

01984

**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO**



**UNA ALTERNATIVA PARA LA MEDICION  
DE LA DEPRESION**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

**Doctora en Psicología**

**P R E S E N T A**

**RUTH AXELROD PRAES**

- Directora: Dra. Dolores Mercado  
Dr. Gustavo Fernández  
Dr. José de Jesús González  
Dra. Mary Blanca Moctezuma  
Dra. Xochitl Gallegos  
Dr. Ismael García  
Dra. Silvia Rojas

*Grat. Exp.*

MEXICO, D. F.

1990.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INDICE

	pág.
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	6
1. DEPRESION	15
1.1. DEFINICIONES Y CAUSAS	15
1.2. LA DEPRESION EN LA HISTORIA	23
1.3. INTENTOS PARA CLASIFICAR LA DEPRESION	27
1.3.1. REACTIVA-ENDOGENA	27
1.3.2. PSICOTICA-NEUROTICA	28
1.3.3. PRIMARIA - SECUNDARIA	29
1.3.4. UNIPOLAR - BIPOLAR	30
1.3.5. DEPRESION TOXICA	31
1.3.6. DEPRESION INVOLUTIVA	31
1.3.7. DEPRESION POR AGOTAMIENTO	32
1.3.8. CLASIFICACION DE LA O.M.S.	32
1.3.9. DEPRESION EN ADOLESCENTES	34
1.3.10. DIFERENCIAS ENTRE SEXOS	36
1.4. SINTOMATOLOGIA	39
1.4.1. ASPECTOS PSICOSOMATICOS	41
1.5. PRUEBAS PSICOLOGICAS PARA MEDIR LA DEPRESION	44

	pág.
2. EL CICLO VITAL	49
2.1. PUBERTAD Y ADOLESCENCIA	52
2.2. ADULTEZ Y MADUREZ	61
3. METODOLOGIA	70
3.1. PROBLEMA	70
3.2. HIPOTESIS	70
3.3. DISEÑO	71
3.4. VARIABLES	72
3.4.1. VARIABLES CLASIFICATORIAS	72
3.4.2. VARIABLE DEPENDIENTE	73
3.5. METODO	73
3.5.1. SUJETOS	73
3.5.1.1. MUESTRA DE SALUD	74
3.5.1.2. MUESTRA DE PACIENTES	74
3.5.2. ESCENARIO	75
3.5.3. INSTRUMENTO	76
3.5.4. PROCEDIMIENTO	76
3.5.4.1. DESARROLLO DEL INSTRUMENTO	76
3.5.4.2. APLICACION DEL INSTRUMENTO	77
4. RESULTADOS	79
4.1. CONFIABILIDAD	80
4.2. ANALISIS DE ITEMES	80

	pág.
4.2.1. COMPARACION DE SALUD CONTRA DEPRESION	83
4.2.1.1. GRUPO TOTAL DE SANOS CONTRA	
() GRUPO TOTAL DE DEPRIMIDOS	83
4.2.1.2. GRUPO DE ADULTOS PACIENTES-	
CONTRA ADULTOS SANOS	87
4.2.1.3. ADOLESCENTES PACIENTES CON-	
TRA ADOLESCENTES SANOS	92
4.2.2. COMPARACION POR EDAD	94
4.2.2.1. TOTAL DE ADULTOS CONTRA TO-	
TAL DE ADOLESCENTES	94
4.2.2.2. TOTAL DE ADOLESCENTES CON--	
TRA ADULTOS SANOS	97
4.2.2.3. ADOLESCENTES CONTRA ADULTOS	
PACIENTES	99
4.2.3. COMPARACION ENTRE SEXOS	101
4.2.3.1. TODOS LOS HOMBRES CONTRA TO-	
DAS LAS MUJERES	102
4.2.3.2. ADOLESCENTES SANOS HOMBRES -	
CONTRA MUJERES	103
4.2.3.3. ADULTOS PACIENTES HOMBRES CON	
TRA MUJERES	106
4.2.3.4. ADOLESCENTES PACIENTES HOM--	
BRES CONTRA MUJERES	107

	pág.
4.3. ANALISIS FACTORIAL	108
4.3.1. ANALISIS FACTORIAL DE GRUPO DE SUJETOS SANOS	108
4.3.2. ANALISIS FACTORIAL DE GRUPO DE SUJETOS DEPRIMIDOS	110
4.3.2.1. ANALISIS FACTORIAL DE EJES - PRINCIPALES	110
4.3.2.2. ANALISIS FACTORIAL CON ROTA- CION ORTOGONAL	113
4.3.2.3. FACTORIZACION DE SEGUNDO OR- DEN	118
4.4. VALIDEZ	121
4.4.1. VALIDEZ FACTORIAL	122
5. INTERPRETACION Y DISCUSION DE RESULTADOS	124
6. CONCLUSIONES	138
7. BIBLIOGRAFIA	140
8. ANEXOS	150

## RESUMEN

El propósito de esta investigación fue el elaborar una prueba para medir depresión en sujetos mexicanos que tuvieran validez y confiabilidad suficientes.

Para estructurar la prueba, se les pidió a 50 sujetos, - 25 adultos y 25 adolescentes que definieran su sentir cuando estaban deprimidos. Así se obtuvo una lista de 62 adjetivos diferentes, con los cuales se elaboró la prueba. Las posibilidades de respuesta para cada ítem se ubicaron en una escala bipolar tipo Likert con 10 opciones que iban de 1 (nada) hasta 10 (mucho).

Se sometió la lista de adjetivos para medir depresión al análisis psicométrico indispensable, se aplicó el listado de manera individual y voluntaria a una muestra de 1090 sujetos pertenecientes a tres niveles socio-económicos (alto, medio y bajo) de la ciudad de México, que se formaron en dos grupos:

1. 990 sujetos sanos (527 adultos y 463 adolescentes  
= 990  
(549 mujeres y 441 hombres = 990)

2. 100 sujetos deprimidos (84 adultos y 16 adolescentes  
= 100  
(60 mujeres y 40 hombres=100)

Se trabajó con un diseño correlacional post-facto de 2 x  
2 x 2.

La investigación arrojó los siguientes resultados:

- 1) La lista de adjetivos de depresión L.A.D. presentó una -  
alta validez de criterio y factorial.
- 2) La lista de adjetivos de depresión L.A.D. obtuvo con el -  
coeficiente Alfa de Crombach una alta confiabilidad de -  
.94.
- 3) La lista de adjetivos de depresión L.A.D. fue capaz de -  
medir la depresión como un solo factor bipolar, según el  
análisis factorial.
- 4) Se propone el perfil de calificación para ser utilizado -  
con la lista de adjetivos de depresión L.A.D.
- 5) Según el muestreo, se observó que a mayor escolaridad, -  
mayor probabilidad de sentirse deprimido, o de pedir ayu  
da terapéutica.
- 6) Las mujeres adultas tienden más hacia la depresión y los  
varones son más susceptibles a deprimirse en la adoles--  
cencia.



7) Es menos severa la depresión de los adolescentes que la de los adultos.

Se concluye, por lo tanto, que la lista de adjetivos de depresión L.A.D. es una prueba original, válida, confiable y que provee una medida estándar para medir depresión.

## A B S T R A C T

The purpose of this investigation was to elaborate a valid and reliable test to measure depression in Mexican people.

Fifty (25 adults and 25 adolescents) individuals were asked to define their feelings when they were depressed.

A 62 item adjective list was obtained with which the first test was made. The answers for each item were in a bipolar Likert type scale, with 10 options that went from (nothing) to 10 (a lot).

To try the adjective's list that measure depression with the psicometric analysis suitable, the list was given individually and voluntarily to 1090 subjects belonging to three different socioeconomic classes (high, middle and low) of Mexico City; which then, were divided in 2 groups:

- 1) 990 Non-depressed subjects (527 adults and 463 adolescents) =  
990  
(549 women and 441 men) = 990
- 2) 100 depressed subjects (84 adults and 16 adolescents) = 100  
(60 women and 40 men) = 100

A 2 X 2 X 2 post-factum correlational design was used.

## R E S U L T S

1. The depression adjective's list (L.A.D.) has a high factor validity and high criterion validity.
2. The depression adjectives's list (L.A.D.) obtained a high - reliability of .94 with Cromback's Alpha.
3. The depression adjectives's list (L.A.D.) was able to measure depression as a bipolar factor, according to factor analysis.
4. A scoring profile is proposed to be used with the depression adjectives's list (L.A.D.).
5. According to the sampling, it was observed that the higher the education grade, it was more probable to feel depressed, or to ask for professional help.
6. Women tend more towards depression when they are adults than when they are adolescents. Men, on the other hand, are more susceptible to depression when they are adolescents than - - when they are adults.

## I N T R O D U C C I O N

Abordar temas como la depresión lleva a la esencia misma del sentir y del pensar del ser humano a esa parte tan profunda y a veces tan sensible que permite el llorar o el reír, amar u odiar.

¿Y porqué es importante la depresión?.

A la época de los sesentas se le marcó como "la época de la ansiedad", producida por el temor de la población a su propia extinción causada por la fuerza nuclear y a las transformaciones tecnológicas tan impetuosas que nos han llevado a devastar nuestro ecosistema, sin embargo ya en los ochentas este concepto de ansiedad fue substituido por el de depresión y desesperanza, como los estados emocionales predominantes en el hombre, lo cual permitió etiquetar a esta época como la "edad de la melancolía". (Calderón, 1987).

Existen datos que apoyan la presencia de la depresión en el malestar humano.

La Organización Panamericana de la Salud (1986) calculó que en esta década hay por lo menos cien millones de personas que sufren alguna forma clínica reconocible de depresión, y -

relacionados con ellos existen otros tres tantos que son afectados por convivir con estas personas.

Dadas las condiciones que prevalecen en la vida cotidiana actual el fenómeno tiende a aumentar, por lo que es necesario prevenirlo en la medida de lo posible.

En investigaciones realizadas en México, Díaz (1982) encontró que una de cada tres personas de la ciudad de México - se siente triste muy a menudo, no cree que esta vida vale la pena de ser vivida, encuentra difícil concentrarse, no le gusta el trabajo con que se gana la vida y se considera una persona nerviosa. Sin embargo, esta cantidad podría verse en aumento, dado que en esta ciudad todos estamos expuestos a un sinnúmero de estímulos que podrían provocar sentimientos de depresión.

Padilla y Pelaez (1986) detectaron en una población de 2 132 sujetos, entre los pacientes que acudían a visitar médicos generales en un hospital de la Ciudad de México, trastornos depresivos en casi la mitad de ellos. Con una muestra de 1000 sujetos encontraron que inicialmente el 40% fue diagnosticado erróneamente, provocándole al sujeto deprimido la necesidad de visitar diferentes médicos para su correcto diagnóstico diferencial.

El diagnóstico de depresión puede ser un paso prolongado, desafiante y difícil para el médico y el psicólogo, y sus -

trante para el enfermo. Disponer de instrumentos psicométricos adecuados sería de gran ayuda para facilitar al profesional esta tarea.

Existen varias pruebas que se usan en México para medir exclusivamente la depresión: la escala de automedición de Zung (1965), la escala de adjetivos de Lubin (1981). El inventario de Back (1961) y la Escala de Hamilton (1960), sin embargo ninguna de éstas está validada ni estandarizada con población mexicana.

Esto hace muy conveniente desarrollar una herramienta psicométrica válida y confiable para la población nacional auxiliar en el diagnóstico de la depresión.

Por otra parte, es importante definir lo que se entiende por depresión y describir sus diferencias cuando se presenta en adolescentes y adultos.

Algunos autores como Caplan y Lebovici (1973), y Campillo (1988) mencionan que no son iguales las características depresivas del adolescente a las de los adultos. Define a la depresión de los adolescentes matizada por el aburrimiento y al mismo tiempo por la inquietud, pérdida rápida de interés en las cosas que les suceden, fatiga y hastío, dificultad para concentrarse y evasión de los problemas. Cuando esto se agrava, los jóvenes deprimidos pueden buscar la muerte como salida a sus problemas.

En cuanto a la depresión adulta, se ha descrito como un estado emocional disfórico, con tristeza, melancolía, desesperanza, desánimo, pesimismo e irritabilidad, con desequilibrios en la alimentación y en el sueño, en el área psicomotriz, pérdida de energía y de interés en las actividades habituales, -- autodevaluación, dificultad para pensar normalmente y finalmente, ideas suicidas. (DSM-III)

Con la necesidad de entender y medir el fenómeno de la depresión se generaron las siguientes preguntas de investigación:

¿Es posible desarrollar un instrumento capaz de medir la depresión en los sujetos mexicanos?

¿Es el instrumento que se propone válido y confiable?

¿Existen diferencias significativas en el grado de depresión de los sujetos de los grupos debidas a las variables por salud, edad y sexo con esa prueba?.

Se planteó esta investigación para contestar a estas interrogantes, que se llevó a cabo en dos fases.

En la primera se le pidió a 50 sujetos de la ciudad de México, adolescentes y adultos que definieran su concepto de depresión. Se obtuvieron 62 adjetivos diferentes con los cuales se formó la primer lista.

En la segunda fase, se aplicó la prueba de adjetivos para medir depresión que constó de 62 ítemes a una muestra de 990 -

sujetos no deprimidos (463 adolescentes y 527 adultos) y 100 - sujetos diagnosticados clínicamente como deprimidos por psicólogos o psiquiatras calificados. Se procedió al análisis estadístico de datos para evaluar la confiabilidad y validez del instrumento.

Se realizaron comparaciones de medias y medianas, análisis de ítems, pruebas de Student y análisis factoriales para estudiar la validez y la confiabilidad. Se obtuvo así un instrumento final formado por 36 ítems al que se le denominó Lista de Adjetivos de Depresión (L.A.D.).

Finalmente, desearía que con este trabajo pudiera aportar "mi granito de arena" al campo de la psicometría, con un instrumento válido, original, confiable y estandarizado para la población mexicana urbana que facilitara el correcto diagnóstico de la depresión.



## ANTECEDENTES

La investigación que en relación a la psicometría se ha llevado a cabo en los últimos años, ha permitido la elaboración, estandarización y validación de instrumentos psicológicos que son herramientas importantes para la práctica del -- psicólogo, y también de otros profesionistas.

Dentro de los aspectos psicológicos de interés para la psicología posibles de ser medidos se encuentra la depresión.

A continuación se mencionan algunas investigaciones donde se elaboró o validó alguna prueba para medir la depresión tanto en adultos como adolescentes.

### 1.1. Investigaciones en Otros Países

A nivel internacional Bruce y Lubin (1988) trabajaron - la lista de adjetivos de depresión (D.A.C.L.) para adolescentes. La muestra estuvo compuesta por 50 adolescentes con -- diagnóstico de depresión y una edad promedio de 15 años. La consistencia interna de la prueba fue de .90. El estudio de validez concurrente se realizó con la escala de automedicación de Zung y se obtuvo un valor de la correlación de .70.

Birleson y Col. (1987) validaron la escala de la automedición de depresión (D.S.R.S.C.) con 155 jóvenes entre ocho- y catorce años de edad. Los resultados mostraron que el instrumento fue de fácil uso y logró un diagnóstico congruente; se comparó con la historia clínica de cada sujeto.

Así también, Corey (1986) desarrolló una escala de actividades tanto placenteras como displacenteras para adolescentes formada por 100 ítemes. En un estudio de validación realizado con 145 sujetos de 14 a 18 años de edad, demostró una validez de criterio de .60 usando el inventario de depresión de Beck (BDI) como criterio. Los resultados mostraron que la escala de actividades puede ser también un método para diagnosticar si un adolescente se encuentra deprimido o no.

Por otra parte, el estudio que realizaron Berndt y Koiser (1984) para evaluar el inventario múltiple de depresión - - (M.A.I.) que consta de 47 ítemes, se llevó a cabo con 905 estudiantes y obtuvo un coeficiente Alfa = .79 y una confiabilidad test-retest de .75 entre las subescalas de la prueba.- El análisis factorial arrojó los siguientes factores: Desamparo, nivel de energía, culpa, intervención social, dificultades cognitivas, irritabilidad, pesimismo, y baja autoestima. Es de llamar la atención que ocho factores estén formados por sólo 47 ítemes, y el que no reporten cuántos ítemescomponen cada factor.

La Organización Panamericana de la Salud (1983) presentó un formulario para la evaluación normalizada de los trastornos depresivos (ENTA Loms)-5ta. Revisión:

Fue redactado en inglés y traducido al alemán, japonés, español, farsi y portugués. La estructura del formulario es:

- Parte 1. Datos demográficos del paciente.
- Parte 2. Lista de 39 síntomas y signos que se pueden evaluar durante una entrevista clínica.
- Parte 3. Puntos para registrar el diagnóstico y la impresión médica.

Sin presentarse un trabajo psicométrico de validación ni estandarización del formulario, fue utilizado para investigaciones transculturales.

#### 1.2. Investigaciones a nivel nacional

A nivel nacional, son pocos los estudios realizados. Sin embargo, es posible brindar algunos datos importantes acerca de las pruebas de depresión que se manejan.

Lara Tapia (en Baldoz 1986) reportó un trabajo con la escala de automedición de Zung. Sus resultados no son suficientes para considerar que logró la adaptación de la prueba a la cultura.

Mercado, Camacho, Hernández y Fernández (1987) realiza--

ron un estudio de validación por contraste de la misma. Se reportó validez por contraste de 18 ítems y validez factorial. Sin embargo, a pesar de no haber sido estandarizada es utilizada muy frecuentemente en la práctica clínica nacional.

La escala de depresión de Beck (1961) también ha sido -- traducida a nuestro idioma y su uso suele ser común; existen varias tesis donde este instrumento fue utilizado.

Girardi I. y Díaz Loving R. (1988) desarrollaron un instrumento para analizar la incapacidad aprendida en la vida -- real. Definieron a ésta como un proceso que involucra la -- triada incontrolabilidad, atribución y depresión. Su muestra estuvo constituida por 1440 sujetos (720 hombres y 720 mujeres), la edad de los sujetos fue de 15 a 19 años. Correlacionaron variables demográficas, de relaciones personales y familiares con la depresión.

Se estudió la validez de constructo de este instrumento, aplicándolo a 630 estudiantes universitarios de uno y otro sexo de la ciudad de México. De acuerdo con el análisis factorial se definieron cuatro sub-escalas:

1. Inseguridad
2. Desesperanza
3. Atribución Interna
4. Atribución Externa

Fueron obtenidos de una matriz con rotación ortogonal y estos cuatro factores explicaron el 69.2% de la varianza total del instrumento. La consistencia interna de estos cuatro factores finales, se analizó por medio de alpha de Cronbach obteniendo puntajes entre .73 y .89.

Por la falta de escrutinio psicométrico adecuado en las pruebas descritas anteriormente no fueron utilizadas para esta tesis porque en algunos casos no estaban estandarizadas o por medir varias características simultáneamente y no únicamente la depresión y por el deseo y la ventaja de construir desde su inicio una prueba adecuada a la idiosincrasia mexicana.

## 2. Investigaciones donde se utilizan pruebas de adjetivos:

Las pruebas de adjetivos constituyen una parte de la psicometría. Se reportan estudios donde se han utilizado pruebas de adjetivos tales como redes semánticas, diferenciales semánticos y listas de adjetivos.

### 2.1. Diferencial Semántico

El diferencial semántico creado por Osgood en 1957 es un instrumento de medida del sentido connotativo afectivo de los conceptos y palabras, mide las reacciones de los individuos a objetos semánticos.

Está compuesto por una serie de escalas que califican -

una palabra estímulo. Se le da al sujeto un concepto y una serie de adjetivos bipolares con los cuales se le pide que califique al concepto. El sujeto tiene que indicar la dirección e intensidad de su clasificación en cada una de las escalas que se le proporcionan. Osgood define tres dimensiones especiales independientes con las que se puede diferenciar un concepto: Evaluación, Potencia y Actividad.

El diferencial semántico no es una escala ya constituida, es sólo un método de medición, por lo que el experimentador puede escoger las escalas que desee para incluirlas en su estudio.

Casamadrid (1988) trabajó con el diferencial semántico en una investigación sobre actitudes de la mujer mexicana frente al climaterio.

La Rosa (1986) en un trabajo sobre autoconcepto y locus de control también utilizó escalas constituidas en el formato del diferencial semántico.

Hunt (1977) realizó una investigación acerca de las elecciones profesionales con este instrumento.

## 2.2. Redes Semánticas

Las redes semánticas, resultan de la formación de las asociaciones entre las palabras; se propone que éstas son el origen del significado.

La red semántica de un concepto es el conjunto de conceptos asociados que elige la memoria en el proceso reconstitutivo. Para conocer una red semántica se le da al sujeto un concepto y se le pide que exprese todas las palabras que pueda relacionar con dicho concepto.

El examinador puede evaluar la carga emotiva, ya sea positiva o negativa, que el concepto produce en el sujeto.

Figueroa, Gonzáles y Solís (1981) llevaron a cabo varios estudios con dos listas de palabras, tanto de situaciones concretas como abstractas con el fin de conocer sus redes semánticas. Con 31 sujetos, obtuvieron una función lineal del número de ítems visualmente representados y la cantidad de palabras dadas por minuto.

Figueroa, Carrasco y Sarmiento (1982) en un estudio posterior informan que las redes semánticas son las que determinan el significado de un concepto, en las que un concepto es definido por otros y a su vez sirve como definidor en otras situaciones, es decir, los conceptos son definidos y definidores al mismo tiempo, dependiendo de qué parte de la red se active.

Existen algunas críticas positivas a estos instrumentos que aseveran que son herramientas válidas.

Anastasi (1970) afirma que utilizando escalas de adjeti

vos como las redes o diferenciales semánticos se pueden obtener medidas confiables de la respuesta total de una persona hacia algún concepto.

Las escalas de adjetivos son métodos objetivos con un alto grado de confiabilidad y validez (Nadelsticher, 1983).

### 2.3. Listas de Adjetivos

Acuña y Bruner (1988) trabajaron el inventario de roles sexuales de BEM (B.S.R.I.) que está constituido por 60 ítems que en sí, son adjetivos para medir masculinidad-femineidad. Encontraron que algunos adjetivos pertenecían a la categoría de femenino y otros a la categoría masculino, en tanto que había otros que no pertenecían a ninguna de las dos anteriores. No se confirma que la prueba en su totalidad mida masculinidad-femineidad.

Axelrod y Pick de Weiss (1988) utilizaron el instrumento de adjetivos para medir depresión que aplicaron a una población de 400 adolescentes de la zona metropolitana. El análisis factorial de la lista arrojó 29 ítems significativos con una carga factorial mayor a .30.

Este análisis con rotación varimax arrojó 6 factores que explicaron el 86.7% de la varianza común, y fueron los siguientes:



ánimo-desgano con un 40% de varianza común  
alegría-tristeza con un 13% de varianza común  
satisfacción-insatisfacción con 10% de varianza común  
optimismo-pesimismo con un 9% de varianza común  
seguridad-inseguridad con un 8% de varianza común  
compañía-soledad con un 5% de varianza común.

Al hacer el análisis de la confiabilidad del test a través del coeficiente alfa de Crombach, obtuvieron valores de alfa entre .57 y .83.

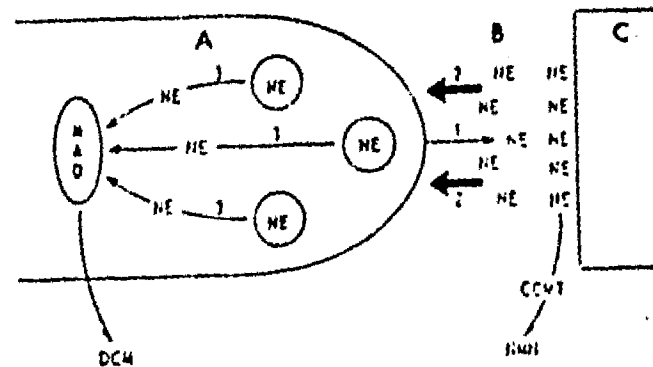
Los resultados de este trabajo permitieron concluir que la lista de adjetivos puede ser un instrumento válido para medir depresión, por lo que se decidió utilizar esta lista en la presente tesis.

## 1. LA DEPRESION

### 1.1. DEFINICIONES Y CAUSAS

La palabra depresión es ampliamente utilizada en nuestro lenguaje, bajo diferentes significados.

La depresión se puede definir de muchas maneras, dependiendo de la corriente teórica que la explique; para la psicología es la manifestación del comportamiento a partir del sistema nervioso central genéticamente vulnerable en relación a la modificación de neurotransmisores. Desde el punto de vista médico, Everett y Toman (1959) postularon que las catecolaminas y la serotonina desempeñan un papel trascendente en la relación con la depresión, es decir con el descenso de noradrenalina o hiperactividad colinérgica, se producen estados depresivos en las personas.



Esquema 1. Representación esquemática de una terminación noradrenérgica (A), espacio sináptico (B), y receptor (C). NE = noradrenalina; NMN = normetanefrina; DCM = desanimación de catecolmetabolitos; COMT = catecol-o-metil-transferasa; MAO = monoaminooxidasas (dentro de mitocondrias); 1 = descarga de noradrenalina dentro del espacio sináptico y sobre el receptor; 2 = vuelta de la noradrenalina desde la sinapsis; 3 = liberación intracelular de noradrenalina desde su almacenamiento en los gránulos hacia el citoplasma y sobre las monoaminooxidasas mitocondriales (según Schildkraut y Kety). (Tomado de Mendels (1977)).

En el esquema se puede observar la representación de -- una terminación neuronal y los movimientos de las diferentes sustancias que provocan la depresión.

Los teóricos de orientación conductual mencionan que la depresión es causada por una pérdida de reforzadores o extinción de las respuestas (Yates, 1972), o bien sustituye al -- miedo si la persona aprende que una amenaza es incontrolable (Seligman, 1975).

Para los sociólogos es el resultado de una estructura - que impide al individuo desempeñar determinados roles.

Para algunos psiquiatras como Hill (Medoc 1980, pág.22). La depresión se caracteriza por la excesiva vulnerabilidad - ante circunstancias adversas. Las personas deprimidas tienden a reaccionar ante circunstancias desafortunadas en forma exagerada. de tal manera que su conducta llega a ser excesiva o deficiente.

Klob (1972), también en el campo de la psiquiatría, define a la depresión como un tono afectivo de tristeza, variando desde un abatimiento ligero hasta una desesperación - en grado extremo. El sujeto deprimido se desprecia a si mismo y experimenta una sensación de falta de ánimo, es desconfiado y se siente melancólico. Supone que tiene sus raíces en la culpa inconsciente que surge de las dificultades interpersonales, tal vez en la ambivalencia y en la hostilidad, -

dirigida hacia personas que no son el objeto de una devoción-  
o hacia personas de quien depende la propia seguridad. Los -  
impulsos hostiles que originalmente se dirigían contra otras-  
personas llegan a volcarse contra el propio yo del individuo

Fenichel (1966) comparte la idea de que la **característica**  
básica de que la vida mental del deprimido es la ambivalen  
cia. Las cantidades de amor y odio que coexisten en el suje-  
to son aproximadamente iguales, son incapaces de amar, porque  
su amor siempre está acompañado de odio.

Dentro de la tradición psicoanalítica se considera que -  
la depresión es hostilidad internalizada ante la pérdida de -  
un objeto amado ambivalentemente o bien una reacción a la se-  
paración de un objeto significativo o de dependencia.

Así Freud (1915, pág. 209- 210 ) diferencia entre los -  
conceptos de duelo y melancolía. Entiende duelo como la reac-  
ción ante la pérdida de un ser amado o de una abstracción - -  
equivalente, sin la pérdida del amor propio. El examen de la  
realidad demuestra que el objeto amado no existe ya y demanda  
que la libido abandone todas sus ligaduras con el mismo, a --  
través de un proceso lento y paulatino. Pero puede surgir la  
melancolía en el lugar del duelo, que se caracteriza psíquica-  
mente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una sen-  
sación de desinterés por el mundo exterior; la pérdida de la-  
capacidad para amar, inhibición en las funciones, la disminu-

ción del amor propio y un empobrecimiento del yo. Esta última se traduce en reproches y acusaciones que el sujeto se hace a sí mismo y puede llegar a una espera de castigo. El sujeto sufre una pérdida de objeto que ha tenido efecto en su propio yo. "La sombra del objeto cayó así sobre el yo...". La melancolía posee un contenido más amplio que en el duelo normal:

- a) la pérdida del objeto
- b) la ambivalencia
- c) la regresión de la libido al Yo.

Para Bleichmar (1980) la depresión forma parte de la categoría de los trastornos del humor o de la afectividad. Define a la tristeza por la que desencadena el dolor psíquico por la significación que una situación determinada tiene para el sujeto. Considera que está relacionada con la pérdida de objeto y la imposibilidad de la realización de un deseo en su esencia. Distingue diferentes tipos de depresiones:

1. la depresión por pérdida simple de objeto (duelo normal)
2. depresión narcisista
3. depresión culposa
4. depresión mixta

La depresión por pérdida de objeto está caracterizada -- por el duelo normal, o sea, la muerte de un ser querido. Es-

la pena porque el objeto ya no está.

La depresión narcisista se genera por no lograr el ideal de la perfección del yo del sujeto.

La depresión culposa se genera por la agresión del sujeto hacia un objeto, ya sea en la realidad o en la fantasía, - que produce sentimientos de inadecuación o maldad.

En la depresión mixta se mezclan dos de las categorías - anteriores.

Las depresiones crónicas son de origen más temprano, más severas y de pronóstico más pobre.

Se puede entender a la depresión como un síntoma y, considerando que el síntoma es a la estructura psicopatológica - lo que el habla es a la lengua, es un mensaje dentro de un código. (Bleichmar, 1980, pág. 139). El análisis del contenido singular de un síntoma abre el camino de su comprensión.

Para Watzlawick (1983) teórico lingüista, el síntoma es el mensaje no verbal que puede ser neurótico, psicossomático o psicótico.

Por otra parte, para Morales (1988) el término de depresión puede ser interpretado en diferentes formas; como síntoma, el cual se presenta con carácter casi exclusivo, como síndrome, en el que lo nodal es la tristeza, y como enfermedad,-

cuya manifestación habitual es un síndrome depresivo cuyo síntoma central es así también, la tristeza. Tal es la complejidad a la que nos enfrentamos cuando pretendemos dar cuenta -- del fenómeno de la depresión. Menciona cinco características nosológicas que la distinguen:

1. Una alteración específica del estado de ánimo; tristeza, sensación de soledad, apatía.
2. Una concepción negativa de si mismo, acompañada de - autoreproche y autoinculpación.
3. Deseos regresivos y de autocastigo, de escapar, esconderse o morir.
4. Trastornos vegetativos como anorexia, insomnio, disminución de la libido, etc.
5. Cambios en el nivel de actividad.

Para Mendels (1977) la depresión es una experiencia universal y las emociones de tristeza y pena constituyen una faceta intrínseca de la condición humana. No obstante, la depresión patológica que es abrumadora y desesperante, se distingue de la tristeza por su intensidad, duración y evidente-

irracionalidad, así como por los efectos en la vida de aquel-  
que sufre. Como factores que predisponen menciona:

1. Factores genéticos
2. Una personalidad reprimida.
3. Carencias infantiles específicas.
4. Una condición en que la respuesta "no soy bueno" se-  
presenta como consecuencia
5. Factores precipitantes como angustia, stress, enfer-  
medad, etc.
6. Miedo al éxito y exceso de frustración.
7. Tensiones afectivas que suceden en un período cru- -  
cial del desarrollo.

Por otra parte, Seligman (1975 y 1981) basándose en la -  
teoría del aprendizaje, define así a una persona deprimida: -  
se siente triste, cualquier pequeño esfuerzo le cansa, pierde  
el sentido del humor y las ganas de hacer cualquier cosa has-  
ta aquello que normalmente le entusiasmaba. Menciona que ta-  
les estados de ánimo suelen ser poco frecuentes y se disipan-  
en poco tiempo, sin embargo hay muchas otras en las que se --  
presenta una y otra vez llegando a más intensidad. Cuando es  
grave se convierte en un síndrome o en un síntoma. Así, la -  
persona deprimida percibe sentimientos de aversión hacia si -  
mismo, se siente inútil y culpable de sus insuficiencias, - -  
cree que nada de lo que haga aliviará su condición y ve el fu



turo negro. Puede producirse ataque de llanto, baja de peso y trastornos del sueño. Pierde el interés por la gente y por su vida sexual. El afectado puede empezar a pensar en matarse y las ideas esporádicas de suicidio convertirse en deseos. Seligman expresa que existen pocos trastornos psicológicos -- que sean tan debilitadores y ninguno que produzca tanto sufrimiento como la depresión grave. De aquí, la importancia de un adecuado diagnóstico, así como una pronta terapia.

Seligman (1981) postula que una de las causas de la depresión es la de indefensión aprendida. La indefensión es el estado psicológico que se produce cuando los acontecimientos -- sin incontrolables. Un acontecimiento es incontrolable cuando no podemos hacer nada para cambiarlo, cuando hagamos lo -- que hagamos siempre ocurrirá lo mismo. Las circunstancias bajo las cuales se produce la indefensión, son aquellas donde -- un sujeto está sin defensa, frente a un determinado resultado, es decir, que ocurre independientemente de todas sus respuestas voluntarias. Así, la etiología de este estado es producida por el aprendizaje de que las respuestas y el reforzamiento son independientes. La causa de la depresión es la -- creencia de que la acción es inútil. Es decir, que el sujeto deprimido cree o ha aprendido que no puede controlar aquellos elementos de su vida que alivian el sufrimiento, que resultan gratificantes o proporcionan el sustento.

A partir de investigaciones de laboratorio concluyó que la depresión y la indefensión aprendida, tienen seis síntomas paralelos:

1. Disminución de la iniciación de respuestas voluntarias.
2. Disposición cognitiva negativa.
3. Curso temporal alterado.
4. Agresión disminuida o introyectada.
5. Alteraciones en el apetito, en el área social y en el área sexual.
6. Cambios fisiológicos causados por cambios de norepinefrina y actividad colinérgica.

#### 1.2. LA DEPRESION EN LA HISTORIA

A continuación se mencionan brevemente algunas de las épocas en que se ha estudiado este trastorno.

En tiempos bíblicos. La biblia menciona dos casos de enfermedad mental en los que intervienen la depresión. El de Saul y Nabucodonosor durante su juventud. El comportamiento de Saul ya había sido un tanto anormal, en su madurez su conducta se caracterizó por la falta de dominio de los impulsos, suspicacia casi paranoide y extrema irritabilidad. Terminó suicidándose, con lo que demostró la gravedad de su depresión. Si Saúl hubiera vivido en nuestros días, probablemente habría

sido calificado como un maníaco depresivo.

En cambio, Nabucodonosor no presentaba grandes variaciones en su estado de ánimo; sólo padeció de depresiones intensas que se caracterizaban por irritabilidad anormal y períodos en los cuales el rey creía verse convertido en un animal.

Los griegos de la antigüedad. En el siglo IV A.C., Hipócrates escribió que desde el punto de vista médico "La locura estaba relacionada con la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema". La depresión descrita por Hipócrates como la melancolía era producida por la bilis negra o antrabilis.

Los Romanos. Tanto Asclepiades como Celso introdujeron el concepto de psicoterapia en Roma. En el Siglo I, antes de Jesucristo, Asclepiades recomendó los estímulos intelectuales, la música agradable y la formación de buenas relaciones emocionales como medios para aliviar las depresiones.

Celso destacó la importancia de la relación personal médico-paciente, además de las actividades recreativas.

Los médicos romanos aceptaron el concepto de psicoterapia. Areteo de Capadocia, en el Siglo I después de Jesucristo describió el tratamiento en ciertas clases de melancolía que alternaban con ciclos de manifestaciones maníacas. Por supuesto, él se refería a la psicosis maníaco depresiva. Me-

nos de un siglo después, Sorano recomendó el teatro a sus enfermos como medio terapéutico. Se sugería a los sujetos deprimidos participar en comedias mientras que a los maníacos se les incitaba a actuar en tragedias.

La Edad Media. Durante la edad media se identificaron un gran número y variedad de formas de la llamada "melancolía", atribuidas a espíritus o causas naturales. Como causas naturales figuraban el exceso de trabajo, de actividad sexual o de otros tipos; las causas espirituales se consideraban de origen divino.

El fundador de la escuela de medicina de Salerno, Constantino Africano se hizo famoso a fines de la edad media por sus descripciones de los estados depresivos. Sostuvo la teoría de que una cantidad excesiva de bilis por disfunción de la economía orgánica, era la causa de la melancolía. Señaló dos tipos distintos de melancolía: uno estaba localizado en el cerebro, el otro en el estómago. Constantino fue también el primero en describir los síntomas de la melancolía: miedo a lo desconocido, remordimientos religiosos excesivos y ansiedad. Asimismo, afirmaba que eran de un buen pronóstico las afecciones en las que no predominaba un estado de extremo retraimiento.

La creencia en influencias espirituales como causa de la depresión, cesó a fines de 1630, cuando Robert Burton publicó

su famoso tratado "Anatomía de la melancolía", que facilitó -  
apreciablemente la identificación de los estados depresivos -  
hasta que, en 1883, Emil Kraepelin estableció la diferencia -  
entre psicosis maniaco-depresiva y demencia precoz, llamada -  
ulteriormente esquizofrenia.

Después de Kraepelin, y con el advenimiento de los estu-  
dios genéticos en psiquiatría, se pensó que todos los síndro-  
mes depresivos formaban parte de la psicosis maniaco-depresi-  
va. Así se afrontó el problema durante las tres primeras dé-  
cadas del presente siglo: todo paciente que presentaba un cua-  
dro de depresión se consideraba que padecía del síndrome ma-  
niaco-depresivo. En consecuencia, era calificado de psicóti-  
co, aunque sus síntomas fueran muy leves.

#### ESQUEMA SOBRE LOS ENFOQUES HISTORICOS DE LA DEPRESION

	Causa	Tratamiento
Antiguo Egipto	Pérdida de status o dinero	Discusión verbal Religión
Job/Antiguo Testamento	Desesperación Cognición	Fe
Homero	Los dioses quitan la mente	
Esquilo	Demonios	Exorcismo

	Causa	Tratamiento
Sócrates	Don del cielo No es vergonzosa	Ninguno; es una bendición
Aristóteles	Melancolía	Música
Hipócrates	Melancolía Natural	Abstinencia de todos los excesos dieta <u>ve</u> getariana
	Causas físicas	Ejercicio
Celso	Una forma de locura	Relatos entretenidos diversiones, terapia de persuasión.
Galeno	Funciones psíquicas del cerebro	Confrontación Humor Ejercicio

### 1.3. INTENTOS PARA CLASIFICAR LA DEPRESION

Entre los diferentes intentos de clasificación de la depresión se han hecho varios, algunos de ellos serán mencionados a continuación:

#### 1.3.1. REACTIVA - ENDOGENA

La distinción se basó en la presencia o ausencia de eventos precipitantes en la historia del sujeto antes de la aparición del primer brote depresivo. Incluye características tales como la edad, presencia o ausencia de algunos síntomas como serían: pérdida de apetito, despertar en las primeras horas de la mañana, desilusión depresiva, variaciones de ánimo durante el día, pérdida de la libido, culpa, etc.

En la depresión reactiva, la aparición de la enfermedad es una reacción del sujeto a situaciones traumáticas externas, asociada a la dificultad de conciliar el sueño, pérdida de -- autoestima, ausencia de ilusiones y pérdida de peso.

El término endógeno sugiere que la depresión proviene de cambios internos tal vez de origen metabólico, o de otros tipos de cambios fisiológicos en el paciente, (para el concepto psicoanalítico lo interno constituiría la historia del paciente) en oposición a la depresión reactiva que es el resultado de una mala estructura psíquica del paciente, y un evento -- frustrante.

Se ha visto que esta clasificación aún cuando todavía -- prevalece, no es del todo útil, pues frecuentemente se ha dicho que el término "endógeno", es una forma infortunada de -- nombrar una enfermedad cuya etiología no se ha demostrado.

#### 1.3.2. PSICOTICA-NEUROTICA

Se ha constituido la dicotomía depresión psicótica-depresión neurótica como otro intento de clasificar la depresión.- El término depresión psicótica no implica en este caso la presencia de una psicosis definida como defecto en la organización de funciones mentales, es decir, alteración en la percepción de la realidad, pero sí un deterioro grave en el funcionamiento afectivo del individuo. Los individuos con serio de

terioro funcional durante la enfermedad depresiva, pueden ser incluidos en esta categoría. Sin embargo, buen número de clínicos incluyen dentro de este padecimiento a los enfermos que presentan mala percepción de la realidad, es decir, ideación psicótica, incluyendo aquellos de otro padecimiento, como sería la esquizofrenia, que tengan síntomas depresivos. La depresión neurótica donde el sujeto no pierde contacto con la realidad, se manifiesta por una actitud de concentración en uno mismo en tanto se pierde interés en las situaciones externas. La persona tiende a la pasividad y al abandono porque percibe la futilidad de sus esfuerzos y su incapacidad para encontrar satisfacciones. Aparece el desaliento, la pérdida de confianza, perturbaciones en el sueño y en el apetito, así como en la capacidad para el trabajo.

### 1.3.3. PRIMARIA-SECUNDARIA

Esta clasificación se hizo con fines de investigación -- desde el punto de vista biológico. Se basa en que el estado depresivo se puede acompañar por síntomas físicos o neurovegetativos.

En la depresión primaria el episodio depresivo ocurre en ausencia de otra enfermedad psiquiátrica, incluyendo esquizofrenia, sociopatía, neurosis de ansiedad o angustia e histeria. En tanto, que la depresión secundaria aparece asociada-



simultáneamente a otra enfermedad, ya sea psiquiátrica o de cualquier otra especialidad médica.

Esta clasificación puede resultar inadecuada para el acercamiento y entendimiento del paciente deprimido desde el punto de vista terapéutico, porque es simple para la complejidad que presenta la enfermedad depresiva, pero en cambio es una buena medida para investigar la correlación de la depresión con otros malestares.

#### 1.3.4. UNIPOLAR - BIPOLAR

Se considera que un paciente deprimido con una historia de períodos maníacos o hipomaniacos, padece depresión bipolar mientras que la designación de unipolar se da a los pacientes que no tienen historia de manía.

Los síntomas y signos de la manía incluyen: irritabilidad, incremento de la actividad física o psíquica, habla apresurada, sensaciones de grandiosidad, sueño escaso, en ocasiones delirio y pobreza de juicio.

Los estudios realizados con los familiares de pacientes deprimidos, demuestran que hay más parientes con historia de depresión en los bipolares que en los unipolares.

#### 1.3.5. DEPRESION TOXICA

Su origen es externo, una fuente tóxica como fármacos, alcohol o infecciones víricas que producen la depresión. Entre los síntomas se observan alucinaciones, torpeza, letargia, cambios de humor. El sujeto puede estar adormilado, o padecer insomnio. Los sujetos se presentan con poco apetito y -- apatía ante la sexualidad.

#### 1.3.6. DEPRESION INVOLUTIVA

Se caracteriza por una depresión muy intensa, que se presenta después de los 40 años. También se conoce con el nombre de "depresión del climaterio", se considera un proceso fisiológico normal. Sin embargo, el proceso endócrino no es el único factor que la provoca, generalmente, se encuentra asociada a ideas de inutilidad, "de que será una carga para los familiares". El individuo no se resigna a llevar una vida menos activa (no es raro encontrar esta clase de depresión en personas que han sido jubiladas). Además, existe una gran decepción de no haber llegado a la "meta de los sueños". Puede estar agravada por la conciencia de errores anteriores que se logran medir ahora. Estos estados depresivos son respuesta a ciertas situaciones o para rehuir las responsabilidades dentro de su grupo social o familiar. La depresión involutiva sugiere llegar a parecerse a la depresión neurótica, sólo que en diferentes etapas de la vida.

### 1.3.7. DEPRESION POR AGOTAMIENTO

Se distingue de la depresión reactiva, por sobrevenir después de una sobrecarga emocional prolongada o repetida. El acontecimiento estressante es más bien, un conflicto familiar, profesional o moral de carácter permanente, que se encuentra ligado al ambiente en el que se desenvuelve el individuo. Una forma particular de estas depresiones tiene lugar en los hombres sobrecargados de responsabilidades que sobrepasan sus posibilidades: jefes de empresas, políticos, etc. Las depresiones de agotamiento tienen tres fases: fase de trastornos de la habilidad irascible (susceptibilidad exagerada), fase de trastornos somáticos y fase de depresión severa.

### 1.3.8. CLASIFICACION DE LA O.M.S.

Otro intento para clasificar a la depresión es el que maneja la Organización Mundial de la Salud en la 9a. Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-9) que a continuación se expone:

#### - PSICOSIS AFECTIVAS

Psicosis maniacodepresiva, de tipo depresivo.

Psicosis maniacodepresiva, de tipo circular, pero generalmente depresiva.

Psicosis maniacodepresiva, de tipo circular mixto.

Psicosis maniacodepresiva, de tipo circular, con estado-general no especificado.

Psicosis maniacodepresiva, otras no especificadas.

Otras

No especificadas.

- OTRAS PSICOSIS NO ORGANICAS

De tipo depresivo

- A LA DEPRESION NEUROTICA LE CORRESPONDERIA EL RUBRO:

Trastornos neuróticos

Depresión neurótica

Dentro del agrupamiento tentativo de la depresión simple, podrían incluirse los cuadros:

- REACCION AGUDA AL ESTRES:

Con trastorno predominante de las emociones

Mixtas (si incluyen depresión)

- REACCION DE AJUSTE:

Reacción depresiva breve

Reacción depresiva prolongada con trastornos mixtos de las emociones y de la conducta (si hay depresión)

- TRASTORNOS DEPRESIVOS NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE

- TRASTORNOS DE LA CONDUCTA NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE:

Trastornos mixtos de la conducta y de las emociones (si hay depresión).

— TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES ESPECIFICOS DE LA INFANCIA Y  
DE LA ADOLESCENCIA:

Con pena e infelicidad

Otros y mixtos.

1.3.9. DEPRESION EN ADOLESCENTES

Todavía es posible encontrar otra división de la depresión.

Algunos autores parten del fundamento de que no son iguales las características de la depresión en los adultos y la de la depresión en los adolescentes.

Entre otros Caplan y Lebovici (1973) mencionan que la depresión de los jóvenes está matizada por el aburrimiento y al mismo tiempo por la inquietud, pérdida de interés rápido en las cosas y paradójicamente búsqueda de estimulación constante, fatiga y hastío, dificultad para concentrarse en los estudios y bajo rendimiento escolar, así como evasión de sus problemas.

Campillo (1988) resalta que cuando un joven está deprimido, difícilmente verbaliza, lo expresa por conducta o por crisis, lo que se relaciona con el alto porcentaje de suicidios que se registran en esta etapa de la vida. El porcentaje de suicidios que él menciona es de 3 adolescentes a un adulto.

Aunque el suicidio no es el tema principal que nos envuelve, suele ser una consecuencia de los trastornos depresivos, especialmente en la adolescencia. Diferentes estadísticas -- muestran que se han elevado los registros de suicidios entre los jóvenes menores de 24 años. (O.P.S. 1980)

Magnuson (1989) menciona que este evento puede ser contagioso entre los jóvenes y define a la depresión como una enfermedad severa.

Gold (1989) también reporta que el porcentaje de suicidios entre adolescentes ha ascendido a más del doble, desde 1950 y no es raro encontrar siempre un apartado sobre el suicidio en todos los libros o artículos acerca de la depresión.

Krauskopf (1982) define a la depresión en la adolescencia con estos síntomas: fastidio persistente, intranquilidad, fatiga sin causa aparente, preocupaciones somáticas, anorexia, insomnio, dificultad para concentrarse, lo que les repercute en el rendimiento escolar causándoles mucha frustración y pérdida de la autoestima. Por esto último los muchachos suelen poner mucha atención en sus fracasos, se concentran demasiado en sí mismos y temen al rechazo.

Mezzich (1979) también encontró, comparando la sintomatología de la depresión de los adultos con la de los adolescentes, que difieren entre sí. Describe que de seis factores --

que estudió, el aislamiento social y actuar impulsivamente no son características de la depresión adulta.

Cuevas (1988) y Brunet y Negro (1987) consideran que el desprendimiento emocional de los padres y la falta de roles - autónomos y satisfactorios puede producir resultados catastró<sub>o</sub>ficos en el adolescente y sufrir fácilmente una depresión.

Así parece que la depresión se puede presentar en esta - etapa de la vida con facilidad.

#### 1.3.10. DIFERENCIAS ENTRE SEXOS

Siempre ha existido entre los humanos la curiosidad y ne<sub>o</sub>cesidad de encontrar diferencias entre los hombres y las muje<sub>o</sub>res, y la depresión no se ha escapado a esta intriga. Por - tanto, existen datos que satisfacen dicha curiosidad. Tam- - bién es un problema a resolver para la psicología, por razo- - nes culturales y biológicos podría existir diferencia y si es así ¿qué implicaciones tendría para el tratamiento?.

Los estudios epidemiológicos muestran que durante muchos años y, hasta la década de los sesentas, existía una propor- - ción de tres mujeres deprimidas por cada hombre, actualmente- esta proporción se está haciendo menor. (Gold 1988)

Sturgeon (1981) coincide con estos datos. Justifica que las mujeres durante su vida y desarrollo están expuestas a un

sin número de estímulos y de cambios que las hace ser más vulnerables a los estados depresivos, entre ellos mencionan la menarca, embarazo y parto, lactancia y climaterio.

Casamadrid (1986) estudió aspectos del climaterio, menciona a la depresión como una consecuencia de lo que piensa y siente la mujer que atraviesa por esta etapa.

Witkin (1985) encontró en la práctica clínica que la depresión es inseparable de la programación interna del cuerpo femenino. Estos síndromes no son exclusivos de ellas, pero sí son más frecuentes en las mujeres que en los hombres en una proporción de dos a uno.

Por otra parte en la investigación que realizó la Organización Panamericana de la Salud (1983) llamada trastornos depresivos en diferentes culturas. que se llevó a cabo en Brasilia, Montreal, Nagasaki, Teherán y Tokio, logrando una muestra de 573 pacientes aplicándoles la evaluación normalizada de trastornos depresivos (ENTD/OMS), 5a. revisión, con la finalidad de buscar diferencias entre los síntomas y tipos de depresión que se presentan en cada una, reporta que en todas las ciudades, excepto en la de Tokio, el número de pacientes de sexo femenino, fue superior al del sexo masculino.

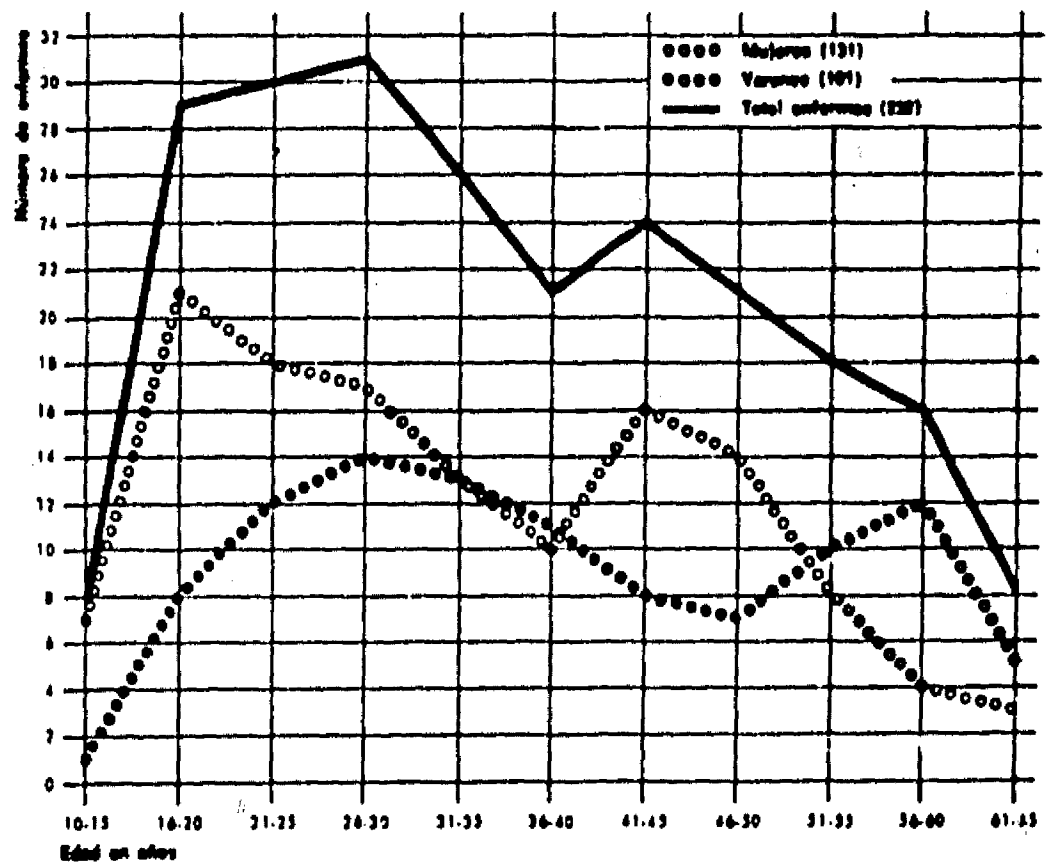
Camacho y Hernández (1987) en el estudio realizado en la ciudad de México son sujetos adultos con crisis de angustia -



posterior al sismo de 1985, encontraron que la proporción de mujeres a hombres fue de 2 a 1. Los varones que asistieron en busca de ayuda psicológica fue en menor proporción que las mujeres.

Finalmente, Martínez (1973) muestra los resultados de un estudio donde intenta conocer cuales son las edades en que aparecen más episodios de depresión y el sexo de los enfermos, los resultados se muestran en el esquema 2.

Se observa que las mujeres de este estudio se deprimen con más frecuencia que los hombres. Este estudio se llevó a cabo con 232 sujetos adultos, en las primeras cinco consultas para ser diagnosticados en un hospital de la ciudad de México.



¿Cómo se presenta esta proporción en el presente estudio?.

¿Serán distintos los adjetivos que definen la depresión-masculina de la femenina?.

#### 1.4. SINTOMATOLOGIA

El cuadro clínico de la depresión puede presentar distintos aspectos, uno con alteraciones francas de la esfera afectiva que permite un diagnóstico rápido y seguro y otro en el cual éstas se encuentran enmascaradas, predominando los problemas en los sistemas somáticos que no son fácilmente identificables por el médico como elementos constituyentes de un cuadro depresivo.

Calderón (1984, pág. 75) divide los síntomas en cuatro grupos:

- a) Trastornos afectivos
- b) Trastornos intelectuales
- c) Trastornos conductuales
- d) Trastornos somáticos

(Esta clasificación sólo responde al intento de organizar la siguiente información).

## TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD Y DE LA CONDUCTA

## Síntoma

INDIFERENCIA

TRISTEZA

PESIMISMO

MIEDO

ANSIEDAD

IRRITABILIDAD

ACTIVIDAD DISMINUIDA

PRODUCTIVIDAD DISMINUIDA

IMPULSOS SUICIDAS

IMPULSO A LA INGESTION DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS.

## TRASTORNOS DE LA ESFERA INTELECTUAL

## Síntoma

SENSOPERCEPCION DISMINUIDA

TRASTORNOS DE LA MEMORIA

DISMINUCION DE LA COMPRESION

INSEGURIDAD

IDEAS DE CULPA O DE FRACASO

PENSAMIENTO OBSESIVO

IDEAS SUICIDAS

## TRASTORNOS SOMATICOS

### Síntoma

TRASTORNOS EN EL SUEÑO

DISMINUCION DE LA LIBIDO

CEFALEA TENSIONAL

TRASTORNOS DIGESTIVOS

TRASTORNOS CARDIOVASCULARES

TRASTORNOS URINARIOS

TRASTORNOS SENSORIALES

TRASTORNOS DERMICOS

TRASTORNOS RESPIRATORIOS

TRASTORNOS GINECOLOGICOS

### 1.4.1. ASPECTOS PSICOSOMATICOS

Cuando las personas se encuentran bajo la presión de una emoción intensa, como es la depresión, se produce una baja general en las defensas del organismo. (Camacho y Hernández, -- 1987).

El cuerpo reacciona provocando diferentes alteraciones, que en ocasiones son el camino para la expresión de la depresión, sin que esta última sea la reacción más obvia.

Sucede la posibilidad de que el síndrome depresivo esté oculto y se exprese por síntomas psicopatológicos que no sean

los clásicos de la depresión. En el caso de enmascaramiento-orgánico se habla de equivalente depresivo orgánico (Martínez, 1973).

Kennedy y Wiesel (1981) unieron a los equivalentes somáticos de la depresión en tres categorías: algias, perturbaciones del sueño, y perturbaciones del apetito, sin que necesariamente aparezcan en el sujeto los fenómenos psicopatológicos clásicos de la depresión.

López (1967) también considera que en los enfermos deprimidos, existen síntomas que no pertenecen a la serie de la tristeza o de la inhibición. Estos síntomas son los que con mayor frecuencia constituyen los llamados trastornos psicósomáticos, es decir que un síntoma puede tener un equivalente depresivo, lo cual se enlaza con el hecho de que trastornos neuróticos, alteraciones psicósomáticas y fases depresivas se suplan unas a otras a lo largo de la vida. Y lo que tienen en común, son alteraciones endotímicas.

En el estudio realizado por Cagsidy, Flanagan y Spellman en 1977 (citado por Martínez, 1973) con una muestra de 100 pacientes adultos de un Hospital de Michigan calificados de maniaco-depresivos se encontró que los síntomas que los pacientes ponen en primer plano cuando acuden a consulta en demanda de ayuda para su inicialmente insospechada enfermedad depresiva, son los siguientes:

Psicológicos	48%
Orgánicos localizados	28%
Orgánicos generalizados	11%
Orgánicos y psicológicos	13%

A continuación se muestran el conjunto de síntomas que - los sujetos enfermos expresaron en el interrogatorio sistémico en la primera consulta a la que acudieron

CONJUNTO DE SINTOMAS QUE EXPONEN EN EL INTERROGATORIO SISTEMATICO

Algias generales		Sequedad
Astenia	Boca	Mal sabor
Cefaleas		Halitosis
Alteraciones Sexuales		
Hipersensibilidad sensorial	Náuseas	
Alteraciones del Epigastrio	Bostezos	
Alteraciones del Esquema-Corporal	Temblores	
Alteraciones Cardíacas	Opresión torácica	
Vértigos-mareo-confusión	Opresión en el cuello	
Estreñimiento	Ansiedad respiratoria	
Pérdida de peso	Diarreas	
Anorexia	Micción imperiosa	
Vómitos	Aumento de peso	
Caída del cabello	Sudoración	
Dermografismo	Distermias	
Diabetes (no comprobada)	"Nerviosismo"	
Lipotimias	Salivación	
Eczema-Anal	Prurito	
	Hipertensión	
	Dependencia medicamentosa	

Esto permite ubicar a la depresión no sólo en su aspecto psicológico, sino también somático.

### 1.5. PRUEBAS PSICOLOGICAS PARA MEDIR LA DEPRESION

La depresión se ha medido con diferentes pruebas, algunas exclusivas para este fin y otras no.

Dentro del grupo de pruebas no específicas para medir la depresión, pero que brindan algunos datos acerca de la misma y que son comúnmente utilizadas en la práctica clínica en nuestro país se encuentran: las pruebas de Weschler, en tres presentaciones: para niños de 3 a 6 años de edad, para niños y jóvenes de 6 a 16 y para adultos de 16 años en adelante.

Sólo la segunda está estandarizada en nuestro país (y no en poblaciones depresivas). Consta de dos partes; una verbal y otra ejecutiva, contiene un total de once subescalas. Una persona deprimida mostrará en las escalas de ejecución puntajes menores en comparación con los puntajes de la escala verbal, respuestas pobres y asociales en la escala verbal (Rapaport, 1977).

Por otro lado, el inventario multifásico de la personalidad de Minnessota (MMPI) que consta de 566 preguntas de opción forzada, mide la depresión a través de la calificación que los sujetos obtienen en la escala de depresión (esta escala si es específica) y en la de manía. En ocasiones a los sujetos deprimidos se les dificulta entender la prueba. Esta prueba fue adaptada al español por Nuñez (1979), pero no ha

sido validada en nuestra cultura. La forma de calificación - refiere a tablas elaboradas para otra cultura.

Dentro del grupo de pruebas proyectivas de papel y lápiz para medir la personalidad tales como el Machover (1960), se interpretan como pertenecientes a los pacientes deprimidos -- las figuras pequeñas, personas llorando y aisladas, y con una distribución característica (Vignola 1972). Tampoco tiene el trabajo psicométrico necesario para considerar a estas características como medidas válidas de depresión.

En la prueba de personalidad de las manchas de tinta de Rorschach, que consta de la presentación de diez láminas con manchas sin estructura, los sujetos deprimidos dan pocas respuestas, presentan tiempos de reacción largos, sus respuestas son simples o populares y están pendientes a criticar su producción (Vignola 1972).

En el test de personalidad de apercepción temática (TAT) que consiste en la presentación de hasta veinte láminas en -- blanco y negro con estímulos donde se observan personas, paisajes y situaciones poco estructurados, el sujeto tiene que crear una historia con un pasado, un presente y un futuro; frecuentemente las personas deprimidas eligen temas de desesperación, pérdida de afecto y muertes. Las historias suelen ser cortas, -



con una actitud pesimista y con fines miserables (Vignola 1972).

En la prueba de personalidad de frases incompletas de -- Sacks que consta de sesenta enunciados incompletos para ser -- terminados por el sujeto, se observa en sujetos deprimidos -- tiempos de reacción prolongados, evasión, temas de dolor, de -- samparo y muerte.

Por otro lado, dentro del grupo de pruebas específicas -- para medir la depresión se encuentra la escala de automedi- -- ción de la depresión de Zung (1966). Consta de veinte ítemes de opción múltiple dividido en tres áreas: psicomotriz, fisio -- lógica y psicológica (Buros 1972), esta escala fue publicada -- por primera vez en 1965 con un estudio realizado en 56 pacien -- tes psiquiátricos pertenecientes a dos grupos: Uno con desór -- denes depresivos y el otro con este diagnóstico y algún otro -- más. Hay datos que sugieren la validez externa de este ins -- trumento pero no en sujetos mexicanos. Se encontraron corre -- laciones de más de .50 con el MMPI y con el inventario de -- Beck (1967), y de .29 con la prueba de Lubin (1981). Sin em -- bargo, a pesar de estar traducida al español no ha sido estan -- darizada en México. Existen trabajos como el de Mercado y -- Col (1987) que pretendió valorar la validez factorial de -- esta escala, se encontraron dos factores que explicaron el -- 100% de la varianza; el primero el 75% y 25% el restante.

Otra prueba específica para medir el estado depresivo de

una persona es la prueba de adjetivos de Iubin (1981). El coeficiente de confiabilidad de .62 fue obtenido con el método de comparación por pares. El autor reporta una validación cruzada con 927 sujetos adultos de ambos sexos. El análisis factorial mostró dos factores que dieron cuenta del 34.7% de la varianza común total. Esta prueba sólo ha sido traducida al español por Axelrod (1987), carece del proceso de estandarización, validación y confiabilidad necesarios.

El inventario para medir la depresión de Beck (1961), -- consta de 21 ítemes para medir síntomas y actividades. Dentro de cada ítem hay cinco opciones de respuestas según el -- grado de malestar de la persona. Fue aplicado a 409 pacien-- tes psiquiátricos de 15 a los 44 años de edad. Los valores -- obtenidos por cada sujeto fueron evaluados individualmente -- por varios profesionistas de la salud mental para verificar -- si los niveles de depresión obtenidos en la prueba, coinci-- dían con criterios externos, el 97% si coincidió. Esta vali-- dez aún necesita de datos. Se midió la confiabilidad a tra-- vés del método de comparación por mitades y dio un resultado de .50. Sin embargo, no está estandarizada en México.

En 1960, Hamilton elaboró una escala que consta de 21 variables para medir la intensidad de la depresión. Las varia-- bles se miden con una escala de 5 ó 3 puntos. Para la cuanti-- ficación se toman en cuenta frecuencia e intensidad de los -- síntomas. Se obtuvo una validez de constructo de .50 y una -

confiabilidad de .60 con el método de pares. Tampoco está -  
traducida ni estandarizada a nuestra cultura.

En suma, derivado de la carencia de una escala para me-  
dir depresión en la cultura mexicana, se procedió al desarro-  
llo, diseño y validación de una escala propia.

## 2. EL CICLO VITAL

Los seres humanos parten de un ciclo de evolución filogenética y al mismo tiempo tienen su propio desarrollo ontogenético. En el sentido figurado es un camino por el que vamos - pasando desde el nacimiento hasta la muerte. Algunos teóricos se han enfocado al estudio del ciclo vital, entre ellos - Erickson (1985), marcó los diferentes estadios psicosociales - por los cuales una persona va atravesando a lo largo de su vida, teniendo como punto básico el desarrollo de la identidad - propia.

A la identidad puede comprendersele, por una parte, como el resultado de experiencias que influyen sobre diferentes facetas del si mismo, y por la otra, como una fuerza integradora que unifica estas facetas para constituir con ellas una totalidad unitaria. (Rappaport 1972).

Erikson (1968) considera a la identidad como una estructura que está sujeta a varias crisis a lo largo de la vida y - para su desarrollo se requiere de la interacción humana.

El proceso de identidad surge como una configuración del desarrollo que paulatinamente va integrado-producto de la síntesis y resíntesis del yo -los factores constitucionales, las necesidades libidinales, las capacidades, identificaciones -- significativas, defensas afectivas, sublimaciones exitosas y - los roles congruentes.

El "ajuste final" de los elementos que conforman la iden tid ad quisición de una identidad propia "supra ordenada a cualquier identificación singular con individuos en el pasado, incluyen todas las identificaciones, pero también las altera de manera que se origine un todo único, racional y coherente".

Erikson (1970) delimita la llamada por él "crisis de - - identidad como algo psico y social" de la siguiente manera:

Psico en tanto:

- 1) "Es parcialmente consistente y parcialmente inconsistente. Es un sentido de continuidad e igualdad personal, - pero es también una cualidad de vivir no-consciente de - si mismo".
- 2) Está acosado por la dinámica del conflicto...
- 3) Posee su propio período evolutivo, antes del cual no podría llegar a una crisis, ya que las condiciones somáticas cognoscitivas y sociales no están aún dadas, y más - allá del cual no debe rezagarse debido a que todos los - desarrollos inmediatos y futuros dependen de él. (Se refiere a la adolescencia).

La crisis de identidad depende de factores psico-biológicos, que aseguran la base somática a un sentido coherente de un organismo.

- 4) Se extiende tanto al pasado como al futuro, está enraizado en las etapas de la infancia y dependerá para su preservación y renovación de cada una de las etapas evolutivas subsecuentes.

Socio en tanto:

Existe una dimensión comunitaria dentro de la cual un individuo debe encontrarse a si mismo. Depende del apoyo, primero, de modelos parentales y luego, de modelos comunitarios.

Erikson formuló un marco cronológico para el desarrollo del yo, donde enfatiza la forma como evoluciona durante el ciclo vital el sentido de identidad de una persona. El dividió en periodos el ciclo de vida y para cada uno de éstos especifica la cualidad yoica que debe aparecer si el sentimiento de identidad se desarrolla adecuadamente.

Para cada periodo corresponde una crisis, misma que aparece como conflicto entre dos cualidades yoicas alternativas, una de las cuales se asocia con el desarrollo yoico normal, y la otra con el anormal. Resolver cada crisis implica el prevalecimiento de la cualidad yoica saludable sobre la otra.

En el cuadro siguiente se especifican los ocho periodos y las cualidades yoicas dicotómicas (Erikson 1963):

PERIODO	CUALIDAD YOICA
ORAL-SENSORIAL	Confianza vs. Desconfianza Básica
ANAL-MUSCULAR	Autonomía vs. Vergüenza y Duda
LOCOMOTOR-GENITAL	Iniciativa vs. Culpa
LATENCIA	Industria vs. Inferioridad
PUBERTAD Y ADOLESCENCIA	Identidad vs. Confusión de Rol
ADULTEZ JOVEN	Intimidad vs. Aislamiento
ADULTEZ	Generatividad vs. Estancamiento
MADUREZ	Integridad del yo vs. Desesperación
VEJEZ	Autocrítica vs. Imbecilidad

A continuación se considerará la forma en que va evolucionando el sentimiento de identidad de la persona, en la pubertad y adolescencia y a la adultez, puesto que son las etapas de interés en el presente trabajo.

### 2.1. PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

En este período donde la Identidad vs. Confusión del rol son la antítesis que comprende la adolescencia, el sujeto está en la búsqueda de un nuevo sentimiento de continuidad, por lo cual tiene que volver a librar muchas de las batallas de los años anteriores, para lograr una sensación de identidad más compleja y mejor integrada. Como mencionamos previamente, la integración que se produce ahora será más que la suma de las identificaciones infantiles, dando como resultado una identidad yoica más compleja.

Pero... ¿qué se entiende por adolescencia?

Para poder describir el proceso de la adolescencia será importante partir de algunas definiciones, mismas que permitirán entender todas las dimensiones que abarca esta etapa de la vida.

La palabra "adolescencia" deriva de la voz latina "adolescere", que significa "crecer" o desarrollarse hacia la madurez (Muus, 1975). Josselyn (1973) dice que si bien la adolescencia se define como la etapa intermedia entre la niñez y la edad adulta, se estaría separando el crecimiento por etapas y, en este sentido, la adolescencia no comienza cuando termina la niñez y se completa al llegar la edad adulta. Para ella, "... la adolescencia abarca un vasto período de acelerado crecimiento físico y psicológico". (p. 9).

La generación GAP (Grupo para el progreso de la Psiquiatría 1968) dice que la "adolescencia es un fenómeno evolutivo específico del hombre" (p. 21) y la diferencia de la pubertad, a la que considera, primordialmente, un proceso de crecimiento, de maduración hormonal, y a la adolescencia como un proceso psicológico, social y de maduración suscitado por la pubertad.

Coleman (1980) se refiere a la adolescencia como un estado del desarrollo complejo y contradictorio y la considera co



mo aquel estadio del ciclo vital que comienza con la pubertad y concluye cuando el individuo alcanza la madurez.

Piaget (1969) dice que psicológicamente, la adolescencia es la edad en la que el individuo se integra a la sociedad de los adultos, la edad en que ya no se siente por debajo del nivel de sus mayores, sino un igual al adulto, por lo menos en cuanto a sus derechos, y más frecuentemente por encima de él, debido al narcisismo o egocentrismo, que a menudo ha sido señalado.

González (1986) opina que es una etapa de la vida en que la biología, psicología e interacción social del individuo se ponen en crisis y que se generaliza.

Schonfeld (1969) la define como una fase dinámica en el continuo de la vida, durante la cual tienen lugar profundos cambios en el desarrollo físico, fisiológico y bioquímico, -- así como en el de la personalidad, de manera tal, que el niño se transforma en adulto sexualmente atractivo capaz de intervenir en la reproducción.

Dupont (1976) menciona que "el término adolescencia connota una peculiar fenomenología en la que participan complejos hechos de índole biológica, psicológica, sociológica y -- cultural, que interactúan y se influyen de manera muy importante los unos de los otros".

Blos (1962) dice que el término adolescencia se emplea - para calificar los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad, última, que se emplea para calificar las manifestaciones físicas de la maduración sexual.

Blos (1970) propone una connotación diferente al plan- - tear que es posible "ver la adolescencia como el segundo proceso de individuación". (El primero es en la infancia aproximadamente a los 2 años de edad). En otro escrito Blos (1970), si bien proporciona una nueva definición, habla sobre la esencia de la adolescencia y dice que en esta etapa "el problema- que se perfila en primer término es el de la consolidación de la personalidad".

Aberastury y Knobel (1970) dicen que la adolescencia "es- un momento crucial en la vida del hombre y constituye la etapa decisiva de un proceso de desprendimiento que comenzó con- el nacimiento".

Para Cuevas (1988) no es un proceso aislado en la vida - de un individuo, sino un suceso particular inscrito en el con texto de las relaciones familiares, sociales, culturales, geo gráficas, etc. Es decir la relación del sujeto con su reali- dad, con su intimidad y su colectividad. Aparece el problema de la incomunicación de los adultos con éstos, formando dos - mundos.

Su definición de adolescencia implica una "etapa de la -

vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales--parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de los elementos biológicos en desarrollo a su disposición y que a su vez, tienden a la estabilidad de la personalidad en un plan genital, lo -- que sólo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil".

Las definiciones previas nos permiten ver a la adolescencia como un período de transición entre la pubertad y el estadio adulto del desarrollo en el que intervienen aspectos biopsico y socioculturales.

Aberastury (1970), respecto al adolescente y los cambios corporales que sufre, dice que éstos incluyen cambios psicológicos que llevan al adolescente a una nueva relación con los padres y con el mundo, para lo cual es necesario que se elabore el duelo por el cuerpo del niño, por la identidad infantil y por la relación con los padres de la infancia. El duelo por el cuerpo infantil es doble: de su cuerpo de niño -- cuando los caracteres sexuales secundarios lo ponen ante la evidencia de su nuevo status y la aparición de la menstruación en la niña y del semen en el varón, que les imponen el testimonio de la definición sexual y del rol que tendrán que asumir, no sólo en la unión con la pareja sino en la procreación".

Tomando como punto de partida los aspectos biológicos, - nos situamos en la pubertad, término empleado según Blos (1975) para calificar manifestaciones físicas de la maduración sexual.

Muus (1984) distingue entre pubertad y pubescencia, palabras que se derivan de las voces latinas "pubertas", "la edad viril" y "pubescere", "cubrirse de pelo", "llegar a la pubertad", Stone y Church (1979) distinguen entre pubertad, como el desarrollo de la madurez sexual, y pubescencia, la que comprende un período de aproximadamente dos años, y precede a la pubertad.

La pubescencia sería, entonces, ... "el lapso del desarrollo fisiológico durante el cual maduran las funciones reproductoras; es filogenética e incluye la aparición de los caracteres sexuales secundarios, así como la maduración fisiológica de los órganos sexuales primarios." (Muus 1984). Schoenfeld (1969) define la pubertad como aquel momento en el que el individuo es capaz de procrear, lo cual -dice- no es sincrónico con la menarca o con la primera eyaculación.

Por "pubescencia" se refiere a la fase en que se producen los primeros cambios evolutivos; por "adolescencia" entiende todo el período de la maduración sexual. Divide a la adolescencia en tres fases:

- 1) Prepubescencia: ésta se inicia con los primeros signos de la maduración sexual y finaliza con la aparición del vello púbico.
- 2) Pubescencia: se inicia con la aparición del vello púbico, termina cuando éste se ha desarrollado por completo. Aquí se da el crecimiento más rápido en estatura y aparece la primera eyaculación, y la primera menarca, así como el desarrollo gradual de los órganos sexuales primarios.
- 3) Postpubescencia: inicia cuando se ha completado el crecimiento del vello púbico, hay un crecimiento menos acelerado de estatura y se completa la maduración de las características sexuales primarias y secundarias, ya sea que se hable de pubescencia o pubertad nos referimos, finalmente, a un proceso de crecimiento y de maduración hormonal.

Dicho proceso se caracteriza por el brote de la actividad hormonal que se encuentra bajo la influencia del sistema nervioso central, en particular el hipotálamo y la glándula pituitaria, ambos situados en la base del cerebro.

Las principales consecuencias son el aumento en la elaboración de las hormonas adrenocorticales y gonadales, así como la producción de óvulos y espermatozoides maduros.

El aumento en la elaboración de las hormonas gonadales y adrenocorticales llevan a un amplio marco de cambios fisiológicos y anatómicos. Entre éstos se incluye el desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias como son: cambio de tamaño, peso, proporciones corporales, desarrollo muscular, cambios relativos a la fuerza, coordinación y habilidad. Dichos cambios pueden ocurrir lentamente o con un ritmo acelerado y encontrarse dentro de un rango normal.

En cuanto a los eventos sociales que intervienen en el proceso adolescente veremos que éstos variarán en las diferentes sociedades en función al reconocimiento que éstas dan a la condición adulta del individuo.

Si bien podemos tomar a la adolescencia como un proceso universal de cambio, de desprendimiento, éste se verá facilitado o dificultado por factores externos de tipo cultural.

Para Ramírez (1975) toda edad tiene su problemática y ésta es el resultado de contradicciones entre las potencialidades biológicas del sujeto y las posibilidades que la cultura brinda para satisfacerlas. Asimismo considera que en nuestra cultura, la adolescencia es el resultado de un conflicto evidente entre una biología propicia a la maduración y una sociedad prohibitiva.

Debemos tomar en cuenta que antes de llegar a la adoles-

cencia el sujeto ha sido constantemente expuesto a esquemas familiares, patrones de conducta y sistemas de valores que van a determinar y a diferenciar lo aceptable de lo inaceptable. Esto da como resultado estructuras que pasan a formar parte de su aparato psíquico. Así, los jóvenes, para lograr la resolución de su adolescencia, habrán de lograr un modelo de aceptación que concilie sus pulsiones instintivas, sus necesidades afectivas, sus estructuras de consciencia que incluyen su yo ideal, es decir las expectativas que de ellos mismos tienen, su autoimagen, su amor propio, su narcisismo, las expectativas que en ellos recaen para ser aceptados, etc. Todo bajo el condicionamiento de la realidad externa lo cual no resulta un proceso fácil.

Stone y Church (1979) nos dicen que la adolescencia psicológica no es un corolario necesario de la adolescencia física, sino un fenómeno cultural producido por una demora en la asunción de los roles adultos. (p. 258).

López (1982) reafirma esa idea cuando señala que el adolescente en nuestros tiempos, y en la clase media urbana, vive una cada vez más prolongada adolescencia en la que tiene que conciliar múltiples factores. Por otro lado, ha de posponer la cristalización de la vida adulta con todas sus promesas, v.g.: la autonomía, la gratificación sexual plena, tanto de lo instintivo como de lo afectivo en general.

Esto nos lleva a ubicar dos dimensiones. Una, aquello - que está dado por factores externos y que es a la manera en - que una sociedad determinada establece parámetros que diferen- cian al niño del adulto, al concederle derechos y prerrogati- vas. Esto es, como se presenta ante la sociedad y qué es lo- que se le exige al adolescente para que pase a la "condición- de adulto". La otra dimensión, que sería la interna, corres- pondería a los aspectos que el sujeto requiere para poder con- formar su identidad.

## 2.2. ADULTEZ Y MADUREZ

A este período de la vida se le ha caracterizado por la- "antítesis crítica de generatividad versus autoabsorción y es- tancamiento" (Erikson 1985). La generatividad abarca la pro- creación, la productividad y la creatividad, por lo tanto la- generación de nuevos seres y también nuevos productos e ideas incluido un tipo de autogeneración que tiene que ver con un - mayor desarrollo de la identidad.

El estancamiento que no es ajeno a quienes son más pro- ductivos puede abrumar totalmente a quienes se encuentran - - inactivados en cuestiones generativas.

Lo que surge de esta etapa es el cuidado, un compromiso- ampliado a cuidar de las personas, los productos y las ideas-



por los que uno ha aprendido a preocuparse.

Todos los poderes que surgen de los desarrollos anteriores en el orden ascendente desde la infancia a la juventud -- (esperanza y voluntad, finalidad y habilidad, fidelidad y -- amor) resultan ser ahora esenciales para la tarea de cultivar a la próxima generación. La capacidad de los jóvenes adquirida en el estadio precedente de intimidad versus aislamiento, -- de abandonarse a si mismos para el encuentro mutuo en la pareja, puede llevar a la expansión de intereses recíprocos y a -- un entendimiento de lo que ambos están generando.

El estancamiento señala la patología básica potencial en esta etapa, y podría implicar alguna regresión a conflictos -- previos donde la depresión se haría presente.

Por otra parte, esta etapa de la edad adulta parecería -- ser menos violenta que la adolescencia; sin embargo Sheehy -- (1984) plantea que está lleno de situaciones de crisis que -- van acompañadas de ansiedad y depresión.

Menciona que con cada paso de un estadio de crecimiento -- al siguiente el hombre se ve en la posibilidad de deshacerse -- de una estructura. Al salir de cada paso se ingresa a un período más estable en el que se puede esperar una relativa -- tranquilidad y la recuperación de un equilibrio, con una serie de cambios que se inician en el interior del sujeto.

Por otro lado, Maslow (1968) propone que la jerarquía de las necesidades del individuo se manifiestan según un determinado orden. Las necesidades superiores no aparecen hasta que las inferiores han sido satisfechas en una cierta medida y durante un determinado tiempo. Maslow plantea que en el estado adulto se tiene la necesidad de desarrollo, de creatividad y de máxima realización, lo cual lleva en sí cierta autoexigencia que genera ansiedad y depresión cuando no se logran las metas deseadas. Engloba aproximadamente los últimos 60 años de la vida en un solo estadio.

Esto mismo se observa en otros autores, la edad adulta - que puede englobar varias décadas y por tanto es quizá la más prolongada de la vida, ha sido estudiada como en un solo bloque. Es difícil encontrar literatura que marque las diferencias claras que se producen en el hombre durante el transcurso de estos años, década por década.

Sin embargo, considero que esta etapa de la vida está -- llena de situaciones de crisis, por las cuales tenemos que -- atravesar y que fácilmente causan depresión, y no sólo me refiero a la serie de acontecimientos extremos como muertes, separaciones de seres queridos, divorcios, despidos, etc. que transcurren durante la edad adulta y que son difíciles de negar como a las cuestiones cotidianas que implican el simple -- hecho de vivir.

Fried (1977) justifica que se realicen más estudios en niños y adolescentes que en los adultos, por ser esto más fácil, porque no existe acceso a grupos de la sociedad adulta que puedan ser fácilmente investigados. Además de que sólo en el último medio siglo se ha dado por sentada la posibilidad de alcanzar y vivir esta etapa.

En 1850 el promedio de vida era de 40 años para ambos sexos. En 1900 un hombre podría aspirar a vivir hasta los 48 años y una mujer hasta los 51 años, hoy el promedio es de 67 y 75 años.

### ASPECTO SOCIAL DEL ENVEJECIMIENTO

#### Esquema 3 *Un modelo social de envejecimiento*

	Edad	Crisis	Tareas
9. Fin de la vejez	76	Invalidez, internamiento en una institución	1. Pérdida de la independencia 2. Internamiento en una institución
6. Mitad de la vejez	70-74	Simbiosis Viudez	1. Pérdida de las capacidades y desarrollo de los mecanismos de adaptación 2. Pérdida del cónyuge
7. Comienzo de la vejez	65-70	Jubilación	1. Disminución de los ingresos 2. Desarrollo de la capacidad de ocupar su tiempo libre y de adaptarse a sus nuevos papeles
6. Edad adulta (2º período)	45-65	Estabilidad de la carrera Marcha de los hijos	1. Obligaciones hacia los hijos y la pareja 2. Llegada al tope de la carrera
5. Edad adulta (1º período)	26-45	Desarrollo de la familia. Desarrollo de la carrera	1. Nacimiento de los hijos 2. Desarrollo de la carrera
4. Juventud	17-25	Proyectos de matrimonio y de carrera	1. Decisión respecto al matrimonio 2. Comienzo del trabajo a jornada completa
3. Adolescencia	11-17	Instrucción y culturización fundamental	1. Desarrollo de capacidades heterosexuales de socialización 2. Primera elección de la carrera y de los estudios
2. Infancia	1-11	Socialización y educación familiar	1. Desarrollo de las capacidades sociales 2. Aprendizaje de la vida en familia
1. Primera infancia	0-1	Concepción de la realidad y supervivencia	1. Desarrollo de una concepción estable de la realidad 2. Desarrollo de las capacidades primarias de comunicación y de locomoción

#### ACONTECIMIENTOS FAMILIARES:

9. Separación y aislamiento crecientes
8. Ruptura de la diada fundamental
7. Creciente interacción en un estado relativamente desprovisto de papeles
6. Partida de los hijos, que ya se han hecho independientes
5. Comienzo de la familia: tener y educar hijos
4. Interacción con otras familias: Relaciones  
partida de la familia  
elaboración de la familia
3. Adquisición de las capacidades, independencia
2. Dependencia casi total
1. Dependencia total

(Tomado de Sheehy, G. (1984))

En el esquema 3 se presenta un modelo social de envejecimiento donde se marcan las diferentes etapas de la vida, la edad aproximada en que acontecen, y las crisis y tareas que se podrían suscitar durante las mismas. Es decir que el transcurso de la vida, los cambios, las crisis y con ellas las dificultades y la depresión parecen inseparables.

Fried (1977) ha intentado describir con detalle lo que le sucede a las personas durante la década de los cuarenta, dice así: es una segunda adolescencia emocional, una rebelión por la cual pasan los hombres y que afecta todos los aspectos de su vida incluyendo su matrimonio, trabajo, amistades y compromisos sociales.

Son inquietos, malhumorados, caprichosos. Describen su vida insípida, aburrida o depresiva. Buscan cambios constantes y se lamentan del decaimiento tanto real como imaginario de sus capacidades físicas y mentales.

Define a esta crisis como una "enfermedad madureciente" y a la crisis como un período de preocupación y de conocimiento de uno mismo, siendo difícil sentirse consciente y cómodo simultáneamente. Sin embargo, Martínez (1973) encontró en un estudio realizado en 232 sujetos que la edad donde más aparece la depresión en los varones es entre los 56 y 60 años de edad. Para las mujeres, la edad en la cual aparece con más frecuencia la depresión es a los 41 años, lo cual coincide -

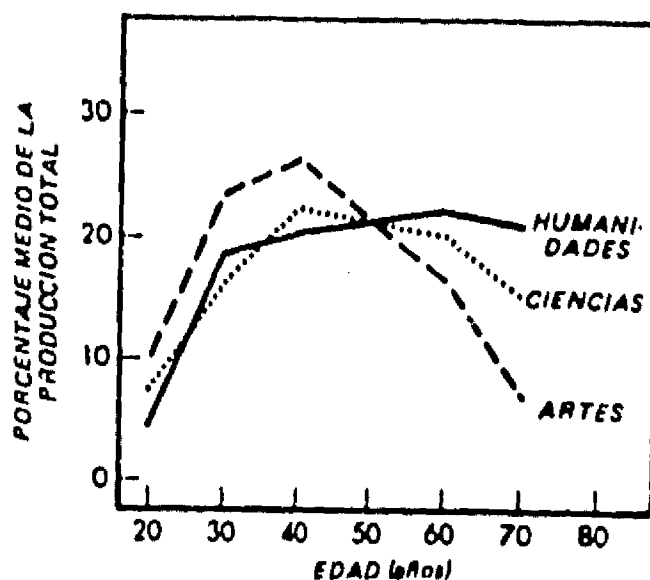
con el estudio hecho por Fried (1977).

Sheehy (1984) plantea la escala evolutiva de la edad adulta de la siguiente manera:

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| a) Arrancar raíces.         | Búsqueda de la autonomía de la familia de origen.                                   |
| b) Los penosos veintes.     | La energía, vitalidad y esperanza para hacer lo que "debe", asentarse.              |
| c) Alcanzar los treinta.    | La necesidad de ocuparse de sí mismo.   |
| d) Arraigo y expansión.     | Echar raíces (30-35 años).  |
| e) La década torpe.         | Se siente la pérdida de la juventud (35-45 años).                                   |
| f) Renovación o resignación | Se recupera del equilibrio, pero se pasa por el síndrome del " <u>nido vacío</u> ". |

Sin embargo, Mishara y Riedel (1986) consideran que la llamada década torpe no es así, sino una etapa donde la creatividad en las personas llega a su máximo desarrollo, lo cual permite que su expresión quede plasmada en la gran cantidad de obras artísticas y científicas que los seres humanos generan cuando llegan a la madurez.

Aquí se presenta el esquema 4 donde se observa claramente la producción de arte, ciencia y humanidades en función de la edad.



Esquema 4. Porcentaje de la producción global en función de la edad. (Las Humanidades, las Ciencias y las Artes se hallan representadas por ciertas disciplinas.) (Adaptada y reproducida con la autorización de DENNIS, Journal Of Gerontology, 1966). Citado por Fried (1977).

Yuko (1985) realizó una investigación con 500 sujetos de entre 30 y 56 años de edad, para conocer los cambios que sufre la gente durante la edad adulta y encontró que marcaban tanto aspectos positivos como negativos. Reporta en sus resultados cuatro etapas de la confirmación de la identidad.

1. Un período de crisis aunado a cambios somáticos.
2. Un período de maduración psíquica.
3. Un período de modificaciones en la vida cotidiana.
4. Un período de autoconfirmación.

Sugiere que la edad adulta es un período de transición - en el ciclo vital que juega un papel crítico en el desarrollo de la identidad, que conlleva tanto depresión como ansiedad.

Estos datos nos remiten a las dificultades en el desarrollo, especialmente durante la edad adulta.

Vivir implica un alto riesgo emocional sobre todo cuando los mecanismos de enfrentamiento no son suficientes ni eficaces donde se puede sufrir de depresión, ¿cómo descubrirla y a la vez medirla?.

Para medir o diagnosticar la depresión se propone la elaboración de una escala de medición propia de nuestra cultura.



### 3. METODOLOGIA

#### 3.1. PROBLEMA

1. La depresión es un padecimiento común en la práctica psicológica y médica. Representa el 60% de los internamientos en hospitales psiquiátricos y más del 40% de las consultas de primer contacto (Lira, 1980).

2. El conocimiento y detección del problema es importante para el desarrollo de estrategias terapéuticas adecuadas. El acercamiento a este fenómeno permitirá la prevención de problemas mayores, tanto para la persona que padece de depresión, como para las que la rodean y conviven con ella.

3. Se propone una prueba de adjetivos, el estudio de su validez y confiabilidad para medir el tono afectivo de pacientes mexicanos.

4. Contar con un instrumento válido para la cultura mexicana sería de gran ayuda para el diagnóstico acertado.

#### 3.2. HIPOTESIS

A continuación se presentan las hipótesis de este trabajo:

1. La lista de adjetivos de depresión (LAD) es confiable.
2. La lista de adjetivos de depresión (LAD) es válida.
3. No existen diferencias entre las respuestas a cada item en la lista de adjetivos de depresión (LAD) debidas a las variables salud, edad y sexo.

### 3.3. DISEÑO

El diseño del presente estudio es correlacional postfacto, es decir, es una búsqueda sistemática empírica en la cual el científico no tiene control sobre las variables independientes, porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables, se hace referencia a las relaciones entre ellas, sin intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables independientes y dependientes (Kerlinger, 1975 p. 268). Es un diseño factorial con todas las celdillas cruzadas.

Se trabajó con dos grupos: 100 sujetos deprimidos y 990 sujetos sanos. Se clasificaron por sexo y edad creando un diseño de 2 x 2 x 2. Es decir, que cada variable tuvo dos categorías o niveles.

### 3.4. VARIABLES

Las variables involucradas en este estudio no fueron manipuladas por la examinadora; se usaron como clasificatorias las ya existentes en la población.

#### 3.4.1. Variables clasificatorias

- a) Edad:                    adolescentes. Personas de entre 12 y 21 años de edad.  
                              adultos. Personas de entre 22 y 60 - años de edad.
- b) Sexo:                    masculino o femenino. Características físicas y constitutivas que hacen a un hombre o una mujer.
- c) Estado civil:           soltero, Sujeto que no haya contraído matrimonio civil ni religioso.  
                              casado. Persona que haya contraído - ya sea civil o religiosamente sin disolverlo.  
                              Otra. Unión libre, separado o viudo.
- d) Escolaridad:           se refiere al máximo grado de estudios logrado: primaria, secundaria, - preparatoria o más.

f) Estado emocional:

- 1) Pacientes deprimidos: personas que comenzaban un tratamiento ya sea psiquiátrico o psicológico -- sin estar medicados. Es decir, que estuvieran - en las primeras cinco sesiones (no más), por tener un problema emocional cuyo diagnóstico clínico fuera de depresión.
- 2) Grupo normal: Sujetos tanto adolescentes como - adultos voluntarios y que no estaban acudiendo a tratamiento psicológico.

3.4.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Las respuestas de los sujetos a cada uno de los ítemes - de la lista de adjetivos de depreciación (LAD).

3.5. METODO

3.5.1. SUJETOS

La muestra estuvo formada por dos grupos básicos:

1. 990 sujetos sanos
2. 100 sujetos deprimidos

En total 1090 sujetos que vivían en la zona metropolitana de la ciudad de México.

A continuación se describen las características de cada muestra.

#### 3.5.1.1. Muestra de Salud

Estuvo compuesta por: 527 adultos y 463 adolescentes (990). De los adultos, 322 fueron mujeres y 205 hombres (527). En los adolescentes hubo 236 hombres y 227 mujeres (463). El total, 441 hombres y 549 mujeres; 657 dijeron ser solteros, 298 casados y 35 de otra categoría. 76 reportaron haber terminado la primaria, 794 la secundaria y 120 preparatoria o equivalente.

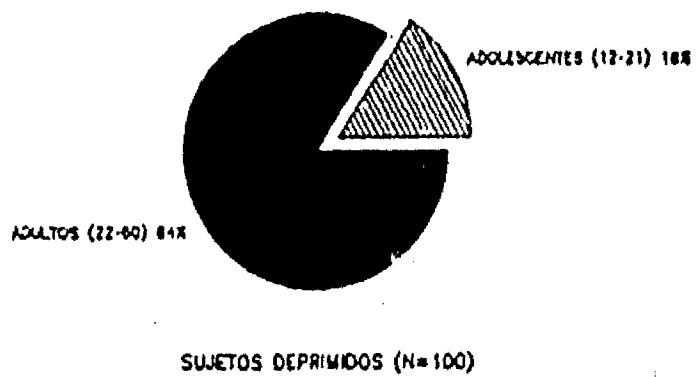
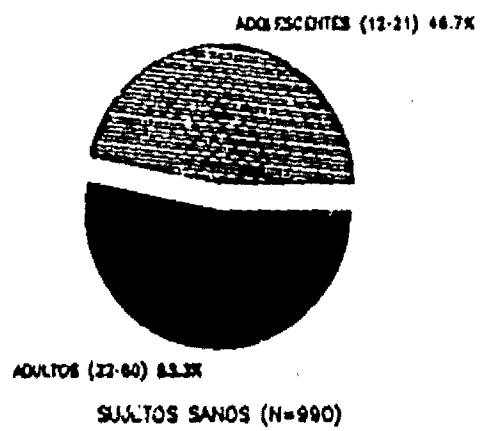
	Adolescentes	Adultos	Σ
Mujeres	227	322	549
Hombres	<u>236</u>	<u>205</u>	<u>441</u>
Σ	463	527	990

#### 3.5.1.2. Muestra de Pacientes

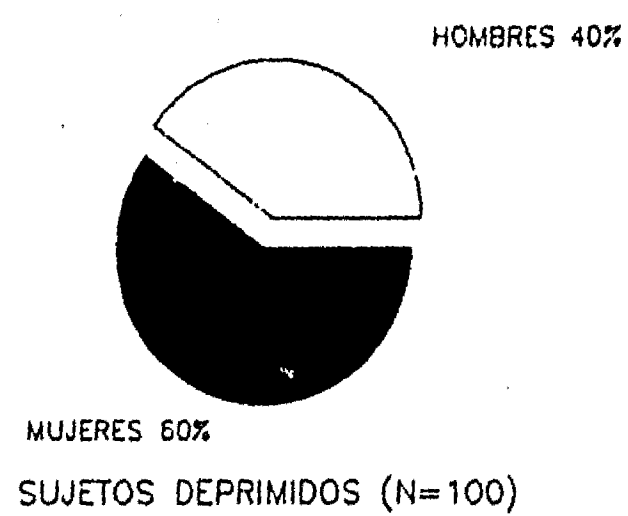
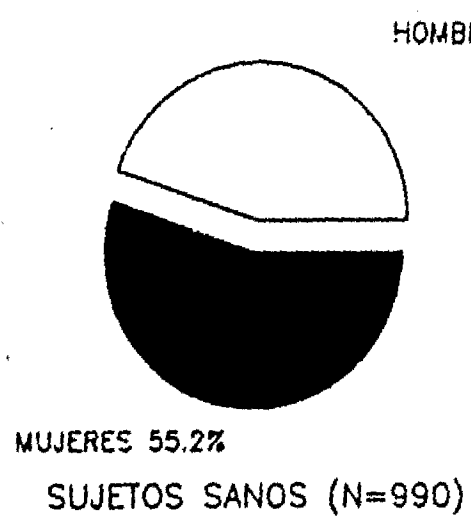
La muestra de pacientes estuvo compuesta por cien pacientes deprimidos, en las primeras cinco sesiones de terapia, diagnosticados por psicólogos clínicos activos con un grado mínimo de maestría en psicología clínica o psiquiatras titulados. La muestra estuvo compuesta de la siguiente manera:

Ochenta y cuatro adultos de los cuales 56 fueron mujeres y 28 hombres, y 16 adolescentes, 4 mujeres y 12 hombres.

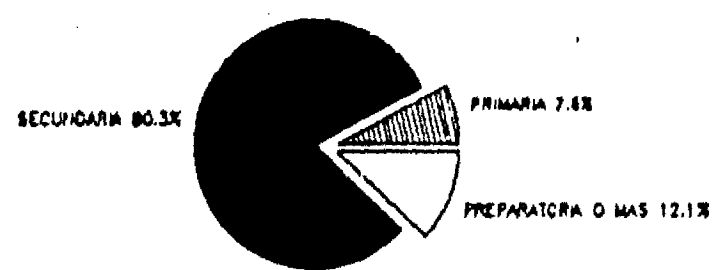
# DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR EDAD



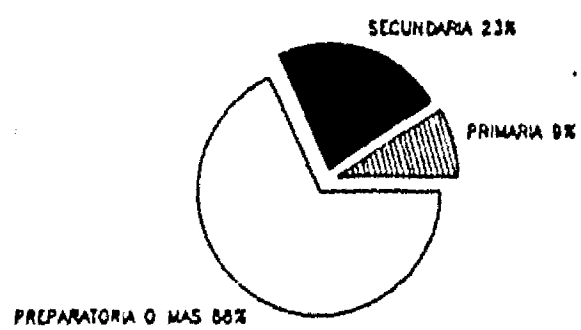
## DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR SEXO



## DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR ESCOLARIDAD



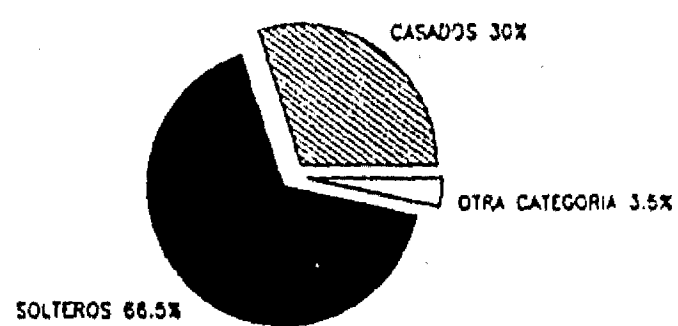
SUJETOS SANOS (N=990)



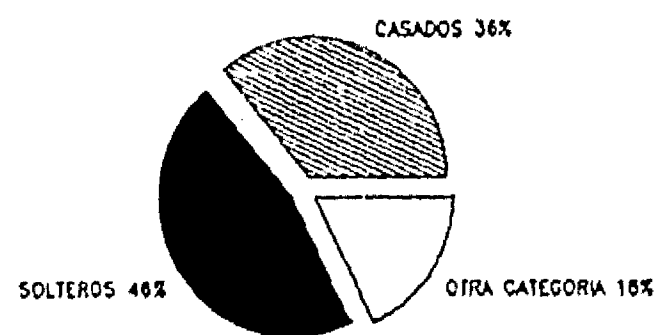
SUJETOS DEPRIMIDOS (N=100)



## DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR ESTADO CIVIL



SUJETOS SANOS (N=990)



SUJETOS DEPRIMIDOS (N=100)

En total, 40 hombres y 60 mujeres. De los 100, 46 reportaron ser solteros, 36 casados y 18 marcaron la opción otros. Nueve dijeron haber terminado la primaria, 23 la secundaria y 68 la preparatoria o equivalente.

Cabe notar que la muestra de adolescentes pacientes fue sólo el 16% del total de pacientes.

	Adolescentes	Adultos	
H	12	28	40
M	<u>4</u>	<u>56</u>	60
	16	84	

### 3.5.2. ESCENARIO

A los adolescentes sanos se les aplicó el instrumento en la escuela a la que acudían a tomar sus clases. A los adultos, se les aplicó el listado en su domicilio. A los pacientes deprimidos en el consultorio de su médico.

### 3.5.3. INSTRUMENTO

El instrumento que se empleó en el presente estudio fue:

La lista de adjetivos de depresión (LAD) que constó de - 62 ítemes. Cada uno era un adjetivo en una escala bipolar tipo Likert con 10 opciones intermedias que iban de 1 (muy) hasta 10 (nada). En 45 ítemes el 1 correspondió al polo de la salud y el 10 al polo de la depresión y en los 17 restantes, el 1 correspondió al polo de la depresión y el 10 al polo de la salud.

### 3.5.4. PROCEDIMIENTO

#### 3.5.4.1. Desarrollo del Instrumento

Inicialmente, para elaborar la prueba se le pidió a 50 - personas tanto adolescentes como adultos que definieran lo -- que sentían cuando estaban deprimidos. Se organizaron todas las respuestas y se obtuvo un listado de 62 palabras no repetidas entre adjetivos, verbos y adverbios. Se ubicó a cada - palabra en una escala bipolar tipo Likert con 10 opciones intermedias que iban de nada hasta mucho.

Las instrucciones para responder individualmente a este listado fueron las siguientes:

Instrucciones:

A continuación encontrará una serie de palabras que des

criben diferentes sentimientos y estados de ánimo.

Marque dentro del continuo que va del 1 al 10, la opción que usted considere que describe cómo se siente usted ahora-hoy.

El 1 corresponde a la ausencia de un sentimiento y la escala va aumentando hasta llegar al 10, que implica el grado - más alto de ese sentimiento.

Por ejemplo:

Nada contento    1   2   3   4   5   6   7   8   9   10    Muy contento

Si usted considera que se siente poco contento marcará - el número 1 ó 2, pero si considera que se siente muy contento marcará el número 9 ó 10.

Marque por favor cómo se siente usted ahora. Evite dejar algún adjetivo sin contestar. GRACIAS

También se le pidió a cada sujeto que escribiera su edad, sexo, estado civil, grado escolar y si estaba acudiendo a tratamiento psicológico o psiquiátrico.

#### 3.5.4.2. Aplicación del Instrumento

Para la aplicación del instrumento se localizaron las escuelas de los tres niveles socioeconómicos donde estudiaban -

los adolescentes, así como las colonias de los tres niveles - socioeconómicos para los adultos.

Se pidió a cada sujeto su colaboración, explicándole que la finalidad del trabajo era realizar una tesis, por lo cual sería anónima su participación. Se comprobó que quedasen claras las instrucciones al aplicar el instrumento y al terminar se les dieron las gracias.

#### 4. RESULTADOS

Los resultados de los 1090 Cuestionarios clasificados -- por grupos de: salud, edad y sexo, se vaciaron en hojas de codicación para procesarse electrónicamente.

Cada uno de los 62 ítemes, tuvo un puntaje o califica-- ción del 1 al 10. Para fines de análisis el 1 significó siempre más salud o ausencia de depresión y conforme aumentaba la escala, aumentaba el grado de depresión del sujeto hasta llegar al 10. Para que esto fuera así tuvieron que convertirse las respuestas de 17 ítemes por su construcción.

Los análisis estadísticos que se realizaron sobre estos- datos fueron:

1. Análisis de la confiabilidad de la prueba.
2. Análisis de la validez de la prueba. (Validez por - contraste y validez factorial o de construcción).
3. Análisis del efecto de las variables salud, edad y - sexo, ítem por ítem.
4. Análisis global del efecto de las variables salud, - edad y sexo.

#### 4.1. CONFIABILIDAD

Antes de proceder a otros análisis, lo primero que se hizo fué estudiar la confiabilidad de la prueba, ya que en caso de que ésta no tuviera un buen resultado, el estudio de su validez o del fenómeno de la depresión usando esta herramienta como instrumento de medida carecería de valor.

Existen varias maneras de obtener la confiabilidad de un test. La más común y la más apreciada es el método de test - retest. En las condiciones de este trabajo no era el método más conveniente por la naturaleza cambiante de los estados de presivos.

Se consideró apropiado el método por mitades, porque los adjetivos podrían no estar bien balanceados y si se balanceaba después la confiabilidad saldría excesiva. Se optó por -- trabajar con el método alfa de Crombach, aunque pudiera sobreestimar la confiabilidad. El resultado general que se obtuvo fue de .94 que indica una confiabilidad interna muy alta, - es decir que esta prueba mostró una gran congruencia.

#### 4.2. ANALISIS DE ITEMES

Para conocer la forma de la distribución de las respues-  
tas, se analizaron los resultados de cada ítem con estadísti-

ca descriptiva; tendencia central, variabilidad, simetría y - kurtosis. El análisis de las distribuciones de frecuencias - de los ítemes indicó que la mayor parte de las distribuciones eran de forma rectangular. Por esta razón, se utilizó esta-- dística no paramétrica.

Se realizó análisis de ítemes para determinar la discrimi- nabilidad de los mismos, o sea su capacidad para diferen-- ciar entre las características de salud y enfermedad.

El primer requisito de un ítem para formar parte de la - prueba final fue que demostrará diferenciar entre el grupo sa no y el deprimido. (Posteriormente, se analizó la capacidad- del ítem para discriminar entre las variables sexo y edad).

Así, se planteó la hipótesis nula:

$H_0$ . No existe diferencia significativa entre los gru-- pos (cuando se clasifican por salud, sexo o edad).

Para contrastar la hipótesis nula se usaron dos métodos:

- 1) Análisis ítem por ítem
- 2) Comparación de la varianza entre los diferentes gru- pos.

En el primer método se compararon las medianas.



Para el segundo, se compararon los resultados globales, utilizando las varianzas es decir, de los ítemes en su conjunto. Se aplicó la prueba F. Los análisis (prueba de la mediana y prueba F) se repitieron para las diferentes contrastaciones de la hipótesis nula, que se realizaron en los grupos divididos de la siguiente manera:

#### Salud

Todos los sanos	vs.	todos los deprimidos
Adultos sanos	vs.	adultos deprimidos
Adolescentes sanos	vs.	adolescentes deprimidos

#### Edad

Total de adultos	vs.	total de adolescentes
Adolescentes sanos	vs.	adultos sanos
Adolescentes deprimidos	vs.	adultos deprimidos

#### Sexo

Total de hombres	vs.	total de mujeres
Adolescentes pacientes hombres	vs.	mujeres
Adolescentes sanos hombres	vs.	adolescentes sanos mujeres
Adultos sanos hombres	vs.	adultos sanos mujeres

#### 4.2.1. COMPARACION SALUD CONTRA DEPRESION

##### 4.2.1.1. Grupo total de sanos contra grupo total de deprimidos

En la comparación del grupo total de sanos contra el grupo total de deprimidos, de las 62 comparaciones en 58 casos - el valor de la  $x^2$  permitió rechazar la hipótesis nula, es decir, las medianas del grupo de sanos y del grupo de deprimidos mostraron pertenecer a diferentes poblaciones. En la tabla 1 se observan estos resultados. Esta es una de las pruebas más importantes de la calidad de los ítemes ya que en una prueba de depresión el requisito primordial es que los ítemes sean capaces de diferenciar la depresión de la no depresión - (validez por contraste).

Solamente 4 ítemes no mostraron diferencias entre las medianas, se presentan en la tabla 2. Estos 4 ítemes se eliminaron de los análisis de la validez de construcción (análisis factorial).

En todos los casos los valores de las medianas del grupo de sujetos sanos fue menor, es decir con dirección hacia el polo de la salud, que los valores de las medianas del grupo de los pacientes. Esto es, el grupo de sujetos sano se inclinó hacia respuestas con valores de salud, y el grupo de pacientes marcó más sobre los valores de depresión tal como se esperaba.

TABLA 1

ITEMES CON DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE SUJETOS --  
 SANOS Y SUJETOS DEPRIMIDOS. PRUEBA DE LA MEDIANA SA  
 NOS (N = 900), DEPRIMIDOS (N = 100).

ITEM	CONTENIDO	MD SANOS	MD DEPRI- MIDOS	$\chi^2$
5	nada - muy fastidiado	3.65	7.50	50.10
6	nada - muy fracasado	2.30	6.21	23.70
7	muy - nada satisfecho	3.19	8.10	62.62
8	muy - nada comprendido	3.62	6.90	34.61
9	muy - nada paciente	4.30	7.39	15.50
10	muy - nada seguro	3.24	6.78	19.96
11	nada - muy irritable	4.77	6.92	16.37
12	muy - nada apetente	3.21	7.30	70.66
13	muy - nada feliz	3.34	7.88	56.59
15	lleno - sin dolor	4.71	7.10	22.84
16	sin - con flojera	4.55	7.81	29.02
17	nada - muy adormilado	4.10	6.05	12.10
18	nada - muy afligido	2.93	7.97	52.68
19	nada - muy acabado	2.44	5.84	56.56
20	nada - muy apachurrado	4.45	7.96	38.96
21	muy - nada dichoso	3.15	7.68	26.36
22	muy - nada vivaz	4.57	6.50	20.28
23	sin - con conflictos	4.65	8.13	28.80
24	nada - muy decepcionado	4.89	6.64	18.01
25	muy - nada motivado	4.36	6.12	15.43

(continuación Tabla 1)

ITEM	CONTENIDO	MD SANOS	MD DEPRI- MIDOS	$\chi^2$
26	nada - muy desganado	3.22	8.04	38.10
27	nada - muy cabizbajo	3.14	7.28	38.57
28	nada - muy devaluado	2.52	7.58	50.06
29	nada - muy melancólico	3.66	8.18	58.62
30	nada - muy rechazado	3.17	7.61	15.76
31	nada - muy pasivo	4.97	6.50	11.61
32	nada - muy autocompasivo	4.53	6.22	15.21
33	nada - muy distraído	4.21	7.65	48.23
34	nada - muy descorazonado	3.65	7.71	41.52
37	siento que si estoy no - fallando	3.30	8.00	47.78
38	nada - muy solo	4.79	7.86	19.33
39	nada - todo me parece malo	4.98	6.26	12.92
40	nada - muy mediocre	2.75	6.30	32.59
41	nada - muy marginado	2.92	5.43	26.82
42	nada - muy agresivo	3.73	6.12	23.19
43	nada - muy apático	3.69	7.16	26.11
44	nada - muy ansioso	5.41	7.80	18.49
45	nada - muy dependiente	4.33	7.68	23.73
46	muy - nada desafortunado	2.67	7.13	38.50
47	todo - nada vale la pena	3.77	5.90	14.06
48	nada - todo me parece malo	4.98	6.20	12.92
49	nada - muy vulnerable	6.08	8.21	13.51
50	con - sin voluntad	3.53	5.27	9.39

(continuación Tabla 1)

ITEM	CONTENIDO	MD SANOS	MD DEPRI- MIDOS	X <sup>2</sup>
51	nada - muy abandonado	2.80	7.28	34.80
52	nada - muy angustiado	3.32	8.11	55.87
53	nada - muy agobiado	3.15	8.21	70.53
54	nada - muy acorralado	2.40	7.55	46.66
55	nada - muy adolorido	2.90	7.30	41.04
56	nada - muy aburrido	5.02	6.75	19.48
57	muy - nada alegre	4.17	7.50	35.93
58	nada - muy malhumorado	3.45	6.80	41.96
60	nada - muy nostálgico	4.40	8.50	28.78
61	nada - muy pesimista	2.23	7.10	23.05
62	nada - muy triste	2.51	9.70	65.48
63	nada - muy vacío	2.20	8.80	82.42
64	muy - nada criticado	3.98	8.00	71.06
65	nada - muy animado	3.25	9.00	78.41
66	muy - nada arreglado	3.70	8.26	86.14

TABLA 2

ITEMES SIN DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE SUJETOS SANOS Y DEPRIMIDOS. PRUEBA DE LA MEDIANA SANOS (n = 990), DEPRIMIDOS (n = 100).

ITEM	CONTENIDO	MD SANOS	MD DEPRIMIDOS	X <sup>2</sup>
14	nada - muy sensible	7.98	8.65	2.19
35	nada - muy somnoliento	4.75	5.31	1.18
36	con - sin ganas de hacer cosas	4.62	6.04	3.30
59	nada - muy robusto	6.09	6.20	.67

En el análisis global, el resultado de la prueba "F" de los ítemes entre sujetos sanos y pacientes, arrojó un resultado de  $F = 3.81$  con 60 y 60 grados de libertad con una probabilidad menor que .05, se rechaza la hipótesis nula de no diferencias entre los grupos de sanos y deprimidos, considerando los resultados de manera global.

#### 4.2.1.2. Adultos Deprimidos contra Adultos Sanos

En la comparación ítem por ítem de los grupos de adultos pacientes (N = 84) y adultos sanos, (N = 518), los que resultaron significativos y permitieron rechazar la hipótesis nula fueron los ítemes:

TABLA 3

ITEMES CON  $\chi^2$  SIGNIFICATIVA EN LA PRUEBA DE LA MEDIANA ENTRE -  
ADULTOS PACIENTES Y ADULTOS SANOS.

(ADULTOS PACIENTES N=84, ADULTOS SANOS N=527)

ITEM	CONTENIDO	ADULTOS MD SANOS	ADULTOS MD PACIENTES	X 2
5	nada-muy fastidiado	3.32	7.35	47.03
6	nada-muy fracasado	2.22	7.93	47.34
7	muy-nada satisfecho	3.02	8.54	29.30
8	nada-muy comprendido	3.31	7.68	36.10
9	nada-muy paciente	3.91	7.50	19.66
10	nada-seguro	3.09	7.61	17.31
11	nada-irritable	5.00	7.00	12.66
12	nada-apetente	3.31	7.30	49.31
13	nada-feliz	2.91	8.27	39.61
15	sin-lleno de dolor	4.42	7.50	19.80
16	sin-con flojera	3.38	7.86	32.44
18	nada-muy afligido	3.24	8.16	24.29
19	nada-muy acabado	2.53	6.10	47.64
20	nada-muy apachurrado	2.48	8.27	46.70
21	nada-muy dichoso	3.02	7.90	54.6
22	nada-muy vivaz	3.44	7.10	30.39
23	sin-con conflictos	4.56	8.61	25.18
24	nada-muy decepcionado	3.31	7.0	32.27

(continuación de la Tabla 3)

ITEM	CONTENIDO	ADULTOS MD SANOS	ADULTOS MD PACIENTES	X 2
25	nada-muy motivado	3.12	6.11	19.70
26	nada-muy desganado	3.08	8.34	28.7
27	nada-muy cabisbajo	2.38	7.77	66.29
28	nada-muy devaluado	2.21	7.83	66.04
29	nada-muy melancólico	3.95	8.50	48.81
30	nada-muy rechazado	2.22	7.75	41.24
31	nada-muy pasivo	5.03	6.87	12.39
33	nada-muy distraido	4.03	7.40	39.49
34	nada-muy descorazonado	2.77	7.90	36.06
35	nada-muy somnoliento	3.36	5.37	11.45
36	sin-con ganas de hacer cosas	3.26	7.16	14.81
37	siento que si-no estoy fallando	3.62	8.25	33.71
38	nada-muy solo	2.84	8.18	48.21
39	todo-nada me parece malo	3.40	6.37	30.17
40	muy-nada mediocre	2.30	6.61	41.52
41	muy-nada marginado	2.39	6.50	37.17
42	muy-nada agresivo	3.76	6.10	14.77
43	muy-nada apático	2.76	7.30	36.91
44	nada-muy ansioso	5.40	8.04	19.66
45	muy-nada dependiente	4.41	7.80	16.24
46	muy-nada desafortunado	2.53	7.75	37.11
47	nada-todo vale la pena	2.35	6.00	26.70
48	todo-nada me parece malo	3.75	5.50	15.25



(continuación de la Tabla 3)

ITEM	CONTENIDO	ADULTOS MD SANOS	ADULTOS MD PACIENTES	$\chi^2$
49	muy - nada vulnerable	5.05	8.80	22.55
50	con - sin voluntad	2.28	5.16	26.77
51	nada- muy abandonado	2.31	7.40	43.28
52	nada- muy angustiado	3.30	8.27	46.78
53	nada- muy agobiado	3.09	8.30	50.42
54	nada- muy acorralado	2.21	7.61	41.85
55	nada- muy adolorido	2.36	7.76	51.72
56	muy - nada aburrido	3.25	7.10	35.72
57	muy - nada alegre	3.08	7.66	22.27
58	nada- muy malhumorado	3.32	7.10	40.72
60	nada- muy nostálgico	4.64	8.63	33.44
61	nada- muy pesimista	3.37	7.87	33.44
62	nada- muy triste	2.34	9.70	59.56
63	muy - nada vacío	2.01	9.82	91.10
64	nada- muy criticado	3.72	9.80	70.40
65	muy - nada animado	3.13	9.00	65.17
66	muy - nada arreglado	3.62	9.20	75.71

Sólo 4 ítemes (14, 17, 32, 59) no mostraron diferencia significativa entre los grupos, (sensible, adormilado, autocompasivo y robusto). Se pueden observar en la tabla 4.

TABLA 4

ITEMES SIN DIFERENCIA SIGNIFICATIVA EN LA PRUEBA DE LA MEDIANA ENTRE ADULTOS PACIENTES (n = 84) Y ADULTOS SANOS (n = 527)

ITEM	CONTENIDO	MD SANOS	MD PACIENTES	X <sup>2</sup>
14	nada - muy sensible	5.25	5.88	1.19
17	nada - muy adormilado	3.84	4.22	2.23
32	nada - muy autocompasivo	4.97	5.33	1.42
59	muy - nada robusto	5.75	5.91	0.53

Como se presenta en la tabla 3 los adultos pacientes obtuvieron puntajes significativamente más elevados; esto es, que la prueba registró las diferencias entre los adultos sanos y los deprimidos. Vale la pena notar que de los 4 ítems no significativos en esta comparación y en la anterior, 2 (robusto y sensible) aparecen repetidamente.

El resultado de la prueba "F" mostró un valor de  $F = 1.89$  con 60 y 60 gl, probabilidad menor a .01. Esto indicó que si existió diferencia significativa entre las respuestas de los adultos sanos y enfermos y esto permite rechazar la hipótesis nula.

Ambos análisis muestran que la prueba sí diferenció entre los sujetos adultos deprimidos y los adultos no deprimidos.

4.2.1.3. Adolescentes deprimidos contra Adolescentes  
Sanos

En el análisis ítem por ítem, se encontraron diferencias significativas que permitieron rechazar la hipótesis nula en 15 ítems: (5, 23, 29, 33, 42, 52, 53, 54, 60, 61, 63, 64, 65, 36 y 99.)

Se observó que de éstos, en 13 la mediana más alta ocurrió en el grupo deprimido y 2 en el grupo sano. Los resultados se presentan por separado, en la tabla 5, los ítems en los que la  $X^2$  permitió rechazar la  $H_0$  y la Md menor fue (tal como se esperaba) en el grupo sano y en la tabla 6 los ítems en los que la Md menor fue en el grupo de pacientes.

TABLA 5

ITEMES CON DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE ADOLESCENTES PACIENTES Y ADOLESCENTES SANOS. PRUEBA DE LA MEDIANA (ADOLESCENTES PACIENTES N = 16, ADOLESCENTES SANOS -- (N = 462) MEDIANA MENOR EN EL GRUPO DE ADOLESCENTES SANOS.

ITEM	CONTENIDO	ADOLESCENTES SANOS MD MENOR	MD ADOLESCENTES MD PACIENTES	$X^2$
5	nada - muy fastidiado	3.84	7.00	8.03
23	sin - con conflictos	4.52	6.50	4.74

ITEM	CONTENIDO	ADOLESCEN- TES SANOS MD MENOR	MD ADOLES- CENTES MD PACIENTES	X <sup>2</sup>
29	muy - nada melancólico	3.16	6.16	8.90
33	nada- muy distraido	4.25	8.00	7.03
42	muy - nada agresivo	3.47	6.16	7.34
52	nada- muy angustiado	3.33	6.75	8.97
53	nada- muy agobiado	3.94	6.50	5.03
54	nada- muy acorralado	2.57	6.25	9.88
60	nada- muy nostálgico	4.02	6.16	5.37
61	nada- muy pesimista	1.74	5.50	9.96
63	nada- muy vacío	2.19	9.70	16.29
64	nada- muy criticado	4.52	9.70	13.56
65	muy - nada animado	3.30	9.70	14.77

TABLA 6

ITEMES CON DIFERENCIA ENTRE ADOLESCENTES PACIENTES Y ADOLESCENTES SANOS. PRUEBA DE LA MEDIANA (ADOLESCENTES PACIENTES N=16, ADOLESCENTES SANOS N=462) MEDIANA MENOR EN EL GRUPO DE ADOLESCENTES PACIENTES.

ITEM	CONTENIDO	MD ADOLESCEN- TES PACIENTES	MD ADOLESCEN- TES SANOS	X <sup>2</sup>
36	sin-con ganas de hacer cosas	3.00	5.67	6.90
49	muy - nada vulne- rable	5.50	7.64	5.14

En la comparación global se obtuvo un valor  $F = 1.17$  al .01 con 60 y 60 grados de libertad, por lo que se aceptó la hipótesis nula, es decir, no existió diferencia significativa entre las medias de las medianas en los dos grupos anteriores.

#### 4.2.2. COMPARACION POR EDAD

Para saber si la edad es una variable importante en la forma de responder a la prueba, se compararon los grupos: total de adolescentes contra total de adultos, adolescentes y adultos sanos, así como adolescentes y adultos pacientes.

##### 4.2.2.1. Total de Adultos contra Total de Adolescentes

En la comparación del grupo total de adultos (sin importar si pertenecían al grupo de sanos o enfermos) con el total de adolescentes se hallaron 25 ítems significativos. - 17 - - - - con puntajes mayores en el grupo de adolescentes y 8 en el de adultos.

Los resultados se presentan en dos tablas.

- 1) Donde se observa la mediana menor en el grupo de -- adultos (tabla 7).

- 2) Donde se observa la mediana menor en el grupo de --  
adolescentes (tabla 8).

TABLA 7.

ITEMES CON DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE ADOLESCENTES Y  
ADULTOS PRUEBA DE LA MEDIANA. (ADULTOS N = 611, ADOLES--  
CENTES 479) MEDIANA MENOR EN EL GRUPO DE ADULTOS).

ITEM	CONTENIDO	MD ADULTOS	MD ADOLESCENTES	X <sup>2</sup>
13	nada - muy feliz	3.48	4.00	5.98
20	nada - muy apachurrado	3.23	6.50	18.46
24	nada - muy decepcionado	4.12	6.10	9.69
25	nada - muy motivado	3.44	5.94	13.02
30	nada - muy rechazado	2.66	4.64	10.90
32	nada - muy autocompasivo	4.22	4.90	8.07
35	nada - muy somnoliento	3.80	5.95	12.72
38	muy nada solo	3.69	5.77	14.10
39	todo - nada me parece malo	3.99	6.29	12.10
40	nada - muy mediocre	2.75	3.31	5.44
41	nada - muy marginado	2.87	3.45	8.72
43	nada - muy apático	3.21	5.01	13.04
47	nada - todo vale la pena	2.75	5.45	13.33
48	todo - nada me parece malo	4.10	5.74	10.00
50	con - sin voluntad	2.59	6.54	19.86
56	nada - muy aburrido	4.02	7.40	19.73
59	nada - muy robusto	5.73	6.51	7.63

TABLA 8

ITEMES CON DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE ADULTOS Y ADOLESCENTES. PRUEBA DE LA MEDIANA (ADULTOS N = 611, ADOLESCENTES N = 479). MEDIANA MENOR EN EL GRUPO - DE ADOLESCENTES

ITEM	CONTENIDO	MD ADOLESCENTES	MD ADULTOS	X <sup>2</sup>
6	nada - muy fracasado	2.25	2.83	6.31
18	nada - muy afligido	2.41	4.48	18.81
19	nada - muy acabado	2.26	3.19	7.87
29	nada - muy melancólico	3.31	4.93	10.46
45	nada - muy dependiente	4.08	4.84	6.04
60	nada - muy nostálgico	4.14	5.12	8.65
61	nada - muy pesimista	1.77	3.90	14.46
63	nada - muy vacío	2.43	3.56	9.32

El análisis de la tabla 7 permite observar que los ítemes en los que los adolescentes mostraron mayor depresión 12- de 17 (70%) de las medianas son superiores al punto medio en la escala de Likert, es decir, son mayores a 5 es decir, tienen hacia el lado de la depresión. Mientras que en la tabla 8 que corresponde a los ítemes en que los adultos obtuvieron las medianas más altas, solamente existe una que sea superior al 5.

En la comparación global se obtuvo un valor F = 2.04 al .01 con 30 y 60 grados de libertad, sobre el total de los ítemes, lo cual indicó que sí existió diferencia significativa -

entre estos grupos cuando se considera toda la prueba, que se rechazó la hipótesis nula.

#### 4.2.2.2. Adolescentes contra Adultos Sanos

En la comparación por edad del grupo sano se rechazó  $H_0$  en 33 ítemes, es decir en estos ítemes las respuestas fueron diferentes en ambos grupos. Los ítemes significativos se reportan en las tablas 9 y 10 por separado, aquellos en que la mediana fue menor en el grupo de adolescentes de los que fueron menor en el grupo de adultos.

Se observa que sólo 8 de 33 ítemes tienen un mayor puntaje en los adultos y el resto en los adolescentes y sólo la mitad (16) son iguales o mayores a 5 (punto medio o mediana teórica).

TABLA 9

ITEMES CON DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE ADOLESCENTES Y ADULTOS SANOS. PRUEBA DE LA MEDIANA (N = 527 ADULTOS N = 462 ADOLESCENTES.), MEDIANA MENOR EN EL GRUPO DE ADOLESCENTES (MENOS DEPRESION).

ITEM	CONTENIDO	MD ADOLESCENTES	MD ADULTOS	$\chi^2$
11	nada - muy irritable	4.42	5.11	7.04
12	nada - muy apetente	2.92	3.38	8.00
18	nada - muy afligido	2.33	3.49	9.90
19	nada - muy acabado	2.22	2.71	5.29
29	nada - muy melancólico	3.16	4.32	9.26
38	nada - muy solo	3.02	5.75	12.29
44	nada - muy ansioso	5.40	5.82	5.40
61	nada - muy pesimista	1.74	3.40	10.70



TABLA 10

ITEMES CON DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE ADOLESCENTES Y ADULTOS SANOS. PRUEBA DE LA MEDIANA (N = 527 ADULTOS, N = 462 ADOLESCENTES), MEDIANA MENOR EN EL GRUPO DE ADULTOS (MENOS DEPRESION).

ITEM	CONTENIDO	MD ADULTOS	MD ADOLESCENTES	X <sup>2</sup>
9	nada - muy paciente	3.95	4.93	6.29
13	nada - muy feliz	3.08	3.88	7.25
16	sin - con flojera	3.90	4.78	3.65
20	nada - muy apachurrado	2.75	6.55	21.06
22	nada - muy vivaz	3.59	5.81	28.19
24	nada - muy decepcionado	3.64	6.12	21.44
25	nada - muy motivado	3.24	5.93	21.97
27	nada - muy cabizbajo	2.54	3.86	13.87
30	nada - muy rechazado	2.33	4.64	20.31
32	nada - muy autocompasivo	3.94	4.89	6.89
34	nada - muy descorazonado	2.93	4.55	11.14
35	nada - muy somnoliento	3.54	6.00	23.31
36	con - sin ganas de hacer cosas	3.42	5.67	25.27
39	nada - todo me parece malo	3.57	6.31	26.51
40	nada - muy mediocre	2.41	3.22	6.59
41	nada - muy marginado	2.44	3.40	7.84
43	nada - muy apático	2.85	5.00	27.27
47	todo - nada vale la pena	2.40	5.45	28.60
48	nada - todo me parece malo	3.83	5.76	14.52

ITEM	CONTENIDO	MD ADOLESCENTES	MD ADULTOS	X <sup>2</sup>
49	nada - muy vulnerable	5.10	7.64	22.13
50	con - sin voluntad	2.37	6.60	31.93
51	nada - muy abandonado	2.37	3.27	6.92
55	nada - muy adolorido	2.45	3.65	9.37
56	nada - muy aburrido	3.41	7.54	26.26
57	nada - muy robusto	5.69	6.55	7.07

Los adultos se observan más irritables, ansiosos y con sentimientos de soledad que los adolescentes, en tanto que en los adolescentes las medianas más altas los reportan como más vulnerables, carentes de voluntad, apachurrados, decepcionados, desmotivados y apáticos.

Los resultados de la prueba "F" sobre la varianza en el total de los ítemes entre adolescentes y adultos sanos, arrojó -- una  $F = 1.53$  con una probabilidad menor que .05 y 60 y 60 grados de libertad, por lo que se rechazó la hipótesis nula, es decir, si existió diferencia significativa entre los dos grupos.

#### 4.2.2.3. Adolescentes contra Adultos Pacientes

En la comparación ítem por ítem con la prueba de la media-

na se rechazó la hipótesis nula en 13 casos.

En la tabla 11 se describen número, contenido, medianas y valor de la  $\chi^2$  en las que hubo diferencias significativas.

TABLA 11

ITEMES CON DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE ADOLESCENTES Y ADULTOS PACIENTES. PRUEBA DE LA MEDIANA (N= 84 -- ADULTOS N = 16 ADOLESCENTES), MEDIANA MENOR EN EL GRUPO DE ADOLESCENTES.

ITEM	CONTENIDO	MD ADOLESCENTES	MD ADULTOS	$\chi^2$
8	nada - muy comprendido	5.50	7.68	7.34
10	nada - muy seguro	5.64	7.61	7.08
20	nada - muy apachurrado	5.50	8.26	8.90
25	nada - muy motivado	6.50	8.34	8.74
26	nada - muy desganado	5.16	7.77	11.66
27	nada - muy cabizbajo	4.00	7.83	15.23
28	nada - muy devaluado	6.16	8.50	8.61
35	nada - muy somnoliento	3.00	7.16	15.92
37	no - si - estoy fallando	6.50	8.25	6.35
41	nada - muy marginado	4.25	6.50	8.72
46	muy - nada desafortunado	5.70	7.75	6.35
49	muy - nada vulnerable	5.50	8.80	12.36
52	nada - muy angustiado	6.75	8.27	4.26

En estos 13 ítemes con diferencias significativas, los punta

jes de los adolescentes indicaron menor depresión que los - - adultos. Sin embargo, con excepción de 2 medianas en el grupo de adolescentes, las otras 24 son mayores a 5.

Los adultos pacientes se encuentran más deprimidos que los jóvenes pacientes, en los indicadores incluidos en la tabla 11.

El resultado de la prueba "F" con el grupo total de los 58 ítemes, arrojó una  $F = 1.44$  con 60 y 60 grados de libertad probabilidad  $> .05$ . De manera global, no se encontró diferencia significativa en los resultados obtenidos entre el grupo de adolescentes pacientes y adultos pacientes.

#### 4.2.3. COMPARACION ENTRE SEXOS

Cuando los grupos se determinaron por sexo, se buscó al igual que en los otros casos si la hipótesis nula era aceptada o rechazada a través de los dos métodos ya planteados: 1) La prueba de la mediana ítem por ítem y 2) la prueba "F" para comparar globalmente si existía diferencia entre las varianzas de los dos grupos. Las comparaciones por sexo, admiten diferentes combinaciones, si se consideran las variables salud y edad. Se realizaron cuatro comparaciones:

- a) Todos los hombres contra todas las mujeres
- b) Adolescentes sanos hombres contra mujeres

- c) Adultos pacientes hombres contra mujeres
- d) Adolescentes pacientes hombres contra mujeres

#### 4.2.3.1. Todos los Hombres contra todas las Mujeres

Al comparar ítem por ítem con la prueba de la mediana, los grupos completos de hombres y mujeres se encontraron 14-diferencias significativas que se presentan en las tablas 12 y 13. En la Tabla 12 los 9 ítemes en los que las mujeres están más cercanas al polo de la salud y en la tabla 13 con 5-ítemes en la que los hombres lo hacen.

TABLA 12

ITEMES CON DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE TODOS LOS HOMBRES Y TODAS LAS MUJERES (N = 607 MUJERES, N=474 HOMBRES). MEDIANA MENOR EN MUJERES.

ITEM	CONTENIDO	MD MUJERES	MD HOMBRES	X <sup>2</sup>
6	nada - muy fracasado	2.29	2.84	4.65
13	muy - nada feliz	3.38	4.09	8.65
15	sin - lleno de dolor	4.83	5.37	6.90
20	nada - muy apachurrado	4.50	4.99	5.89
30	nada - muy rechazado	3.04	3.87	7.69
32	nada - muy autocompasivo	4.47	4.76	4.00
35	nada - muy somnoliento	4.50	5.21	8.04
40	nada - muy mediocre	2.80	3.15	5.09
50	con mucha - nada voluntad	3.35	4.21	9.69

TABLA 13

ITEMES CON DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE TODOS LOS HOMBRES Y TODAS LAS MUJERES DE LA MUESTRA. PRUEBA DE LA MEDIANA -- (N = 607 MUJERES, N = 474 HOMBRES) MEDIANA MENOR EN EL -- GRUPO DE HOMBRES

ITEM	CONTENIDO	MD MUJERES	MD HOMBRES	X <sup>2</sup>
7	muy - nada satisfecho	3.38	3.26	7.65
12	muy - nada apetente	3.28	2.81	5.63
38	nada- muy solo	6.19	4.73	9.44
59	muy - nada robusto	6.31	5.80	4.08
61	nada · muy pesimista	2.50	2.20	4.92

Se comparó la varianza a través de la razón F. El resultado mostró una  $F = 4.57$  con 60 y 60 al,  $p < .005$ , por lo que se dedujo que las muestras de los grupos provienen de poblaciones diferentes. El grupo femenino presentó la mayor varianza.

#### 4.2.3.2. Adolescentes Sanos Hombres contra Mujeres

La comparación ítem por ítem con la prueba de la mediana permitió rechazar la hipótesis nula en 20 ítemes en los que se encontraron diferencias significativas. Las tablas 14 y 15 describen los resultados.

TABLA 14

ITEMES CON DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE ADOLESCENTES SANOS HOMBRES Y ADOLESCENTES SANAS MUJERES (N = 233 -- HOMBRES, N = 227 MUJERES). MEDIANA MENOR EN MUJERES.

ITEM	CONTENIDO	MD MUJERES	MD HOMBRES	$\chi^2$
6	nada - muy fracasado	1.82	2.67	10.06
8	nada - muy comprendido	3.72	3.87	4.54
10	nada - muy seguro	3.23	3.64	5.37
13	nada - muy feliz	3.21	4.70	14.49
15	nada - muy lleno de dolor	3.90	5.21	18.05
21	nada - muy dichoso	2.94	3.39	5.42
30	nada - muy rechazado	4.12	4.97	9.35
45	nada - muy dependiente	3.29	4.52	16.75
46	nada - muy desafortunado	2.23	3.22	7.58
48	todo - nada me parece malo	5.64	5.90	6.28
66	nada - muy arreglado	3.75	4.20	6.71

En la Tabla 14 se observa que en 11 ítemes las mujeres - obtuvieron una mediana significativamente menor, es decir, -- más hacia el polo de la salud que los hombres.

En 1 ítem la mediana superó el punto medio de 5 tanto en el grupo de hombres como en el de mujeres, aunque las medianas son menores a las de los hombres.

En el grupo de hombres, 2 de los ítemes obtuvieron medianas que superaron al punto medio. Estos resultados son nota-

bles, ya que se trata del grupo de adolescentes sanos.

En la tabla 15 en la que las medianas más pequeñas, es decir, que demuestran mayor salud ocurren en el grupo de hombres, se observa que tanto hombres como mujeres tienen una mediana superior a 5 en el ítem que describe un sentimiento de soledad, y muy cercano de este número el ítem que describe la falta de paciencia. Estos resultados contrastan con los de las tablas 12 y 13 que reportan la misma comparación en adultos. El número de ítems con diferencias debidas a sexo es un poco mayor al cuádruple en el grupo de adolescentes, que en el grupo de adultos.

TABLA 15

ITEMES CON DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE ADOLESCENTES SANOS HOMBRES Y MUJERES (N = 233 HOMBRES, N = 227 MUJERES) MEDIANA MENOR EN HOMBRES

ITEM	CONTENIDO	MD MUJERES	MD HOMBRES	X <sup>2</sup>
9	nada - muy paciente	5.02	4.81	6.62
11	nada - muy irritado	4.50	4.37	5.85
12	nada - muy apetente	3.27	2.71	8.08
29	muy - nada melancólico	3.26	3.08	5.04
38	muy - nada solo	5.82	5.67	5.59
51	muy - nada abandonado	3.36	3.21	4.8
54	muy - nada acorralado	2.64	2.50	4.15
61	muy - nada pesimista	1.96	1.45	8.63
64	muy - nada criticado	4.62	4.25	7.59



En la prueba "F" se obtuvo un valor de 0.27 sobre el total de los ítemes con 60 y 60 grados de libertad.

Esto mostró que no existió diferencia significativa entre los resultados de los dos grupos.

#### 4.2.3.3. Adultos Pacientes Hombres contra Mujeres

En la comparación ítem por ítem con la prueba de la me-

TABLA 16

ITEMES CON DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE ADULTOS PACIENTES HOMBRES Y ADULTOS PACIENTES MUJERES ( N= 56 - MUJERES, N = 28 HOMBRES) MEDIANA MENOR EN LOS HOMBRES.

ITEM	CONTENIDO	MD MUJERES	MD HOMBRES	X <sup>2</sup>
7	nada - muy satisfecho	8.90	7.16	5.40
8	nada - muy comprendido	8.53	6.00	6.60
10	nada - muy seguro	8.72	6.00	7.40
22	nada - muy vivaz	7.95	5.83	6.32
28	muy - nada devaluado	8.23	6.00	6.74
37	siento que no - si estoy fallando	8.58	6.75	5.70
44	muy - nada ansioso	8.58	6.75	5.70
46	muy - nada desafortunado	7.08	5.75	4.15
56	muy - nada aburrido	7.65	5.30	6.56
57	nada - muy alegre	8.20	6.64	5.67

diana se encontraron diez diferencias significativas. Todas - en la misma dirección, y de mayor depresión en las mujeres, es decir, los varones pacientes adultos se sienten menos satisfechos, más comprendidos, seguros, vivaces, menos devaluados, -- sienten que están fallando menos, menos ansiosos, más afortunados, menos aburridos y más alegres que los adultos pacientes - mujeres.

Los resultados se presentan en la Tabla 16, se observa -- que todas las medianas, tanto de hombres como de mujeres, son superiores al punto medio.

Para comparar las varianzas se aplicó la razón F con resultado = 37.75 con 60 y 60 gl  $p < .005$  que se debió a la mayor varianza del grupo de hombres.

#### 4.2.3.4. Adolescentes Pacientes Hombres contra Mujeres

En la comparación de los grupos de adolescentes pacientes hombres contra mujeres, ningún resultado alcanzó la significancia necesaria para rechazar la hipótesis nula; es decir, no -- existieron diferencias entre estos dos grupos, ni en las comparaciones de medianas, ni con la razón "F" que arrojó un valor de .19.

Aunque la prueba de las medianas es no paramétrica, la --  $n = 4$  en el grupo de mujeres puede ser la responsable de la --

falta de diferencias, se sugiere tomar este resultado con precaución y estudiar las diferencias debidas a sexo en adoles--centes, en un grupo mayor.

Para finalizar, se observó que dentro del grupo clasifi--cado por sexo ninguna de las comparaciones globales mostró --significancia.

#### 4.3. ANALISIS FACTORIAL

Para observar si la prueba tenfa estructurada factorial, es decir, validez de construcción o factorial se sometió al -análisis factorial.

Para buscar cuál erá la estructura factorial de la prue--ba que mejor reflejaba el esquema psicológico de la depresión; es decir, encontrar los ítemes que mejor definieran al (los)-factor(es) y así determinar las dimensiones de variabilidad -común existentes dentro del fenómeno de la depresión (Yates,-1957).

Se hicieron análisis factoriales por separado sobre los--resultados del grupo de sanos y deprimidos.

##### 4.3.1. ANALISIS FACTORIAL DEL GRUPO DE SUJETOS SANOS

Se realizó el análisis factorial con rotación Varimax deteniendo la factorización cuando el valor del eigen fue menor

a 1, sobre una matriz de correlaciones de 58 ítems de un total de 62, (ya que los 4 restantes no lograron discriminar entre depresión y no depresión y por lo tanto fueron eliminados).

Los resultados arrojaron 4 factores que explican el 77.4% de la varianza total. El resto de la varianza se distribuyó en otros 8 factores residuales que no se consideraron significativos por su bajo valor.

El factor 1 explicó el 42.7% de la varianza, estuvo constituido por 14 ítems y se le denominó felicidad-tristeza.

El factor 2 explicó el 16.4% de la varianza total, estuvo constituido por 12 ítems y se le denominó seguridad-inseguridad.

El factor 3 que contuvo el 11% de la varianza total agrupó 8 ítems y se le denominó optimismo-pesimismo.

Por último, el factor 4 contuvo el 7.3% de la varianza total, estuvo constituido por 7 ítems y se le denominó satisfacción-insatisfacción.

En el anexo en la Tabla A se observan los resultados del análisis factorial de los 41 ítems agrupados en 4 factores y sus cargas factoriales. Aparentemente estos factores reflejan diversos niveles o matices de la bipolaridad depresión-no depresión más que diversas depresiones. Los 4 factores parecían grados de lo mismo, no calidades diferentes.

El valor de las medianas de los ítemes significativos en los 990 sujetos siempre fue menor a 5; es decir, que las respuestas se acercaban al polo de la no depresión.

#### 4.3.2.1. ANALISIS FACTORIAL DEL GRUPO DE SUJETOS DEPRIMIDOS

Para encontrar la mejor estructura factorial, en los resultados del grupo de pacientes se llevaron a cabo tres diferentes análisis factoriales. Se compararon los resultados de cada uno y se eligió el que explicó mayor varianza, es decir, que presentó un esquema más claro de la estructura subyacente a la prueba (violando la suposición de cinco sujetos por ítem).

Los análisis factoriales que se realizaron fueron:

1. Análisis factorial de ejes principales sin rotación.
2. Análisis factorial con rotación ortogonal.
3. Factorización de segundo orden.

A continuación se reportan los resultados obtenidos en cada uno. Cabe mencionar que el valor de las medianas de los ítemes que cargaron en los diferentes factores significativos, siempre fue mayor a 5, es decir, sobre el polo de la depresión.

#### 4.3.2.1. Análisis Factorial de Ejes Principales

Este análisis se llevó a cabo sobre una matriz de correlaciones de 58 ítemes, ya que los 4 ítemes restantes del listado

inicial no fueron sensibles, no diferenciaron entre salud y de presión.

El resultado arrojó un factor principal que agrupó 36 ítemes con una carga factorial mayor a .50.

En la tabla 17 se observan los 36 ítemes, su carga factorial y su comunalidad según la estimación del análisis de ejes principales.

TABLA 17

RESULTADOS DEL FACTOR PRINCIPAL. COMUNALIDADES Y CARGAS FACTORIALES DE LOS 36 ÍTEMES. GRUPO PACIENTES (n = 100)

ITEM	CONTENIDO	CARGA FACTORIAL	COMUNALIDADES
10	Seguro	.50	.86
21	Dichoso	.50	.80
56	Aburrido	.50	.79
29	Melancólico	.52	.78
42	Agresivo	.51	.78
18	Afligido	.52	.77
5	Fastidiado	.52	.74
32	Autocompasivo	.53	.74
13	Feliz	.53	.75
54	Acorralado	.54	.85
7	Satisfecho	.55	.77
16	Flojera	.55	.88

ITEM	CONTENIDO	CARGA FACTORIAL	COMUNALIDADES
26	Desganado	.55	.87
47	Vale la pena	.56	.91
44	Ansioso	.57	.80
58	Malhumorado	.57	.84
49	Vulnerable	.58	.86
45	Dependiente	.60	.83
38	Solo	.61	.90
53	Agobiado	.62	.85
61	Pesimista	.63	.89
19	Acabado	.64	.81
30	Rechazado	.64	.86
23	Conflictos	.66	.88
52	Angustiado	.66	.90
60	Nostálgico	.67	.94
34	Descorazonado	.67	.80
27	Cabizbajo	.68	.91
8	Comprendido	.68	.86
51	Abandonado	.69	.88
55	Adolorido	.70	.85
40	Mediocre	.70	.91
43	Apático	.71	.91
46	Desafortunado	.72	.90
41	Marginado	.73	.92
28	Devaluado	.75	.89

Estos resultados muestran una sola medida de la depresión, una sola dimensión que se puede explicar a través de 36 adjetivos.

#### 4.3.2.2. Análisis Factorial con Rotación Ortogonal

El segundo análisis factorial que se realizó con los resultados obtenidos del grupo de sujetos deprimidos se llevó a cabo sobre una matriz de 58 ítemes, deteniendo la rotación -- cuando el valor propio fue menor que 1. El análisis mostró 4 factores significativos que explicaron el 99% de la varianza total que agruparon 38 ítemes. El resto quedó distribuida en 11 factores residuales que no se consideraron significativos -- por su bajo valor de eigen.

Para determinar la conformación de los factores se tomó -- como punto de corte cargas factoriales con valor igual o mayor a .50.

El factor 1 que explicó el 54% de la varianza común estuvo constituido por 18 ítemes y se le denominó "fracaso-éxito".

El factor 2 explicó el 23% de la varianza total. Estuvo constituido por 11 ítemes y se le denominó "pesimismo-optimismo".

El factor 3 agrupó el 12% de la varianza común, constó -- de 5 ítemes y se le denominó "desmotivación-motivación".



Por último, al factor 4 se le denominó "vacuidad-plenitud", estuvo constituido por 4 ítemes y explicó el 10% de la varianza común.

En la Tabla B del anexo se presentan los resultados del análisis factorial y la estructura de cada uno de los 4 factores.

Esta estructura factorial caracterizó a la depresión como formada por 4 factores más específicos, no como una dimensión, sino que pudiera estar formada por 4 componentes. Sin embargo, a pesar de que estos cuatro factores están estadísticamente bien definidos, al hacer el análisis de su contenido no se pudo diferenciar claramente uno de otro; es decir, que los ítemes que los constituyeron no formaron categorías descriptivas claras.

A continuación, en la Tabla 18 se observan la comunalidad de los 36 ítemes que conformaron la lista de adjetivos. Los resultados obtenidos según el primer análisis factorial de ejes principales y según el segundo análisis factorial -- con rotación ortogonal.

Todas las comunalidades de los ítemes en el primer análisis son más elevadas que las obtenidas por los mismos ítemes en el segundo análisis con rotación ortogonal; es decir, que cuando se rotó la matriz los ítemes perdieron comunalidad.

En la tabla 18 se presentan los resultados.

TABLA 18

CUADRO COMPARATIVO DE COMUNALIDADES DE LOS ITEMES QUE -  
CONFORMAN LA LISTA DE ADJETIVOS (L.A.D.) SEGUN LOS ANALI  
SIS FACTORIALES.

ITEM	COMUNALIDADES COMPONENTES - PRINCIPALES	COMUNALIDADES ROTACION ORTOGONAL
5	.74	.53
7	.77	.50
8	.86	.74
10	.86	.59
13	.75	.59
16	.88	.63
18	.77	.56
19	.81	.69
21	.80	.58
23	.88	.79
26	.87	.77
27	.91	.77
28	.89	.80
29	.78	.65
30	.86	.72
32	.74	.62
34	.80	.65
38	.90	.67
40	.91	.72
41	.92	.79

(continuación de la Tabla 18)

I T E M	COMUNALIDADES COMPONENTES PRINCIPALES	COMUNALIDADES ROTACION ORTOGONAL
42	.86	.65
43	.91	.81
44	.80	.65
45	.83	.80
46	.90	.68
47	.91	.67
49	.86	.61
51	.88	.72
52	.90	.80
53	.85	.64
54	.85	.63
55	.85	.64
56	.79	.46
58	.84	.72
60	.94	.82
61	.89	.64

La diferencia (pérdida) en todos y cada uno de los 36 ítemes justifica plenamente la aceptación de la estructura factorial, del "factor I", como definido del constructo de depresión.

En la Tabla 19 se observan los ítemes que resultaron significativos en el análisis factorial con rotación ortogonal - que a pesar de tener cargas factoriales mayores a .50; no lograron valores significativos mayores a .50 en la comunalidad y por lo tanto, no alcanzaron la estimación requerida para -- formar parte del L.A.D.

TABLA 19

ITEMES SIGNIFICATIVOS EN EL ANALISIS FACTORIAL CON ROTACION ORTOGONAL QUE NO CARGARON SIGNIFICATIVAMENTE EN EL ANALISIS FACTORIAL DE EJES PRINCIPALES

ITEM	CONTENIDO	COMUNALIDAD	CARGA FACTORIAL
( 6)	Fracasado	.49	.51
(57)	Alegre	.48	.91
(24)	Decepcionado	.41	.66
(50)	Voluntad	.41	.89
(20)	Apachurrado	.39	.51
(63)	Vacfo	.35	.89
(62)	Triste	.35	.87
(22)	Vivaz	.33	.67
(64)	Criticado	.27	.78
(66)	Arreglado	.04	.63

#### 4.3.2.3. Factorización de Segundo Orden

El tercer análisis factorial que se llevó a cabo sobre los resultados del grupo de sujetos deprimidos, fue un análisis factorial de segundo orden. Se realizó con la finalidad de detectar "los factores detrás de los factores" ya antes encontrados en el análisis factorial de rotación ortogonal. Es decir, para someter a prueba si los cuatro factores del análisis anterior podían formar realmente una variable, dado que los 4 miden depresión. Se esperó que estos factores explicaran una cantidad alta de varianza.

Para este análisis factorial se crearon 4 nuevas variables, sumando la calificación que dieron los sujetos a los ítemes que conformaron cada uno de los factores. Es decir, la primera variable (V68) correspondiente al factor 1 se compuso por la suma de las respuestas a los ítemes que formaron ese factor (18 ítemes). La segunda variable (V69) correspondiente al factor 2, se constituyó por la suma de las respuestas a los ítemes que formaron ese factor (11 ítemes). La tercera variable (V70) se organizó con las respuestas a los 5 ítemes que formaban ese factor y finalmente la cuarta variable (V71) correspondiente al factor 4 se compuso por la suma de las respuestas a los ítemes que formaron dicho factor. (4 ítemes).

Los resultados mostraron que el primer factor explicó el 96.8% de la varianza total. El resto, que no tuvo ningun-

na significación, quedó distribuido en los tres factores residuales, lo cual permitió eliminarlos del listado, dejando sólo un factor válido para constituir el listado final. Estos resultados caracterizan a la depresión medida por el L.A.D. - en un solo factor.

Los resultados de este procedimiento se encuentran en la Tabla C en Anexos.

Para decidir cuál de las tres estructuras factoriales era la más conveniente y la más clara, se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

- 1) Claridad semántica del listado.
- 2) Comunalidades más altas.
- 3) Homogeneidad semántica de los elementos.
- 4) Comparación de varianzas.

Se eligió el resultado del análisis factorial de ejes principales por considerarse que fue el más claro y el más conveniente por el inevitable valor elevado de las comunalidades, su mejor, más cabal descripción del fenómeno de la depresión y por su homogeneidad semántica y por lo tanto la rotación ya no tenía caso, puesto que la estructura obtenida es más válida y clara, con el de componentes principales que con el de rotación ortogonal.

Así, la prueba de adjetivos de depresión (L.A.D.) quedó constituida por los 36 ítems que arrojó el análisis factorial de ejes principales en el factor principal. Se propone-

TABLA 20

## PERFIL DE CALIFICACION DE LA LISTA DE ADJETIVOS DE DEPRESION (L.A.D.)

ITEM	Md S	Q	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Md D	Q
1.- (47) Todo vale la pena	2.3	± 1.6	.	.	.	.	X	X	X	X	X	X	6.0	± 2.1
2.- (19) Nada acabado	2.5	± 2.7	.	.	.	.	.	X	X	X	X	X	6.1	± 1.5
3.- (42) Nada agresivo	3.7	± 0.9	.	.	.	.	.	X	X	X	X	X	6.1	± 1.5
4.- (41) Nada marginado	2.3	± 2.1	.	.	.	.	X	X	X	X	X	X	6.5	± 2.3
5.- (40) Nada mediocre	2.3	± 2.1	.	.	.	.	X	X	X	X	X	X	6.6	± 1.8
6.- (56) Nada aburrido	3.2	± 2.8	.	.	.	.	.	X	X	X	X	X	7.1	± 1.6
7.- (58) Nada malhumorado	3.3	± 3.1	.	.	.	.	.	X	X	X	X	X	7.1	± 1.6
8.- (43) Nada apático	2.7	± 2.3	.	.	.	.	.	X	X	X	X	X	7.3	± 1.7
9.- (51) Nada abandonado	2.3	± 2.8	.	.	.	.	.	X	X	X	X	X	7.4	± 1.6
10.- ( 5) Nada fastidiado	3.3	± 1.1	.	.	.	.	X	X	X	X	X	X	7.4	± 2.2
11.- (54) Nada acorralado	2.2	± 2.0	.	.	.	.	X	X	X	X	X	X	7.6	± 2.4
12.- (10) Muy seguro	3.0	± 2.3	.	.	.	.	.	X	X	X	X	X	7.6	± 2.1
13.- ( 8) Muy comprendido	3.3	± 2.3	.	.	.	.	.	X	X	X	X	X	7.7	± 1.7
14.- (27) Nada cabizbajo	2.3	± 2.2	.	.	.	.	.	X	X	X	X	X	7.7	± 1.9
15.- (28) Nada devaluado	2.2	± 2.1	.	.	.	.	X	X	X	X	X	X	7.8	± 1.7
16.- (30) Nada rechazado	2.2	± 2.6	.	.	.	.	.	X	X	X	X	X	7.8	± 2.7
17.- (45) Nada dependiente	4.4	± 2.0	.	.	.	.	.	X	X	X	X	X	7.8	± 2.2
18.- (46) Nada desafortunado	2.5	± 1.8	.	.	.	.	X	X	X	X	X	X	7.8	± 2.5
19.- (55) Nada adolorido	2.4	± 2.7	.	.	.	.	.	X	X	X	X	X	7.8	± 1.7
20.- (49) Nada vulnerable	3.3	± 2.1	.	.	.	.	.	X	X	X	X	X	7.9	± 1.9
21.- (16) Sin flojera	3.4	± 2.6	.	.	.	.	.	X	X	X	X	X	7.9	± 1.7
22.- (21) Muy dichoso	3.0	± 1.6	.	.	.	.	.	X	X	X	X	X	7.9	± 1.8
23.- (34) Nada descorazonado	2.7	± 1.0	.	.	.	.	.	X	X	X	X	X	7.9	± 1.4
24.- (44) Nada ansioso	5.4	± 0.9	.	.	.	.	.	X	X	X	X	X	8.0	± 2.3
25.- (38) Nada solo	2.8	± 1.6	.	.	.	.	.	X	X	X	X	X	8.1	± 1.8
26.- (18) Nada afligido	3.2	± 2.0	.	.	.	.	.	X	X	X	X	X	8.2	± 1.6
27.- (32) Nada autocompasivo	2.3	± 1.7	.	.	.	.	X	X	X	X	X	X	8.2	± 3.1
28.- (13) Muy feliz	2.9	± 2.1	.	.	.	.	.	X	X	X	X	X	8.3	± 1.9
29.- (26) Nada desganado	3.0	± 2.2	.	.	.	.	.	X	X	X	X	X	8.3	± 2.1
30.- (52) Nada angustiado	3.3	± 1.9	.	.	.	.	.	X	X	X	X	X	8.3	± 2.2
31.- (53) Nada agobiado	3.0	± 1.9	.	.	.	.	.	X	X	X	X	X	8.3	± 2.8
32.- ( 7) Muy satisfecho	3.0	± 1.3	.	.	.	.	.	X	X	X	X	X	8.5	± 2.0
33.- (29) Nada melancólico	3.9	± 1.4	.	.	.	.	.	X	X	X	X	X	8.5	± 2.1
34.- (60) Nada nostálgico	4.6	± 1.8	.	.	.	.	.	X	X	X	X	X	8.6	± 2.5
35.- (23) Sin conflictos	4.6	± 1.8	.	.	.	.	.	X	X	X	X	X	8.6	± 2.8
36.- ( 6) Nada pesimista	5.0	± 1.4	.	.	.	.	.	X	X	X	X	X	8.8	± 2.8

. Sujetos Sanos  
X Sujetos Deprimidos

entonces que la depresión es un solo continuo que va del polo de la no depresión a la depresión.

En la tabla 20 se presentan las medianas y los percentiles intercuartilares tanto del grupo de sujetos no deprimidos o sanos, así como los del grupo de sujetos deprimidos en los 36 ítemes factorialmente válidos.

Finalmente, la construcción hipotética depresión tal como existe en México, nunca antes había recibido confirmación factorial. A partir de esta tesis y a pesar del escaso número de sujetos deprimidos empleados, podemos asegurar que el constructo depresión ya cuenta con ella.

#### 4.4. VALIDEZ

La validez es una característica acumulativa de las pruebas y es un requisito principal para que una prueba sea una medida estándar.

Significa que un instrumento mida lo que pretende medir.

Para comprobar la validez del L.A.D. se realizaron los siguientes procedimientos:

- a) Validez de criterio
- b) Validez factorial

Este método funciona para encontrar la representatividad



muestral que del dominio de la depresión tienen los ítemes del instrumento de medición.

Para evaluarla se realizó una comparación entre los resultados obtenidos por los sujetos no deprimidos y los deprimidos, en la lista de adjetivos L.A.D.

Los resultados mostraron que de los 62 reactivos iniciales que formaron parte de la lista, 58 mostraron capacidad discriminativa entre las variables de salud y depresión, utilizando la  $\chi^2$ , es decir, que según los valores en las respuestas que dieron los sujetos, se podía saber a cuál de los grupos pertenecía. Sólo se incluyeron estos 58 ítemes en los análisis de validez factorial, por ser los que demostraron discriminar. Es decir, 58 ítemes pasaron bien la prueba de validez de criterio.

#### 4.4.1. VALIDEZ FACTORIAL

"El análisis factorial probablemente es el método más poderoso de validación de construcciones hipotéticas" (Kerlinger, 1975, pág. 329).

Como se observa en el capítulo de análisis factorial, el resultado obtenido en el análisis factorial de ejes principales sobre los resultados del grupo de sujetos deprimidos, permitió concluir que existe una confirmación factorial sobre la

definición de lo que es la depresión; en este caso, formada -  
por 36 ítemes que lograron una comunalidad mayor a .50 y una -  
carga factorial también mayor a .50.

## 5. INTERPRETACION Y DISCUSION DE RESULTADOS

Esta investigación tenía como objetivo principal el crear un instrumento para medir depresión en la población mexicana que tuviera confiabilidad y validez suficientes para así proponer a la psicometría y a los estudiosos del fenómeno de la depresión un instrumento de medida con una calidad psicométrica aceptable que pueda usarse para los estudios de este fenómeno en la población mexicana, tanto a nivel científico como profesional.

Los resultados mostraron que la prueba sí reúne los requisitos de validez y confiabilidad por lo cual se propone la lista de adjetivos de depresión (L.A.D.) como una prueba capaz de medir depresión.

Inicialmente se sometieron a prueba 62 ítems, después de un cuidadoso escrutinio psicométrico, 36 de ellos pueden conformar la prueba definitiva.

1. Se obtuvo la confiabilidad del instrumento, con el coeficiente alfa de Crombach que arrojó un valor de .94, es decir la prueba posee excelente congruencia interna entre los ítems, lo cual permitió deducir que esta prueba presenta una alta confiabilidad, es decir que lo que mide el L.A.D. son medidas estables de la propiedad en cuestión.

Esta confiabilidad resultó similar a la obtenida por Bruce y Lubin (1988) que fue de .90 cuando trabajaron con la lista de adjetivos para medir depresión exclusivamente para adolescentes (D.A.C.L.). Es decir, tanto el L.A.D. como la prueba de Bruce y Lubin (1988) confirman la confiabilidad de las pruebas formadas por adjetivos como valiosos elementos de medición de psicología.

Sin embargo, como el D.A.C.L. no ha sido traducido ni validado en nuestra cultura, resulta imposible comparar el contenido y la semántica de ambas listas.

2. Los diferentes procedimientos para encontrar la validez de la prueba obtuvieron resultados muy positivos.

La validez de criterio permitió discriminar entre los 58 ítemes que si lograron diferenciar entre sujetos no deprimidos y los deprimidos, sólo 4 no lo lograron.

Los ítemes que no discriminaron fueron: sensible, somnoliento, robusto y con ganas de hacer cosas, con base en los resultados de este estudio se puede afirmar que éstas no son características de la depresión.

En el resto de los 58 ítemes se observó que si había una diferencia significativa entre los grupos en las respuestas dadas a la lista de adjetivos de depresión L.A.D. entre sanos y deprimidos. La mediana de las 58 respuestas fue significa-

tivamente mayor en el grupo de pacientes deprimidos, que en el grupo de sujetos no deprimidos.

Este resultado permitió aseverar que existió algo que defina el L.A.D. y que distinguía a ambos grupos. Esto afirmó la validez de criterio de la prueba.

La validez factorial se obtuvo a través del análisis factorial de ejes principales que confirmó la existencia de un solo factor, es decir que un grupo definido de 36 ítemes determinaron a la depresión, de acuerdo a las características de la prueba.

Estos 36 ítemes cubren las exigencias psicométricas necesarias ya que comparten una alta comunalidad y una alta varianza y se agrupan alrededor de un solo factor común con cargas mayores a .50.

Con ellos se elaboró la prueba final que este trabajo propone. También se ofrece al usuario un perfil para calificar esta prueba.

Se sugiere que en estudios posteriores se investigue la capacidad del perfil como norma para diferentes poblaciones, ya que no es apropiado el recalificar con este perfil a los sujetos de este mismo estudio para validar el perfil. Se requiere una nueva muestra para la contrastación y confirmación en el caso de la validez y precisión del perfil.

3. Tomando en cuenta las características de la muestra en el grupo de sujetos sanos ( $n = 990$ ) se obtuvieron porcentajes equivalentes de adultos y adolescentes, así como de hombres y mujeres.

Sin embargo, con respecto a la variable edad, la muestra de pacientes, que fue más pequeña ( $n = 100$ ) se compuso por -- 16% de adolescentes, que es una proporción pequeña de la muestra total de pacientes. De este 16%, 12% fueron hombres y 4% mujeres. Es decir, se encontró que hubo más varones deprimidos adolescentes que mujeres.

El 84% restante fueron adultos, de los cuales el 20% fueron hombres y 56% mujeres. Es decir, en la población adulta hubo significativamente más mujeres deprimidas; se mostró estadísticamente la dependencia de las variables sexo y edad sobre la depresión.

¿Porqué se deprimen más los varones en la adolescencia y las mujeres en la edad adulta?

Según las referencias, en las estadísticas que reportan Gold (1988) y Sturgeon (1981) se confirma que las mujeres se deprimen en una proporción más alta que los hombres.

¿Será que en la adolescencia están las mujeres más protegidas?, o ¿qué a los varones les llega la crisis del crecimiento con más fuerza?.

En la edad adulta, ¿porqué las mujeres se sienten más deprimidas que los hombres?. ¿Son más vulnerables?.

Con respecto a la escolaridad en la muestra de sujetos deprimidos se notó una proporción muy alta de sujetos educados o con preparatoria o más en relación a los que tienen estudios de secundaria y primaria.

Estos resultados pueden indicar que a mayor educación, mayor probabilidad de deprimirse, o bien, que a mayor escolaridad, mayor posibilidad de usar los recursos de la psicoterapia para solucionar un problema de depresión. O bien, que los sujetos sólo con primaria, podrían ser adolescentes, ya que parece extraño que un adulto con primaria recurra a la psicoterapia como solución al problema emocional y tenga los recursos tanto económicos como intelectuales.

4. Con respecto a las comparaciones que se hicieron entre los diferentes grupos de salud, edad y sexo se encontró que:

Cuando se compararon los adultos sanos vs. deprimidos, se encontró que 4 ítemes no mostraron diferencias significativas entre las respuestas a los ítemes.

Esto puede ser a causa de que los vocablos sugieren tener muchos significados y quizá el no haberlos explicado más-

no permitió que se homogeneizara su contenido, o bien, simplemente no fueron sensibles a la depresión.

Esta comparación resultó significativa a nivel global, - es decir, que si hubo diferencias significativas entre las -- respuestas al L.A.D. entre adultos sanos y adultos deprimidos. Esto es, que resulta posible diferenciar claramente con este instrumento psicométrico entre la depresión y la no depresión entre adultos.

En la comparación de adolescentes deprimidos vs. adolescentes sanos se encontró que 15 ítemes mostraron diferencias significativas entre los dos grupos. En los adolescentes sanos se observó que de los 15 ítemes, 13 estaban más sobre el polo de la salud y los dos restantes marcaban sobre el polo - de la depresión.

Estos dos últimos ítemes fueron: más vulnerables y con - menos ganas de hacer cosas. Este resultado inesperado requiere alguna explicación, es decir, los adolescentes deprimidos - se sienten menos vulnerables y con más ganas de hacer cosas - que los adolescentes sanos. Será porque estos sujetos deprimidos ya están recibiendo algún tipo de ayuda psicológica.

Llama la atención el que se observen muchas más diferencias en las comparaciones de adultos que en la de adolescen-- tes. Es decir, hay más diferencias significativas entre ser un adulto deprimido y no deprimido, que un adolescente deprimido.



¿Será posible que la depresión sea una característica -- del proceso adolescente?. ¿Entonces , es necesaria o inevitable la depresión en el proceso de maduración como resultado - de la crisis de transición?. ¿Es la falta de diferenciación- entre el bienestar, o el equilibrio y la crisis, lo que aquí se ve?.

Existen diferentes teóricos que han tratado de aproximarse a la explicación de este fenómeno en la adolescencia y mencionan que la depresión es una parte intrínseca del sentir y del pensar durante esta época.

Blos (1976) menciona las dificultades psicológicas durante esta etapa.

Coleman (1980) se refiere a la adolescencia como un estado de desarrollo en el que existe confusión y está lleno de contradicciones.

Aberastury (1978) habla de la dificultad del joven por dejar de ser niño y de los cambios en la relación con los padres como causas de depresión.

5. Cuando las agrupaciones fueron por edad, en la comparación entre el grupo total de adultos y el de adolescentes, - de 25 ítemes significativos, 17 presentaron una mediana más alta en el grupo de adolescentes, y los 8 restantes presentaron la mediana más alta en el grupo de adultos. Es decir, --

hay un mayor número de ítemes donde los adolescentes se cargan hacia el polo de depresión y con más fuerza emocional, o sea que en esta prueba presentan mayor labilidad que los adultos.

La mayor parte de las medianas de los adultos caen del lado de la no depresión pues son menores a 5. En cambio en los adolescentes hay un número mayor de medianas que caen del lado de la depresión.

Estos resultados coinciden con Mezzich (1979) Cuevas (1988) y Ramírez (1975) quienes plantean la vulnerabilidad emocional del adolescente y por esto su facilidad para deprimirse.

Hay un número de ítemes en los que existen diferencias entre adolescentes y adultos y podrían considerar a los adolescentes como eufóricos, pero no deprimidos. Sin embargo, cuando se analizan por separado las respuestas a los ítemes de los sanos y a los deprimidos, se observa que en el grupo sano, los adultos tienden más hacia la euforia o salud y los adolescentes sanos tienen una tendencia hacia la depresión. En el grupo de pacientes, los adultos tienen una intensidad mayor en la depresión que los adolescentes. Con excepción de robusto las medianas no llegan a 5.

Estos resultados permiten describir los estados de ánimo que contrastan entre adolescentes y adultos.

Podrían ser hipótesis de trabajo para futuras investigaciones donde se diferencian a estos dos grupos.

Entre adolescentes vs. adultos sanos 33 ítemes discriminaron entre el estado de ánimo de adolescentes y adultos sanos.

Los adultos obtienen más puntajes hacia el polo de la salud que los adolescentes.

Aquí se observa de nuevo que los adolescentes de la muestra de sanos están más deprimidos que los adultos de la misma.

¿Qué sucede con la depresión en la época de crisis de la adolescencia?, o es la edad un factor importante para poder manejar lo que uno siente?. La edad (tiempo) no es lo importante, sino lo que pasa en el tiempo.

Como menciona Piaget (1969) la adolescencia es la edad en que el individuo se integra a la sociedad de los adultos, pero aún carece de muchos elementos para lograrlo.

Si se encontraron diferencias significativas sobre el total de los ítemes en el análisis global entre adultos y adolescentes sanos. Es decir, la prueba permite diferenciar entre el estado emocional de adultos y el de los adolescentes.

Cuando se hizo la comparación entre adolescentes pacientes contra adultos pacientes se encontró que 13 ítemes muestra

ron diferencias significativamente entre uno y otro grupo y - en todas, se observó que los adultos obtuvieron puntajes más cercanos hacia el polo de la depresión.

Es decir, los adultos deprimidos mostraron un estado más severo de depresión que los adolescentes deprimidos. Esto -- contradice a los resultados de la comparación de adolescentes contra adultos sanos donde son los adolescentes los que presentan mayor depresión. Es la característica de salud y de -- presión la que produce esta diferencia.

De estos 13 ítemes que diferencian a los adultos como -- más deprimidos, 8 de ellos (8, 26, 27, 28, 41, 46, 49 y 52) - están incluidos en la estructura factorial definitiva.

Estos ocho formarían hipotéticamente el perfil diferen -- cial entre la depresión de los adultos y la depresión de los adolescentes, en donde los adultos se sienten más deprimidos.

Los adultos cuando se deprimen lo hacen con más severi -- dad que los adolescentes, ¿será por la conciencia que da la -- edad?, por el nivel de elaboración cognitiva y emocional? o porque la vida ya no tiene el atractivo que daba la juventud?.

Debido al número tan pequeño de sujetos en la muestra de adolescentes, se plantean estos puntos como hipótesis a con -- firmar en trabajos posteriores que incluyan un número sufi -- ciente de personas en la muestra.

6. En lo que respecta a las agrupaciones por sexo, todos los hombres contra todas las mujeres, 16 ítemes mostraron diferencias significativas; de éstos, 5 describen a los hombres como más sanos y 11 a las mujeres como más eufóricas.

Aunque los hombres presentan una mediana más alta, en la mayoría de las respuestas es menor a 5, por lo que no se puede considerar que estén deprimidos, sino que sus estados emocionales no son extremos.

Los ítemes que describen a los hombres son: infelices, rechazados, autocompasivos, mediocres, desafortunados y que consideran a menos cosas, como valiosas. Aunque de las medianas del grupo total ninguna alcanza el punto medio si al compararse con las de las mujeres se hayan diferencias significativas.

Esto es, que las mujeres presentan mayor labilidad emocional, y por lo tanto mayor probabilidad de depresión.

Estos datos concuerdan con los presentados por Gold (1988) Sturgeon (1981), Camacho y Hernández (1987), quienes apoyan esta hipótesis de que las mujeres se deprimen con más frecuencia que los varones, tanto por razones hormonales y fisiológicas, como psicológicas y culturales.

Cuando se compararon los grupos de adolescentes sanos hombres contra mujeres, 20 ítemes mostraron diferencias significativas.

Hay más diferencias entre sexos en los adolescentes que en los adultos. Parece ser que las diferencias en el estado de ánimo debidas a sexo son mucho más marcadas durante la adolescencia que en la edad adulta. Y nuevamente, hay mayor número de ítemes con puntajes en dirección de las emociones menos intensas o más centradas en los hombres que en las mujeres.

¿Porqué son diferentes los sentimientos de los hombres y los de las mujeres en la adolescencia?. Será que los roles sexuales son más marcados durante esta etapa?. ¿Es la nueva demanda del rol sexual una carga que produce un impacto en el joven que le provoca depresión?.

En cambio, las emociones de hombres adultos no son tan diferentes a las de las mujeres adultas.

De los 10 ítemes con diferencias debidas al sexo entre pacientes hombres vs. mujeres adultas, 7 de ellos permanecen de la estructura factorial después del análisis factorial (7, 8, 10, 28, 44, 46, 56) que podrían conformar el perfil diferencial de la depresión entre hombres y mujeres adultos pacientes.

Cuando se comparan los resultados se encuentra que ambas muestras, provienen de poblaciones diferentes, es decir, que como grupo si existió diferencia en el grado de depresión de estos grupos.

A un nivel más particular con los 10 ítemes, cuando se comparan estos datos con los obtenidos con los grupos totales por sexo, se encontró que las mujeres son más eufóricas cuando se sienten sanas y en estado de depresión se sienten más deprimidas. Parece ser que tiene un rango más amplio, más extremista de sentir, ya que cuando se trata de mujeres adultas sanas, sus puntuaciones están en el rango de lo saludable, hacia la felicidad extrema, y cuando se trata de pacientes adultas obtienen puntajes superiores hacia la depresión en relación a los varones pacientes.

Es decir los varones adultos se deprimen menos y cuando lo hacen, es con menos intensidad.

¿Qué es lo que les ayuda a mantenerse con puntajes medios?.

¿Tendrá alguna relación con estos resultados las tradiciones culturales que no le permiten al varón expresar sus sentimientos con libertad?. ¿Existen factores hormonales y fisiológicos que los hagan ser menos vulnerables que las mujeres?. Pues como mencionan Casamadrid (1986) y Witkin (1985), la depresión es inseparable de la programación interna del cuerpo femenino, que aunque no es un síndrome exclusivo de ellas, si es más frecuente que en los hombres en una proporción de dos a uno.

En la última comparación de adolescentes pacientes hom--

bres vs. mujeres no se encontró ningún resultado significativo. Muy probablemente sea, porque ambas muestras tuvieron -- muy pocos sujetos y por lo mismo, los procedimientos estadísticos utilizados no arrojaron datos significativos.

A pesar de esto se puede inferir que cuando un adolescente se deprime, el grado de depresión que presentan no varía en función del sexo.



## CONCLUSIONES

Esta investigación representa un intento por comprender un problema de relevancia social, médica y psicológica en México, como es la depresión.

Intenta describir su etiología, historia, definiciones y clasificaciones, sus aspectos bioquímicos, fisiológicos, psicológicos y culturales, así como los diferentes instrumentos-psicométricos que son utilizados en nuestro país para medirla, pero que sin embargo, no han demostrado ser adecuados.

Se desarrolló una prueba que permitiera detectar y medir los estados depresivos, especialmente para sujetos de la ciudad de México.

La prueba que aquí se propone (L.A.D.) resultó ser un -- instrumento válido y confiable para la población mexicana, ca paz de medir lo que se pretendía, la depresión.

Se presenta el perfil de calificación para poder utiliz-- zar esta prueba.

Cuando se aplicó el L.A.D. a los diferentes sujetos que-

formaron parte de la muestra se encontraron datos importantes que revelaron lo siguiente:

1. La lista de adjetivos de depresión que consta de 36 ítemes es una prueba capaz de medir a la depresión -- como un solo factor bipolar que va de la no depre-- sión a la depresión.
2. Se observa mayor labilidad emocional en los adoles-- centes que en la edad adulta.
3. Cuando los adolescentes se deprimen, les resulta me-- nos severo que cuando les sucede a los adultos.
4. Las mujeres tienden más hacia la depresión cuando -- son adultas, que cuando son adolescentes. En cambio, los varones son más susceptibles a deprimirse de ado-- lescentes que de adultos.
5. En general, las mujeres sanas se presentan como más-- eufóricas que los hombres.
6. A mayor escolaridad, mayor probabilidad de sentirse-- deprimido, o de pedir ayuda terapéutica.

Finalmente, esta investigación es una primera aproxima-- ción al trabajo psicométrico que subyace a la lista de adjeti-- vos de depresión. Sin embargo, porque la muestra es pequeña-- y estratificada, los resultados tienen una generalización li-- mitada, por lo que se abren hipótesis para otras investigacio-- nes similares donde se estudie el fenómeno de la depresión en diferentes edades, diferentes poblaciones, tanto rurales como urbanas, así como en otros países, para aumentar las posibili-- dades de aplicación del L.A.D.

## BIBLIOGRAFIA

- ABERASTURY, A., y KNOBEL, M. (1970). La adolescencia normal, -  
Buenos Aires, Editorial Paidós.
- ACUNA, L., y BRUNER. C. (1988). ¿Son los roles sexuales simila-  
res o diferentes en México y Estados Unidos?, Psicolo-  
gía social en México. Vol. II. Amepsi.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, (1986). Manual diagnóstico-  
y estadístico de los trastornos mentales DSM-III, Barce-  
lona, Masson.
- AXELROD, R. (1987) La depresión puerperal, un enfoque psicodi-  
námico, Tesis de Maestría, U.N.A.M.
- AXELROD, R., y PICK DE WEISS, S. (1988) EDAM, Desarrollo y vali-  
dación de una escala de depresión para adolescentes, Psi-  
cología social en México, Vol. II. 34-45
- BALDOZ, A. (1986). Un estudio exploratorio a través de la es-  
cala de Zung a pacientes de consulta externa de la facul-  
tad de Psicología, U.N.A.M.
- BECK, A. B., WARD, C., MENDELSON, M., y EDRBAUGH, J. (1961). An  
inventory of measuring depression, Archives of General -  
Psychiatry (4). 53-63

- BERNDT, A., BERNDT, S., y KOISER, CH. (1984). Multidimensional Assessment of Depression. Journal of Personality Assessment, Oct. 48 (5). 611-622.
- BIRLESON, P., HUDSON, I., BUCHANAN, D., y WOLFF, S. (1987) Clinical Evaluation of a Self-Rating Scale for Depression - Disorden in childhood, Journal of child Psychology, Jan - 29 (1). 23-40
- BLEICHMAR, H. (1980). La Depresión, un Estudio Psicoanalítico, Buenos Aires, Editorial Nueva Visión.
- BLOS, P. (1962). Psicoanálisis de la Adolescencia, México, - Editorial Joaquín Mortiz.
- BLOS, P. (1970). Los Comienzos de la Adolescencia. Buenos Aires, Editorial Amorrortu.
- BRUCE, E., y LUBIN, B. (1988). The childrens depression adjective list (C-DACL) with emotionally disturbed adolescent boys, Journal of Abnormal Psychology, Feb. 16 (1). 822-833
- BRUNET, G.J., y NEGRO, F.L. (1987). Tutoría con Adolescentes. Ediciones San Pío, España.
- BUROS, K. (1972). The Seventh Mental Measurement Yearbook, - (1). Nueva York, U.S.A.
- CALDERON, G. (1987). Depresión: Causas, Manifestaciones y Tratamiento, México, Editorial Trillas.

- CAMACHO, S., y HERNANDEZ, S. (1987). Depresión en una muestra de Alto Riesgo, Revisión de la Escala para la Automedición de la Depresión (EAMD), Tesis Profesional, México, UNAM.
- CAMPILLO, C. (1988). Rebeldes con Causa, Revista Información Científica y Tecnológica Conacyt, (10) 140.23-26
- CAPLAN, G., y LEBOBICI, S. (1973) Psicología Social de la Adolescencia, Buenos Aires, Paidós.
- CASAMADRID, J. (1986). La Mujer sus Síntomas y sus Actitudes en la fase del Climaterio, Tesis de Maestría, México, -- UNAM.
- COLEMAN, J. C. (1980) Psicología de la Adolescencia, Madrid, Editorial Morata.
- COREY, M., KELLEY, M., BUSS, R., y ONEN, S. (1986). Relationship of Activity to Depression in Adolescents. Development of the Adolescent Activities Checklist, Journal of Consulting and Clinical Psychology, Jun 54 (3).1129-1142
- CUEVAS, P., (1988). Adolescencia, un Bache Generacional Psicoanálisis de la Juventud, Revista Información Científica y Tecnológica, Mayo. Vol. 10, Núm. 140. 9-18
- DIAZ, G. R. (1982). La Psicología del Mexicano, México, - Editorial Trillas.

- DUPONT, M. (1976). El desarrollo Humano, Siete Estudios Psicoanalíticos, México, Editorial Joaquín Mortiz.
- ELLIS, A., y ABRAHMS, E. (1980) Terapia Racional Emotiva, México, Editorial Pax.
- ERIKSON, E. H. (1985). El Ciclo Vital Completo, Buenos Aires, Paidós.
- ERIKSON, E. H. (1968). Identity, Youth and Crisis, Nueva York, Norton and Company.
- ESTRADA, I. (1987). El Ciclo de la Familia, México, Editorial Posada.
- EVERETT, G. M., y TOMAN, J. E. Mode of Getion of rav wolfia alka  
loids and motor activity, Psychiatry, vol 1, (7) 234-245
- FENICHEL, O. (1966). Teoría Psicoanalítica de las neurosis, Editorial Paidós, Argentina.
- FIGUEROA, J., GONZALEZ. E. y SOLIS. V. (1981) Una aproximación  
al Problema del significado: Las Redes Semánticas, Revis-  
ta Latinoamericana de Psicología Vol. 13, Núm. 3. 28-36
- FIGUEROA, J., CARRASCO, M., y SARMIENTO, C. (1982) Sobre la -  
Teoría General de las Redes Semánticas, UNAM, IV Encuen-  
tro Nacional y I Latinoamericano, Guadalajara.
- FREUD, S. (1915). Duelo y Melancolía, Obras Completas, Edi-  
torial Biblioteca, Nueva España.

- FRIED, B. (1977) Para una Madurez sin Crisis, Buenos Aires, -  
Editorial La Aurora.
- GIRARDI, I. C., y DIAZ LOVING, R., (1988) Modelo Teórico de In-  
capacidad Aprendida: Incontrolabilidad, Atribución y De-  
presión, Psicología Social en México, AMEPSI
- GIRARDI, I. (1988) Un Modelo de Incapacidad aprendida para --  
Adolescentes Mexicanos, Tesis Doctoral, México, UNAM.
- GLASS, G., y STANLEY, J. (1970) Statistical methods in Educa--  
tion and Psychology, Nueva Jersey, Prentice Hall.
- GOLD, M.S. (1988) Buenas Noticias sobre la Depresión en Méxi--  
co. Javier Vergara Editores
- GONZALEZ, N. J. (1986) Teoría y Técnica de la Terapia Psico--  
analítica de Adolescentes, México, Editorial Trillas.
- GRUPO PARA EL PROGRESO DE LA PSIQUIATRIA (1986). Adolescen--  
cia Normal, Buenos Aires, Editorial Paidós.
- HAMILTON, M. (1960) A rating Scale for Depression, Journal -  
of Neurology. Neurosurgery and Psychiatry. 23. 56-62.
- JOSSELYN, I. (1973). El Adolescente y su Mundo. Buenos Ai--  
res, Editorial Psique.
- KASTENBAUM, R. (1980) Vejez, Años de Plenitud, México, Harla.
- KENNEDY, W., y WIESEL, L. (1981). Somatics and Depression, - -  
Journal of Abnormal Psychology, Vol. 90, 84-92.

- KERLINGER, F. (1975). Investigación del Comportamiento, Técnicas y Metodología, México, Editorial Interamericana.
- KOLB, L. (1973). Psiquiatría Clínica Moderna, México, Editorial La Prensa Médica.
- KRAUSKOPF, D. (1982). Adolescencia y Educación, Costa Rica, Editorial Universidad Estatal a Distancia.
- LARA, H., RAMIREZ, L., y LARA, L. (1976) Algunas Normas para la Medición de la Depresión Neurología, Neurocirugía, Psiquiatría. 17 (1). 57-73
- LA ROSA, J. (1986). Escalas de Locus de Control y Autoconcepto, Construcción y Validación, Tesis Doctoral, México, UNAM.
- LIRA, F. M. (1980). Ritmos Circadianos de la Depresión a Través de la Prueba de Luscher, Tesis de Licenciatura, UNAM.
- LOPEZ I. J. (1967). Introducción a la Medicina, México, Editorial Diana.
- LOPEZ, I. (1982). La Resolución de la Adolescencia y el Logro de las Relaciones Objetuales Adultas, Cuadernos de Psicoanálisis 15 (3).
- LUBIN, B. (1981). Manual for the Depression Adjective Check List, Editorial California.



- MACHOVER, K. (1960). Proyección de la Personalidad en el Dibujo de la Figura Humana, Cuba, La Habana, Editores.
- MADELS, J. (1977). La Depresión, Barcelona, Editorial, Herder.
- MAGNUSON, E. (1989) Suicides, The Gun Factor, Time International Julio. 52-58
- MARTINEZ, P. (1973). Patología Psicosomática en la Clínica Médica y Psicológica. Barcelona.
- MALDONADO, P. (1984). En ciencia el método conductual y cognitivo, Revista de Psicología México. 45-50
- MALOW, A. H. (1968). Toward a Psychology of Being, Nueva York, Van Nostrand.
- MEDOC (1980). Depresión, Revista Sistema Educativo Profesional. 18-28
- MERCADO, D., CAMACHO, D., HERNANDEZ, S., y FERNANDEZ, G. (1987)- Validez por Contraste de la Escala de Automedición de la Depresión en México, Trabajo Inédito, UNAM.
- MEZQUITA, O. (1985) Presencia de Depresión en Pacientes Hipotiroideos. Salud Mental 8 (1). 90-83.
- MEZZICH, A., y MEZZICH, J. (1979). Symptomatology of Depression in Adolescence, Journal of Personality Assessment, Jan 43 (3). 93-99
- MISHARA, B., y RIEDEL, R. (1986). El Proceso de Envejecimiento. Madrid, Ediciones Morata.

- MORALES, C. (1988) Ansiedad y Depresión como Consecuencias de las Condiciones de Encarcelamiento, Tesis de Maestría, México, UNAM.
- MUUS, R. (1957). Teorías de la Adolescencia, México, Editorial Paidós.
- NADELSTICHER, S. (1983) Técnicas para la Construcción de Cuestionarios de Actitudes y Opción Múltiple, México, INACIPEL
- NUNHALY, J.C. (1987), Teoría Psicométrica, México, Editorial Trillas.
- NUÑEZ, R. (1979). Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI a la Psicopatología, México, El Manual Moderno.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (1980). Trastornos Mentales Glosario y Guía para su Clasificación.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE SALUD (1983). Trastornos Depresivos en Diferentes Culturas.
- OSGOOD, C.E., SUCI, G.J. y TAN NEW BAUM, P. (1957) The Measurement of Meaning, University of Illinois Press.
- OSTERRIETH, P. (1969). Algunos Aspectos Psicológicos de la Adolescencia, el Desarrollo del Adolescente, Buenos Aires, Editorial Horme.
- PADILLA, P. y PELAEZ, O (1986). Detección de Trastornos Men-

- tales en el Primer Nivel de Atención Médica, Revisión - Conjunta sobre Salud Mental y Salud Pública, México. 78-90
- PIAGET, J. (1969). El Desarrollo Intelectual del Adolescente, Buenos Aires, Editorial Horme.
- RAMIREZ, S. (1975) Infancia es Destino, México, Editorial Siglo Veintiuno.
- RAPAPORT, D. (1977) Test de Diagnóstico Psicológico, Buenos Aires Paidós.
- RAPPAPORT, L. (1972). La Personalidad y sus Etapas, Las Escuelas Psicológicas, Buenos Aires, Paidós.
- SCHOENFELD, W. (1969). El Cuerpo y la Imagen Corporal en los Adolescentes, El Desarrollo del Adolescente, Buenos Aires, Editorial Horme.
- SCHULDKRAUT, J. (1965) The catecholamine hypothesis of affective disorders; a review of supporting evidence. Psychiatry, 122 (1) 453-471.
- SELIGMAN, (1975). Indefensión, Marfa, Editorial Debate M.E.
- SELIGMAN, M. (1981) Indefensión en la Depresión, el Desarrollo y la Muerte, Editorial Debate.
- SHEEHY, G. (1984). Las Crisis de la Edad Adulta, México, Editorial Grijalbo.
- STONE, I. y CHURCH, J. (1979). Niñez y Adolescencia, Psicología de la Persona que Crece, Buenos Aires, Editorial Horme.

- STURGEON, W. (1981). Depresión, México, Editorial Grijalbo.
- TERROBA, G., HERMAN, A., SALTIJEROL., M., y MARTINEZ, L., (1985). Factores Clínicos y Sociales Asociados con el Parasuicidio y con el Suicidio Consumado, Salud Mental, 9 (1) - - 74-80.
- VIGNOLIA, J. (1972). Los Test Psicológicos, Manual Práctico-para Valorar la Personalidad, Barcelona, Editorial de -- Vecchi.
- WATZLAWICK, P. HELMICK, B., y DON, D. (1983). Teoría de la Comunicación Humana, Barcelona, Editorial Herder.
- WITKIN, L. G. (1985). The Female Stress Syndrome, Nueva York-Berkley Books.
- YATES, J. (1972). Teoría y Práctica de la Terapia Conductual, México, Editorial Trillas.
- YELA, H. (1957) La técnica del análisis factorial. Madrid,-Biblioteca Nueva.
- YUKO, O. (1985). A Study of Ego Identity in Middle Age, Japanese Journal of Educational Psychology, Dec. (33) .967-978
- ZUNG, W. (1965). A Self-Rating Depression Scale, Archives of General Psychiatry, (12).

A N E X O S

TABLA A  
 RESULTADOS DEL ANALISIS FACTORIAL CON ROTACION VARIMAX. GRUPO  
 DE SUJES SANOS. (4 FACTORES SIGNIFICATIVOS)

	Factor 1 (47.7%) Felicidad. Tristeza	Factor 2 (16.4%) Seguridad. Inseguridad
50/con/sin voluntad	.77	
56/nada/muy aburrido	.69	
47/nada/todo vale la pena	.68	
20/nada/muy apachurrado	.66	
57/nada/muy alegre	.65	
22/nada/muy vivaz	.63	
38/nada/muy solo	.59	
39/nada/todo me parece malo	.59	
24/nada/muy decepcionado	.51	
25/nada/muy motivado	.51	
48/nada/tomo me parece malo	.49	
43/nada/muy apático	.48	
49/nada/muy vulnerable	.42	
13/nada/muy feliz	.39	
52/nada/muy angustiado		.72
54/nada/muy acorralado		.70
53/nada/muy agobiado		.69
55/nada/muy adolorido		.58
51/nada/muy abandonado		.55
50/sin/con voluntad		.50

	Factor 1 (47.7%) Felicidad. Tristeza	Factor 2 (16.4%) Seguridad. Inseguridad
40/nada/muy mediocre		.49
23/sin/con conflictos		.43
28/nada/muy devaluado		.43
6/nada/muy fracasado		.40
46/nada/muy afortunado		.40
37/nada/sí estoy fallando		.39
	Factor 3 (11%) Optimismo- Pesimismo	Factor 4 (7.3%) Satisfacción- Insatisfacción
27/nada/muy cabizbajo	.79	
33/nada/muy distraído	.78	
34/nada/muy descorazonado	.77	
26/nada/muy desganado	.76	
30/nada/muy rechazado	.73	
31/nada/muy pasivo	.72	
29/nada/muy melancólico	.70	
32/nada/muy autocompasivo	.54	
7/nada/muy sa- isfecho		.57
8/nada/muy comprendido		.54
10/nada/muy seguro		.51
12/nada/muy apetente		.50
21/nada/muy dichoso		.46
9/nada/muy paciente		.41
14/nada/muy sensible		.39

TABLA B

RESULTADOS DEL ANALISIS FACTORIAL CON ROTACION ORTOGONAL DEL  
GRUPO TOTAL DE PACIENTES (4 FACTORES SIGNIFICATIVOS)

ITEMS	Fracaso Exito Factor 1 (54% de la varianza).	Pesimismo Optimismo Factor 2 (23% de la varianza)
40/nada/muy mediocre	.77	
41/nada/muy marginado	.76	
43/nada/muy apático	.69	
19/nada/muy acabado	.68	
28/nada/muy devaluado	.67	
46/nada/muy desafortunado	.65	
45/nada/muy dependiente	.63	
27/nada/muy cabizbajo	.62	
30/nada/muy rechazado	.60	
34/nada/muy descorazonado	.60	
23/sin/con conflictos	.57	
5/nada/muy fastidiado	.56	
42/nada/muy agresivo	.55	
16/sin/con flojera	.54	
8/nada/muy comprendido	.54	
47/nada/todo vale la pena	.52	
6/nada/muy fracasado	.51	
32/nada/muy autocompasivo	.51	
57/nada/muy alegre		.91
50/con/sin voluntad		.89



	Fracaso Exito Factor 1 (54% de la varianza)	Pesimismo Optimismo Factor 2 (23% de la varianza)
61/nada/muy pesimista		.86
60/nada/muy nostálgico		.75
53/nada/muy agobiado		.67
52/nada/muy angustiado		.67
58/nada/muy malhumorado		.66
55/nada/muy adolorido		.64
56/nada/muy aburrido		.59
54/nada/muy acorralado		.59
51/nada/muy abandonado		.58
	Motivación Desmotivación Factor 3 (12%)	Vacuidad Plenitud Factor 4 (10%)
nada/muy motivado	.71	
22/nada/muy vivaz	.67	
24/nada/muy decepcionado	.66	
20/nada/muy apachurrado	.51	
21/nada/muy dichoso	.50	
63/nada/muy vacfo		.89
62/nada/muy triste		.87
64/nada/muy criticado		.78
66/nada/muy arreglado		.63

TABLA C

RESULTADOS DEL ANALISIS FACTORIAL DE SEGUNDO ORDEN,  
CUATRO VARIABLES, COMPUESTOS CORRESPONDIENTES A LOS  
CUATRO FACTORES.

VARIA- BLE	COMUNA- LIDAD	FAC- TOR	EIGEN VALUE	PORCEN- TAJE DE LA VA- RIANZA	PORCEN- TAJE DE LA VA- RIANZA
V68	0.86	1	1.95	96.8	96.8
V69	0.83	2	0.044	2.2	99.1
V70	0.19	3	0.019	1.0	100
V71	0.12	4	0.00	0.0	100

LISTA DE ADJETIVOS

EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_  
 ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ MAXIMO GRADO ESCOLAR \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y estados de ánimo.

Marque dentro del continuo que va del 1 al 10, la opción que usted considere que más describe cómo se siente usted ahora-muy.

El 1 corresponde a la ausencia de un sentimiento y la escala va aumentando hasta llegar al 10, que implica el grado más alto de ese sentimiento.

POR EJEMPLO:

NADA CONTENTO      1 2 3 4 5 6 7 8 9 10      MUY CONTENTO

Si usted considera que se siente poco contento marcará el número 1 ó 2, pero si considera que se siente muy contento marcará el número 9 ó 10.

Marque por favor cómo se siente usted ahora. Evite dejar algún adjetivo sin contestar. GRACIAS.

1. NADA FASTIDIADO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY FASTIDIADO
2. NADA FRACASADO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY FRACASADO
3. NADA SATISFECHO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY SATISFECHO
4. NADA COMPRENDIDO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY COMPRENDIDO
5. NADA PACIENTE	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY PACIENTE
6. NADA SEGURO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY SEGURO
7. NADA IRRITABLE	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY IRRITABLE
8. NADA APETENTE	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY APETENTE
9. NADA FELIZ	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY FELIZ
10. NADA SENSIBLE	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY SENSIBLE
11. LLENA DE DOLOR	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	SIN DOLOR ESPIRITUAL

SIN FLOJERA	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	CON MUCHA FLOJERA
MUY ACOMULADO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY ACUMULICO
MUY AFELIZADO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY AFLIGIDO
MUY ACORRALADO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY ACARADO
MUY APACHURRADO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY APACHURRADO
MUY DICHOSO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY DICHOSO
MUY VIVAZ	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY VIVAZ
SIN CONFLICTOS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	CON MUCHOS CONFLICTOS
MUY FELICITADO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY LECEPCILNADO
MUY MOTIVADO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY MOTIVADO
MUY DESANIMADO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY DESANIMADO
MUY ENTIZADO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY CABIZBAJO
MUY DEVALUADO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY DEVALUADO
MUY MELANCOLICO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY MELANCOLICO
MUY RECHAZADO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY RECHAZADO
MUY PASIVO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY PASIVO
MUY AUTOCOMPASIVO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY AUTOCOMPASIVO
MUY DISTRAIDO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY DISTRAIDO
MUY DESCORAZONADO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY DESCORAZONADO
MUY SOMNOLENTE	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY SOMNOLENTE
CON UNO DE LOS TRES CASAS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	CON UNO DE LOS TRES CASAS
SIENTO QUE NO ESTOY FALLANDO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	SIENTO QUE SI ESTOY FALLANDO
MUY BUENA	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY BUENA
TIENE UN BUEN MALO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY MALO

(3)

NADA MEDICINA	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY MEDICINA
NADA MARGINADO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY MARGINADO
NADA AGRESIVO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY AGRESIVO
NADA APATICO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY APATICO
NADA ANSIOSO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY ANSIOSO
NADA DEPENDIENTE	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY DEPENDIENTE
NADA DESAFORTUNADO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY DESAFORTUNADO
NADA VALE LA PENA	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	NADA VALE LA PENA
NADA ME PARECE MALO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	NADA ME PARECE MALO
NADA VULNERABLE	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY VULNERABLE
NADA DE VOLUNTAD	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	CON MUCHA VOLUNTAD
NADA ADONADO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY ADONADO
NADA ANOSTRADO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY ANOSTRADO
NADA AGODADO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY AGODADO
NADA ACORRALADO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY ACORRALADO
NADA ADULCERADO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY ADULCERADO
NADA ADURRIDO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY ADURRIDO
NADA ALEGRE	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY ALEGRE
NADA MALHUMORADO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY MALHUMORADO
NADA ROBUSTO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY ROBUSTO
NADA NOSTALGICO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY NOSTALGICO
NADA PESIMISTA	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY PESIMISTA
NADA TRISTE	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY TRISTE
NADA VACIO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY VACIO
NADA CRITICADO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY CRITICADO
NADA ANIMADO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY ANIMADO
NADA ATRAGADO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY ATRAGADO