazada. Tal parece que el grado de escolaridad o nivel intelectual favorece la resolución de las situaciones de estrés y el logro de un equilibrio psíquico más rápido y estable. La depresión ocurrió en porcentajes altos en pacientes cuyos estudios no fueron mayores al nivel de secundaria, en las solteras que trabajaban hubo también mucha depresión. Contrario a esto, cuando existe apoyo familiar en las madres solteras, se presenta una menor depresión.

Al realizar un estudio comparativo de la depresión en la mujer profesionista y no profesionista, Sánchez (1992) trató de determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en el grado de depresión de las mujeres económicamente activas o no. La muestra consistió de 101 mujeres, 50 no profesionistas y 51 profesionistas, de entre 25 y 40 años de edad, radicadas en el D.F. o área metropolitana y de estrato socioeconómico medio, y la muestra incluyó la característica de que las mujeres tuvieran o no pareja e hijos. Utilizó una versión adaptada de la EAMD de Zung, (de 1 a 40 puntos), considerando de 1 a 10, ánimo normal; de 11 a 20, depresión leve; de 21 a 30, depresión moderada; y de 31 a 40 depresión severa. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, ya que estuvieron más depresivas las mujeres no profesionales, sin embargo, se corrobora que un gran porcentaje de mujeres, presenta algún grado de depresión, principalmente de tipo leve.

Con relación a la característica pareja-hijos, la significancia no logró ser de importancia estadística. Propone que el hecho de tener un desarrollo, aunque este no sea pleno, es un punto que favorece a la mujer. A mayor número de hijos, mayor tendencia a la depresión. Las diferencias significativas en los grupos, se explica en base a que las menos depresivas tienen un desarrollo personal más pleno, el cual les proporciona mayores satisfacciones, por lo que para disminuir la depresión en las mujeres, sería recomendable que estudien y trabajen.

Vargas (1987), al investigar que tan frecuentemente se encuentra el síndrome de tensión premenstrual en una población y detectar con que frecuencia la sintomatología de tipo depresiva aparece en ella; la muestra estaba integrada por 53 mujeres sanas que asistían al Centro Hospitalario "20 de Noviembre" del ISSSTE; (mujeres estudiantes, trabajadoras sociales, médicas, enfermeras, pacientes de consulta externa, y secretarías), cuyas edades estaban entre los 15 y 35 años, que fueran regulares en su ciclo menstrual y no presentaran trastornos ginecológicos ni alteraciones de tipo psiquiátrico, así como tener escolaridad mínima de secundaria. Utilizó una Cédula de Recolección de Datos (modificada de Rubinow y cols., 1984) que contiene 38 variables de los datos generales; la EAMD de Zung, que ayuda a determinar de manera cuantitativa síntomas de depresión y que a través de estudios estadísticos, los puntajes de depresión pueden correlacionarse de manera segura con otras escalas de medición de depresión.

Del total de la muestra, 19 mujeres presentaron el síndrome de tensión premenstrual; además, 15 de ellas tuvieron sintomatología compatible con depresión. 12 de las cuales obtuvieron en la EAMD de Zung, compatibilidad positiva de depresión. En cuanto a la edad, la depresión se encuentra más en mujeres de 31 a 35 años. La escolaridad no influyó estadísticamente para que se presentara el síndrome de tensión premenstrual y la depresión. La sintomatología que se presentó en las diferentes mujeres fue de tipo cíclico y apareció sólo durante el periodo premenstrual, estando ausente en otro tiempo del ciclo menstrual.

Zárate (1985) trató de determinar mediante una entrevista médica y la EAMD de Zung, la frecuencia de presentación del síndrome depresivo, -desde un punto de vista psiquiátrico-, en un grupo de homosexuales y un grupo control de heterosexuales, para compararlos y determinar si existen diferencias en la incidencia de este tipo de alteraciones en ambos grupos. La muestra consistió de 100 sujetos; 50 homosexuales voluntarios, de entre 20 y 40 años, económicamente activos y residentes en el D.F., y 50 heterosexuales masculinos. Utilizó la EAMD de Zung, como instrumento principal, ya que en las entrevistas existieron ciertos inconvenientes y no se pudieron concluir. El criterio de depresión para la EAMD de Zung, se estableció en un puntaje mayor a 60. En el grupo de homosexuales, el índice promedio fue de 40.64 y un rango de 29 a 71, y en el grupo de heterosexuales se encontró un índice promedio de 39.66 con un rango de 26 a 56. Por lo que se concluye que no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, en lo que se refiere a síntomas depresivos detectados por la EAMD de Zung.

CAPÍTULO IV.
**EL CUESTIONARIO DE PENSAMIENTOS
AUTOMÁTICOS (ATQ-30) COMO INSTRUMENTO
PREDICTOR DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN
ESTUDIANTES DE BACHILLERATO.**

La presente investigación tiene como objetivo general confiabilizar y validar el Cuestionario de Pensamientos Automáticos, de Hollon y Kendall (ATQ-30), para utilizarlo como predictor de los niveles de tendencia a la depresión en la población de estudiantes de nivel bachillerato en México.

Los objetivos específicos son:

- 1- Determinar la validez de constructo del ATQ-30 a través de un análisis factorial.
- 2- Determinar el grado de confiabilidad del ATQ-30 por un método de consistencia interna utilizando el procedimiento estadístico de Alfa de Cronbach.
- 3- Determinar la validez concurrente del ATQ-30 por una correlación con la Escala de Automedición de Depresión de Zung.
- 4- Determinar los pensamientos automáticos más característicos de los estudiantes de bachillerato objeto de este estudio.

METODO

La depresión, aunque no se considera un grave problema de salud, sí constituye un estado emocional que trae consecuencias de manejo muy complejas para el individuo que la presenta, y aún más, disminuye en él las habilidades que le ayudarían a manejarla. Este estado emocional tiene un efecto negativo en las relaciones familiares y sociales, llegando en casos extremos a una desvalorización de sí mismo en la que aún su propia conservación no merece su interés.

Origina en el individuo sentimientos derrotistas que generalmente se traducen en sufrimientos emocionales que lo llevan a un desfase entre la imagen de sí mismo y los hechos objetivos. Además de trastornos somáticos, afectivos, intelectuales y de la esfera cognitiva.

Mahoney, M. (1983), menciona con otros autores, que los pensamientos acerca de una conducta objetiva y la atención precisa del acto mismo, han aparecido como posibles factores de importancia en la autorrelación exitosa. (Ackerman, 1973: Mahoney, Moura y Wade, 1973).

A) Definición de variables

a) Variable Independiente: prevalencia de pensamientos automáticos.

Pensamientos automáticos; término clínico que se refiere a los pensamientos generados espontáneamente, y entendidos como aquellas imágenes y contenidos verbales que surgen de un modo habitualmente consciente. (Caro, 1997).

b) Variable Dependiente. La depresión.

Término aplicado a constelaciones de conducta en la que los elementos más característicos son el retardo verbal y motor, llanto, tristeza, pérdida de la respuesta de la alegría, pérdida de interés, autodevaluación, insomnio y anorexia (Beck, citado por Wolpe, 1983).

B) Hipótesis

En esta investigación se propone la siguiente hipótesis:

La prevalencia de pensamientos automáticos medidos por el ATQ-30 se correlacionará con la sintomatología de la depresión, según la mide la escala de Zung.

C) Sujetos

Los sujetos que formaron parte del estudio fueron alumnos elegidos intencionalmente, que cursaban el nivel de bachillerato, tratando de cubrir una cuota mínima de 500 alumnos.

D) Escenario

El escenario donde se llevó a cabo el estudio fue las instalaciones de la Escuela Vocacional “Luis Enrique Erro”, del Instituto Politécnico Nacional. Las aplicaciones se realizaron colectivamente en los salones de clase.

E) Instrumentos

a) Cuestionario de Pensamientos Automáticos de Hollon y Kendall (1980).

Este cuestionario consta de 30 reactivos que expresan autodeclaraciones cognitivas que se presentan en los estados depresivos. Fue desarrollado por sus autores con el propósito de medir la frecuencia de pensamientos automáticos o autodeclaraciones automáticas. Las respuestas se ubicaron en cinco columnas que son: Nunca, algunas veces, medianamente frecuente, frecuentemente, todo el tiempo. Dándoles un puntaje de 1 a 5 respectivamente. En el anexo número 1 se reproduce el cuestionario original.

b) Escala de Automedición de Depresión, de Zung.

Esta escala está formada por 20 reactivos que expresan síntomas que pudieran ser considerados como característicos de la depresión. Los doctores Zung y Durham realizaron el proyecto en el que debían correlacionar la presencia o severidad del trastorno depresivo con otros parámetros como la facilidad para despertar y los cambios que se lograban con el tratamiento.

De los 20 reactivos que constituyen la escala, 10 son planteadas en sentido positivo y 10 en sentido negativo para evitar que el sujeto pueda encontrar una tendencia en el estudio. Como puede apreciarse, los enunciados de la escala están redactados en un lenguaje común, aunque el orden de los mismos no coincide con las áreas correspondientes.

Para la cuantificación del síntoma se plantearon tres categorías que en la primera parte corresponden a nada, poco y mucho, calificando con un valor de 1 a 3. En la segunda parte las tres categorías que se plantean son: nunca, a veces y siempre, también se califica con un valor de 1 a 3 (Zung, s.f.). En el anexo número 2 se reproduce una copia de dicha escala.

F) Procedimiento

Se determinó que el instrumento de medición a utilizar en el presente estudio sería el Cuestionario de Pensamientos Automáticos de Hollon y Kendall y la Escala de Automedición de la Depresión de Zung. Los datos personales se solicitaron en hoja aparte. Los cuestionarios se aplicaron a 500 alumnos de tercero y quinto semestres. Los instrumentos se distribuyeron simultáneamente en el siguiente orden:

Hoja de datos personales, Cuestionario de Pensamientos Automáticos de Hollon y Kendall (ATQ-30) y Escala de Automedición de Depresión, de Zung.

Las instrucciones que se les dieron a los alumnos consistieron en: “Por favor contesten los cuestionarios que les proporcionamos. En la primera hoja les pedimos sus datos personales. Esta información será manejada en forma confidencial. No anoten su nombre; en el espacio para el número de cuenta, anoten su número de boleta. Después aparecen una serie de frases que expresan pensamientos que ustedes han experimentado. Anoten sus respuestas poniendo una marca en las columnas de la derecha de acuerdo a la frecuencia con que han tenido tales pensamientos. Tengan cuidado de colocar sus respuestas en la columna correspondiente.

Les pedimos que contesten todas las preguntas y que en ninguna anoten dos respuestas. Lo mismo en las siguientes hojas. Si tienen alguna duda, levanten su mano y nosotros iremos a su lugar para resolverla. Al terminar, háganoslo saber y pasaremos a su lugar. Gracias”

RESULTADOS

Acorde con los objetivos se hará una descripción de los resultados en cuatro grandes apartados:

- a) Determinación de la validez de constructo.
- b) Identificación del grado de consistencia interna.
- c) Identificar la validez concurrente del ATQ-30 con la Escala de la Automedición de la Depresión (EAMD) de Zung.
- d) Determinar las estadísticas descriptivas básicas del tema bajo estudio .

Para el análisis de los datos se diseñó una base de datos en el programa SPSS y se corrieron los modelos estadísticos en dicho programa.

a) Análisis Factorial del ATQ-30

Con la finalidad de determinar la validez de constructo del cuestionario bajo estudio, se decidió correr un Análisis Factorial de Componentes Principales con Rotación VARIMAX (Varianza Máxima), a fin de extraer los factores que mide el instrumento.

En la tabla número 1 se muestran los resultados obtenidos de la carga factorial que cada reactivo tiene en los cuatro factores resultantes, los cuales conservaron el número original que tenían en el cuestionario.

TABLA I
ANÁLISIS FACTORIAL DEL CUESTIONARIO DE PENSAMIENTOS
AUTOMÁTICOS ATQ-30

FACTORES	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV
FACTOR I: <u>AUTODEPRECIACIÓN</u>				
2 No sirvo para nada.	.51	.24	.08	.33
5 He decepcionado a la gente.	.61	.15	.26	.01
10 Estoy muy en desacuerdo conmigo mismo.	.45	.23	.34	.21
16 Me odio a mí mismo.	.77	-.00	.14	.14
18 Soy un ser despreciable.	.74	.13	.09	.07
19 Desearía poder desaparecer.	.64	.01	.18	.21
21 Soy un perdedor.	.58	.37	.09	.25
23 Soy un fracasado.	.76	.26	.04	.18
FACTOR II: <u>DESESPERANZA</u>				
3 ¿Porqué no puedo triunfar?	.15	.49	.38	.18
11 Ya no hay nada alentador.	.26	.38	.18	.15
17 No puedo lograr dos cosas a la vez.	-.10	.43	.14	.35
24 Nunca lograré mis metas.	.11	.78	.02	.03
28 Mi futuro es poco prometedor.	.41	.59	.05	.28
30 No logro terminar nada.	.18	.57	.24	-.14
FACTOR III: <u>INSATISFACCIÓN PERSONAL</u>				
14 ¿Qué está mal en mí?	.24	.08	.69	.21
20 ¿Qué sucede conmigo?	.09	.18	.76	.06
26 Algo tiene que cambiar en mí.	.16	.17	.73	.05
FACTOR IV: <u>VULNERABILIDAD</u>				
6 Creo que no puedo seguir adelante.	.27	.16	-.14	.49
8 Soy tan débil.	.20	.04	.22	.72
25 Me siento indefenso.	.26	.03	.28	.62

Como se puede observar los 30 reactivos originales fueron seleccionados para confirmar una solución de factores consistente tanto estadística como conceptualmente. Cuatro factores resultaron tener un valor propio mayor que 1 y cargas factoriales arriba de .40 (a excepción del reactivo 11 que tuvo una carga factorial de .38).

De los 30 reactivos, 20 fueron consistentes con dicha solución, la cual será descrita a continuación. El factor 1 se denominó Autodepreciación, porque contiene los reactivos con afirmaciones de desprecio personal. El reactivo 16 "me odio a mi mismo" que obtuvo la carga mas alta en este factor es un ejemplo claro del tipo de afirmaciones que lo contienen.

El factor número 2 recibió el nombre de Desesperanza, porque aglutinó las afirmaciones sobre la incapacidad del individuo de lograr metas. El reactivo 24 "nunca lograré mis metas", presentó la carga factorial más alta entre las afirmaciones. Insatisfacción personal, fue el nombre que se le asignó al tercer factor porque se refiere a los pensamientos que el individuo tiene de una valoración negativa de su propia persona. Como ejemplo de estos reactivos el número 20 "¿qué sucede conmigo?", presentó también la carga factorial más alta. Por último, el factor 4 se denominó Vulnerabilidad, porque refleja la incapacidad del individuo para seguir adelante, mostrando el reactivo 8 "soy tan débil" una carga factorial igualmente elevada en este tipo de afirmaciones.

Como puede observarse, la solución de factores es congruente con la teoría que indica que posibles autoafirmaciones negativas puedan inducir estados de ánimo depresivo. Se decidió reducir el tamaño del cuestionario si de esa manera se obtenía mayor claridad conceptual y estadística.

Contamos ya con una estructura factorial de un cuestionario ATQ-20 que tiene validez de constructo aceptable tanto clínica como estadísticamente.

b) Consistencia Interna del ATQ-20

Con la nueva estructura factorial se corrió el Alpha de Cronbach para obtener el grado de consistencia interna de cada uno de los nuevos factores. En la tabla 2 se muestran los resultados obtenidos.

TABLA 2

ALPHA DE CRONBACH ATQ-20

FACTOR	ALPHA
1 AUTODEPRECIACIÓN	0.85
2 DESESPERANZA	0.66
3 INSATISFACCIÓN PERSONAL	0.72
4 VULNERABILIDAD	0.54

El factor autodepreciación es el que obtiene una alpha alto, lo que indica que es un factor consistente y confiable. El factor número 3, Insatisfacción personal también obtuvo un nivel alto de consistencia interna; el factor 2 Desesperanza tuvo ya un alpha de .66 que lo ubica en un nivel aceptable y el factor 4 es en el que se encontró el grado de consistencia mas bajo. Evidentemente requerirá nuevos reactivos y futuras revisiones para mejorar su grado de confiabilidad.

En suma, 3 de los factores obtenidos en el ATQ-20 son aceptables y el cuarto requerirá modificaciones para mejorarse.

c) Estadísticas Básicas del Cuestionario de Depresión de ZUNG.

Con la finalidad de poder obtener una medición de depresión con el cual contrastar a los sujetos de alto y bajo puntaje en el ATQ-20, se aplicó a la misma población la Escala de la Automedición de la Depresión (EAMD) de Zung. Se decidió, por lo tanto, obtener las estadísticas básicas de este cuestionario en la muestra bajo estudio, las cuales serán descritas en el presente apartado.

En la tabla número 3 se muestra el promedio y la desviación estándar que se obtuvo en cada uno de los 20 reactivos de la escala. Habrá que recordar que esta se califica de un valor de 1 a 3, en donde el máximo valor indica mayor intensidad de depresión (la calificación de los reactivos fue recodificada dependiendo de la valencia del mismo). Así, vemos que la insatisfacción en las relaciones sexuales es la reacción más alta que manifiestan los adolescentes evaluados, seguido de las sensaciones de intranquilidad, inquietud, así como de la confusión mental. Un poco más abajo le siguen las reacciones de insatisfacción por las cosas de la vida cotidiana y el sentimiento de tristeza.

TABLA 3
 PUNTAJES DE MEDIA Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR OBTENIDOS EN EL
 CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE ZUNG
 (VERSIÓN ADAPTADA A POBLACIÓN MEXICANA).

Pregunta	x	Ds
4 Disfruto de mis relaciones sexuales	2.51	0.80
7 Me siento intranquilo e inquieto	1.96	0.65
6 Tengo la mente tan clara como antes	1.91	0.68
13 Todavía disfruto de las mismas cosas	1.82	0.60
1 Me siento triste	1.81	0.57
15 Como igual que antes	1.78	0.66
20 Estoy más irritable de lo usual	1.75	0.57
9 Me resulta fácil tomar decisiones	1.72	0.57
2 Tengo deseos de llorar	1.67	0.65
14 En las mañanas me siento mejor	1.66	0.53
18 Me canso con poco esfuerzo	1.55	0.65
17 El corazón me late más aprisa	1.55	0.59
3 Me cuesta trabajo dormirme en la noche	1.51	0.66
16 Tengo problemas digestivos	1.48	0.59
10 Siento que soy útil y necesario	1.37	0.56
19 Hago fácilmente las cosas que acostumbro	1.34	0.56
5 Estoy perdiendo peso	1.33	0.52
11 Mi vida tiene bastante interés	1.29	0.52
12 Creo que les haría un favor a los demás muriéndome	1.20	0.51
8 Tengo esperanza en el futuro	1.12	0.38

En general, 13 de los 20 reactivos superaron el puntaje medio de la escala de calificación (1.50), lo que indica dos niveles de síntomas de depresión en esta población.

En la tabla número 4 se muestran los resultados de la comparación por sexo de cada uno de los 20 reactivos de la escala en donde se observa que existen diferencias en 9 de los reactivos, 5 de los cuales las mujeres reportan tener más sintomatología y los 4 restantes, la intensidad más alta es a favor de los hombres.

Por último, se obtuvo la distribución percentilar de los puntajes de la escala total, con lo que se decidió que el percentil más bajo (de 0 a 10) se iban a tomar como los claramente no deprimidos y los percentiles más altos (del percentil 90 al 100), se iban a tomar como los claramente deprimidos.

TABLA 4
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GENERO SEGÚN LOS NIVELES DE
SIGNIFICANCIA OBTENIDOS EN EL ZUNG.

Nº D	Reactivo	Hombres		Mujeres		t	Sig.
		x	D.E.	x	D.E.		
2	Tengo deseos de llorar.	1.36	0.52	1.84	0.65	-8.98	0.00
1	Me siento triste.	1.63	0.54	1.91	0.57	-5.60	0.00
17	El corazón me late más aprisa.	1.45	0.59	1.60	0.58	-2.70	0.00
11	Mi vida tiene bastante interés.	2.82	0.41	2.64	0.57	3.96	0.00
4	Disfruto de mis relaciones sexuales.	1.85	0.90	1.25	0.62	7.11	0.00
12	Creo que les haría un favor a los demás muriéndome.	1.13	0.40	1.24	0.56	-2.40	0.01
16	Tengo problemas digestivos.	1.40	0.51	1.51	0.63	-2.09	0.03
14	En las mañanas me siento mejor.	2.40	0.52	2.29	0.53	2.17	0.03
19	Hago fácilmente las cosas que acostumbro.	1.71	0.52	2.61	0.58	1.89	0.05
6	Tengo la mente tan clara como antes.	2.15	0.68	2.04	0.69	1.65	0.10
15	Como igual que antes.	2.28	0.66	2.18	0.66	1.61	0.10
20	Estoy más irritable de lo usual.	1.70	0.57	1.77	0.57	-1.34	0.18
5	Estoy perdiendo peso.	1.28	0.51	1.35	0.52	-1.28	0.20
3	Me cuesta trabajo dormirme en la noche.	1.47	0.62	1.54	0.69	-1.13	0.25
8	Tengo esperanza en el futuro.	2.89	0.33	2.86	0.41	1.08	0.28
9	Me resulta fácil tomar decisiones.	2.31	0.56	2.25	0.58	1.05	0.29
18	Me canso con poco esfuerzo.	1.51	0.64	1.57	0.66	-1.01	0.31
13	Todavía disfruto con las mismas cosas.	2.15	0.62	2.20	0.59	-0.82	0.41
10	Siento que soy útil y necesario.	2.64	0.53	2.61	0.58	0.55	0.58
7	Me siento intranquilo e inquieto.	1.94	0.68	1.96	0.64	-0.42	0.67

d) Validez concurrente de la Escala del ATQ-20 con la Escala de la Automedición de la depresión (EAMD) de Zung.

Con base en el criterio de los percentiles se obtuvieron finalmente dos submuestras. Una de 41 sujetos que estaban claramente deprimidos, según el percentil 90 del Zung, y otra submuestra de 37 sujetos que claramente no presentaban sintomatología según los primeros 10 percentiles del mismo Zung.

En la tabla número 5 se comparan los dos grupos resultantes en los promedios que obtuvieron para cada uno de los 30 reactivos originales del ATQ. Ahí se observa que hay diferencias estadísticamente significativas en 17 reactivos, los cuales discriminan claramente entre ambas poblaciones.

TABLA 5
DIFERENCIAS DE PROMEDIOS PARA CADA REACTIVO DEL ATQ-30
EN DEPRESIVOS Y NO DEPRESIVOS.

Reactivos	NDep		Dep		t	Sign.
	x	Ds	x	Ds		
1 Me siento como si estuviera luchando contra los demás.	1.58	0.74	2.32	1.10	-3.43	0.00
15 Desearía estar en otro lugar.	1.97	0.88	2.72	1.67	-3.38	0.00
16 Me odio a mí mismo.	1.14	0.42	1.56	0.72	-3.08	0.00
25 Me siento indefenso.	1.56	0.63	2.13	0.97	-3.04	0.00
14 ¿Qué está mal en mí?	2.19	1.03	2.86	0.94	-2.99	0.00
8 Soy tan débil.	1.51	0.59	2.05	1.07	-2.70	0.00
29 Esto no vale la pena.	1.39	0.54	1.81	0.81	-2.66	0.01
30 No logro terminar nada.	1.51	0.55	1.97	0.95	-2.57	0.01
19 Desearía poder desaparecer.	1.34	0.53	1.72	0.80	-2.49	0.01
12 Ya no puedo sostener esta situación.	1.51	0.77	1.94	0.88	-2.29	0.02
21 Soy un perdedor.	1.41	0.70	1.81	0.90	-2.13	0.03
20 ¿Qué sucede conmigo?	2.09	1.02	2.64	1.23	-2.14	0.03
27 Debe haber algún error en mí.	2.29	1.10	2.83	1.16	-2.12	0.03
7 Deseo ser una persona mejor.	4.26	1.09	4.67	0.53	-2.12	0.03
22 Mi vida es un lío.	1.68	0.96	2.13	0.94	-2.09	0.04
6 Creo que no puedo seguir adelante.	1.39	0.83	1.81	0.99	-2.01	0.04
11 Ya no hay nada alentador.	1.29	0.64	1.64	0.88	-2.01	0.04
2 No sirvo para nada.	1.41	0.83	1.75	0.76	-1.89	0.06
26 Algo tiene que cambiar en mí.	2.68	1.12	3.18	1.26	-1.86	0.06
4 Nadie me entiende.	2.07	0.98	2.45	0.96	-1.75	0.08
10 Estoy muy en desacuerdo conmigo mismo.	1.82	1.04	2.24	1.09	-1.71	0.09
5 He decepcionado a la gente.	1.70	0.84	2.00	0.74	-1.63	0.10
23 Soy un fracasado.	1.24	0.62	1.48	0.76	-1.52	0.13
9 Mi vida no es como yo quisiera.	1.21	0.98	2.56	1.04	-1.51	0.13
18 Soy un ser despreciable.	1.12	0.33	1.29	0.76	-1.46	0.15
3 ¿Porqué no puedo triunfar?	1.80	0.90	2.10	1.02	-1.38	0.17
13 Me cuesta trabajo comenzar las cosas.	1.90	0.86	2.05	0.81	-0.80	0.42
24 Nunca lograré mis metas.	1.41	0.86	1.56	0.89	-0.76	0.44
17 No puedo lograr dos cosas a la vez.	1.87	0.98	2.00	0.85	-0.59	0.55
28 Mi futuro es poco prometedor.	1.75	1.28	1.62	0.92	0.54	0.59

Con base en este resultado, se decidió correr nuevamente el análisis factorial mencionado, solamente con los 17 reactivos, que sí discriminaron a las 2 muestras con el fin de saber si se mantenía la estructura factorial original. En la tabla número 6 se muestran los resultados obtenidos.

TABLA 6
ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO DE LOS REACTIVOS
QUE DISCRIMINAN A LAS SUBMUESTRAS.
(ATQ-17)

Reactivos	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV
FACTOR I: <u>AUTODEPRECIACIÓN</u>				
11 Ya no hay nada alentador.	.53	.05	.27	.06
12 Ya no puedo sostener esta situación.	.53	.35	.19	.21
16 Me odio a mí mismo.	.70	.29	-.04	.00
19 Desearía poder desaparecer.	.78	.15	.01	.01
21 Soy un perdedor.	.46	.48	.16	.05
FACTOR II: <u>DESESPERANZA</u>				
1 Me siento como si estuviera luchando contra los demás.	-.05	.62	.15	.17
6 Creo que no puedo seguir adelante.	.14	.58	.04	-.20
8 Soy tan débil.	.20	.59	.01	.16
22 Mi vida es un lío.	.38	.41	.29	.21
25 Me siento indefenso.	.36	.52	.12	.07
FACTOR III: <u>INSATISFACCIÓN PERSONAL</u>				
15 Desearía estar en otro lado.	.48	-.07	.44	.31
29 Esto no vale la pena.	.10	.17	.76	.08
30 No logro terminar nada.	.08	.13	.80	.01
FACTOR IV: <u>VULNERABILIDAD</u>				
7 Deseo ser una persona mejor.	-.20	-.04	-.06	.63
14 ¿Qué está mal en mí?	.28	.36	.13	.56
20 ¿Qué sucede conmigo?	.28	.07	.17	.67
27 Debe haber algún error en mí.	.39	.36	.20	.48

Como se puede observar, se replicó la estructura factorial original de manera conceptual, aunque hubo algunos ajustes en la cantidad y tipos de reactivos que los componen. Se corrió entonces el Alpha de Cronbach para los nuevos reactivos y se encontró una ligera disminución en el grado de consistencia interna, aunque subió en el último de los factores (Vulnerabilidad) que ganó en consistencia interna.

TABLA 7
 NIVEL DE CONFIABILIDAD (POR CONSISTENCIA INTERNA) DEL
 CUESTIONARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS ATQ-17

FACTORES	ALPHA
1 AUTODEPRECIACIÓN	0.75
2 DESESPERANZA	0.62
3 INSATISFACCIÓN PERSONAL	0.60
4 VULNERABILIDAD	0.60
4.1 REFORMULADO* (PARA ATQ-16)	0.74

*Al eliminar el reactivo número 7 el análisis muestra un aumento en el Alpha.

Dado que el programa estadístico indicó que quitando uno de los reactivos la confiabilidad del último de los factores se incrementaba sustancialmente, se corrió nuevamente el análisis factorial con los 16 reactivos restantes para verificar si se mantenía la estructura factorial.

En la tabla número 8 se muestra el análisis factorial confirmatorio que nos indica que tenemos un cuestionario definitivo de 16 reactivos con validez de constructo, factores aceptablemente confiables y claramente discriminatorios entre deprimidos y no deprimidos.

TABLA 8
ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO DE LOS REACTIVOS
QUE DISCRIMINAN A LAS SUBMUESTRAS.
(ATQ-16)

Reactivos	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV
FACTOR I: <u>AUTODEPRECIACIÓN</u>				
11 Ya no hay nada alentador.	.53	.05	.27	.06
12 Ya no puedo sostener esta situación.	.53	.35	.19	.21
16 Me odio a mí mismo.	.70	.29	-.04	.00
19 Desearía poder desaparecer.	.78	.15	.01	.01
21 Soy un perdedor.	.46	.48	.16	.05
FACTOR II: <u>DESESPERANZA</u>				
1 Me siento como si estuviera luchando contra los demás.	-.05	.62	.15	.17
6 Creo que no puedo seguir adelante.	.14	.58	.04	-.20
8 Soy tan débil.	.20	.59	.01	.16
22 Mi vida es un lío.	.38	.41	.29	.21
25 Me siento indefenso.	.36	.52	.12	.07
FACTOR III: <u>INSATISFACCIÓN PERSONAL</u>				
15 Desearía estar en otro lado.	.48	-.07	.44	.31
29 Esto no vale la pena.	.10	.17	.76	.08
30 No logro terminar nada.	.08	.13	.80	.01
FACTOR IV: <u>VULNERABILIDAD</u>				
14 ¿Qué está mal en mí?	.28	.36	.13	.56
20 ¿Qué sucede conmigo?	.28	.07	.17	.67
27 Debe haber algún error en mí.	.39	.36	.20	.48

Con la versión de 16 reactivos del ATQ, se elaboró una correlación entre puntajes de cada uno de los factores y el puntaje total de la EAMD de Zung. En la tabla número 9 se reproducen las correlaciones obtenidas.

TABLA 9
CORRELACIÓN DE LOS FACTORES DEL ATQ-16 CON LA ESCALA
DE DEPRESIÓN DE ZUNG

FACTORES	DEPRESIÓN
1 AUTODEPRECIACIÓN	0.13*
2 DESESPERANZA	0.16*
3 INSATISFACCIÓN PERSONAL	0.23**
4 VULNERABILIDAD	0.15**

CLAVE

* = ≤ 0.01

** = ≤ 0.001

Todas las correlaciones resultaron significativas, especialmente el factor de **Insatisfacción personal** y el área de **Vulnerabilidad**, lo que indica que el ATQ efectivamente está asociado a los niveles de depresión según es medido por la escala de Zung. Así contamos ya con una escala predictora de depresión midiendo los pensamientos autoderrotantes de los adolescentes evaluados.

**CAPÍTULO V.
DISCUSIÓN**

A través del análisis factorial del ATQ-30 se confirmó una solución de factores consistente tanto estadística como conceptualmente; llegando a cumplir este aspecto, 20 de los 30 reactivos.

El ATQ posee buena validez concurrente como medida de pensamientos automáticos negativos, que presuponen las teorías cognitivas relacionadas con el estado depresivo; observándose así una clara congruencia con la teoría que propone que autoafirmaciones negativas pueden inducir estados de ánimo depresivos. (Deardorff, Hopkins y Finch, 1984; Harrel y Ryon, 1983; Dobson y Breiffer, 1983).

Se decidió reducir la extensión del cuestionario de tal manera que aumentara la claridad conceptual y estadística. Se llegó así a una nueva estructura factorial de un ATQ-20 con una validez de constructo aceptable, tanto clínica como estadísticamente.

Se corrió el Alpha de Cronbach para obtener el grado de consistencia interna de los nuevos factores.

Los factores autodepreciación e insatisfacción personal obtuvieron un alpha alto, lo que indica que son factores consistentes y confiables.

El análisis del promedio y la desviación estandar de estos 20 reactivos indicó que la insatisfacción en las relaciones sexuales es la reacción más alta que manifestaron los adolescentes evaluados, seguida de las sensaciones de intranquilidad, inquietud y confusión mental. De acuerdo a algunos autores, la autoeficacia, el optimismo y la automaestría actúan como amortiguadores del estrés. (Ollioff, Bryson y Wadden, 1989; Lightsey, 1997). Sin embargo, en la adolescencia difícilmente se observan estos factores en grado óptimo.

En general, 13 de los 20 reactivos superaron la media, lo que indica que en esta población hay dos niveles de depresión.

De acuerdo a la distribución de la población por género, se observó que existe diferencia en los niveles de significancia en 9 de los 20 reactivos que conforman el cuestionario ATQ-20. En 5 de estos reactivos, las mujeres reportaron tener más sintomatología; y en los 4 restantes, la intensidad más alta corresponde a los hombres.

Finalmente se obtuvo la distribución percentilar de los puntajes de la escala total, considerando un percentil de 0 a 10 para los sujetos claramente no deprimidos y un percentil de 90 a 100 para los claramente deprimidos.

Este criterio sobre los percentiles sirvió de base para constituir dos submuestras: una de 41 estudiantes claramente deprimidos y una de 37 alumnos que no presentaron sintomatología.

La diferencia en los promedios obtenidos para cada uno de los 30 reactivos originales del ATQ-30, distribuyó la población en 2 grupos que mostraron que hay diferencias significativas en 17 reactivos; los cuales discriminan claramente ambos grupos. Con esto, se decidió correr nuevamente el análisis factorial con los 17 reactivos, para investigar si se mantenía la estructura factorial original. Se replicó la estructura factorial original en forma conceptual.

El programa estadístico indicó que eliminando uno de los reactivos, la confiabilidad del factor vulnerabilidad aumentó notablemente, así que con los 16 reactivos restantes se corrió de nuevo el análisis factorial para verificar la estructura del instrumento.

Los resultados indicaron que se mantuvo la validez de constructo con factores aceptablemente confiables y claramente discriminatorios, entre sujetos depresivos y no depresivos.

Al elaborar la correlación entre los puntajes de cada uno de los factores y el puntaje total de la EAMD de Zung, en la versión del ATQ con 16 reactivos; todas las correlaciones resultaron significativas, lo que reitera que el ATQ está asociado a los niveles de depresión según las mediciones de la EAMD de Zung.

Sería conveniente investigar acerca de los alcances y limitaciones del ATQ-30; como por ejemplo, si al aplicar un test-retest se mantiene el grado de confiabilidad en nuestra población y en las submuestras; analizar si la prevalencia de pensamientos automáticos negativos permite discriminar las muestras clínicamente formadas de pacientes depresivos.

Así como diseñar otros estudios para determinar los diferentes grados de susceptibilidad a la depresión, por medio de los pensamientos automáticos negativos del ATQ; de tal manera que se identifiquen los pensamientos automáticos que surjan, y se analicen las relaciones existentes entre los contenidos cognitivos y los estados afectivos.

Aunque el ATQ-30 ha mostrado ser una herramienta útil para evaluar cogniciones asociadas con depresión, (Deardorff, 1985; Dobson y Breifer, 1983; Harrell y Ryon, 1983), es necesario investigar su sensibilidad ante cambios de naturaleza y frecuencia de las cogniciones, que resultan de la manifestación experimental y/o intervenciones psicoterapéuticas; aunque se ha observado que las cogniciones negativas se presentan con mayor frecuencia en depresivos monopolares, que en depresivos bipolares, de igual manera, en depresión primaria que en depresión secundaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Arias, T. y Martínez, R. (1988). Prevalencia de la depresión, ansiedad, y frustración en relación a niveles de daño en una situación de desastre. Tesis. Facultad de Psicología, UNAM.
- Arroyo, R.A. (1987). Disfunciones psicosexuales femeninas y su relación con reacciones depresivas. Tesis. Facultad de Medicina, UNAM.
- Asato, B. (1990). Depresión en pacientes oncológicos. Dolor, ansiedad y depresión en múltiparas. Tesis. Facultad de Psicología, UNAM.
- Balderas, A.E. (1986). Un estudio exploratorio a través de la escala de Zung a pacientes de consulta externa en el centro comunitario de la facultad de psicología. Tesis. Facultad de Psicología, UNAM.
- Bárcena, B.E.J. (1992). Depresión y mecanismos de defensa en pacientes con infecciones óseas. Tesis. Facultad de Medicina, UNAM.
- Beck, A. T. (1978). Cognitive Therapy and Emotional Disorders. Ed. Guilford, Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G., (1983) Terapia Cognitiva de la Depresión. España: (3ª edición). Desclée de Brouwer.
- Calderón, N. G. (1981). La depresión, problema de la salud pública. Salud Pública de México, 23, (5), 503-508.
- Calderón, N. G. (1985). Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento (ed. rev.). México: Trillas.

- Calderón, T.M. (1985). Detección y evolución de depresión en familiares de pacientes hospitalizados. Tesis. Facultad de Medicina, UNAM.

- Campillo, S. C. y Caraveo, A. J. (1979). Epidemiología de la depresión. Salud Mental, 2 (4), 40-44.

- Caro, G.I. (1997). Manual de psicoterapias cognitivas. Ed. Paidós. España.

- Deal, S.L. y Williams, J.E. (1988). Cognitive distortions as mediators between life stress and depression in adolescents. Adolescence, 23 (90), 477-490.

- Deardorff, P.A., Hopkins, L.R. y Finch, A.J. (1984). Automatic thoughts questionnaire: A reliability and validity study. Psychological Reports, 55 (3), 708-710.

- Deardorff, P.A. et. al. (1985). Automatic thoughts questionnaire: A study of concurrent validity. Psychological Reports, 57 (3, pt 1), 831-834.

- Dobson, K.S. y Breifer, H.J. (1983). Cognitive assessment of depression: Reliability and validity of three measures. Journal of Abnormal Psychology, 92 (1), 107-109.

- Enríquez, B. J. F. (1981). Evaluación de una encuesta que pretende medir histeria y depresión, utilizando dos grupos de pacientes previamente diagnosticados. Tesis. Facultad de Psicología, UNAM.

- Escandón, C.R.R. (1987). Hipotensión arterial y depresión. Tesis. Facultad de Medicina, UNAM.

- Estopier, B.M.G. (1989). Ansiedad y depresión en la época de climaterio en un grupo de mujeres mexicanas. Un estudio exploratorio. Tesis. Facultad de Psicología, UNAM.

- Estrada, P. C., Olvera, G. E., Vergara, E. L. (1982). La depresión en el adolescente con padre alcohólico. Tesis. Facultad de Psicología, UNAM.

- García, L.J.R. (1985). Personalidad, vasectomía y depresión. Tesis. Facultad de Medicina, UNAM.

- Gasperini, M., Provenza, M., Ronchi, P., Scherillo, P. et al. Cognitive processes and personality disorders in affective patients. Journal of personality disorders; 1989. Spr Vol. 3 (1) 63-71.

- Gil, C.S. (1991). Clasificación de pacientes depresivos atendidos en el Programa de Salud Mental. Tesis. Facultad de Medicina, UNAM.

- Gómez, R. A. y Ortega, B. E. (1987). La influencia de la asociación a un grupo sobre el grado de depresión en los senescentes. Tesis. Facultad de Psicología, UNAM.

- González-Forteza, C., Borges, G., Gómez, C., Jiménez, T. (1996). Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectivas. Revista Salud Mental. Vol. 19. Suplemento abril de 1996. pp. 34.

- González-Forteza, C. y Andrade, P. (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. Revista Salud Mental. Vol. 18. No. 4. Diciembre, 1995.

- Granados, D.A. (1987). Depresión en pacientes con dolor crónico benigno. Tesis. Facultad de Medicina, UNAM.
- Granados, V.R. (1985). Salpingooclasia y depresión. Tesis. Facultad de Medicina, UNAM.
- Harrell, T. H., Ryon, N. B. (1983). Cognitive-Behavioral assessment of depression. Clinical validation of the Automatic Thoughts Cuestionnaire. Journal of consulting and clinical psychology; (1983). Oct. Vol. 51 (5) 721-725.
- Hernández, S. y Camacho, C. (1987). Depresión en una muestra de alto riesgo. Revisión de la Escala de Automedición de Zung. Tesis. Facultad de Psicología, UNAM.
- Hill, C. V., Oei, T.P., y Hill, M.A. (1989). An empirical investigation of the specificity and sensitivity of the automatic thoughts questionnaire and dysfunctional attitudes scale. Journal of psychopathology and behavioral Assessment, 11 (4), 291-311.
- Hinojosa, C.E. (1986). Frecuencia de trastornos depresivos en madres de pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". Tesis. Facultad de Medicina, UNAM.
- Hollon, D. S. y Kendall C. P., (1980) Cognitive self-statements in depression: development of an automatic thoughts questionnaire. Cognitive Therapy and Research, 4 (4), 383 - 395.
- Hollon, S.D., Kendall, P.C. y Lumry, A. (1986). Specificity of depressotypic cognitions in clinical depression. Journal of Abnormal psychology, 95 (1), 52-59.

- Ingram, R.E. y Wisnicki, K. S. (1988). Assessment of positive automatic cognition. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56 (6), 898-902.

- Ingram, R.E., Atkinson, J.H., Slater, M.A., Sacuzzo, D.P. et al. (1990). Negative and positive cognition in depressed and nondepressed chronic-pain patients. Health Psychology, 9 (3), 300-314.

- Ingram, R. E., Slater, M.A., Atkinson, J. H. y Scott, W. (1990). Positive automatic cognition in major affective disorder. Psychological - Assessment, 2 (2), 209-211.

- Kauth, M.R. y Zettle, R.D. (1990). Validation of depression measures in adolescent populations. Journal of Clinical Psychology, 46 (3), 291-295.

- Kazdin, A.E. (1990). Evaluation of the automatic thoughts questionnaire: Negative cognitive processes and depression among children. Psychological Assessment, 2 (1), 73-79.

- Kendall, P.C., Howard, B.L. y Hays, R.C. (1989). Self referent speech and psychopathology: The balance of positive and negative thinking. Cognitive Therapy and Research, 13 (6), 583-598.

- Lightsey, O.R., Jr. (1997). Stress buffers and dysphoria: A Prospective study. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 11 (4)

- López, B.M.A. (1983). Evaluación de la asociación entre alcoholismo y depresión en una muestra de pacientes del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez". Tesis. Facultad de Medicina, UNAM.

- Mahoney, M. (1983). Cognición y Modificación de conducta. (pp. 190). México: Trillas.

- Mahoney, M. (1983). Cognición y Modificación de conducta. (pp. 163). México: Trillas.

- Martínez, L.H. (1986). Depresión y alcoholismo. Tesis. Facultad de Medicina, UNAM.

- Mejías, V.J.A. (1988). Diagnóstico de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en programas de diálisis peritoneal y hemodiálisis. Tesis. Facultad de Medicina, UNAM.

- Mendoza, M.M.A. (1991). Diferencias entre deterioro mental global (demencia) y una disminución del funcionamiento mental (depresión). Tesis. Facultad de Medicina, UNAM.

- Mezquita, O.R.I. (1983). Presencia de depresión en pacientes hipotiroideos: comparación con dos grupos controles. Tesis. Facultad de Medicina, UNAM.

- Mojica, R. P. (1992). La depresión de la madre como factor en el consumo de drogas de los hijos. Tesis. Facultad de Psicología, UNAM.

- Molano, N. E. (1994). Relación entre la actitud de familiares y el nivel de depresión en ancianos institucionalizados. Tesis. Facultad de Psicología, UNAM.

- Monroy, G. A. (1990). Estudio comparativo de síntomas depresivos entre un grupo de adolescentes inhaladores y no inhaladores. Tesis. Facultad de Psicología, UNAM.

- Montt, S. M. y Ulloa, Ch. F. (1996). Autoestima y salud mental en los adolescentes. Revista Salud Mental. Vol. 19. No. 3. Septiembre de 1996. pp. 30.

- Morales, M. R. (1994). Relación entre el grado de depresión de la mujer en climaterio y su historia personal. Tesis. Facultad de Psicología, UNAM.

- Netemeyer, R.G., Williamson, D.A., Burton, S., Biswas, D., et al. (2002). Psychometrics properties of shortened versions of the Automatic Thoughts Questionnaire. Educational and Psychological Measurement, 62 (1): 111-129.

- Olioff, M., Bryson, S.E. y Wadden, N.P. (1989). Predictive relation of automatic thoughts and student efficacy to depressive symptoms in undergraduates. Special issue: Clinical depression. Canadian Journal of behavioural Science, 21 (4), 353-363.

- Pacheco, P. M. y Servin, M. I. (1987). Estudio comparativo de rasgos de personalidad depresiva en menores infractores fármacodependientes y no fármacodependientes. Tesis. Facultad de Psicología, UNAM.

- Ramírez, J. (1988). Un estudio exploratorio en adolescentes. Tesis. Facultad de Psicología, UNAM.

- Rodríguez, A. E., (1989). La ansiedad y la depresión en la conducta laboral del trabajador. Tesis. Facultad de Psicología, UNAM.

- Rodríguez, C.A. (1986). La condición social de madre soltera y su relación con depresión durante el embarazo en pacientes del "Hospital de la Mujer", de la Ciudad de México. Tesis. Facultad de Medicina. UNAM.

- Ross, S.M., Gottfredson D. K., Christensen, P. y Weaver, R. (1986). Cognitive self-statements in depression: Findings across clinical populations. Cognitive Therapy and Research, 10 (2), 159-165.
- Ruiz, S. C. (1994). Manejo post-terapéutico de la depresión y la ansiedad en parejas de padres de niños con diagnóstico de distrofia muscular progresiva. Tesis. Facultad de Psicología, UNAM.
- Safren, A.S., Heimberg, R.G., Lerner, J., Henin, A., Warman, M. y Kendall, P.C. (2000). Differentiating Anxious and Depressive Self-Statements: Combined Factor Structure of the Anxious Self-Statements Questionnaire and the Automatic Thoughts Questionnaire-Revised. Cognitive Therapy and Research, 24 (3), 327-344.
- Sahin, N.H. y Sahin, N. (1992). Reliability and Validity of the Turkish version of the Automatic Thoughts Questionnaire. Journal of Clinical Psychology, 48 (3), 334-340.
- Sánchez, V.M.A. (1992). La depresión en la mujer profesionista y no profesionista, un estudio comparativo. Tesis. Facultad de Medicina, UNAM.
- Selmi, P.M., Klein, M.H., Greist, J.H., Sorrell, S.P., et al. (1990). Computer administered cognitive behavioral therapy for depression. American Journal of Psychiatry, 147 (1), 51-56.
- Silverman, Ch. (1968). The epidemiology of depression. Baltimore: The Johns Hopkins press.

- Stiles, T.C. y Gotestam, K.G. (1976), The role of automatic negative thoughts en the development of dysphoric mood: An analoge experiment. Cognitive Therapy and Research, 13 (2), 161-170.

- Suárez, G. V. (1988). Validación de la Escala de Automedición de la Depresión de Zung en adolescentes estudiantes de secundaria mexicanos. Tesis. Facultad de Psicología, UNAM.

- Valderrama, B. G. (1988). Perfil psicológico de pacientes del Instituto Mexicano de Perinatología con un embarazo de curso normal. Tesis. Facultad de Psicología. UNAM.

- Vargas, R.J.L. (1987). Depresión y síndrome de tensión premenstrual. Tesis. Facultad de Medicina, UNAM.

- Velasco, G. L. (1986). ¿La invalidez física lleva implícita un depresión? Tesis. Facultad de Psicología, UNAM.

- Wolpe, J. (1983). Práctica de la terapia de la conducta, (4ª reimp.). (pp. 268). México: Trillas.

- Zárate, H.L.E. (1985). Homosexualidad masculina y depresión. Tesis. Facultad de Medicina, UNAM.

- Zaretsky, A.E., Segal, Z.V. y Gemar, M. (1999). Cognitive Therapy for Bipolar Depression: A Pilot Study. Canadian Journal of Psychiatry, 44. 491-494.

- Zung, W. (s.f.). La Medición de la Depresión. México: Laboratorios farmacéuticos La Keside. G. P.

ANEXO NÚM. 1
CUESTIONARIO DE PENSAMIENTOS
AUTOMATICOS (ATQ-30)

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS (ATQ-30)

Exp: _____

PREGUNTAS

RESPUESTAS

	Nunca	Alguna Veces	Medianamente Frecuente	Frecuentemente	Todo el tiempo
1. Me siento como si estuviera luchando contra los demás.	()	()	()	()	()
2. No sirvo para nada.	()	()	()	()	()
3. ¿Porqué no puedo triunfar?	()	()	()	()	()
4. Nadie me entiende.	()	()	()	()	()
5. He decepcionado a la gente.	()	()	()	()	()
6. Creo que no puedo seguir adelante.	()	()	()	()	()
7. Deseo ser una persona mejor.	()	()	()	()	()
8. Soy tan débil.	()	()	()	()	()
9. Mi vida no es como yo quisiera.	()	()	()	()	()
10. Estoy muy en desacuerdo conmigo mismo.	()	()	()	()	()
11. Ya no hay nada alentador.	()	()	()	()	()
12. Ya no puedo sostener esta situación.	()	()	()	()	()
13. Me cuesta trabajo comenzar las cosas	()	()	()	()	()
14. ¿Qué está mal en mí?	()	()	()	()	()
15. Desearía estar en otro lugar.	()	()	()	()	()
16. Me odio a mí mismo.	()	()	()	()	()
17. No puedo lograr dos cosas a la vez.	()	()	()	()	()
18. Soy un ser despreciable.	()	()	()	()	()
19. Desearía poder desaparecer.	()	()	()	()	()
20. ¿Qué sucede conmigo?	()	()	()	()	()
21. Soy un perdedor.	()	()	()	()	()
22. Mi vida es un lío.	()	()	()	()	()
23. Soy un fracasado.	()	()	()	()	()
24. Nunca lograré mis metas.	()	()	()	()	()
25. Me siento indefenso.	()	()	()	()	()
26. Algo tiene que cambiar en mí.	()	()	()	()	()
27. Debe haber algún error en mí.	()	()	()	()	()
28. Mi futuro es poco prometedor.	()	()	()	()	()
29. Esto no vale la pena.	()	()	()	()	()
30. No logro terminar nada.	()	()	()	()	()

ANEXO NÚM. 2
ESCALA DE AUTOMEDICIÓN DE LA
DEPRESIÓN DE ZUNG.

ANEXO 2

Exp. _____

**ESCALA DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESION DE ZUNG.
(VERSIÓN ADAPTADA A POBLACIÓN MEXICANA).**

PREGUNTAS	NADA	POCO	MUCHO
1. Me siento triste.	()	()	()
2. Tengo deseos de llorar.	()	()	()
3. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.	()	()	()
4. Disfruto de mis relaciones sexuales.	()	()	()
5. Estoy perdiendo peso.	()	()	()
6. Tengo la mente tan clara como antes.	()	()	()
7. Me siento intranquilo e inquieto.	()	()	()
8. Tengo esperanza en el futuro.	()	()	()
9. Me resulta fácil tomar decisiones.	()	()	()
10. Siento que soy útil y necesario.	()	()	()
11. Mi vida tiene bastante interés.	()	()	()
12. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome.	()	()	()
13. Todavía disfruto con las mismas cosas.	()	()	()

PREGUNTAS	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
14. En las mañanas me siento mejor.	()	()	()
15. Como igual que antes.	()	()	()
16. Tengo problemas digestivos.	()	()	()
17. El corazón me late más aprisa.	()	()	()
18. Me canso con poco esfuerzo.	()	()	()
19. Hago fácilmente las cosas que acostumbro.	()	()	()
20. Estoy más irritable de lo usual.	()	()	()

ANEXO NÚM. 3
CUESTIONARIO DE PENSAMIENTOS
AUTOMÁTICOS (ATQ-17).

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

ANEXO 3

CUESTIONARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS (ATQ-17)

Exp. _____

PREGUNTAS

	Nunca	Algunas Veces	Medianamente Frecuente	Frecuentemente	Todo el tiempo
Ya no hay nada alentador.	()	()	()	()	()
Ya no puedo sostener esta situación.	()	()	()	()	()
Me odio a mí mismo.	()	()	()	()	()
Desearía poder desaparecer.	()	()	()	()	()
Soy un perdedor.	()	()	()	()	()
Me siento como si estuviera luchando contra los demás.	()	()	()	()	()
Creo que no puedo seguir adelante.	()	()	()	()	()
Soy tan débil.	()	()	()	()	()
Mi vida es un lío.	()	()	()	()	()
Me siento indefenso.	()	()	()	()	()
Desearía estar en otro lado.	()	()	()	()	()
Esto no vale la pena.	()	()	()	()	()
No logro terminar nada.	()	()	()	()	()
Desearía ser una persona mejor.	()	()	()	()	()
¿Qué está mal en mí?	()	()	()	()	()
¿Qué sucede conmigo?	()	()	()	()	()
Debe haber algún error en mí.	()	()	()	()	()

ANEXO NÚM. 4
Traducción del artículo:
**AUTODECLARACIONES COGNITIVAS EN DEPRESIÓN: DESARROLLO
DE UN CUESTIONARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS.**
Steven D. Hollon y Philip C. Kendall.

AUTODECLARACIONES COGNITIVAS EN DEPRESION:
DESARROLLO DE UN CUESTIONARIO DE PENSAMIENTOS
AUTOMATICOS

STEVEN D. HOLLON Y PHILIP C. KENDALL.

UNIVERSIDAD DE MINNESOTA.

Se diseñó un cuestionario de 30 reactivos para medir la frecuencia de pensamientos automáticos negativos (autodeclaraciones negativas) asociadas con depresión. A un grupo de hombres y mujeres estudiantes universitarios se les pidió que relataran experiencias de recuerdos disfóricos y que reportaran las cogniciones asociadas. 100 cogniciones representativas fueron seleccionadas y administradas a una segunda muestra, además del MMPI, escala D y el Inventario de Depresión de Beck. 30 reactivos que discriminan entre los grupos criterio de sujetos deprimidos y no deprimidos psicómetricamente diagnosticados fueron identificados. El resultado fue El Cuestionario de Pensamientos Automáticos de 30 reactivos (ATQ-30) el cual fue transvalidado y se fundamentó una diferencia psicómetricamente significativa entre los sujetos deprimidos y no deprimidos. No se encontraron diferencias entre hombres y mujeres. El análisis factorial indicó una solución de 4 factores, con un gran primer factor reflejando desadaptación personal, un segundo factor indicador de autoconcepto negativo y expectativas negativas y dos factores menores. El ATQ-30 puede proveer de medios para probar la teoría básica que relaciona los contenidos cognitivos con procesos afectivos y conductuales y asegura un cambio de cogniciones asociadas con manipulación experimental o intervenciones psicoterapéuticas.

Tanto la teoría como la investigación recientes, se han enfocado cada vez más al papel de la cognición en la etiología, mantenimiento y tratamientos de varios tipos de psicopatología (Bandura, 1977; Beck, 1976; Ellis y Grieger, 1977; Goldfried y Davison, 1976; Kendall y Hollon, 1979; Mahoney, 1974, 1977; Meichenbaum, 1977). Con respecto a la depresión, Beck sostiene que diversos componentes del síndrome clínico son consecuencia de distorsiones sistemáticamente negativas tanto en el contenido como en el proceso cognitivo (Beck, 1963, 1964, 1967).

El énfasis sobre los factores cognitivos ha llevado al desarrollo de procedimientos terapéuticos diseñados para reducir la depresión por la alteración sistemática de sus creencias negativas (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Hollon y Hollon y Beck, 1979).

Resultados de estudios han indicado que tales procedimientos son superiores a cualquier intervención tradicional o estrictamente conductual en términos de reducción de síntomas (Shaw, 1977; Taylor y Marshall, 1977) y superior a la farmacoterapia tricíclica en términos de reducción de síntomas y de prevención de recaídas (Rush, Beck, Kovacs y Hollon, 1977).

A pesar del interés actual tanto de la teoría cognitiva como de la terapia cognitivo-conductual en los desórdenes afectivos, parece haber un esfuerzo sistemático en cambiar los contenidos y los procesos cognitivos en función del tratamiento (Kendall y Korgeski, 1979). Una de las razones de esta falla proviene de "mecanismos de confirmación de tratamiento" es la ausencia de medidas específicas precisas para las cogniciones asociadas con la depresión.

El Test de Creencias Irracionales de Jones (IBT) (1968) es una medida de esas creencias que presumiblemente está por debajo de la emocionalidad neurótica.

Sin embargo, mientras el IBT predice activación relacionada con el afecto a estímulos situacionales específicos (Goldfried y Sobocinski, 1975), únicamente correlaciona moderadamente con depresión autorreportada (Nelson, 1977), evalúa creencias asociadas con emocionalidad general más que estados afectivos específicos, y evalúa el grado en el cual la gente atribuye a la validez de varias declaraciones, no a la frecuencia con la cual ellos experimentan cogniciones específicas. El concepto de Ellis de "las creencias irracionales" (1962) puede representar contenidos acertados de lo que la gente actúa si cree, pero puede ser una forma distinta de algunas cogniciones que los individuos experimentan espontáneamente. Medidas tales como las que se pueden obtener con el IBT pueden reflejar actitudes que la gente asume sin pensar, al menos en el formato presentado.

El presente trabajo reporta el desarrollo de un inventario diseñado para identificar las autodeclaraciones encubiertas (Ver Kendall y Hollon, 1981) reportadas por depresivos y que son representativas de la clase de cogniciones que ellos experimentan. Tal inventario puede proveer tanto de probar la teoría como una medida independiente de cambios cognitivos asociados con cualquier manipulación de laboratorio o intervención clínica.

METODO

Generación de los Reactivos

Un grupo inicial de reactivos fue generado solicitando a 788 hombres y mujeres estudiantes universitarios que recordaran una experiencia que hubieran vivido como depresiva. Se les pidió que recrearan la situación en su memoria tan vívidamente como pudieran, como si estuvieran reviviendo la situación en ese momento. Se les dieron instrucciones de reportar cualquier pensamiento que surgiera repentinamente en su cabeza, en esa situación. A los sujetos se les pidió que reportaran sus cogniciones exactamente de la forma en que los pensaron, sin importar la gramática o la sintaxis.

Los autores analizaron las cogniciones reportadas y eliminaron las respuestas redundantes e incomprensibles. Un total de 100 autodeclaraciones reportadas fueron seleccionadas para su uso subsecuente, constituyendo el Cuestionario de Pensamientos Automáticos inicial (ATQ-100).

Sujetos

Un total de 348 hombres y mujeres estudiantes de universidad fueron reclutados para participar en la selección de reactivos y en la validación cruzada. Todos los sujetos recibieron calificaciones extra en recompensa por su participación.

Los protocolos de 36 sujetos que no completaron la batería fueron excluidos en todos los análisis posteriores, quedando una muestra de 312 (167 hombres y 145 mujeres), la media de edades fue de 20.22 años (desviación estándar 4.34).

Los sujetos fueron divididos aleatoriamente en dos subgrupos de 156 cada uno. El primer subgrupo se usó para la selección de reactivos, mientras que el segundo grupo fue usado para la subsecuente escala de validación cruzada.

La muestra para la selección de reactivos se compuso de 85 hombres y 71 mujeres, y la muestra de validación cruzada por 82 hombres y 74 mujeres. Estos dos subgrupos no mostraron diferencias significativas en composición genérica (la de tipo sexual), $\chi^2(1) = .05$, o edad, $t(310) = .69$

Medidas de Depresión y Ansiedad

Dos inventario de autorreporte, recientemente recomendados por Rehm (1976), fueron usados para evaluar niveles de depresión. El Inventario de Depresión de Beck (BDI) es un inventario de 21 reactivos diseñados para evaluar aspectos afectivos, conductuales, cognitivos, motivacionales, y vegetativos de la depresión (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961; Beck, 1967). Cada reactivo consiste en cuatro declaraciones que se califican de 0 a 3. A los sujetos se les dieron instrucciones de completar cada reactivo en términos de cómo se sintieron sobre lo que la declaración se refiere en la semana anterior. Se obtiene un puntaje total que va del 0 al 63 obtenido por la suma de los reactivos. A mayor calificación, mayor severidad del síndrome de depresión. El BDI ha mostrado buena validez concurrente cuando se compararon los puntajes psiquiátricos de severidad de depresión tanto en poblaciones clínicas ($r = .79$, $N = 226$ y $r = .67$, $N = 183$) (Beck et al., 1961) y poblaciones de estudiantes universitarios ($r = .79$, $N = 56$) (Bumberry, Oliver y McClure, 1978). Beck recomienda un puntaje de corte de 10 y arriba para designar a los sujetos como depresivos.

La escala de Depresión del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, consiste en 60 reactivos verdadero-falso, 49 inicialmente seleccionados para discriminar a los normales de los maniaco-depresivos hospitalizados y 11 reactivos inicialmente seleccionados para distinguir entre condiciones depresivas y otras condiciones psicopatológicas (Hataway y McKinley, 1940). Los puntajes totales pueden ir de 0 a 60, las mayores puntuaciones reflejan depresión severa. El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, escala de Depresión (MMPI-D) ha sido usada como un instrumento de análisis para seleccionar muestras depresivas con propósitos de investigación.

Debe señalarse que ambas medidas poseen estimaciones de severidad del síndrome de depresión. La depresión puede ser medida como un síntoma (generalmente definida como tristeza o estado de ánimo disfórico), un síndrome (consistente de signos y síntomas covariantes) o una categoría nosológica discreta (Beck, 1967) con la excepción de ansiedad autorreportada, no se ha intentado evaluar la presencia o ausencia de índices asociados a la psicopatología de la muestra.

El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), Escala Ansiedad-Rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) es un inventario de 20 reactivos que pide a los sujetos reportar con qué frecuencia han experimentado diversos fenómenos relacionados con ansiedad-rasgo. Los puntajes totales tienen un rango de 20 a 80, siendo los más altos los que indican alto grado de ansiedad-rasgo. Una medida de ansiedad-rasgo fue incluida para comprobar la especificidad de las cogniciones negativas de los efectos depresivos.

Procedimiento

A los 348 sujetos se les administraron las pruebas antes descritas como parte de una batería más extensa. Para el ATQ-30, se les dieron las siguientes instrucciones: "A continuación se enlistan diversos pensamientos que surgen espontáneamente en la mente de las personas. Por favor lea cada pensamiento e indique con qué frecuencia, si es así, usted lo ha experimentado, durante *la última semana*. Lea cada frase cuidadosamente y llene el círculo correspondiente en la hoja de respuestas en la siguiente escala: (1 = nunca, 2 = algunas veces, 3 = con frecuencia moderada, 4 = frecuentemente, 5 = todo el tiempo)". A los sujetos se les instruyó para que completaran las otras pruebas de acuerdo a las indicaciones pertinentes.

Método de Análisis

Los grupos criterio deprimidos y no deprimidos fueron formados con cada submuestra sobre las bases de puntajes en ambas medidas de depresión. Los sujetos que puntuaron una desviación estándar de 1 y más arriba de la media del BDI (puntaje de 11 y arriba) y

del MMPI-D (puntaje de 26 y arriba) fueron definidos como deprimidos. Los sujetos que puntuaron cerca de la media sobre ambas escalas (del BDI los puntajes fueron igual a 3, 4 o 5 y en el MMPI-D los puntajes de 15 a 20) fueron definidos como no deprimidos.

En la muestra de selección de reactivos, 12 sujetos (7 hombres y 5 mujeres) reunieron el criterio de inclusión en el grupo de deprimidos, mientras que 20 sujetos (9 hombres y 11 mujeres) reunieron el criterio de inclusión en el grupo de no deprimidos. En la muestra de validación cruzada, 14 sujetos (5 hombres y 9 mujeres) y 21 sujetos (12 hombres y 9 mujeres) reunieron el criterio para los grupos deprimido y no deprimido, respectivamente. No hubo diferencias de género significativas entre los cuatro grupos, χ^2 (chi cuadrada) (3) = 1.97

Una prueba *t* para muestras independientes fue computada para cada uno de los reactivos del ATQ-100 entre los sujetos deprimidos y no deprimidos para la muestra de selección de reactivos. Los reactivos que discriminaron entre los dos grupos fueron entonces combinados en una escala única transvalidada sobre la muestra de deprimidos y no deprimidos.

RESULTADOS

Características de la muestra y Comparatividad de las submuestras.

El análisis de varianza de una sola vía mostró diferencias no significativas entre las dos submuestras en el BDI, en el MMPI-D, en el IDARE ansiedad-rasgo y en el ATQ-30, todas las *F*'s (1,308) < 1. No hubo diferencias entre hombres y mujeres sobre 3 de las 4 medidas: IDARE ansiedad-rasgo y ATQ-30, todas con una *F* de (1,308) < .05.

Los puntajes de las mujeres fueron significativamente más altos que los de los hombres sobre la escala MMPI-D. *F* (1,308) = 5.06, *p* < .05. Tampoco fueron significantes las interacciones entre las submuestras, submuestra *X* sexo con todas las variables, todas con una *F* de (1,308) < 1. Parece que las dos submuestras fueron comparables.

Características de los grupos criterio deprimidos y no deprimidos.

Como se esperaba, los sujetos deprimidos tuvieron promedios significativamente más altos que los sujetos no deprimidos tanto en el BDI. $F(1,63) = 11.00$, $p < .001$, como en el MMPI-D, $F(1,63) = 126.47$, $p < .001$. Los hombres no se diferenciaron de las mujeres ni en el BDI ni en el MMPI-D, todas con una F de $(1,63) < 1$, no hubo ninguna interacción significativa entre el sexo y el grupo criterio sobre las medidas de depresión, todas con una F de < 1 , respectivamente.

La media de los puntajes del BDI para ambos grupos criterio deprimidos, fue comparable con los estudiantes ligera y moderadamente deprimidos de Bumberry y Col. (1978). En ese estudio, los puntajes del BDI fueron significativamente correlacionados con puntajes psiquiátricos de depresión. De este modo los grupos criterio deprimidos pueden considerarse como una muestra representativa de ambos sexos de estudiantes universitarios psicométricamente identificados de ligera a moderadamente deprimidos.

Selección de Reactivos del ATQ

Usando los datos de la muestra de selección de reactivos, 30 de los 100 reactivos del ATQ original fueron encontrados que discriminaban significativamente entre los grupos criterio deprimidos y no deprimidos a nivel de .01. Los 30 reactivos con medias (y desviaciones estándar) y los valores de prueba t son presentados en la tabla I.

En cada uno de los 30 pensamientos automáticos, los sujetos deprimidos reportaron significativamente más frecuencia de las cogniciones específicas.

Ninguno de los reactivos restantes fueron seleccionados significativamente por el grupo no deprimidos que por el grupo deprimidos. Aunque los 30 reactivos fueron seleccionados porque discriminaban significativamente sujetos deprimidos de los no deprimidos, los reactivos no fueron diferencialmente seleccionados por hombres y

mujeres. Un análisis de varianza indica que, mientras grupos deprimidos y no deprimidos difieren sobre el puntaje total del ATQ-30, $F(1,27) = 43.48$, $p < .001$, no hay efecto significativo por sexo $F(1,27) < 1$, y la interacción depresión \times sexo $F(1,27) < 1$, no fue significativa.

Validación cruzada

Los puntajes totales del ATQ-30 fueron computados para todos los sujetos tanto en el grupo criterio deprimidos y no deprimidos para la muestra de validación cruzada. Una prueba *t* para muestras independientes, indicó puntajes significativamente más altos $t(17) = 4.85$, $p < .001$, para los sujetos deprimidos. La media del ATQ-30 para los sujetos deprimidos fue de 79.64 (desviación estándar = 22.29), mientras que la media del ATQ-30 para los no deprimidos fue de 48.57 (desviación estándar = 10.89). Estos datos muestran que esos 30 reactivos son seleccionados más frecuentemente por deprimidos que por no deprimidos. Las diferencias en los puntajes sobre el ATQ-30 en la muestra de validación cruzada no fueron infladas por capitalización en la elección, en selección de reactivos. Las medias (y desviaciones estándar) y los valores de prueba *t* para la validación cruzada de cada reactivo son presentados en la tabla II.

Interacción entre las medidas

Todas las correlaciones entre el BDI, MMPI-D y el ATQ-30 (lo mismo que del ATQ-100) usando la muestra completa fueron estadísticamente significativas, con $p < .01$. Las intercorrelaciones calculadas separadamente para los datos de la muestra de selección de reactivos y de la muestra, y los datos de validación cruzada también fueron significativos.

Es notable la similitud de las correlaciones del ATQ-30 con el BDI y del ATQ-30 con el MMPI-D (el rango de la *r* va de .45 a .70) entre ambas muestras (las *r* están dentro de .02) y la falta relativa de diferencias en la magnitud de las correlaciones que involucran al ATQ-30 y al ATQ-100 (las mayores diferencias entre las *r* fueron de .05). La similitud de las interrelaciones habla de la estabilidad sobre la selección de cogniciones negativas

automáticas, mientras que la similitud del ATQ-30 y el ATQ-100 indican una retención de validez concurrente pese a la reducción en el número total de reactivos.

Ansiedad, Depresión, y el ATQ-30

El Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (STAI), A-Rasgo se administró para proveer base para seleccionar las cogniciones del ATQ asociadas con la depresión pero no asociadas con la ansiedad. Sin embargo la correlación entre el rasgo ansiedad y el ATQ-30 fue bastante alta ($r = .79$ para toda la muestra), excluyendo cualquier interpretación de especificidad de las cogniciones relativas a la depresión. No es claro, sin embargo, si esta carencia de especificidad refleja defectos en el ATQ-30 o traslapo en las medidas de síndromes psicopatológicos usadas. Las correlaciones establecidas entre las medidas de depresión y ansiedad también fueron altas (r 's de .60 a .78), contra una r de .63 entre las dos medidas de depresión sugiriendo esto que no es posible la significancia discriminativa entre la depresión autorreportada y la ansiedad autorreportada en esta muestra.

Confiabilidad

Los coeficientes de confiabilidad que fueron utilizados para estimar la confiabilidad del ATQ-30 fueron el Coeficiente por mitades y el Coeficiente alfa (Kuder y Richarson, 1937). El coeficiente de confiabilidad por mitades, calculado sobre reactivos pares versus nones fue de .97, $p < .001$. El coeficiente alpha arrojó una correlación de .96, $p < .001$.

En general, las dos estimaciones de confiabilidad resultaron muy satisfactorias y el ATQ por tanto parece tener suficiente confiabilidad para justificar su utilización. Existen bases teóricas para no recabar datos test-retest del ATQ-30 sin reunir simultáneamente datos comparativos autorreportados de depresión. Sin especificar la dirección de la causalidad, la frecuencia de cogniciones específicas de la depresión puede esperarse muy relacionada al nivel de depresión experimentado. La depresión en si misma es un fenómeno transitorio

de tal modo que los coeficientes test-retest en el ATQ-30 deberán ser evaluados solamente cuando van acompañados de coeficientes de confiabilidad de las medidas del síndrome depresivo. Dichos datos se reportan en un artículo posterior.

Análisis de los Reactivos

Todas las correlaciones reactivo-total del ATQ-30 fueron significantes a. o más allá del nivel .001. Las correlaciones de los reactivo-total, obtuvieron un rango de $r = .47$ ("he decepcionado a la gente") a $r = .78$ ("mi vida no es como yo quisiera"). Estas correlaciones consistentemente moderadas a fuertes indican que cada reactivo esta relacionado significativamente con el puntaje total.

Análisis Factorial

Se realizó un análisis factorial de varianza máxima con las respuestas de los 312 sujetos a quienes se les aplicó el ATQ-30. Ya que hombres y mujeres no mostraron diferencias en términos de puntajes totales, los datos de ambos sexos se incluyeron en el análisis. Como se observa en la tabla II, surgieron 4 factores con valores propios > 1 , sumando un total de 58.9% de varianza. El factor I marcó el grueso de la varianza, 45.9%, mientras que los factores II, III y IV explican el 5.2%, 4.4%, y 3.5% de la varianza, respectivamente.

La carga de los reactivos en el primer factor parecen reflejar percepciones de *Desajuste Personal* y *Deseo de Cambio*. El segundo factor consiste de reactivos que reflejan *Autoconcepto Negativo* y *Expectativas Negativas*. Los reactivos en el tercer factor reflejan *Baja Autoestima*, mientras que los reactivos del cuarto factor indican *Renuncia/Desesperanza*. Los reactivos del segundo factor parecen particularmente consistentes con dos de los tres componentes de la triada cognitiva de Beck (Beck, 1963): visión negativa de sí mismo y visión negativa del futuro.

De forma similar, tales cogniciones aparecen muy consistentes con la tendencia a atribuir falta de éxito a factores internos, globales, estables a través del tiempo, tendencia señalada ya por Abramson, Seligman, y Teasdale (1978) como un eje central de la

depresión en su reciente reformulación del modelo de depresión de desesperanza aprendida.

DISCUSION

Un inventario de 30 reactivos que identifican cogniciones asociadas con depresión ligera a moderada fue desarrollado y validado en forma cruzada. El inventario parece tener suficiente confiabilidad interna y validez concurrente que justifica su utilización como medida general de pensamientos automáticos negativos asociados con depresión. Determinados reactivos, así como el puntaje total del inventario, permiten discriminar confiablemente grupos criterio de deprimidos y no deprimidos. Al parecer el ATQ-30 es una medida relativamente breve de pensamientos automáticos (autodeclaraciones) en depresión, aplicable tanto a hombres como a mujeres. Como en investigaciones de autodeclaraciones asociadas con conducta asertiva (Schwartz y Gottman, 1976) y con el manejo médico del estrés (Kendall, Williams, Pachacek, Graham, Shisslak y Herzoff, 1979), el presente estudio apoya el uso de inventarios de autodeclaraciones para evaluar ciertos eventos cognitivos (ver también Kendall y Hollon, 1981).

Falta determinar si muestras clínicamente formadas de pacientes depresivos difieren en la frecuencia con que reportan pensamientos automáticos negativos en el ATQ-30. Las muestras utilizadas en el presente estudio estaban formadas de voluntarios subclínicos probablemente menos deprimidos, más jóvenes y mejor educados que muchas poblaciones de interés potencial. Otro aspecto muy relacionado se refiere a la ubicación (ubiquitousness) de cogniciones negativas contra subtipos de depresión. No sería irracional especular que las relaciones entre contenido cognitivo y estados afectivos pueden existir en ciertos subtipos de depresión, pero no en todos. Es posible que en las depresiones monopolares más que en las bipolares (Depue y Monroe, 1978) y en depresión primaria más que en secundaria (Robins y Guze, 1972) podrían evidenciar niveles más extremos de cogniciones negativas.

Finalmente, los datos presentes no refieren utilidad del ATQ-30 como una medida sensitiva al cambio. Como ya se mencionó, la razón principal para desarrollar una medida de autodeclaraciones relacionadas con depresión o pensamientos automáticos negativos es proveer un medio independiente de evaluación del manejo o terapias dirigidas a las cogniciones de los depresivos. De hecho faltaría demostrar si el ATQ-30 es sensible a cambios de naturaleza y de frecuencia de las cogniciones que resultan de la manipulación experimental y/o intervenciones psicoterapéuticas.

Hasta aquí el ATQ-30 posee aparentemente buena validez concurrente como una medida de los pensamientos automáticos negativos que presuponen las teorías cognitivas relacionadas con el estado de depresión.

Es necesario investigar más acerca de aspectos de confiabilidad (por ejemplo, test-retest), sensibilidad al cambio, y aplicabilidad a poblaciones clínicas. El ATQ-30 parece ser una herramienta promisoría para evaluar cogniciones asociadas con depresión.