

11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

16
29

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENT

REPRODUCIBILIDAD DEL INVENTARIO DE BECK PARA DEPRESION
EN PACIENTES INTERNADOS DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO
"FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

PRESENTA: DR. IRINEO GUZMAN SAENZ

DIRECTOR: DR. HECTOR A. ORTEGA SOTO

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1991

PSICOLOGIA
MEDICA
DEPTO. DE PSIQUIATRIA
Y SALUD MENTAL
U. N. A. M.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DEDICATORIA:

A la memoria de mi abuela.

A mis padres y hermanos, principio y esencia
de todo lo mío.

AGRADECIMIENTOS:

A la Universidad Nacional Autónoma de México y al Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", lugares donde se dió mi proceso de residente.

A mis profesores, que me ayudaron a recorrer estos años de aprendizaje.

Al Dr. Marco Antonio Iturbe Guerra, quien me brindó su apoyo en todo momento.

A los Dres. José Luis Estrada García y José Antonio Jasso, por sus valiosas enseñanzas durante mi primer año de formación.

A José Gómez del Campo, amigo sincero en este último año, quien me ha mostrado nuevas perspectivas y matices de la concepción del Nombre.

Al Dr. Héctor Rodríguez Juárez, por su gran amistad en estos años de la especialidad.

A mis compañeros y amigos, por la riqueza de aportaciones que me hicieron, su solidaridad y afecto.

INTRODUCCION:

Antecedentes:

A lo largo de la historia, las enfermedades han sido compañeras inseparables de la humanidad. Hombres y pueblos han ido de la mano con los procesos patológicos que, en diversa medida, aquejan regiones y culturas en todo el mundo, en ocasiones de manera lenta como formas endémicas, otras más a manera de apolíticas epidemias, matizando así las diversas épocas que el hombre ha atravesado en su devenir histórico, pero sin dejar de ser la constante universal de la entropía, a la que todo pertenece, en tanto proceso morboso para los seres vivientes; como entinentropía, en cuanto a acontecimientos biológicos de nacimiento, crecimiento y reproducción (de todo ser vivo) ; de desarrollo cultural de la humanidad (1).

En las diversas ramas de la medicina se señalan las más frecuentes y cruentas enfermedades de cada una. En el área de la psiquiatría la depresión cuenta, sin duda, con estas características.

La depresión fué descrita, desde la antigüedad, en el mundo grecoromano, con el nombre de melancolía. En el

siglo IV a. de C., Hipócrates consideraba que los problemas que hoy llamamos parquitrónicos, estaban dados por la reacción conjunta de los 4 humores corporales: sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema; siendo la melancolía producida por la bilis negra o antrabilis. En los principios de nuestra era varios médicos hablan sobre la melancolía, entre ellos Celsus, Aretéo de Cappadocia y Sorano de Ephesus, este último describió el cuadro clínico con síntomas como tristeza, deseos de morir, suspirios acentuados, tendencia al llanto, irritabilidad y, en ocasiones, insomnio. En la Edad Media, Santo Tomás de Aquino aseguraba que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales, creencias que a partir del siglo XVII empezaron a abandonarse. Pinel, en el siglo XIX, indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente ocupado en un objeto (obsesivamente) y que la memoria y la asociación de ideas estaban con frecuencia perturbadas, llegando incluso a inducir el suicidio. Esquirol distinguía en el grupo de "las locuras parciales", o monomanías, a una con un elemento expansivo y una monomanía triste o impenaria. Es en 1896 cuando Emil Kraepelin diferencia entre psicosis maniaco-depresiva y demencia precoz (que luego se conocería como esquizofrenia); él inicia el uso del término depresión, intentando crear una palabra

que tuviera mayor especificidad para estos procesos. Los estudios genéticos, llevaron a considerar a los síndromes depresivos como parte de la psicosis maniaco-depresiva, siendo entonces calificado de psicótico, el deprimido, aunque sus síntomas fueran leves. El incremento mundial de la depresión a partir de la segunda mitad del presente siglo y la cantidad elevada de enfermos con cuadros sintomatológicos no incluidos en los cuadros psicóticos y neuróticos, motivaron que la Organización Mundial de la Salud estableciera nuevos rubros de clasificación, que actualmente son 19 diferentes, para los problemas con sintomatología depresiva, siendo estos nuevos cuadros: Reacción aguda al estrés, Reacciones de Ajuste, Trastorno depresivo no clasificado en otra parte, Trastorno de la conducta no clasificado en otra parte (trastornos mixtos de la conducta y de las emociones) y Trastornos de las emociones específicos de la infancia y de la adolescencia (2)(3). Estos son producto de las situaciones de duelo complicado, el cual no ha sido resuelto satisfactoriamente, en un lapso de tiempo establecido, y que abarca normalmente 5 etapas que son: negación, ira, negociación, depresión y resolución (4). En el luto normal (después de la muerte de un cónyuge, progenitor o hijo), hay abatimiento, disminución del interés en el mundo exterior,

pérdida de la capacidad para amar, inhibición de la actividad, una sensación de desesperación y una tendencia a deliberar acerca de los diferentes aspectos de la persona perdida. Freud hizo notar que el mismo cuadro caracteriza a la depresión patológica, a excepción de que el paciente parece estar lamentándose de una pérdida interna (o ausencia) en lugar de la pérdida de un objeto externo querido. El paciente delibera no acerca de la pérdida de un ser querido sino acerca de sí mismo, específicamente acerca de esos aspectos reales o imaginarios de él mismo que destruye su seguridad o su autoestima, pudiendo volverse hostil hacia sí mismo: menospreciador, acusatorio, ultrajante. Freud consideraba que la ira del paciente deprimido contra sí mismo, estaba originalmente dirigida hacia otra persona, que había sido simbólicamente incorporada a él mismo (introyectada) por una especie de proceso de identificación (5).

El aumento de la depresión en la población mundial nos llevó a investigar las causas de esto y la frecuencia con que se presenta. A principios de los años 60s Sorenson y Stromgren (6), realizaron un estudio epidemiológico en un área geográfica definida, y encontraron que el 3.8% de la población mayor de 20 años, había presentado por lo menos un cuadro depresivo en una etapa determinada de la vida. El riesgo

durante toda la vida es de 9-12 % en varones y de 20-26 % en mujeres. La prevalencia para depresión mayor es del 3 % para hombres y de 4-9 % para mujeres (7). Entre el 12 y 20 % de las personas que experimentan una crisis aguda, desarrollan un síndrome depresivo crónico y cometen suicidio hasta un 15% de los pacientes con depresión (8).

En reportes americanos y europeos, se estima una prevalencia entre el 6 y 36 % (9).

Entre los clínicos existen diferentes grados de desacuerdo para efectuar los diagnósticos psiquiátricos. Bech (1981), enlistó los posibles factores como fuente de desacuerdo:

- 1) La variación en la información que ocurre cuando los observadores juntan información de diferente fuente.
- 2) La variación en la información que ocurre cuando los clínicos ven la misma información o los mismos datos, pero los observan diferentes.
- 3) La variación en la terminología que ocurre cuando los clínicos observan el mismo fenómeno, pero llegan a diferentes conclusiones de diagnóstico porque usan diferente terminología.

4) La ignorancia del fenómeno clínico (12)

Una de las razones para la introducción de las escalas de medición, es el mejoramiento de la comunicación y el poder comparar los diferentes estudios.

Las escalas y cuestionarios tienen tres principales usos en investigación psiquiátrica:

- 1) Como recurso de tamizaje para detectar la incidencia de un trastorno en una comunidad.
- 2) Como instrumento para establecer patrones de síntomas u otras características, en un paciente o en un grupo de pacientes.
- 3) Como medición de la severidad de los trastornos.

Las escalas pueden ser administradas por un aplicador adiestrado o por el propio paciente (autoaplicación). La desventaja del primero es que el usuario esté influenciado en su resultado por una expectativa general de cómo la enfermedad del paciente "debería" ser ; el resultado también pueda estar influenciado por la experiencia general del aplicador sobre el trastorno que sufre el paciente. La desventaja del segundo es que solamente pueden ser usados por paciente cooperadores,

jetrados y no muy enfermos, o con alguna condición que les impida comprender o provoque falsificación de las respuestas, como en los casos de demencias.

Entre las principales escalas de medición para el estudio y la cuantificación de la depresión, contamos con: la de Hamilton; la de Zung (10); el IDD, Inventario para Diagnóstico de Depresión (11)(13) y el IBD, Inventario de Beck para Depresión (7)(15)(16).

El Inventario de Beck para Depresión, se trata de un cuestionario autoaplicable, (17)(18)(19) desarrollado en 1959 por Beck y cols.

Este inventario consta de 21 reactivos, que evalúan el mismo número de categorías sintomático-conductuales y que se recogieron en el curso de la psicoterapia de pacientes deprimidos; se hicieron observaciones sistemáticas tomándose registro de las actitudes y síntomas característicos, seleccionándose sólo los que mostraron ser específicos para pacientes con depresión y que eran consistentes con las descripciones de la enfermedad depresiva contenidas en la literatura psiquiátrica. Las 21 categorías quedaron de la forma siguiente:

- 1) Animo
- 2) Pesimismo
- 3) Sensación de fracaso
- 4) Insatisfacción
- 5) Sentimientos de culpabilidad
- 6) Sensación de castigo
- 7) Descontento
- 8) Autoacusación
- 9) Deseos autopunitivos
- 10) Llentitud
- 11) Irritabilidad
- 12) Aislamiento
- 13) Indecisión
- 14) Imagen corporal
- 15) Inhibición laboral
- 16) Trastorno del sueño
- 17) Fatigabilidad
- 18) Pérdida del apetito
- 19) Pérdida de peso
- 20) Preocupación somática
- 21) Pérdida de la libido

Los primeros 14 reactivos se han conocido como

evaluadores de los síntomas afectivo-cognitivos, los 7 restantes de síntomas vegetativo-somáticos.

Cada reactivo consiste e una serie de enunciados, en diferentes grados, de un mismo rubro sintomático. Se pide al paciente que seleccione el que se acerque más a su condición en el momento de la evaluación. Los valores numéricos de 0 a 3 son asignados a cada enunciado y el resultado total se obtiene de la suma de los 21 reactivos, por lo que el rango es de 0-63 (ver anexo).

Como toda escala de medición, su utilidad depende, entre otras cosas, de su confiabilidad. El interés por la confiabilidad obedece a las necesidades de tener certeza en la medición. Las mediciones, si son confiables, podemos depender de ellas; en caso contrario no podemos basarnos en ellas.

La confiabilidad puede entenderse como la congruencia, precisión, objetividad y constancia de una investigación.

- 1) Congruencia, porque las variables y sus indicadores deberán medir las mismas cosas.
- 2) Precisión, porque uno mismo deberá reproducir

varias veces la investigación y deberá obtener los mismos resultados.

- 3) Objetividad, porque varios experimentadores deberán realizar la misma investigación y llegar a las mismas conclusiones.
- 4) Constancia, porque la forma de medición del objeto no debe alterar los resultados.

Desde la aparición del IED se han realizado diversos estudios sobre la validez y confiabilidad del mismo, en varios países. Zheng y col., estudiaron un total de 329 pacientes, en 24 hospitales de China, obteniéndose coeficientes de confiabilidad de 0.846 (14), similares a los reportados por Gallagher y col., de 0.80 (10). En México, Hernández Rodríguez realizó un estudio de confiabilidad del IED, prueba contra prueba, en 59 pacientes hospitalizados del Instituto Nacional de Cardiología "Dr. Ignacio Chávez", obteniendo medidas de confiabilidad de 0.89 para el coeficiente de correlación de Pearson, y de 0.85 para el coeficiente de correlación por rangos de Spearman (21).

Problema:

Se obtendrán mediciones similares entre pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", que sean evaluados con el Inventario de Beck para Depresión, en dos distintos momentos (prueba contra prueba)?

Objetivos:

Evaluar la confiabilidad del Inventario de Beck para Depresión, aplicado a los mismos pacientes, en dos ocasiones diferentes, con un intervalo de tiempo de 48 horas.

Hipótesis:

Si los puntajes totales del Inventario de Beck para Depresión son reproducibles, la correlación entre las puntuaciones obtenidas en dos aplicaciones diferentes será alta.

POBLACION ESTUDIADA:

Se estudiaron 50 pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", de la Cd. de México, mayores de 16 años, con cualquier tipo de enfermedad psiquiátrica y que, previa información, aceptaron participar en el estudio.

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes con agitación psicomotriz.
- Pacientes con estados confusionales agudos.
- Pacientes con síndromes demenciales.
- Pacientes que por su nivel intelectual no comprendieron los reactivos del inventario.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION:

Diseño:

El diseño correspondió a un estudio analítico y transversal.

Se evaluaron 30 pacientes que se encontraban internados en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" durante de 48 horas la duración total del estudio en cada uno: se realizó una evaluación al inicio de este y otra 48 horas después.

Procedimiento:

- Se escogieron 30 pacientes, al azar, de ambos sexos.
- Se obtuvo el consentimiento de los pacientes después de que recibieron la información correspondiente. (Pudiendo retirarse en el momento que así lo hubieran deseado).
- En la primera evaluación los pacientes recibieron la hoja de Registro de Datos Demográficos (RDD) y el Inventario de Beck para Depresión (IBD).
- En la segunda evaluación, que se efectuó 48 horas después, los pacientes recibieron el IBD.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

Se utilizó estadística descriptiva para todas las variables registradas.

Se utilizaron medidas de confiabilidad como el coeficiente de correlación de Pearson y el coeficiente de correlación por rangos de Spearman.

RESULTADOS:

Datos Demográficos:

Se estudiaron un total de 30 pacientes, correspondiendo 14 al sexo femenino (46.6%) y 16 al sexo masculino (53.3%), siendo los promedios de edad de 36.9 ± 10.53 años para las mujeres y de 31.0 ± 7.75 años para los hombres, con un rango de edad de 21-54 años y de 16-50 años, respectivamente. El tiempo de evolución del padecimiento varió de 10 a 9660 días, debido esto a que se incluyeron pacientes con diagnósticos de psicosis reactivas breves y trastornos psiquiátricos crónicos (Cuadro 1).

El estado civil predominantemente fue el de soltero (a) en ambos grupos, reportándolo el 47.85% de las mujeres y el 61.75% de los hombres (Cuadro 2). En lo relacionado a la escolaridad se observó que el 71.4% de las mujeres y el 67.5% de los hombres tenían un nivel mínimo de primaria completa o un nivel mayor; el total de los pacientes sabía leer y escribir. (Cuadro 3).

Las ocupaciones más frecuentes para el sexo femenino fueron: hogar y empleada, con 35.71% y 21.42% respectivamente. En el sexo masculino predominaron: empleado y obrero, con 37.5% y 16.75% cada uno. El porcentaje de desocupación fue similar en ambos sexos: 14.28% y 12.5% (Cuadro 4).

En cuanto a los ingresos familiares, más de la tercera parte de los pacientes de la muestra no respondieron a esta pregunta: 42.85% de las mujeres y 37.5% de los hombres. De los restantes sólo el 25% de pacientes femeninos y el 33% de pacientes masculinos, reportaron ingresos familiares superiores a 1,000,000 de pesos mensuales (Cuadro 5).

Las entidades federativas donde viven la mayoría

Cuadro 1. Características Demográficas.

Sexo	n.	%	Edad		(días)
			\bar{x}	d.e.	Rango
femenino	14	46.6	38.92	10.53	10-9860
masculino	16	53.3	31.62	7.75	60-8785
Total	30	100			

de los pacientes, corresponden al Distrito Federal y Al Estado de México, siendo los lugares donde tienen su vivienda el 82.7% de las mujeres y el 80.7% de los hombres (Cuadro 6).

Con respecto al diagnóstico psiquiátrico de las mujeres, el 42.85% correspondió a Trastornos Esquizofrénicos, 26.54% a Síndromes Orgánico Cerebrales y 21.42% a Depresión Mayor. El 50% de los hombres se diagnosticó como Trastornos Orgánico Cerebrales Mixtos secundarios a Farmacodependencia Múltiple; el 18.75% como Trastornos Esquizofrénicos y 12.5% con Depresión Mayor (Cuadro 7).

Confiabilidad:

La confiabilidad Prueba-contra-Prueba (X - Y) (X : 1a. aplicación), (Y : 2a. aplicación) en las puntuaciones totales arrojó un coeficiente de correlación de Pearson de 0.908, con promedio de X= 17.3 con DE= 13.0, y promedio de Y= 15.6 con DE= 12.7, en el que $p < 0.0001$. El coeficiente de correlación por rangos de Spearman tuvo un valor de 0.850 (Cuadro 8).

DISCUSION:

Los resultados de los datos demográficos nos muestran una población que va de los 16 a los 54 años de edad y con un tiempo de evolución de su padecimiento médico desde 10 días, hasta años; esto ya sugiere de heterogeneidad suficiente para un estudio metodológico como el que se realizó. La mayoría de los pacientes fueron del área metropolitana, todos sabían leer y escribir, con ingresos económicos de dos salarios mínimos en la tercera parte de la muestra que respondió a esta pregunta, resultado que deben tomarse con reserva, dadas las características propias del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" de que es un hospital de tercer nivel que brinda ayuda asistencial a población de nivel socio-cultural bajo lo cual hace que los resultados obtenidos puedan ser aplicados a otros hospitales de similares características.

Los diagnósticos psiquiátricos abarcaban la mayoría de los trastornos causales más frecuentes de internamiento en la institución.

Las puntuaciones del inventario de Beck para Depresión mostró una alta confiabilidad en dos pruebas que determinan esta característica. Se encontró un coeficiente

de correlación de Pearson (r) de 0.908, y un coeficiente de correlación por rangos de Spearman de 0.931. Estos resultados son altamente significativos y similares a los reportados por Beck y col., en 1961 y otros estudios donde se cuantificó la confiabilidad del IBD (14) (20) (21).

CONCLUSIONES:

De acuerdo a los datos obtenidos y al análisis estadístico realizado, se puede afirmar que el Inventario de Beck para Depresión, es un instrumento confiable dados los hallazgos observados en el estudio prueba contra prueba, en una población de pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", en los que se encontró un alto índice de correlación en dos aplicaciones diferentes, con un intervalo de tiempo de 48 horas.

La reproducibilidad del instrumento es adecuada para su empleo en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" así como para otros hospitales con características de población similares, cuya aplicación sea posible si se cuenta con la cooperación de los pacientes y su habilidad para comprender los reactivos.

Cuadro 7. Estado civil de la muestra estudiada

Estado civil	Femenino		Masculino	
	n	%	n	%
soltero (a)	6	42.85	10	61.25
casado (a)	4	28.57	1	6.25
divorciado (a)	2	14.28	-	-
unión libre	-	-	1	12.5
viudo (a)	2	14.28	-	-
total	14	100	16	100

Cuadro 3. Escolaridad de la muestra estudiada

escolaridad	femenino		masculino	
	n	%	n	%
primaria incompleta	4	28.57	2	12.5
primaria completa	4	28.57	4	25.0
secundaria	2	14.28	6	37.5
preparatoria o equivalente	0	0.00	3	18.75
profesional	1	7.14	1	6.25
total	14	100	16	100

Cuadro 4. Ocupación de la muestra estudiada

ocupación	femenino		masculino	
	n	%	n	%
empleado	3	21.42	0	0.00
obrero	-	-	3	18.75
técnico	-	-	2	12.5
profesionista	-	-	1	6.25
subempleado	1	7.14	1	6.25
campesino	1	7.14	-	-
hogar	5	35.71	-	-
estudiante	1	7.14	1	6.25
ninguna	2	14.28	2	12.5
otro	3	21.42	1	6.25
total	14	100	16	100

Cuadro 5. Ingresos de la muestra estudiada

Ingresos (en miles)	femenino		masculino	
	n	%	n	%
100-299	2	14.29	2	12.5
300-499	2	14.29	3	18.75
500-699	2	14.29	1	6.25
1000-1299	1	7.14	2	12.5
1300-1699	1	7.14	1	6.25
1700-1999	-	-	1	6.25
no contestó	6	42.86	6	37.5
total:	14	100	16	100

Cuadro 6. Residencia de la muestra estudiada

Residencia	femenino		masculino	
	n	%	n	%
áreas metropolitanas	12	85.7	15	93.8
provincia	2	14.3	1	6.25
total:	14	100	16	100

Cuadro 5. Diagnóstico médico de la muestra estudiada

Diagnóstico	f e m e n i n o		m a s c u l i n o	
	n	%	n	%
trastorno orgánico cerebral sec. a PD	-	-	0	0
síndrome orgánico cerebral	2	14.28	2	12.5
trast. esquizofrénico	6	42.85	0	16.75
depresión mayor	3	21.42	2	12.5
TCC sec a crisis parciales complejas	1	7.14	1	6.25
otro	2	14.28	-	-
totales	14	100	16	100

Cuadro 6. Coeficientes de confiabilidad para totales

(n = 30)

r	0.908
r	
s	0.850

Cada una de las correlaciones fueron significativas a

 $p < 0.0001$.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alanís O. Alejandro: *Encefalia y Psiquiatría*. Tesis. Fac. Med. UNAM, 1982.
- 2.- Calderón N. Guillermo: *Depresión*. Ed. Trillara, 1983.
- 3.- Ey H.: *Tratado de Psiquiatría*. Ed. Masson, 1960.
- 4.- Goldfarb H. Howard: *Psiquiatría General*. El Manual Moderno, 1967.
- 5.- Salomon P.: *Manual de Psiquiatría*. Ed. Manual Moderno, 1976.
- 6.- Sorenson, A. and Strongren, E. *Acta Psychiat. Scand. Suppl.*, 162:62, 1961.
- 7.- Beck, A., Ward, D., Mendelson, M., *Arch Gen Psychiatry*, 4:561, 1961.
- 8.- Bryson, S. and Wilson, G., *J Clin Psychol*, 40:529, 1964.
- 9.- Nielsen, A., *Arch Gen Psychiat.*, 37:999, 1960.
- 10.- Jung, W., *Arch Gen Psychiatry*, 12:65, 1963.
- 11.- Zimmerman, M., Coryell, W., Wilson, G., *Arch Gen Psychiatry*, 43:1076, 1966.
- 12.- Beck, P., *Acta Psychiat Scand*, (Suppl) 225:37, 1961.
- 13.- Zimmerman, M., Coryell, W., *Acta Psychiat Scand*, 75:485, 1967.
- 14.- Zheng, Y., et. al., *Comprehensive Psychiatry*, 27:484, 1988.
- 15.- Emmons, C., Fetting, J., Zonderman, A., *Gen Hosp Psychiatry*, 9:398, 1987.

16. Johnson, D. and Heitner, D., Brit J Psychiatry, 129:184, 1974.
17. Bowman, T. and Fox, A., Acta Psychiat Scand, 76:568, 1987.
18. Yang, L., et al., Am J Psychiatry, 144:224, 1987.
19. Hammen, C., J Consult Clin Psychol, 48:126, 1980.
20. Ramos, J., Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr, 14:47, 1982.
21. Hernandez R.M. Edmundo: Estudio acerca de la confiabilidad del Inventario de Depresión de Beck, traducido al español, en hospital de tercer nivel. Tesis, Fac. de Med. UNAM, 1986.

10.- Problema médico:

Problema de salud por el que acude al hospital: _____

Tiempo que ha padecido este problema:

1 Días 2 Meses 3 Años

Tratamiento recibido:

1 Médico 2 No-médico 3 Ninguno

En caso de haber recibido tratamiento, éste consistió en:

1 Medicamentos 2 Cirugía 3 Ambos 4 Otros

específicos: _____

Recibió tratamiento durante la última semana: 1 Sí 2 No

NO ANOTAR EN ESTOS ESPACIOS

Fecha: / /

Paciente No.

Hospital: _____

Diagnóstico médico actual: _____

En caso de pacientes hospitalizados, fecha de ingreso / /

Encuestador: _____

Diagnóstico de la entrevista (DSM-III).

1 Episodio depresivo mayor 2 Reacción de ajuste con ánimo depresivo

3 Trastorno distímico 4 Síndrome orgánico cerebral afectivo (Depresión)

5 Otros, especifique: _____

INVENTARIO DE BECK

En este cuestionario hay grupos de oraciones, por favor lea cada grupo cuidadosamente y escoja la oración, de cada grupo, que mejor describa como se ha sentido esta última semana, incluyendo hoy. Marque con una X la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso marque sólo una. Asegúrese de leer todas las aservaciones en cada grupo antes de contestar.

- 1) No me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme.
 Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto.
- 2) No me siento desanimado acerca del futuro.
 Me siento desanimado acerca del futuro.
 Siento que no tengo para que pensar en el porvenir.
 Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no puedan mejorar.
- 3) No me siento como un fracasado.
 Siento que he fracasado más que otras personas.
 Conforme veo hacia atrás en mi vida todo lo que puedo ver son muchos fracasos.
 Siento que como persona soy un completo fracasado.
- 4) Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.
 No disfruto las cosas como antes.
 Ya no obtengo satisfacción de nada.
 Estoy insatisfecho y molesto con todo.
- 5) No me siento culpable.
 En algunos momentos me siento culpable.
 La mayor parte del tiempo siento algo culpable.
 Me siento culpable todo el tiempo.
- 6) No siento que seré castigado.
 Siento que puedo ser castigado.
 Creo que seré castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.
- 7) No me siento descontento conmigo mismo.
 Me siento descontento conmigo mismo.
 Me siento a disgusto conmigo mismo.
 Me odio a mi mismo.
- 8) No siento que sea peor que otros.
 Me crítico a mi mismo por mi debilidad y mis errores.
 Me culpo todo el tiempo por mis errores.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9) No tengo ninguna idea acerca de suicidarme.
 Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría.
 Quisiera suicidarme.
 Me suicidaría si tuviera la oportunidad.
- 10) No lloro más que de costumbre.
 Lloro más que antes.
 Lloro todo el tiempo.
 Podía llorar pero ahora no puedo aunque quisiera.
- 11) Ahora no estoy mas irritable que antes.
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 Me siento irritado todo el tiempo.
 No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban.
- 12) No he perdido el interés en la gente.
 No me interesa la gente como antes.
 He perdido la mayor parte de mi interés en la gente.
 He perdido todo el interés en la gente.
- 13) Tengo decisiones tan bien como siempre.
 Pospongo decisiones con más frecuencia que antes.
 Se me dificulta tomar decisiones.
 No puedo tomar decisiones en nada.

- 14) ___ No me siento que me vea más feo que antes.
___ Me preocupa que me vea viejo y feo.
___ Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que,
___ me vea feo.
___ Creo que me veo horrible.
- 15) ___ Puedo trabajar tan bien como antes.
___ Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo.
___ Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa.
___ No puedo trabajar para nada.
- 16) ___ Duermo tan bien como antes.
___ No duermo tan bien como antes.
___ Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil
___ volver a dormirme.
___ Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo
___ volver a dormirme.
- 17) ___ No me canso más de lo habitual.
___ Me canso más fácilmente que antes.
___ Me canso de hacer casi cualquier cosa.
___ Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa.
- 18) ___ Mi apetito es igual que siempre.
___ Mi apetito no es tan bueno como antes.
___ Casi no tengo apetito.
___ No tengo apetito en lo absoluto.
- 19) ___ No he perdido peso o casi nada.
___ He perdido más de 2,5 kilos.
___ He perdido más de 5 kilos.
___ He perdido más de 7,5 kilos.
___ (Estoy a dieta SI NO).
- 20) ___ Mi salud no me preocupa más que antes.
___ Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal, o
___ estreñimiento.
___ Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda
___ pensar en otra cosa.
___ Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no puedo pensar en
___ otra cosa.
- 21) ___ Ni interés por el sexo es igual que antes.
___ Estoy menos interesado en el sexo que antes.
___ Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo que antes.
___ He perdido completamente el interés en el sexo.