



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

TRADUCCION Y ESTANDARIZACION DEL  
INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK PARA  
POBLACION MEXICANA

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**  
**P R E S E N T A :**  
**MA. DE LOURDES MENDEZ SALVATORE**

DIRECTOR DE TESIS:

MTRO. SAMUEL JURADO CARDENAS  
ASESORIA PSICOMETRICA Y ESTADISTICA :  
LIC. ENEDINA VILLEGAS HERNANDEZ

UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO.

NOVIEMBRE, 1995



EXAMENES PROFESIONALES  
FAC. PSICOLOGIA

FALLA DE ORIGEN





## **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.

**NADIE SABE QUE TAN ALTO PUEDE VOLAR...,**

**TU MISMO NO TENDRAS NOCION**

**HASTA QUE TE ATREVAS A EXTENDER TUS ALAS.**

## AGRADECIMIENTOS

A mi mamá, quien afortunadamente sigue a mi lado apoyándome y queriéndome, y a mi papá, que sigue junto a mí en esencia, y que sé que se sentiría orgulloso.

A mi hermana, que con su apoyo, cariño, paciencia y comprensión me ayudó a lograr esta meta tan importante en mi vida.

A mi tío Ché y mi tía Olquita, que con su ejemplo, cariño y apoyo me han impulsado siempre.

A Memo, quien fue la inspiración, y fue quien me abrió los ojos a un futuro lleno de realizaciones, motivándome a seguir adelante.

A Sam, sin quien este trabajo no se hubiera realizado, y a quien le agradezco todo su apoyo, entusiasmo, dedicación, paciencia, enseñanzas y amistad.

A Fabi, mi gran amiga, a quien le agradezco infinitamente su gran AMISTAD, y además su ayuda en la aplicación de cuestionarios.

A Hilde, a quien a pesar del poco tiempo que tengo de conocerla me ha dado mucho; me ha hecho ver la vida desde una perspectiva más positiva.

A José Antonio Talayero, inolvidable maestro.

A todo Upjohn, en especial a mi jefe Beto, y a mis compañeras Male, Clau, Grace, Judith e Inés, quienes me ayudaron, apoyaron y aguantaron mis aceleres y prisas.

A todas y todos mis amigas y amigos, sin excepción.

A la Maestra Enedina Villegas, que tuvo gran paciencia conmigo al asesorarme en cuestiones psicométricas, y de quien aprendí mucho.

A mis revisores de tesis: Dr. Hector Lara, Lic. Estela Cordero y Lic. Ricardo Díaz. Gracias por su apoyo.

A Hilda Elena Esquivel Guillén por su valiosísima ayuda con los paquetes de computación.

A Humberto Zepeda Villegas, por su asesoría y apoyo en el manejo estadístico de los datos en computadora.

A Rubén Varela por la ayuda para conseguir la versión actualizada del Inventario de Depresión de Beck, y en la facilitación de la información de los factores del propio inventario.

## INDICE

<b>INTRODUCCION</b>	<b>1</b>
<b>CAPITULO 1</b>	
1.1 La Depresión en la Historia	5
1.2 Teorías de la Depresión	10
<b>CAPITULO 2</b>	
2.1 Definición de la Depresión	28
2.2 Clasificación y Síntomas de la Depresión	29
2.3 Etiología de la Depresión	54
<b>CAPITULO 3</b>	
3.1 Predisposición	63
3.2 Evolución y Pronóstico de la Depresión	63
<b>CAPITULO 4</b>	
4.1 Tratamientos para la Depresión	72
4.2 Medición de la Depresión	90
4.3 Inventario de Depresión de Beck	93
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>98</b>
<b>JUSTIFICACION</b>	<b>98</b>
<b>OBJETIVO</b>	<b>99</b>
<b>PREGUNTAS DE INVESTIGACION</b>	<b>99</b>
<b>HIPOTESIS</b>	<b>100</b>
<b>VARIABLES</b>	<b>101</b>

<b>METODO</b>	<b>103</b>
<b>FASE I: ESTUDIO PILOTO</b>	
POBLACION	103
MUESTRA	103
DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO	103
INSTRUMENTO	103
PROCEDIMIENTO	105
RESULTADOS	105
<b>FASE II: ESTUDIO FINAL</b>	
POBLACION	110
INSTRUMENTO	110
PROCEDIMIENTO	110
RESULTADOS	110
<b>DISCUSION Y CONCLUSIONES</b>	<b>128</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>133</b>

## INTRODUCCION

La depresión es el trastorno psiquiátrico más común en la práctica de consultorio y en los servicios de consulta externa. Su diagnóstico y tratamiento temprano son importantes aspectos sanitarios (Beck, 1967a).

El síndrome depresivo es tan común que todo médico, indistintamente de su especialidad, encontrará cada año en su consultorio numerosos pacientes que sufren de esta afección. Queda claro que una información sólida sobre la identificación y el tratamiento de la depresión es fundamental, no sólo para disminuir la aflicción causada por este padecimiento, sino también para reducir la frecuencia del suicidio, que en los años 60 era considerado una de las diez primeras causas de muerte en Estados Unidos (Beck, 1967a). En la actualidad el problema se ha recrudecido en la ciudad de México; de enero a marzo de 1995 se registró un número de suicidios igual al que se dió en todo el año de 1994.

Coppen (1970) menciona que a finales de la década de los 60's el 50% de los suicidas habían sido atendidos por sus médicos la semana anterior a su muerte, lo que mostraba que el trastorno no había sido identificado adecuadamente, ni se había anticipado por lo mismo el inminente riesgo de suicidio. No obstante, a pesar del inminente peligro de suicidio, llega a suceder que se diagnostique erróneamente la depresión, exponiendo así al paciente y a su familia a torturas innecesarias.

Al hablar de depresión se está hablando de la enfermedad causante de mayor morbilidad y mortalidad. Es una de las enfermedades que más vidas cobra. Lammoglia (1995) menciona que generalmente, los padecimientos de ocho de cada diez pacientes que llegan a un consultorio con problemas surgen de la depresión, que es una gran

encubridora porque se oculta detrás de otras enfermedades. Del 18 al 20% de la población general padece depresión, cayendo del 10 al 14% en depresión profunda.

Suele instalarse en el sujeto hasta acabar con su vida y, mientras tanto, afecta áreas vitales del comportamiento. La afectación es tan severa que no deja libre sistema alguno del organismo humano y provoca enfermedades en la piel, en el aparato digestivo, en las uñas, en el pelo, en los ojos o en las vías urinarias.

Lammoglia también menciona que la depresión debe entenderse como una enfermedad severa padecida por millones de personas, quienes, en su mayoría son propensas a sufrirla debido a la intervención de factores genéticos. Dice que la depresión como enfermedad está comprobada médicamente desde hace muchos años, pues produce alteraciones en el metabolismo de la noradrenalina y de la serotonina, dos neurotransmisores indispensables en la adecuada transmisión del impulso nervioso. Además, la depresión trae muchas alteraciones que incluso llegan a abatir la respuesta inmunológica al volver extremadamente vulnerable al organismo humano ante el ataque de cualquier tipo de virus o bacteria, lo que ocasiona la aparición de enfermedades concurrentes u ocurrentes que pueden rematar dramáticamente en cánceres mortales.

Indica que los médicos que trabajan con adultos de ambientes aparentemente sanos, pero insalubres, han encontrado altas tasas de mortalidad por problemas relacionados con la depresión.

La reciente creación de minuciosas escalas de valoración y otras técnicas psicológicas para clasificar la depresión ha proporcionado una base sistemática para identificar los distintos tipos de depresión y para medir los cambios que ocurren.

Los instrumentos de medición en psicología son considerados métodos para la observación sistemática de la conducta de una persona, y uno de los aspectos más importantes que se debe tomar en cuenta con respecto a ellos es el determinar si la prueba contiene una muestra adecuada de reactivos del universo de reactivos posibles.

A través de ellos vamos a poder obtener de manera objetiva información sobre la expresión de la conducta humana, y deben ser tomados sólo como valiosas herramientas facilitadores para el diagnóstico y tratamiento adecuado de un padecimiento o enfermedad mental.

El uso correcto de estos instrumentos va a hacer posible la selección de la técnica de intervención adecuada para el padecimiento de que se trate.

Consideramos de gran importancia el poder aportar instrumentos útiles en el ámbito clínico que permitan la detección oportuna de problemas de salud mental así como su diagnóstico certero y confiable de tal forma que quienes soliciten terapia psicológica, o bien recurran a algún médico con otra especialidad, puedan recibir un servicio de alta calidad, y el tratamiento más oportuno y adecuado a su problema.

Tanto la terapia conductual, como la cognitiva, o congitivo-conductual, se han convertido en una buena alternativa de tratamiento para los problemas tradicionales de la psicoterapia y de la psicología en general. Dentro de estos modelos se han desarrollado diferentes instrumentos de medición para diversos constructos que ayudan al diagnóstico clínico adecuado.

Por todo lo anterior el presente trabajo se plantea como propósito el traducir, adaptar y estandarizar el Inventario de Depresión de Beck.

Esta investigación tiene como finalidad realizar el trabajo psicométrico necesario para estandarizar el Inventario de Depresión de Beck a población mexicana.

Posteriormente este inventario será utilizado para determinar en quiénes se presenta con más frecuencia la depresión, en hombres o mujeres, en qué edades, y qué tanto influye la ocupación o la escolaridad de los sujetos en la presencia de este padecimiento.

## CAPITULO I

### I 1. LA DEPRESION EN LA HISTORIA

La depresión es una reacción afectiva normal; una emoción natural y normal que todos podemos padecer cuando las circunstancias son extremadamente adversas. Pero existen algunas personas que presentan una vulnerabilidad excesiva ante circunstancias penosas o adversas. Dichos sujetos tienden a reaccionar ante circunstancias desafortunadas en forma tan exagerada, que su conducta llega a ser patológica.

Desde que el hombre ha escrito crónicas sobre su conducta, ha dejado comentarios acerca de individuos que presentaban tendencia a la melancolía. La Biblia menciona dos casos de enfermedad mental en los que intervienen la depresión, los de los reyes Saúl y Nabucodonosor. El comportamiento del primero fue anormal desde su juventud. En la madurez empezó a carecer de dominio de los impulsos, paranoia y extrema irritabilidad, terminando su vida con el suicidio.

Nabucodonosor sólo padeció depresiones intensas, caracterizadas por irritabilidad anormal y períodos durante los cuales el rey creía verse convertido en animal salvaje.

En el Siglo IV antes de Jesucristo, 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. El decía que la etiología de la depresión era la bilis negra, la cual subía al cerebro. Aísla tres formas fundamentales de locura: la melancolía, la frenitis y la manía (Sigerist, 1961). La característica de la melancolía es la aversión por la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia, y sugiere que tanto el

mucho tiempo pueden transformarse en melancolía (Hipócrates, 1967, pp. 185 y 263). Infirió que la melancolía estaba vinculada con la epilepsia y la categorizó como uno de los cuatro principales tipos de enfermedad psiquiátrica (delirio, manía, paranoia y melancolía).

Aristóteles en el Siglo III antes de Jesucristo consideraba que todos los grandes pensadores, poetas, artistas y estadistas tenían un temperamento melancólico.

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.

Areteo de Capadocia, en el Siglo I después de Jesucristo describió el tratamiento de ciertas clases de melancolía que alternaban con ciclos de manifestaciones maniacas. Formuló un cuadro muy completo y notablemente moderno de este desorden. Sugirió que la depresión era causada por factores puramente psicológicos y valorizó la importancia de las relaciones interpersonales en el curso de la enfermedad (Arieti y Bemporad, 1978). Consideraba la manía y la melancolía como dos expresiones de una enfermedad recurrente, aunque potencialmente curable. A los pacientes melancólicos los describía como, tristes, somnolientos, pudiendo desear morir al llegar a cierta edad.

Galeno de Pérgamo (130-201) desarrolló una teoría de enfermedad mental basada en supuestos humores, la cual se mantuvo como doctrina hasta la Edad Media (Arieti y Bemporad, 1978).

Menos de un siglo después, Sorano sugería a los sujetos deprimidos participar en comedias, mientras que a los maníacos se les instaba a actuar en tragedias.

En el siglo II, Plutarco hizo una descripción particularmente vívida y detallada de la melancolía:

"Se considera un hombre a quien los dioses odian y persiguen con su ira. Y se enfrenta a algo mucho peor; no osa emplear ningún medio para evitar o remediar el mal, por temor a que lo culpen de luchar contra los dioses. Rechaza al médico y al amigo que trata de consolarlo. 'Dejen que yo', dice el desdichado, 'yo, el impío, el maldecido, el odiado de los dioses, sufra mi castigo'. Se sienta a la intemperie, envuelto en arpillera o en sucios harapos. De vez en cuando, se revuelca desnudo en la tierra confesando éste y aquel pecado. Ha comido o bebido algo prohibido. Ha hecho algo que el Ser Divino no aprobó. Los festivales en honor de los dioses no le producen ningún placer, sino que lo llenan de temor o lo espantan." (Beck, 1967a)

Caelus Aurelianus decía que los síntomas que preceden a la aparición de la melancolía eran: ansiedad, silencio, rechazo y hostilidad hacia la propia familia y no ve relación entre manía y melancolía.

La conexión entre la manía y la melancolía la establece Bonetus en el Siglo XVII que hablaba de la manía de la melancolía, que equivale a lo que hoy se denomina un estado maniaco depresivo.

Durante la Edad Media hubo un gran número y variedad de formas de la llamada "melancolía", provocada por espíritus o causas naturales, tales como exceso de trabajo, de actividad sexual o de

otros tipos. Las causas espirituales eran consideradas de origen divino.

Constantino Africano, fundador de la escuela de medicina de Salerno, 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, de la que señaló dos tipos: uno localizado en el cerebro y el otro en el estómago. Los síntomas que mencionaba eran miedo a lo desconocido, remordimientos religiosos excesivos y ansiedad.

Tomás de Aquino atribuyó la melancolía a un cambio en los humores corporales, aunque sostenía que las enfermedades mentales eran producidas por demonios y por influencias astrológicas.

Con Sto. Tomás el término *acedia*, que se restringía al ámbito teológico se psicologiza, y a partir de él se medicaliza. Dicho término se usó en este periodo para designar también la melancolía, pero un especial tipo de estado melancólico en el que la tristeza, la pena y el abatimiento no constituían sus principales contenidos, sino más bien la pereza y la holgazanería; apuntaba hacia la desesperanza. Se tipificaba como un estado del alma, cuyo padecimiento se restringía únicamente a los religiosos que vivían en el aislamiento y la soledad de sus respectivas celdas. Durante la Edad Media este fenómeno se extiende también a los laicos. Con el paso del tiempo el término *acedia* es cambiado por el de *melancolía*.

En 1586 Bright publicó su *Treatise on Melancholia* y en 1606 Walkington dió a conocer su obra titulada *Optick Glass of Humours* que se ocupaba de la constitución melancólica resultante de los humores y el efecto de los planetas (Veith, 1970).

En 1630 Robert Burton publicó su tratado Anatomía de la Melancolía, facilitando la identificación de los estados depresivos.

En 1883 Emil Kraepelin, revolucionó la psiquiatría estableciendo un sistema nosológico en el que discriminó los elementos comunes de síndromes descritos individualmente y los consolidó en tres categorías principales: demencia precoz, parafrenia y psicosis maniaco-depresiva. Esta última comprendía la psicosis intermitente, la manía simple, algunos casos de desórdenes leves del carácter precursores de perturbaciones más graves. Globalmente, distinguía cuatro subgrupos principales: estados depresivos, estados maniacos, estados mixtos y estados fundamentales, o sea desórdenes del carácter experimentados entre, antes o en lugar de los ataques maniaco-depresivos (Braceland, 1957). Diferenció la psicosis maniaco-depresiva de la demencia precoz en que la primera remitía y se restablecía la normalidad a pesar de los graves desarreglos sufridos durante los episodios clínicos. Creó una psiquiatría de resultados finales, utilizando el pronóstico como principal criterio diagnóstico.

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

"Los síntomas que generalmente comprende el término melancolía son taciturnidad, un aire pensativo y meditabundo, aprensiones sombrías y amor a la soledad. Realmente, esos rasgos parecen distinguir los caracteres de algunos hombres por lo demás saludables y con frecuencia en situación próspera. Nada, sin embargo, puede ser más espantoso que la figura de un melancólico rumiando sus imaginarias desdichas. Si, además posee poder y tiene una disposición perversa y un corazón

sanguinario, la imagen se hace aún más repulsiva."  
(Beck, 1967a).

En 1904 Adolf Meyer objetó el término melancolía, sugiriendo en cambio denominar depresión a dicho desorden.

Después de Kraepelin, se pensó que todos los síndromes depresivos formaban parte de la psicosis maniaco-depresiva, manteniéndose esta forma de pensar durante las tres primeras décadas del presente siglo, de tal manera que todo paciente que presentaba un cuadro de depresión se consideraba que padecía el síndrome maniaco-depresivo, y por lo mismo se decía que era psicótico.

Es hasta principios de este siglo que se da la identificación precisa de los cuadros depresivos, y se habla de la existencia de dos clases diferentes de depresión: la endógena, cuyo origen es atribuido a una anormalidad bioquímica, y la exógena o reactiva, que se supone consecutiva a una reacción excesiva ante sucesos adversos (Calderón, 1984).

## I 2. TEORIAS DE LA DEPRESION

### Teoría Psicodinámica

En 1911 Karl Abraham publicó lo que puede considerarse la primera investigación psicoanalítica sobre la depresión. Compara la depresión con la ansiedad, considerando que ambas son el resultado de instintos reprimidos. La ansiedad surge cuando la represión impide el logro de la gratificación deseada, que aún es posible, la depresión aparece cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales. Además en la depresión la búsqueda de satisfacción libidinal está tan profundamente reprimida que el individuo no puede sentirse amado ni capaz de amar, es incapaz de poder llegar a la intimidad

emocional. Percibe la ambivalencia del depresivo y su incapacidad de amar verdaderamente a los demás, su excesiva preocupación por sí mismo y la manera en que utiliza la culpa para llamar la atención sobre sí mismo. Especula que los desórdenes afectivos se desarrollan como consecuencia de la sensación de ser incapaz de enfrentar las responsabilidades de adoptar un rol de adulto en la sociedad.

Abraham (1916) menciona que la depresión es debida al odio reprimido que tiene el sujeto. Se siente odiado por sus defectos. En sus investigaciones con pacientes depresivos encontró evidencia de hostilidad reprimida y sueños de criminalidad y venganza. Son personas masoquistas, con sentimientos de culpa. Debido a que no pueden tener una relación libidinal duradera, se vuelven autoeróticos, con conducta inhibida y tienen una negación inconciente hacia la vida.

Cinco años después estipula que la depresión puede ser entendida como una regresión a la primera fase psicosexual, o sea la oral. El deprimido materialmente devora al objeto. Insiste en la semejanza entre depresivos y obsesivos. Ambos establecen relaciones ambivalentes y presentan rasgos caracterológicos anómalos tales como exagerada pulcritud o excesiva preocupación por el dinero. Supone que en los intervalos sanos el depresivo es en realidad un obsesivo.

Empieza a entrelazar su propia investigación con las ideas contemporáneas de Freud y pasa al estudio de la etiología. Señala la frecuente correlación entre el comienzo de una depresión y un desengaño amoroso. El análisis de casos de este tipo muestra invariablemente que el rechazo tuvo un marcado efecto patógeno, porque fue sentido en el plano inconsciente como una repetición de la pérdida de un objeto de amor en la infancia.

Abraham resume en sus propias palabras su posición respecto a la depresión: "Cuando la persona melancólica sufre un insoportable desengaño infligido por su objeto de amor, tiende a expulsarlo y destruirlo como si se tratara de heces. Cumple a continuación el acto de introyectarlo y devorarlo, acto que es una forma específicamente melancólica de identificación narcisista. Su sádica sed de venganza puede satisfacerse ahora atormentando al yo, actividad que es en parte fuente de placer" (1916).

Considera como factores predisponentes de la depresión:

1. Un factor constitucional ligado con una excesiva acentuación del erotismo oral
2. Una especial fijación al nivel oral, expresada en la vida diaria por desproporcionadas lamentaciones ante las frustraciones y excesivas actividades orales
3. Un daño severo al narcisismo infantil producido por sucesivos desengaños amorosos, que llevan al prototipo infantil de depresión denominado "paratimia primaria"
4. Aparición del primer desengaño amoroso antes de que los deseos edípicos hayan sido superados
5. Repetición del desengaño original en épocas posteriores de la vida.

Freud identifica tres factores condicionantes para la melancolía:

1. La pérdida del objeto
2. Un alto grado de ambivalencia
3. Una regresión libidinal en el yo

Aunque los tres factores son necesarios, sólo el último es específico de la melancolía.

Freud (1917), en su obra *Duelo y Melancolía*, menciona que el mecanismo básico de la melancolía es la introyección de un objeto

perdido y la redirección de la ambivalencia, originalmente dirigida al objeto, contra el objeto interiorizado, ahora parte inherente del Yo. El efecto de este mecanismo es una reorientación hacia el Yo de los impulsos agresivos originalmente dirigidos hacia el objeto ambivalente.

En esta obra, Freud habla de relaciones objetales más que de represión, bosqueja una instancia que habrá de convertirse en el superyó y atribuye al yo una mayor participación en la patología. Modifica el contenido del inconsciente, incluyendo ahora objetos tanto como afectos e ideas.

Indica que los autorreproches que se hace el paciente melancólico son en realidad contra alguien que el paciente ama, amó o debería haber amado, y se han desviado hacia el yo del propio paciente.

Postula que en la infancia el futuro melancólico estableció una intensa relación objetal que resultó deteriorada por el desengaño causado por la persona amada, y que la libido liberada por la ruptura se retrajo hacia el yo, y las pérdidas ulteriores reactivan la pérdida original y hacen que la furia del paciente se descargue contra el objeto que infligió la decepción original, que ha quedado fusionado con parte de su propio yo. En estos casos el sadismo es tan grande que el paciente llega al suicidio en su afán de destruir por completo la imagen interna del objeto.

Rado (1956) estudió la depresión y la manía en función de una red de interrelaciones entre el yo, el superyó y el objeto amado y observó que antes del comienzo de un episodio depresivo el individuo atraviesa un período de rebeldía arrogante y encarnizada, que es la manifestación de la manera en que se comporta con el objeto amado durante sus períodos de normalidad. En este punto es importante mencionar que la seguridad y el

bienestar se presentan sólo cuando se sienten amados. Su autoestima depende en gran medida en la aprobación y reconocimiento de lo demás y adquieren una habilidad para lograr que los otros les demuestren amor. Pero cuando está seguro del amor del otro, lo trata con indiferencia, que poco a poco se convierte en control tiránico, provocando el distanciamiento de la persona amada, y cuando esta pérdida se produce, el individuo cae en la depresión y empieza a mostrarse compungido y contrito, implorando perdón y esperando recuperar al objeto perdido induciendo piedad y culpa. Si no lo recupera su melancolía avanza hacia una forma más maligna (psicótica) presentándose una lucha intrapsíquica, en la cual se renuncia a los objetos externos y el yo busca el perdón del superyó, que ha tomado el lugar del objeto amado.

El origen de esto está en la infancia cuando el niño aprendió que podría ser perdonado y recuperar el imprescindible amor de su madre en el momento en que exhibía una adecuada actitud de remordimiento.

La autoestima era el derivado directo de las reacciones parentales positivas y el niño internalizó la figura parental fuente de autoestima en una instancia intrapsíquica, el superyó. Pero el problema estriba en que introyecta dos figuras, una mala, que va al yo, y una buena que va al superyó. La lucha entonces es por lograr el perdón del yo, ya que ese amor es necesario para el individuo.

Para Fenichel (1945) el factor clave de la depresión era la caída de la autoestima, la cual es la vivencia que refleja la discrepancia entre la personalidad real y un estado ideal deseado. Este enfoque ha sido adoptado por los autores que se describen a continuación.

Jacobson (1946) postula que la mente se desarrolla a partir de una matriz indiferenciada por medio de la gradual formación de representaciones de sí mismo y de los objetos, o sea, imágenes internalizadas del propio sujeto y de otros individuos, mismas que pueden ser catectizadas con energía libidinal, agresiva o neutralizada, determinándose así los sentimientos del sujeto hacia sí mismo y hacia los demás según el tipo de energía recibida por cada representación. La desvaloración de objetos durante la infancia trae aparejada la desvaloración de sí mismo, ya que el niño está fusionado con la representación de los otros.

Para Jacobson la depresión se produce debido a una catectización agresiva del sí-mismo, con escasa diferenciación superyoica y ausencia de una adecuada separación entre las representaciones objetales y el ideal parental de la infancia. Plantea que el conflicto básico en todos los desórdenes afectivos es que la frustración provoca una reacción de rabia, que da lugar a tentativas hostiles de lograr la gratificación deseada, y si el yo no concreta este propósito, la agresión se vuelve hacia la imagen de sí mismo, lo que incrementa la discrepancia con la autoimagen ideal, llevando a una disminución de la autoestima.

Bibring (1953), define la depresión como la expresión emocional de un estado de indefensión e impotencia del yo, independientemente de los factores que puedan haber causado el colapso de los mecanismos que fundamentan su autoestima. Menciona que es el correlato emocional de un particular estado yoico. Compara la depresión con la ansiedad infiriendo que ambas son experiencias primarias.

Señaló que una de las características de los estados depresivos es la anulación o disminución del amor propio, el descenso de la autoestima. Estos pacientes se sienten desamparados frente a fuerzas superiores que les rodean o se sienten incapaces de

controlar o dirigir su ineludible destino. Se consideran víctimas de la soledad, del aislamiento y de la falta de amor y afecto. Además se sienten inherentemente débiles, inferiores y fracasados en la vida, desamparados e impotentes.

Reúne las depresiones normales, neuróticas y psicóticas bajo el común denominador de ser causadas por un mismo mecanismo básico, y pone énfasis en los factores ambientales y caracterológicos como predisponentes a las reacciones depresivas. Las experiencias traumáticas que son la base del material clínico para el diagnóstico de la depresión ocurrieron en la tierna infancia y establecieron una fijación del ego en ese estado de desamparo. Este estado es reactivado con cualquier situación que surja que se parezca a la condición original de shock.

Sandler y Joffe (1965) consideran también que la depresión es un afecto básico que es experimentado cuando el individuo cree haber perdido algo que era esencial para su bienestar y se siente incapaz de anular esa pérdida. Postulan que en la depresión se pierde la sensación de integridad narcisista y no un objeto específico. Conciben la depresión como la sensación de haber quedado privado de un estado ideal, vehiculizado a menudo por una relación con otra persona.

Diferencian entre depresión como respuesta psicobiológica básica que surge automáticamente ante las situaciones descritas y depresión clínica que es una elaboración ulterior o una persistencia anormal de la reacción básica displacentera.

De acuerdo a estos autores, la depresión produce un bloqueo de la agresión.

Klein (1948) habla de dos etapas básicas del desarrollo durante el primer año de vida, a las que denomina posiciones. La primera es

la posición esquizo-paranoide en la cual el bebé internaliza los objetos parciales buenos y malos, temiendo que los segundos destruyan a los primeros.

La segunda posición es la depresiva y surge durante el cuarto o quinto mes de vida, cuando el bebé empieza a percibir los objetos totales de la realidad que lo circunda. El bebé pasa por una crisis provocada por el temor de que la agresión, que ahora reconoce como propia, destruya los objetos buenos, tanto externos como internos, y su temor se denomina ansiedad depresiva, o sea, el temor que tiene de haber sido él mismo el causante de la pérdida o destrucción de su sensación de bienestar.

El bebé puede sentirse inhibido y deprimido. La resolución normal consiste en que reconozca que aunque sus acciones o deseos pueden haber causado la pérdida temporal de los objetos buenos, éstos pueden ser recuperados mediante las adecuadas maniobras restitutivas. Los Kleinianos postulan que por lo menos la mayoría de las actividades creativas de los adultos son reparaciones simbólicas de los deseos destructivos infantiles.

Spitz (1946) denomina Depresión Anaclítica al desinterés progresivo hacia el ambiente, pérdida de apetito y un trastorno del desarrollo general, y se da en niños que sufren una carencia emocional en relación con la separación.

Para Winnicott (1955) la posición depresiva aparece en el momento del destete, y si todo va bien se alcanza en la segunda mitad del primer año de vida.

Castilla del Pino (1978) menciona que en cualquiera de las posiciones anteriormente citadas se advierte que es la primera vez que en el niño puede aparecer angustia inherente al sentimiento de culpa: la separación del objeto amado puede

depender de la culpa del sujeto, culpa que todavía, no puede remitir a las inherentes a las situaciones edípicas.

Cameron (1982) indica que las reacciones neuróticas depresivas son desórdenes del humor en los que se expresan la tensión y la ansiedad en forma de abatimiento y subestimación de sí mismo, alteraciones somáticas y quejas repetidas acerca del sentirse inferior, desesperado y despreciable.

En resumen esta teoría resalta los aspectos inconscientes de la personalidad y sobre todo la influencia sobre el adulto de lo vivido durante su infancia, que en términos generales es la etapa en la cual se determina si el sujeto padecerá la enfermedad o no.

#### **Teoría Interpersonal y Cultural**

Cohen y colaboradores (1954) en un estudio que realizaron con doce pacientes depresivos toman en cuenta la atmósfera familiar en que crece el futuro individuo depresivo, el efecto del paciente sobre otras personas y las características generales de la personalidad depresiva.

Observaron que las experiencias infantiles conformaban una definida estructura de la personalidad constante en los doce pacientes. Una de las características sobresalientes era la incapacidad de apreciar a la otra persona, salvo en función de las propias necesidades. También el temor a quedar abandonado, por lo que rehuyen las confrontaciones o la competencia directa. El factor más constante era una sensación interna de vacío y una permanente necesidad de apoyo que las figuras externas debían satisfacer. Siendo la predisposición del individuo a una descompensación clínica el hecho de interrumpir el vínculo con la persona de quien depende. Si no se da la unión nuevamente

sobreviene la depresión psicótica o la negación maníaca de la otra persona.

La corriente culturalista propone una interpretación de la depresión en la cual el acento está puesto en la reacción a las exigencias sociales, el efecto que la sintomatología produce en los demás y la utilización de la depresión para satisfacer objetivos anormales. Alfred Adler en su libro titulado *Melancholie*, escrito en 1914, (Ansbacher y Ansbacher, 1956) afirma que los depresivos tratan de respaldarse siempre en los otros y no desdennan el recurso de exagerar sus propias debilidades para forzar el apoyo, la adaptación y el sometimiento de los demás. Menciona que ninguna otra enfermedad psicológica incide en el ambiente tanto como la melancolía, ni le hace más patente su indignidad.

Adler (1961) menciona que el depresivo se esfuerza constantemente por afirmar su enfermedad, para hacer prevalecer su voluntad por sobre los demás para obligarlos a sacrificarse, para frustrar todas sus tentativas de ayudarlo, para culparlos de una situación y para liberarse de toda obligación y cooperación social.

La depresión no es simplemente un conjunto de síntomas que conforman una enfermedad periódica, sino una práctica, una modalidad cotidiana de interacción. Toda interferencia con este tipo de funcionamiento produce una manifestación externa de depresión clínica, tendiente a coaccionar al ambiente con el fin de que permita al individuo restablecer sus actitudes interpersonales habituales. Los principales componentes patológicos de este específico modo de vida son las tendencias manipuladoras, la aversión a la influencia de los demás, la renuencia a brindar gratificación, una sensación básica de hostilidad y la vivencia de ansiedad.

Menciona que la etiología de la depresión en el adulto se halla en una infancia carente de estímulo y el respeto que debieron proveer los padres.

En resumen esta teoría viene a resaltar la necesidad del apoyo y aceptación social del individuo para poder evitar el padecimiento depresivo.

### **Teoría Existencialista**

La corriente de pensamiento existencialista proporciona un panorama más detallado y preciso del mundo subjetivo del individuo y constituye un complemento significativo de los conocimientos derivados de otros enfoques psicoanalíticos.

El análisis existencial describe al mundo fenomenológico del paciente, sin recurrir excesivamente a conceptos no experienciales (como la dinámica inconsciente) ni a determinados hechos causales (como los factores hereditarios o los traumas infantiles). Es el examen del mundo tal como lo intuye la conciencia activa, sin estructuras preconcebidas.

Arieti (1974) resumió algunos estudios existencialistas realizados por Le Mappian, Ey y Sommer, quienes destacan la importancia de la distorsión temporal de la experiencia de la depresión: hay una exagerada preocupación por hechos del pasado, que están constantemente presentes en la mente y que el individuo utiliza para torturarse con recriminaciones culposas.

En resumen, esta teoría resalta los aspectos subjetivos del individuo, lo que viene a producir un padecimiento depresivo que debe estar fundamentado sólo en experiencias vividas por el sujeto, en lo que éste intuye, no en algo ya preconcebido.

### **Teoría Cognitiva**

Beck (1963, 1964, 1967a, 1967b, 1970b, 1971) asegura que la secuencia en que la percepción lleva a la cognición y emociones en la gente normal, existe también en los depresivos. Pero a diferencia de las cogniciones normales, las de los depresivos están dominadas por procesos y contenidos idiosincráticos, determinando éstos la respuesta afectiva en las personas que padecen este trastorno.

Beck divide la conceptualización de los pacientes depresivos en la "triada cognitiva": El paciente ve su mundo, a sí mismo y su futuro de una manera negativa. Estas percepciones van en incremento, aumentando así la depresión de la persona, que al sentirse rechazada se siente triste. Le sobreviene una disminución de su voluntad y desea escapar. Cuando estos sentimientos se intensifican y se unen a la desesperanza, el sujeto se vuelve dependiente en extremo y puede intentar el suicidio.

Beck (1988) menciona que durante la depresión se da un cambio en la manera en que la gente elabora la información, lo cual conduce a una predisposición negativa para hacer observaciones. Además, surge una tendencia a sacar conclusiones rápidas a base de jirones y fragmentos de pruebas que conducen a un juicio repentino basado en el leve hilo de una prueba o de ninguna, y se tiende a exagerar la manera de pensar. Indica que el sistema de codificar sucesos particulares está predispuesto de un modo uniforme.

Beck vincula la depresión con una pérdida significativa, que a su vez da lugar a distorsiones cognitivas. Menciona que la tristeza del paciente es una consecuencia inevitable de su sensación de privación, pesimismo y autocrítica.

Su teoría habla de los resultados de la depresión, más no de sus causas. Afirma que una vez lograda la recuperación clínica, el individuo deja de distorsionar sus experiencias.

Melges y Bowlby (1969) resaltan la importancia de la desesperanza en la depresión. Consideran que un depresivo siente desesperanza por su futuro cuando:

1. Cree que sus habilidades no seguirán siendo efectivas para alcanzar sus metas.
2. Cree que ha fallado por su incompetencia y debe depender de otros.
3. Siente que sus esfuerzos anteriores para las metas a largo plazo han fallado.

Sin embargo, aunque el sujeto se sienta incapaz de alcanzar sus metas, éstas siguen teniendo importancia para él.

Lichtenberg (1957) agrega a lo anterior la culpa que se adjudica el depresivo por sus fallas, y describe tres tipos de depresión que van desde poco severa hasta muy severa.

Schmales (1958) y Engel (1968) indican que la desesperanza y el sentirse indefenso ocasionan que una persona se deprima, así como que se enferme o quizá hasta muera.

Mowrer (1969) consideró que la depresión se debe a la inhibición del trabajo. La terapia que propone consiste en repudiar el trabajo y pedir abiertamente amor a los demás. También indica que las distorsiones cognitivas son muy importantes.

En resumen, esta teoría lo que nos viene a proponer es que la manera que tiene el sujeto de ver la vida y verse a sí mismo, es

lo que viene a determinar su padecimiento. Si su visión, o sus pensamientos son negativos, le sobrevendrá la depresión.

### **Teoría Conductista**

Ferster (1965) describió la patología conductual como un resultado directo de la interacción del individuo con el medio ambiente y la historia de sus reforzadores. Habla de un análisis topográfico y uno funcional de la conducta.

El topográfico sólo describe lo que ha ocurrido, sin referirse a antecedentes o consecuencias. El funcional, que él consideraba el más importante, describe la relación de la conducta con el medio ambiente y específica que se deben controlar los eventos medio ambientales que puedan ser manipulables. Consideró la depresión como la frecuencia de emisión de reforzamiento positivo más baja de la conducta. De tal manera que, un análisis funcional de las variables que controlan la emisión de esa conducta es aplicable directamente tanto a la etiología como a la terapia de la depresión. Consideraba los desórdenes del pensamiento y del estado de ánimo como factores secundarios.

Moss y Boren (1972) continuando con los trabajos de Ferster encontraron que las dos condiciones más importantes asociadas con la depresión son el reforzamiento positivo insuficiente y el control aversivo.

Seligman y Maier (1967), trabajando con perros, descubrieron una reacción a la que llamaron **desamparo aprendido**. Después de exponer a los perros a estímulos negativos llegaba un momento en que se daban por vencidos, ya no los eludían, más bien aprendían a soportarlos resignadamente.

Seligman aplicó estos hallazgos a la depresión del ser humano y sugirió que el manejo de las técnicas adaptativas que sirven para enfrentar situaciones dolorosas se halla bloqueado en el depresivo, que en cambio aprende a ser indefenso. En la base de esta teoría se halla la hipótesis de que el depresivo no ve relación alguna entre sus respuestas y el apoyo que recibe del ambiente. La experiencia de repetidas situaciones de prueba, en las que comprobó que sus esfuerzos no le redituaban recompensa alguna, hace que este conjunto de actitudes aprendidas se generalice y quede internalizado como un rasgo de la personalidad. La depresión surge cuando el individuo siente haber perdido todo control sobre las respuestas de los otros, y debido a su reconocida indefensión se considera incapaz de modificar su situación negativa.

Lazarus (1968) también ve la depresión como una función de reforzadores insuficientes o inadecuados. Su innovación con respecto a Fester fue el presentar métodos terapéuticos.

Lewinsohn, Weinstein y Shaw (1968) consideran que también estados orgánicos tales como falta de habilidad social pueden provocar la depresión.

Costello (1972) no está de acuerdo con el punto de vista de la pérdida de reforzamiento de la depresión. Alegaba que estas teorías explicaban la pérdida de interés sólo de las partes del medio ambiente relacionadas con el reforzador y que no explican la pérdida general de interés característico de la depresión. Declaró que una pérdida en la efectividad del reforzador causa depresión y que esa pérdida puede ser debido tanto a cambios neurofisiológicos como bioquímicos al rompimiento de una cadena de conductas.

También se encuentran dentro de este ramo varios estudios sobre depresión en animales, algunos de los cuales serían los de McKinney, Suomi y Harlow (1971), Suomi y Harlow (1972), y Suomi (1973).

Existe la Teoría Paradigmática conductual de aspectos emocionales-motivacionales de aspectos de la personalidad de Staats, que estipula que los estímulos positivos servirán como reforzadores positivos y determinarán lo que el individuo aprenda. Estos estímulos emocionales positivos servirán como incentivos y producen conductas aceptables, y los negativos darán como resultado conductas de escape y evitación. De esta manera el sistema emocional-motivacional de cada individuo determinará su conducta (Rose y Staats, 1988).

Rose and Staats (1988) proponen la hipótesis que la intensidad de la depresión es en función de la cantidad de reforzadores positivos recibida por una persona.

En 1985 Staats y Herby (Rose and Staats 1988) crean una teoría que dice que las causas de la depresión son:

- a) Los repertorios individuales de la personalidad, incluyendo el sistema emocional-motivacional, el sistema individual lenguaje-cognición y las habilidades sensorio-motoras.
- b) El ambiente actual del individuo ya que éste determina los estímulos emocionales positivos o negativos que el individuo puede experimentar. La depresión se da en base a la "cantidad".

Lewinsohn presenta teorías muy semejantes a las de Staats, y hace hincapié en los déficits de habilidades sociales, situación que se considera como un antecedente para el desarrollo de un episodio depresivo (Herbert, Nelson-Gray, Herbert, 1992).

Herbert, Nelson-Gray, Herbert (1992) presentan una nueva teoría en la cual el énfasis es puesto en los procesos cognitivos. A pesar de esto prevalece el entrenamiento en habilidades sociales.

Coyne (Herbert, Nelson-Gray, Herbert, 1992) menciona que la conducta depresiva y los patrones interpersonales disfuncionales forman un círculo vicioso. Los depresivos son mal vistos por las demás personas.

En resumen esta teoría se enfoca en la insuficiencia de reforzadores positivos como la causa principal de la depresión.

#### **Teoría Cognitivo-Conductual**

Beck (1970a) dice que se puede suponer que se podrá denominar cognitiva a cualquier técnica cuyo modo principal de acción sea la modificación de patrones erróneos de pensamiento.

Freeman (1983) define a la Terapia Cognitiva como una forma de tratamiento a corto plazo, que se caracteriza por ser activa, directiva, y en la que terapeuta y paciente trabajan de forma conjunta. Su meta es ayudar a los pacientes a que descubran su pensamiento disfuncional e irracional, comprueben en la realidad su pensamiento y su conducta y construyan técnicas más adaptativas y funcionales de respuesta, tanto inter como intrapersonalmente.

El terapeuta se centrará más en la reestructuración del pensamiento que en su reformulación, en la interacción más que en la interpretación, en la dirección más que en la no dirección y en la colaboración más que en la confrontación.

Se le enseña al paciente cómo desarrollar mejores estrategias de afrontamiento para ayudarle a manejar sus circunstancias de vida. El paciente debe aprender a hacerlo por sí mismo.

En resumen esta teoría nos habla de la importancia de la modificación de los patrones erróneos y de los pensamientos irracionales que tienen los sujetos para poder lograr una salud mental, y así evitar cualquier padecimiento, en este caso el de la depresión.

Como se ha visto los antecedentes históricos de la depresión se remontan a tiempos muy antiguos lo que nos indica que es un padecimiento que ha tenido suma importancia desde hace mucho tiempo. Así también, las distintas escuelas psicológicas se han interesado y preocupado estudiándola y proponiendo distintas teorías al respecto.

Una vez analizado lo anterior, podemos proceder a hablar sobre su definición y clasificación, así como de sus síntomas y su etiología, situaciones que serán expuestas en el siguiente capítulo.

## CAPITULO II

### II. 1. DEFINICION DE LA DEPRESION

Con frecuencia las personas normales dicen que están deprimidas cuando experimentan cualquier disminución de su estado de ánimo habitual, así una persona que se siente momentáneamente triste o sola puede afirmar que está deprimida. Aquí surge la duda de si este estado de ánimo normal equivale o está relacionado con la sensación experimentada en el estado anormal de depresión (Beck, 1967b).

El término depresión se utiliza a menudo para designar un patrón complejo de modificaciones emotivas, cognoscitivas y de la conducta que no se presenta como un trastorno psiquiátrico definido. El síndrome depresivo puede acompañar en ocasiones a un trastorno psiquiátrico definido como la reacción esquizofrénica; en este caso el diagnóstico sería "reacción esquizofrénica con depresión". Otras veces puede ser secundario a un padecimiento cerebral orgánico, como parálisis general o arteriosclerosis cerebral (Beck, 1967b).

Al término depresión generalmente se le añade algún adjetivo que indica el tipo o forma particular de que se trata. Cuando es concebida como una entidad clínica específica, se atribuyen a la depresión ciertas cualidades constantes, además de sus signos y síntomas característicos. Estas cualidades incluyen un tipo determinado de iniciación, evolución, duración y resultado (Beck, 1967b).

La semejanza entre la depresión y el abatimiento de las personas normales ha llevado al concepto de que el estado patológico es simplemente una exageración del normal. Esto, que es conocido como la *hipótesis de la continuidad*, ha tenido seguidores como

Adolph Meyer de la escuela psicobiológica, y los ambientalistas; y opiniones en contra como la de Kraepelin y sus seguidores, y la escuela somatogénica (Beck, 1967b).

## II. 2. CLASIFICACION Y SINTOMAS DE LA DEPRESION

Antes de entrar a lo que son en sí las distintas clasificaciones existentes de la depresión y los síntomas de esta alteración es importante el poder tener el diagnóstico de la misma.

A menudo la queja principal de los pacientes deprimidos señala inmediatamente el diagnóstico de depresión, pero a veces sugiere la existencia de un trastorno físico (Beck, 1967b).

Los siguientes aspectos pueden ser índice de sospecha de que existe depresión:

- Fatiga
- Dolor, el cual es somatizado y va cambiando de lugar día a día
- Alteración del sueño
- Ansiedad e irritabilidad
- Trastornos gastrointestinales

La apariencia de un sujeto deprimido es de derrota, tiene la vista baja, se ve lento, por tal motivo hay que realizar el siguiente examen del estado mental:

- Apariencia
- Orientación
- Lenguaje
- Memoria
- Comportamiento

Se debe tener cuidado ya que la depresión puede enmascarse, como por ejemplo con:

- Fatiga crónica
- Desazón
- Cefalea

Hernández y Carroble (1983) hacen una clara diferenciación entre diagnóstico y evaluación, aunque a simple vista parezcan lo mismo. Dice que el diagnóstico parte del supuesto de que existe una enfermedad, asume un procedimiento que examina los signos sobre los que se funda ésta y tiende a una valoración o juicio diagnóstico desde la cual ordenar y disponer ciertos tratamientos.

La evaluación se interesa por la precisión y el rigor de las mediciones, sin enlazar estos resultados ni con unas causas determinadas ni con unas decisiones terapéuticas forzadas. La evaluación debe servir al diagnóstico.

El diagnóstico médico, basado en el examen de los signos y síntomas, depende en gran medida de las técnicas de evaluación que se empleen.

Hernández menciona que existen diferentes criterios para la evaluación de la depresión:

a) Criterio clínico

El modelo tradicional de evaluación clínica se fundamenta en la sintomatología, pero Hernández y Carroble mencionan que todos los síntomas considerados como privativos de la depresión pueden no serlo: tristeza, disminución del deseo sexual, inhibición psicomotora, cansancio, etc., éstos pueden estar anunciando alguna otra alteración.

b) Criterio neurofisiológico

Dentro de este criterio está el EEG, el cual no es muy confiable más que para ver las diferencias entre la depresión y la manía.

Lo más útil son los potenciales evocados, que es una técnica inofensiva y se puede usar todas las veces que sea necesario para el seguimiento y el control terapéutico de los pacientes. Es el estudio sistemático de las medidas de amplitud y latencia de las respuestas, de su variabilidad en función de la variabilidad estimular y de los intervalos con que se presentan estos estímulos del fármaco administrado al paciente.

De acuerdo a los estímulos suscitadores empleados existen tres tipos de potenciales evocados:

- Somatosensoriales
- Auditivos
- Visuales

c) Criterio bioquímico

Cualquier depresión se manifiesta en un organismo vivo y por lo tanto implica la presencia de mecanismos neurofisiológicos y alteraciones bioquímicas. No se puede negar que exista un acontecimiento precipitante sólo porque éste no ha saltado a la vista del terapeuta. En toda depresión se van a combinar componentes psicológicos y psicológicos o biológicos. Estos últimos no siempre tienen que provenir de un desarreglo físico, pueden ser funcionales. Esto es, representan sólo modificaciones de ciertas funciones del organismo, pero no de las estructuras anatómicas.

Nos menciona que lo más estudiado al respecto son los neurotransmisores y habla de dos hipótesis:

A) Hipótesis Catecolaminérgica

Indica que hay un déficit de Noradrenalina en determinadas regiones cerebrales, y que esto ocasiona la depresión.

B) Hipótesis Indolaminérgica

Indica que en ciertos depresivos hay un decremento de los niveles funcionales de serotonina cerebral.

d) Criterio conductual

Constituye uno de los más amplios paquetes de instrumentos de evaluación en el campo de la depresión.

Tiene tres procedimientos fundamentales:

- Entrevista
- Escalas de evaluación conductual
- Técnicas de observación y de registro

Polaino (1980) menciona que la insuficiencia de criterios sintomatológicos causa la inconsistencia de las clasificaciones existentes.

Tanto el CIE10 como el DSMIII-R clasifican la depresión en tres grandes rubros. La diferencia entre estos grados se basa en una valoración clínica que incluye el número, el tipo y la gravedad de los síntomas presentes:

**Leve**

Este enfermo suele encontrarse afectado por síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y

social, aunque probablemente no las deje por completo. Pueden presentarse o no síntomas somáticos.

#### **Moderada**

Varios de los síntomas se presentan en grado intenso. Se trata de enfermos con grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica. Se presenta con o sin síntomas somáticos.

#### **Grave**

El enfermo suele presentar mucha angustia y el riesgo de suicidio es importante, estando casi siempre presentes los síntomas somáticos. No es probable que pueda seguir con su actividad laboral, social o doméstica más que de manera muy limitada. Esta modalidad también se puede presentar con síntomas psicóticos como ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo.

De acuerdo al DSMIV los Desórdenes del Estado de Animo se dividen en:

1. Episodios del Estado de Animo
  - a) Episodio Depresivo Mayor
  - b) Episodio Maniaco
  - c) Episodio Mixto
  - d) Episodio Hipomaniaco
  
2. Desórdenes Depresivos
  - a) Desorden Depresivo Mayor
    - Crónico
    - Con características catatónicas
    - Con características melancólicas
    - Con características atípicas
    - De aparición Post-Partum

- b) **Desorden Distímico**
  - c) **Desorden Depresivo No Especificado**
3. **Desórdenes Bipolares**
- a) **Desórdenes bipolares I**
  - b) **Desórdenes bipolares II**
  - c) **Desórdenes ciclotónicos**
  - d) **Desórdenes Bipolares No Especificados**
4. **Otros Desórdenes del Estado de Animo**
- a) **Desorden del Estado de Animo debido a una condición médica general**
  - b) **Desorden del Estado de Animo debido a la inducción de una sustancia**
  - c) **Desorden del Estado de animo sin especificación**

Beck (1967b) menciona que hay quienes subdividen el síndrome depresivo en diversos sentidos, dando como resultado varias dicotomías:

1. Esta división intenta establecer la causa fundamental de la depresión.

1a) *Depresión Endógena*

Beck (1967b) y Calderón (1984) mencionan que ésta es causada por factores internos, tales como problemas bioquímicos, hormonales o genéticos, y su comienzo puede ser insidioso, sin motivo aparente que lo justifique.

Mendels (1970) menciona que este tipo de depresión se caracteriza por retardo, depresión severa, falta de reacciones ante el medio ambiente, pérdida de interés en la vida síntomas somáticos, estrés no precipitante, insomnio, falta de auto-compasión, antecedentes de episodios previos,

pérdida de peso, culpa, ausencia de síntomas de personalidad histérica o inadecuada, y suicidio.

**1b) Depresión Exógena**

Es causada por factores externos, tales como estrés, traumas psicológicos, y conflictos. Su comienzo es súbito (Beck, 1967b y Calderón, 1984).

Mendels (1970) indica que sus características son: menos retardo, depresión menos severa, mayor reacción hacia el medio ambiente, menor pérdida de interés en la vida, muy pocos síntomas somáticos, estresores precipitantes, menos insomnio, mayor auto-compasión, menos pérdida de peso, menos culpa y más síntomas histéricos o de personalidad inadecuada, así como menos suicidios.

2. Esta distinción se basa en el grado de reactividad a sucesos externos:

**2a) Depresión Autónoma**

Se trata de los casos con evolución continua sin responder a ninguna influencia ambiental favorable (Beck, 1967b).

**2b) Depresión Reactiva**

Se trata de los casos en que se responde favorablemente al confortamiento y la comprensión (Beck, 1967b).

3. Beck (1967b) y Calderón (1984) encuentran un límite definido entre Depresión Psicótica y Neurótica.

**3a) Depresión Psicótica**

En la cual los factores genéticos juegan un papel muy importante. Se caracteriza por la seria alternación de la

personalidad, pérdida de la autocrítica y choque importante con el medio.

**3b) Depresión Neurótica**

En ésta la personalidad del sujeto ha sido muy mal integrada durante la etapa evolutiva, debido a problemas importantes que se presentan durante la infancia o la adolescencia.

Calderón (1984) da una tercera división dentro de este mismo rubro, y es la siguiente:

**3c) Depresión Simple**

La personalidad no sufre ningún trastorno, por lo que se le considera como un trastorno psiquiátrico en el sentido hasta ahora reconocido para el término: el enfermo es una persona con un estado satisfactorio de salud mental, cuyos problemas psicológicos, ecológicos o sociales le han provocado un desequilibrio bioquímico que afecta al metabolismo de las aminas biógenas cerebrales, originando el cuadro depresivo.

Estopier (1989) menciona que hay pacientes con depresiones disimuladas cuyo componente afectivo es escondido o negado y habla sobre las Depresiones Sonrientes o Disimuladas, que son cuando el sujeto no da muestras del síndrome, la apariencia ante la sociedad es de una adaptación positiva y una realidad contraria a lo que se está viviendo. Realmente se deprimen cuando hay una interpretación de su aislamiento y su negativa. Los sentimientos de privación y empobrecimiento se refuerzan viendo la felicidad de los demás.

Winokur (1973) menciona tres categorías de depresión:

1. Sufrimiento normal, que es lo equivalente a la depresión reactiva.

2. Depresión secundaria, que es un episodio depresivo con la presencia de psicopatología no afectiva preexistente.
3. Desorden afectivo primario, que es la manía o la depresión sin otro desorden psiquiátrico. Este a su vez está dividido en:
  - a) Unipolar
    - Enfermedad puramente depresiva
  - b) Bipolar
    - Maníaco - depresivo

Beck (1967b) habla de las quejas principales del paciente deprimido, las cuales divide de la siguiente manera:

1. **Psicológicas:** Estoy deprimido; No tengo nada que esperar; Temo estar solo; No tengo ningún interés; No puedo recordar nada; Me siento desanimado y lastimado; Me entristezco y me encolerizo de pronto; Hago tantas tonterías; Estoy muy confuso; A veces me siento muy infeliz; Me quedo en casa cavilando.
2. **Somáticas localizadas:** Siento la cabeza pesada; siento apretada la garganta; Me duela la cabeza; Orino con mucha frecuencia; Siento la cabeza como un globo que va a reventar; Tengo el estómago revuelto.
3. **Somáticas generalizadas:** Cansado; Estoy agotado; Me siento rendido; Me canso fácilmente; Muy nervioso, sobre todo por la noche; No puedo trabajar, me siento débil; Tiemblo como una hoja.
4. **Somáticas y psicológicas:** Me siento aterrorizado y no puedo respirar; Siento el cuello rígido, y a veces me pongo a llorar.

5. **Somáticas generales y locales:** Me cuesta trabajo respirar y todo me duele; No tengo fuerzas y siento débiles los brazos; No puedo trabajar.

Beck (1967a) en base a un estudio que realizó con 966 pacientes psiquiátricos identificó cuatro clases de síntomas, clasificación que sigue usándose hasta este momento. Indica que cada síntoma de la depresión puede tener distintos grados de intensidad, y los más leves son sin duda similares a los observados en personas normales que se sienten tristes (Beck, 1967b).

#### 1. *Síntomas Afectivos*

- a) **Animo Abatido.** Entre los adjetivos empleados por los pacientes deprimidos para responder a la pregunta ¿Cómo se siente usted? están: desdichado, sin esperanza, abatido, triste, solo, infeliz, descorazonado, mortificado, avergonzado, preocupado, inútil, culpable.  
*Leve:* El paciente informa que se siente abatido o triste, sentimiento que fluctúa en el transcurso del día.

*Moderada:* La disforia tiende a ser más pronunciada y persistente, y varía en el transcurso del día, a menudo es peor durante la mañana y tiende a disminuir a medida que avanza el día.

*Intensa:* El paciente suele decir que siente "sin esperanza" o "desdichado", y que es algo que no pueden soportar.

- b) **Auto-desagrado.** Su opinión sobre sí mismo es "no valgo nada".

*Leve:* El paciente declara que se siente decepcionado de sí mismo. Este sentimiento va acompañado de ideas como "Le he fallado a todos... Si me hubiera esforzado más, quizás lo habría logrado".

*Moderada:* El sentimiento de autodesagrado es más intenso y puede transformarse en disgusto consigo mismo. Esto se acompaña de ideas como "Soy un inútil... no hago nada bien... no sirvo para nada".

*Intensa:* El sentimiento puede progresar hasta el punto de que el paciente se odie a sí mismo. "Soy una calamidad... no merezco vivir... soy despreciable... me aborrezco".

- c) **Insatisfacción.** Este sentimiento es tan penetrante en los pacientes deprimidos, que muchos de ellos lo consideran la manifestación principal de su enfermedad.

*Leve:* El paciente se queja de que ha perdido algo de la alegría de vivir. Es característico que las actividades que implican responsabilidad le satisfacen menos que antes.

*Moderada:* El paciente se siente aburrido gran parte del tiempo.

*Intensa:* El paciente no encuentra ningún placer en actividades que antes le agradaban, e incluso puede sentir aversión por ellas.

- d) **Indiferencia Afectiva.** La pérdida del sentimiento de satisfacción suele ir acompañada de una pérdida de la relación emocional con otras personas o actividades.

Esto se manifiesta por una disminución del interés del paciente en determinadas actividades o de su afecto o preocupación por otras personas, incluyendo familiares.

*Leve:* Disminuye un tanto el grado de entusiasmo o dedicación por una actividad.

*Moderada:* Se puede llegar hasta la indiferencia.

*Intensa:* La pérdida de interés por los demás puede progresar hasta la apatía.

- e) **Accesos de llanto.** Los accesos de llanto son frecuentes en los pacientes deprimidos.

*Leve:* Aumenta la tendencia a sollozar o llorar. Los estímulos que no causaban llanto pueden hacerlo ahora.

*Moderada:* Durante la entrevista con el psiquiatra el paciente puede llorar al mencionar sus problemas, aunque se trate de un hombre que no ha llorado desde su niñez.

*Intensa:* Cuando ha llegado a esta etapa, el paciente que antes rompía fácilmente en llanto pueden encontrar que ahora ya no puede llorar aunque quiera. Puede sollozar, pero no tiene lágrimas.

- f) **Pérdida del sentido del humor.** Con frecuencia los pacientes deprimidos informan espontáneamente que han perdido su sentido del humor. El problema no parece consistir en la pérdida de la capacidad de entender o incluso de contar un chiste, sino más bien en que el paciente no responde al humorismo en la forma habitual.

*Leve:* Los pacientes que solían disfrutar oyendo o diciendo chistes encuentran que esto ya no les satisface como antes. Comentan que los chistes ya no le parecen graciosos. Ya no toleran tan bien como antes las bromas de sus amigos.

*Moderada:* El paciente puede entender un chiste e incluso esbozar una sonrisa, pero generalmente no le hace gracia. No es capaz de ver el lado gracioso de las cosas, y tiende a tomar todo muy en serio.

*Intensa:* El paciente no responde de ninguna manera a las bromas o chistes de otras personas. Mientras los demás pueden responder al contenido humorístico de un chiste, él tiende a reaccionar a sus elementos agresivos u hostiles y a sentirse lastimado o disgustado.

## 2. *Síntomas Motivacionales*

- a) **Pérdida de motivación.** Es una de las características sobresalientes de la depresión. Al paciente puede parecerle muy difícil ponerse en movimiento para realizar incluso las tareas más elementales e importantes, como comer, evacuar, o tomar los medicamentos para aliviar sus molestias. La esencia del problema parece ser que, aunque el paciente sabe qué debe hacer, no siente ningún estímulo interno para hacerlo.

*Leve:* El paciente descubre que ya no tiene el deseo espontáneo de realizar determinadas actividades, especialmente las que no le proporcionan ninguna satisfacción inmediata.

*Moderada:* La pérdida de deseo espontáneo se extiende a casi todas las actividades habituales del paciente.

*Intensa:* A menudo hay una completa parálisis de la voluntad. El paciente no siente ningún deseo de hacer nada, ni siquiera los actos esenciales para la vida.

- b) **Deseos de evasión, escape y aislamiento.** Es el deseo de escapar de la rutina de las actividades habituales. El individuo deprimido considera sus deberes aburridos, sin sentido o pesados y desea escapar hacia una actividad que le ofrezca tranquilidad o refugio.

*Leve:* El paciente experimenta una fuerte inclinación a evitar o posponer la realización de las cosas que considera difíciles o poco interesantes.

*Moderada:* Los deseos de evasión son más intensos y se extienden a una gama mucho más amplia de las actividades habituales del paciente.

*Intensa:* El deseo de evasión o escape se manifiesta por un marcado retraimiento. Una forma de escape que

generalmente se le ocurre al paciente muy deprimido es el suicidio.

- c) **Pensamientos suicidas.** Estos deseos son más frecuentes, aunque no exclusivos, de los pacientes deprimidos. El deseo de suicidarse puede tomar diversas formas. Puede ser experimentado como un deseo pasivo, como un deseo activo, como un pensamiento repetitivo, como una fantasía.

*Leve:* A menudo estos pacientes toman una forma pasiva. Aunque el paciente afirma que no haría nada para acelerar su muerte, puede encontrar atractiva la idea de morir.

*Moderada:* Los deseos suicidas son más directos, frecuentes y apremiantes. Existe un riesgo definido de que el paciente intente suicidarse, ya sea de manera impulsiva o premeditada.

*Intensa:* Los deseos suicidas tienden a ser intensos, aunque el paciente puede presentar demasiado retardo psicomotor para intentar suicidarse.

### 3. *Síntomas Cognoscitivos*

- a) **Baja valoración de sí mismo.** Al parecer la autodevaluación forma parte del patrón que sigue el paciente deprimido para considerarse a sí mismo deficiente en aquellas cualidades que son específicamente importantes para él: habilidad, eficiencia, inteligencia, salud, fuerza, atractivo personal, popularidad o fortuna.

*Leve:* El paciente reacciona exageradamente ante cualquiera de sus errores o dificultades, y tiende a considerarlos como un reflejo de su incompetencia o

como un defecto propio. Es posible corregir sus erróneas autovaloraciones, por lo menos temporalmente, presentándole pruebas adecuadas o razonando con él.

*Moderada:* La mayor parte de los pensamientos del paciente gira alrededor de su sensación de deficiencia, y tiende a considerar a las situaciones neutrales como manifestaciones de esa deficiencia. Sólo ve fracasos en su pasado y presente. Exagera el grado y la importancia de cualquier error. El paciente religioso tiende a cavilar sobre sus pecados.

*Intensa:* Las autovaloraciones del paciente alcanzan su punto más bajo. Se considera a sí mismo inservible, inepto y un completo fracaso. Afirma que es una carga para su familia. Los intentos por corregir estas ideas erróneas suelen ser infructuosos.

- b) **Pesimismo.** Los sentimientos de desesperanza antes mencionados están estrechamente relacionados con una actitud sombría y pesimista respecto al futuro.

*Leve:* El paciente tiende a esperar un desenlace negativo en las situaciones ambiguas o dudosas.

*Moderada:* Considera que su futuro no es prometedor y afirma que no tiene nada que esperar.

*Intensa:* Ve el futuro sombrío y sin esperanza. Cree que ninguno de sus problemas tiene solución.

- c) **Autoacusación y autocrítica.** Las insistentes autoacusaciones y autocríticas del paciente deprimido parecen estar relacionadas con su concepto egocéntrico de la causalidad y su tendencia a criticarse a sí mismo por sus supuestas deficiencias.

*Leve:* El paciente tiende a culparse y criticarse a sí mismo cuando no llega a satisfacer plenamente sus rígidos criterios perfeccionistas.

**Moderada:** El paciente tiende a autocriticarse severamente por cualquier aspecto de su personalidad o de su conducta que considere inferior a lo normal.

**Intensa:** El paciente es aún más exagerado en sus autoacusaciones y autocríticas. Se ve a sí mismo como un proscrito o un criminal, e interpreta diversos hechos externos como signos de reprobación pública.

- d) **Indecisión.** La dificultad para tomar decisiones, la vacilación ante las alternativas y los cambios de opinión son características depresivas que suelen ser muy molestas para los familiares y amigos del paciente y para él mismo. Tiene dos facetas: El paciente teme que va a tomar la decisión equivocada y al paciente le falta la motivación suficiente para realizar todas las operaciones mentales requeridas para llegar a una conclusión. Las decisiones cotidianas se convierten en verdaderos problemas para ellos.

**Leve:** Un paciente que normalmente podía hacer decisiones inmediatas nota que las soluciones no se le ocurren tan fácilmente como antes.

**Moderada:** La dificultad para tomar decisiones se extiende a casi todas sus actividades y abarca problemas tan triviales como qué ropa ponerse, qué camino seguir hasta la oficina y si irá o no a la peluquería.

**Intensa:** Generalmente, los pacientes muy deprimidos creen que son incapaces de tomar una decisión, y por lo mismo ni siquiera lo intentan.

- e) **Auto-imagen distorsionada.** A menudo el paciente deprimido tiene una imagen muy distorsionada de su aspecto físico, en especial las mujeres.

**Leve:** El paciente empieza a preocuparse en exceso por su aspecto físico.

**Moderada:** Aumenta la preocupación por el aspecto físico. El paciente cree que su aspecto ha sufrido un cambio desde que empezó su depresión, aunque no tenga ninguna prueba objetiva de esta idea.

**Intensa:** La idea de la falta de atractivo personal se hace más fija. El paciente cree que su aspecto es repulsivo y que la gente volverá la cara hacia otro lado al verlo.

#### 4. *Síntomas Físicos y Neurovegetativos*

- a) **Pérdida de apetito.** En muchos casos es el primer signo de una depresión incipiente, y su retorno puede ser el primer signo de que la depresión está empezando a ceder.

**Leve:** El paciente puede notar que ya no disfruta de sus comidas tanto como antes. También es algo menor su deseo de comer.

**Moderada:** El deseo de comer puede faltar casi por completo, y el paciente puede omitir alguna comida aún sin darse cuenta.

**Intensa:** El paciente puede tener que obligarse, o ser obligado, a comer, y puede llegar a sentir aversión por la comida. Después de varias semanas de depresión intensa, la pérdida de peso corporal puede ser considerable.

- b) **Trastornos del sueño.** La dificultad para dormir es uno de los síntomas más notables de la depresión, aunque también se presenta en una gran proporción de enfermos no deprimidos. Puede presentarse tanto insomnio como hipersomnio, siendo mucho más frecuente el primero, y puede ser inicial, medio y temprano, a diferencia de la

ansiedad, en donde sólo se presenta el insomnio temprano.

**Leve:** El paciente informa que se despierta de unos cuantos minutos a media hora antes de lo usual.

**Moderada:** El paciente se despierta una o dos horas antes de lo habitual, y con frecuencia informa que su sueño no es reparador.

**Intensa:** Con frecuencia, el paciente se despierta después de dormir sólo cuatro o cinco horas y no puede volver a dormirse. En algunos casos, los pacientes afirman que no han dormido nada y que se han pasado la noche "pensando".

- c) **Pérdida de la libido.** Se presenta alguna disminución del interés en el sexo.

**Leve:** Hay generalmente una ligera disminución del deseo sexual espontáneo y de la respuesta a los estímulos sexuales. Sin embargo, en algunos casos de depresión leve el deseo sexual parece estar aumentado.

**Moderada:** El deseo sexual está marcadamente disminuido y sólo responde a estímulos externos.

**Intensa:** Se ha perdido toda sensibilidad a los estímulos sexuales, y el paciente puede sentir una profunda aversión por el sexo, llegando incluso a no tener respuesta alguna.

- d) **Fatiga.** Se presenta un aumento en el cansancio. Esta tiende a presentar variabilidad en el transcurso del día, paralela al abatimiento del estado de ánimo y a la actitud pesimista. Se puede acompañar de retardo psicomotor.

**Leve:** El paciente nota que se cansa más fácilmente que antes.

**Moderada:** Generalmente el paciente se siente cansado desde que se despierta y casi cualquier actividad parece acentuar ese cansancio. El reposo, la tranquilidad y las distracciones no parecen aliviar esa sensación y, de hecho, pueden agravarla.

**Intensa:** El paciente se queja de que está demasiado cansado para hacer nada. Sin estímulo externo no parece ser capaz de movilizar sus energías ni siquiera para actividades sencillas, como vestirse.

Beck (1967b) menciona que los delirios que acompañan a la depresión pueden ser de varios tipos: delirio de insignificancia, delirio de haber cometido un pecado imperdonable y de estar recibiendo o esperando el castigo, delirios nihilistas, delirios somáticos y delirios de pobreza.

Coppen (1970) indica algunos otros síntomas aparte de los ya mencionados:

1. Exagerados rasgos mórbidos de la personalidad
2. Aumento de la ansiedad o de las obsesiones
3. Preocupaciones de tipo hipocondríaco
4. Trastornos de la conducta, como hurtos o robos en tiendas
5. Irritabilidad, con arranques agresivos, especialmente hacia otros miembros de la familia
6. Consumo exagerado de alcohol.
7. Fluctuación diurna de la intensidad de los síntomas, los cuales son más acentuados durante las primeras horas del día y mejoran al atardecer.

De acuerdo a Busto, Gutiérrez, García y Garrido (1994) los indicadores clínicos de presencia de un trastorno depresivo son los siguientes:

- 1) Manifestaciones verbales: disforia, quejas somáticas, culpabilidad.
- 2) Expresiones no verbales: sonrisas escasas, vocalización monótona, suspiros, ceño fruncido.
- 3) Actitudes Distorcionantes: perspectivas negativas; autocrítica.
- 4) Escasez de comportamientos constructivos. Déficits del aspecto personal, abandono de actividades sociales.
- 5) Incremento de actividades no productivas como sería el ir de un lado a otro.
- 6) Síntomas vegetativos: anorexia, estreñimiento.
- 7) Dificultad para relacionarse con otros.
- 8) Fantasías con contenidos autodespreciativos.

También indica que la depresión tratada de manera inadecuada o incompleta implica un fuerte riesgo de suicidio, mencionando que son especialmente peligrosos el período inicial de tratamiento, o al dársele de alta al enfermo. Recomienda que cuando un paciente hable de suicidio, se tenga una conversación con el cónyuge u otros miembros de la familia al respecto.

Cualquier síndrome depresivo tiene capacidad suficiente para afectar la totalidad del comportamiento humano. Este hecho depresivo es heterogéneo, fundamentalmente subjetivo, porque cada individuo lo manifiesta en forma diversa, ya que los factores socioculturales matizan el inicio, desarrollo, curso y respuesta al tratamiento de estos hechos depresivos.

Un aspecto importante de la depresión es la falla en la memoria, que en realidad es una disminución de la capacidad de concentración hacia afuera, y el aumento de concentración hacia adentro, hacia los problemas.

La depresión parece estar vinculada a cómo se configura y conceptualiza ésta, pero también al modo en que condiciona la forma específica de responder a los diversos tratamientos en función de cuáles sean las expectativas del paciente.

En algunas culturas, los cambios emocionales constituyen el núcleo fundamental de las manifestaciones depresivas. En otras, los cambios que se dan en las funciones cognitivas constituyen este núcleo fundamental. En las depresiones severas, en las que hay alucinaciones, ideas delirantes y otras manifestaciones, es fácil suponer que los factores socioculturales forzosamente imprimirán un determinado sesgo de esas alteraciones.

En una investigación realizada por Engelsmann (1982) se apuntan dos características diferenciales respecto del fenómeno depresivo, entre las culturas occidentales y orientales:

- a) La ausencia de sentimientos de culpabilidad.
- b) La intensidad de las somatizaciones en los enfermos depresivos pertenecientes a las culturas orientales.

Desde el punto de vista psicoanalítico el término de depresión se designa habitualmente tanto al cuadro clínico caracterizado por la presencia de elementos diversos: tristeza, inhibición psicomotriz, autorreproches, visión pesimista de la vida, etc., como al estado afectivo de la tristeza. En este último sentido se suele decir que alguien está deprimido cuando se encuentra triste, aún cuando falten todos los otros elementos mencionados.

Para Schneider (1967), la tristeza inmotivada y vital era la cuestión medular de la depresión melancólica, de la que serían derivados otros síntomas, como las alteraciones del pensamiento, la inhibición psicomotora y otros muchos desajustes vegetativos.

Para él la aparición de la tristeza depresiva se caracteriza por su incomprendibilidad, tanto para el paciente como para el clínico.

Polaino-Lorente (1985), en desacuerdo con Kurt Schneider, menciona que la tristeza no siempre es específica de la depresión, ni tampoco lo es la inhibición psicomotora o la disminución de las ambiciones y del nivel de aspiraciones del sujeto, o la inhibición de los impulsos sexuales y alimentarios, y el insomnio.

Sin embargo es común que se relacione la tristeza con la depresión, considerando a la primera como un síntoma inequívoco de la segunda.

Price (1991) menciona que existe el problema de distinguir adecuadamente entre causa y efecto: fueron los eventos adversos de la vida la causa de la depresión o fue ésta la causa de aquellos.

También menciona que el que una persona se critique a sí misma por sus síntomas depresivos es un círculo adicional de retroalimentación positiva. La crítica los deprime más, lo que incrementa sus síntomas, lo que aumenta su crítica, y así se sigue.

Contrariamente a lo que se pueda pensar de que los pacientes deprimidos se acercan de manera acelerada al desastre, éstos se quedan estancados, sin movimiento o cambio alguno. Los síntomas caen en un proceso homeostático.

Los círculos de retroalimentación negativa los generan los estímulos adversos y de recompensa.

De aquí se desprende la teoría de que hay una depresión estática y una depresión cambiante. La primera sirve para mantener al miembro deprimido de una relación en esa posición a pesar de la motivación a que se convierta en el no deprimido y a pesar de la conducta demandante y provocativa de éste último.

El otro tipo sirve para facilitar el cambio del miembro en la posición no deprimida a la deprimida, a pesar de la motivación para mantenerse no deprimido.

Aquí cabe mencionar que existen los trastornos psicológicos del postparto:

- Tristeza o depresión transitoria del postparto.
- Depresión del postparto.
- Psicosis puerperal.

De éstas, la primera es la más frecuente y se caracteriza por grados variables del trastorno del humor y del sueño, ansiedad, fatiga, autodepreciación, y a veces trastornos cognoscitivos y confusión.

Afecta al 20-80% de las parturientas y su duración es de sólo unos cuantos días, atribuyéndose a fenómenos biológicos, tales como la disminución de estrógeno y progesterona, la desaparición de las hormonas fotoplacentarias, etc. (Bonnin, 1992)

Estopier (1989) menciona que la depresión y la ansiedad rodean al climaterio femenino y conforman la base de la sintomatología psicológica propia del mismo.

Comenta que a las mujeres que están pasando por la etapa del climaterio les viene una depresión simple en la cual no hay trastornos de la personalidad y se acompaña de un satisfactorio

estado de salud mental, donde los problemas psicosociales afectan el metabolismo provocando un leve cuadro depresivo

Indica que durante el climaterio sobreviene una depresión fundamentada en la pérdida de la capacidad reproductiva, el poder de seducción, tersura y lozanía de la piel, bochornos, belleza corporal, hipocondriasis, tal como cefaleas, variaciones en el apetito sexual, conductas poco usuales y frecuencias de amistades y lugares algo dudosos, que provocan ridiculización y burla. La mujer se siente muy desvalida y poco útil.

De acuerdo a Yesavage (1994) la depresión no diagnóstica ni tratada en ancianos contribuye en gran medida a los problemas de suicidio. La actividad metabólica del cerebro disminuye con la edad. Indica que el flujo sanguíneo cerebral y el metabolismo oxidativo están muy reducidos en pacientes con depresión de inicio tardío en comparación con enfermos más jóvenes de depresión.

En los ancianos se da una disminución de concentraciones cerebrales de neurotransmisores tales como la serotonina, la dopamina, la noradrenalina y sus metabolitos. De aquí se desprende la conclusión de que debido al proceso de envejecimiento viene una predisposición a la depresión.

La depresión en ancianos tiende a confundirse con la demencia ya que entre los síntomas de ambas están la pérdida de la memoria y la falta de concentración. Para la diferenciación se debe ver si hay antecedentes prolongados de pérdida de memoria, desorientación, incontinencia, pérdida de contacto social, y de ser prolongados estos síntomas no es depresión, es demencia.

En la demencia las personas no pueden relacionarse con el médico de manera adecuada, responden disparatadamente. Tienen reflejos

primitivos, afasias y carencias motoras leves. Su deterioro cognoscitivo es amplio: orientación, memoria reciente, retención de números, funcionamiento intelectual.

En la depresión el deterioro cognoscitivo no cae dentro de un patrón neurológico razonable.

Las pruebas psicológicas más útiles para el diagnóstico de la depresión en ancianos son las siguientes:

- \* Mini-Mental State Examination
- Geriatric Depression Scale
- Hamilton Depression Scale (Binitie, 1975)
- Beck Depression Inventory (Beck, 1961; Beck, 1978)

Beck (1967b) menciona que se han observado depresiones asociadas a una gran variedad de trastornos no psiquiátricos. En algunos casos, la depresión parece ser una manifestación del trastorno fisiológico causado por una enfermedad orgánica o por agentes tóxicos. En otros, la depresión parece ser una reacción psicológica ante el hecho de padecer una enfermedad aguda o crónica; es decir, la enfermedad es un factor precipitante inespecífico. En cualquier caso, los síntomas depresivos no se diferencian de los que se observan en las depresiones primarias.

Indica que las afecciones agudas que alteran específicamente el funcionamiento normal del sistema nervioso pueden producir depresión, tales como las relacionadas con el alcohol, las drogas, los traumatismos craneales o los estados posapoplécticos. Las afecciones crónicas que causan este trastorno pueden ser arteriosclerosis cerebral, la demencia senil, la neurosífilis, la esclerosis múltiple, la desnutrición y diversos síndromes de

- \* Los instrumentos que no aparecen con su cita es porque no se tiene la fuente original.

deficiencia vitamínica. Así también se ha observado depresión como complicación del tratamiento con medicamentos tranquilizantes.

### II. 3. ETIOLOGIA DE LA DEPRESION

Las actitudes de los padres contribuyen a moldear el comportamiento de sus hijos, así como el nivel de aspiraciones, la tolerancia a la frustración, los estilos cognitivos, etc., que de una u otra forma están implicados en el hecho depresivo.

Bleichmar (1976) dice que se puede llegar al cuadro de la depresión por dos caminos, desde las ideas (depresión psicógena) y desde los afectos (depresión orgánica). Concluye que el núcleo de la depresión no se debe buscar ni en el llanto, ni en la tristeza, ni en la inhibición psicomotriz, pues todos ellos pueden faltar, sino en el tipo de ideas que poseen en común todos aquellos cuadros en los cuales por lo menos una de estas manifestaciones está presente.

Esta representación de un deseo como irrealizable, deseo al que se está intensamente fijado, constituye pues el contenido del pensamiento del depresivo, más allá de las formas particulares que tenga. La tristeza es la manifestación dolorosa ante este pensamiento; la inhibición, la renuncia ante el carácter de realización imposible que el sujeto atribuye al deseo; el llanto es el intento regresivo de obtener lo deseado por medio de la técnica que en la infancia reveló ser efectiva; el autorreproche, la respuesta agresiva, que se vuelve contra sí mismo, por la frustración del deseo.

Kuyken, Brewin, Power y Furnham (1992) determinaron en un estudio sobre las creencias causales de la depresión que los pacientes deprimidos tienden a atribuir la depresión a problemas

biológicos. Los psicólogos clínicos atribuyen un rol más importante a los procesos inconscientes y a la vulnerabilidad de la infancia.

Estas creencias son importantes durante el tratamiento de esta enfermedad, así como para su investigación.

De acuerdo a Calderón (1984), la etiología de la depresión es multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros según el cuadro.

Divide las causas de la depresión en:

1. *Causas Genéticas*

Calderón menciona que estas causas son de mayor importancia en las depresiones psicóticas, en especial en la psicosis maniacodepresiva, aunque no se pueden descartar de la depresión neurótica y de la simple. Es preciso considerar que los miembros de una familia están sujetos a los mismos factores ambientales que pueden determinar la depresión, y que la convivencia con una persona deprimida puede originar el mismo cuadro en alguno de sus allegados. También menciona que hay datos que indican que no sólo existe la posibilidad de heredar la depresión, sino también la forma de respuesta al tratamiento.

2. *Causas Psicológicas*

a) *Determinantes*

- \* Mala integración de la personalidad en la etapa formativa. En este punto cabe mencionar que Freud postuló que la depresión surge como resultado de la pérdida de un objeto amado a una edad temprana, y que la persona es forzada por las presiones sociales a ocultar sus tristezas que se

transforman en una depresión de profundas raíces (Upjohn-Duphar, 1993).

b) Desencadenantes

- \* Pérdida de un ser querido
- \* Pérdida de una situación económica
- \* Pérdida de poder
- \* Pérdida de la salud
  - Enfermos con peligro de muerte
  - Enfermedades que originan incapacidad física
  - Enfermedades que determinan alteraciones estéticas
  - Enfermedades que afectan la autoestima

Algunas infecciones comunes como la meningitis, la encefalitis, la gripe, la hepatitis y la fiebre glandular pueden dejar al paciente en un estado depresivo. Además, existen bastantes fármacos que producen síntomas de depresión como por ejemplo (Upjohn-Duphar, 1993):

- Sedantes
- Barbitúricos
- Tranquilizantes
- Analgésicos
- Agentes Antirreumáticos
- Fármacos que regulan la presión sanguínea
- Sulfonamidas
- Alcohol

3. Causas Ecológicas

- a) Contaminación atmosférica
- b) Problemas de tránsito
- c) Ruido excesivo

#### 4. Causas Sociales

- a) Desintegración de la familia
- b) Disminución del apoyo espiritual de la iglesia
- c) Falta de vínculos con los vecinos
- d) Migraciones

Shelton, Hollon, Purdon y Loosen (1991) mencionan que la depresión no es causada únicamente por factores biológicos o por factores psicológicos, sino por la combinación de ambos, y cual tenga más peso, dependerá de cada individuo.

También mencionan que los factores genéticos juegan un papel importante en la etiología de los trastornos bipolares.

La discordia marital resulta ser importante en la depresión mayor. Va muy relacionado el que uno de los integrantes de la pareja con problemas maritales presente depresión. Se ha visto que la terapia individual para la depresión no ayuda a resolver los problemas maritales, pero las terapias maritales si ayudan a mejorar la depresión y los problemas maritales (Townesley, Beach, Finchane y O'Leary, 1991).

El trastorno bipolar incluye a las personas que han tenido uno o más episodios maniacos o hipomaniacos y que han experimentado también episodios depresivos; el unipolar es referente a las personas que sólo han padecido depresión.

### TEORIAS ETIOLOGICAS

#### MODELOS BIOLOGICOS

##### Sistemas de Neurotransmisores Monoamínicos

Desde finales de los años 50's se llegó a la conclusión casi generalizada de que el origen de los trastornos afectivos es un

desequilibrio de los neurotransmisores. En particular, el concepto más probado en estos trastornos del estado de ánimo es que la serotonina está implicada en su origen: todos ellos son "trastornos de la serotonina", en mayor o menor grado (Upjohn-Duphar, 1993).

En relación a la serotonina, fue en la XXIV Reunión Anual de la Sociedad de Neurociencias en donde el Dr. Mann de la Universidad de Pittsburgh presentó la primera evidencia directa de que existen diferencias metabólicas importantes en las áreas prefrontales y parietotemporales entre sujetos controles y las personas con diagnóstico de depresión mayor. Esto viene a apoyar la hipótesis que vincula a las indolaminas con la depresión, la cual postula que ésta se debe a una transmisión serotoninérgica alterada en las regiones cerebrales específicas, lo que se puede deber a una deficiencia del neurotransmisor o a una baja responsividad de los receptores de la serotonina (Mann, Malone y Mintun, 1994)

Se sostiene que los mecanismos de producción y eliminación de la serotonina están equilibrados en un Sistema Nervioso sano. La menor disfunción de cualquiera de los componentes lanza a todo el sistema fuera del equilibrio con efectos de gran alcance sobre la salud mental y física, jugando un papel determinante en los trastornos afectivos, tales como la depresión y la ansiedad (Upjohn-Duphar, 1993).

En su origen la teoría, que sigue siendo la base más ampliamente aceptada para la comprensión del control del ánimo, propuso que la depresión era el resultado de bajos niveles de serotonina en la sinapsis, aunque también se pueden incluir la noradrenalina y sus metabolitos (Upjohn-Duphar, 1993).

La serotonina (5HT) se encuentra en todos los seres vivos y es originada por el aminoácido Triptófano. En el hombre se encuentra principalmente en el intestino, plaquetas sanguíneas y en el cerebro (Upjohn-Duphar, 1993).

Las terminaciones nerviosas que contienen serotonina se encuentran en algunos cuerpos celulares situados en la línea media de las regiones del tallo cerebral. Se encuentra en altas concentraciones en el puente, la médula y el hipotálamo (Upjohn-Duphar, 1993).

Muchos de los estudios al respecto, debido a la gran dificultad de medición que presenta la serotonina, han sido post-mortem en pacientes depresivos que se suicidaron, en los que se ha encontrado niveles más bajos de serotonina en el cerebro, concluyéndose que estos niveles pueden hacer a los pacientes propensos a la depresión mayor, agresión y comportamiento suicida (Upjohn-Duphar, 1993).

Entre las funciones coordinadas por el sistema límbico (amígdala, hipocampo e hipotálamo) están las experiencias de placer y la regulación del sueño, apetito y libido. El hecho de que estos procesos, que son componentes importantes del síndrome depresivo, estén regulados por una región del cerebro que tiene neurotransmisores específicos viene a dar un fuerte soporte al papel que tienen las monoaminas en el fenómeno de la depresión (Shelton, Hollon, Purdon y Loosen, 1991).

#### **Disfunción Neuroendócrina**

En 1955 Harris (Shelton, Hollon, Purdon y Loosen, 1991) propuso que las neurohormonas secretadas por el hipotálamo eran transportadas a la glándula pituitaria. Ahí estimulan la secreción de otras hormonas que posteriormente van a regular procesos vegetativos y autónomos. Son dos los sistemas endócrinos

que tienen una particular importancia para la depresión: El axis hipotálamo-pituitaria-tiroides y el axis hipotálamo-pituitaria-adrenalina.

### **Ritmos Biológicos**

Ehlers, Frank y Jupfer en 1988 (Shelton, Hollon, Purdon y Loosen, 1991) sugirieron que la pérdida de los estímulos externos que regulan el reloj biológico puede producir desajustes en los ritmos biológicos y representa la unión entre variables biológicas y psicológicas en la etiología de la depresión.

La privación del sueño produce una mejoría significativa en los síntomas de la depresión mayor, estudio de Wu & Bunney (Shelton, Hollon, Purdon y Loosen, 1991).

Krishnan (1992) afirma que existen cuatro estructuras del SNC involucradas en la depresión:

#### **1. Lóbulo Temporal**

- a) Alta incidencia de desórdenes afectivos en pacientes con lesiones en lóbulo temporal.
- b) Alta incidencia de desórdenes depresivos en pacientes con tumores en lóbulo temporal.
- c) Polo temporal más pequeño en pacientes con desórdenes afectivos.

#### **2. Lóbulo Frontal**

- a) Lóbulos prefrontales más pequeños en pacientes con desórdenes afectivos.
- b) Alta incidencia de desórdenes afectivos en pacientes con ataques involucrando al lóbulo frontal.
- c) Alta incidencia de desórdenes afectivos en pacientes con tumores en el lóbulo frontal.

- d) Alta incidencia de lesiones en el lóbulo frontal de pacientes con un desórden depresivo de ataque tardío.
- e) Hipometabolismo en la corteza prefrontal de pacientes depresivos.

### **3. Circuitos de los Ganglios Basales**

- a) Alta incidencia de desórdenes afectivos en pacientes con la enfermedad de Huntington y con ataques que involucran los ganglios basales.
- b) Alta incidencia de lesiones en los ganglios basales y el tálamo en pacientes con desórdenes depresivos de aparición tardía.
- c) Decremento de tamaño del núcleo caudado y del putamen en pacientes deprimidos.
- d) Hipometabolismo de los ganglios basales en pacientes deprimidos.

### **4. Sistemas de Monoaminas del Tallo Cerebral**

#### **Dopamina**

- a) Los medicamentos que incrementan la dopamina en el tratamiento de la depresión son eficaces.
- b) Hay una alta incidencia de desórdenes afectivos en pacientes que presentan una degeneración en las neuronas dopaminérgicas del tallo cerebral

#### **Serotonina**

- a) En el tallo de los pacientes deprimidos hay una baja concentración de serotonina y de su metabolito principal, así como en otras regiones del cerebro.
- b) Hay un número escaso de conductos de serotonina en el cerebro del paciente deprimido.

### **Norepinefrina**

a) Son recomendados los fármacos que aumentan la norepinefrina.

Ya con las clasificaciones mencionadas en este capítulo y con los síntomas de la depresión y su etiología explicados, el paso siguiente será hablar sobre la evolución de este padecimiento y de su pronóstico; esto es, que se estudiará la depresión como una entidad clínica individual que tiene ciertas características específicas relacionadas con el transcurso del tiempo: iniciación, recuperación y recurrencia.

## CAPITULO III

### III. 1. PREDISPOSICION A LA DEPRESION

Los siguientes se deben considerar factores predisponentes en general de la depresión:

- Episodios depresivos previos
- Antecedentes familiares de depresión
- Estado Postparto
- Estrés severo

Los aspectos de la personalidad del individuo van a ser determinantes para que se presente un trastorno depresivo o no.

De acuerdo a Loraino-Polente (1985) existe un alto riesgo de depresión en:

- Personas que abusan de drogas, alcohol y psicofármacos
- Periodo de privación
- Hipocondriacos
- Pacientes con enfermedades psicósomáticas
- Pacientes con dolor persistente

### III. 2. EVOLUCION Y PRONOSTICO

Como entidad clínica o tipo de reacción, la depresión tiene muchas características sobresalientes que la distinguen de otras afecciones clínicas, aún cuando éstas pueden ir asociadas a elementos depresivos (Beck, 1967b).

Beck (1967b), menciona que entre las características importantes de la depresión como entidad clínica están las siguientes: Hay

generalmente un principio bien definido, una progresión en la intensidad de los síntomas hasta que el padecimiento alcanza su punto más bajo, y después una progresiva regresión o mejoría de los síntomas hasta que termina ese episodio; las remisiones son espontáneas, el padecimiento tiende a recurrir, y entre uno y otro ataque el paciente no presenta síntomas depresivos.

También indica que el médico que ha de determinar el pronóstico se puede hacer las siguientes preguntas:

1. En el caso de un primer episodio de depresión, ¿cuáles son las probabilidades de una recuperación completa, o de que queden síntomas residuales, o de un estado crónico sin mejoría?
2. ¿Cuál es la duración probable del primer ataque?
3. ¿Cuáles son las probabilidades de una recurrencia, y durante cuánto tiempo pueden persistir los ataques?
4. ¿Cuánto hay que esperar después de la recuperación de un ataque para descartar la posibilidad de una recurrencia?
5. ¿Qué probabilidades hay de que el paciente se suicide?

#### **DURACION DEL ESTADO DEPRESIVO**

Es evidente la importancia de tener alguna idea sobre la duración media o probable de un episodio de depresión para poder preparar adecuadamente al paciente y a su familia desde el punto de vista psicológico y proporcionarles una base para que arreglen sus asuntos y tomen las medidas económicas necesarias para su atención (Beck, 1967b).

Un aspecto del episodio depresivo usual que tiene importancia en el tratamiento es el hecho de que dicho episodio tiende a seguir una curva evolutiva: la depresión tiende a empeorar progresivamente, llega a su punto más bajo, y después va mejorando hasta que el paciente vuelve a estar como antes.

Beck (1967b) comenta que contra la creencia general los ataques no tienden a durar más después de cada recaída. Los ataques posteriores duran aproximadamente lo mismo que los primeros. El ataque inicial tiende a ser más breve cuando ocurre antes de los 30 años que después de esa edad, y que la iniciación aguda favorece una duración más breve.

También indica que la probabilidad de recurrencias frecuentes es mayor en los casos bifásicos que en los de depresión sin fase maniaca.

#### **INTERVALOS**

Las recaídas pueden ocurrir después de años, o incluso décadas, de aparente buen estado de salud. Beck (1967b) menciona que entre el primero y el segundo ataque de depresión, la mayoría de los pacientes presenta un intervalo asintomático de más de tres años, y que la duración de los episodios posteriores sigue siendo aproximadamente la misma, los intervalos asintomáticos tienden a ser cada vez más breves.

#### **SUICIDIO**

Es difícil calcular el riesgo real de suicidio entre los pacientes deprimidos.

La mitad de los pacientes suicidas consultan a algún médico en el mes anterior a su muerte.

Beck (1967b) indica que el riesgo de suicidio es mayor durante las salidas del hospital en los fines de semana y poco después de ser dados de alta, y éste se da con más frecuencia en gente soltera que en casada. Así también, en los adolescentes el índice

de suicidio es muy alto por la impulsividad que predomina en esa etapa de la vida.

Dos o tres mujeres en relación a un hombre intentan suicidarse, sin embargo éste se culmina con mayor frecuencia entre los hombres que entre las mujeres.

Se debe tener mucha precaución cuando el paciente está tomando fármacos, ya que durante el inicio del tratamiento el peligro de suicidio es muy alto, por la energía que empieza a recobrar el sujeto.

El mejor indicio de que existe un riesgo de suicidio es la declaración del propio paciente de que piensa suicidarse. Stengel (1962) menciona que la idea de que la persona que habla de suicidarse nunca lo hará es falsa. El hecho de que paciente ya haya intentado suicidarse antes también aumenta mucho las probabilidades de que vuelva a intentarlo y lo logre posteriormente (Motto, 1965). Beck (1967b) indica que en una considerable proporción de casos, los intentos ineficaces van seguidos de suicidios efectivos.

Durante años se han reconocido cinco clases generales de variables correlacionadas con la conducta suicida:

- Factores médicos
- Antecedentes personales
- Personalidad
- Medio ambiente

En la última década se ha añadido la categoría biológica (sistema serotoninérgico) (Apter, Plutovich y Praag, 1993). También es muy importante el hecho de que existe una estrecha correlación entre la ansiedad y la conducta suicida.

Además de tratar de que el paciente deprimido revele sus deseos suicidas, el clínico debe buscar en él signos de desesperanza.

De acuerdo al DSM-III-R algunos de los distintos tipos de Depresión tienen las siguientes características de evolución:

**a) Episodio Maníaco**

*Edad de comienzo.* La edad predominante de inicio es antes de los 20 años. Sin embargo, un considerable número de nuevos casos aparecen después de los 50 años.

*Curso.* Los episodios maníacos empiezan de forma súbita, con una rápida progresión de los síntomas en pocos días. Duran habitualmente pocos días o meses, son más breves y terminan más bruscamente que los episodios depresivos mayores.

*Deterioro.* Hay un deterioro considerable de la actividad social y laboral. Con frecuencia es necesario proteger al sujeto de las consecuencias que pueden derivarse del empobrecimiento de su capacidad de juicio o de la hiperactividad, lo cual a menudo provoca la hospitalización involuntaria.

*Complicaciones.* Las complicaciones más comunes del episodio maníaco son el abuso de sustancias tóxicas y las consecuencias que se derivan del deterioro de la capacidad de juicio, tales como pérdidas en los negocios y actividades ilegales.

*Factores predisponentes.* Frecuentemente, son consecuencia de factores psicosociales estresantes. El tratamiento somático con antidepresivos puede provocar un episodio maníaco. Algunas veces aparece tras el parto.

**b) Episodio Depresivo Mayor**

*Edad de comienzo.* La edad media de inicio es después de los 20 años, pero puede comenzar a cualquier edad, incluyendo la infancia. Aunque los síntomas esenciales son similares en niños, adolescentes y adultos, hay diferencias en cuanto a los síntomas asociados.

En los niños en edad prepuberal son frecuentes las quejas somáticas, la agitación psicomotora y las alucinaciones congruentes con el estado de ánimo.

En los niños son habituales los trastornos por ansiedad de la infancia y las fobias.

En los adolescentes puede aparecer una conducta negativista o antisocial y la toma de alcohol o drogas. Tienen deseos de huir del hogar, no se sienten comprendidos y son agresivos.

En los ancianos pueden presentarse síntomas depresivos que sugieren una demencia, así como desorientación, pérdida de memoria y distracción.

*Curso.* El inicio es variable y los síntomas se desarrollan en un período de días a semanas, no obstante, en algunos casos el inicio puede ser brusco.

También su duración es variable. sin tratamiento dura seis meses o más normalmente.

*Deterioro.* Siempre hay alguna interferencia en la actividad laboral o social. Si el deterioro es grave, el sujeto puede ser totalmente incapaz de llevar a cabo actividades laborales o sociales, e incluso puede tener dificultades

para alimentarse, vestirse o mantener un mínimo de higiene personal.

*Complicaciones.* La más grave es el suicidio.

*Factores predisponentes.* Una enfermedad física crónica y la dependencia de sustancias psicoactivas, en especial al alcohol y a la cocaína son predisponentes.

**c) Trastornos Bipolares**

*Edad de comienzo.* Después de los 20 años.

*Curso.* El episodio inicial que provoca la hospitalización es normalmente maniaco. El episodio maniaco o depresivo mayor suele ir seguido de un breve episodio del otro tipo. En muchos casos

se dan dos o más ciclos completos en un año. Los pacientes que presentan esta sucesión de episodios se denominan "cicloides rápidos".

**d) Ciclotimia**

*Edad de comienzo.* Aparece en la adolescencia o al inicio de la edad adulta.

*Curso.* No suele empezar con un inicio claro y tiene un curso crónico. Frecuentemente, el sujeto desarrolla un trastorno bipolar.

*Deterioro.* Durante los periodos de depresión, hay siempre un deterioro social y laboral, aunque no tan grave como en el episodio depresivo mayor.

*Complicaciones.* Con frecuencia, los episodios depresivos mayores y los maníacos con complicaciones de este trastorno.  
*Factores predisponentes.* No hay información

**e) Distimia o Neurosis Depresiva**

La distimia es un trastorno que no cumple con todos los criterios de una depresión, solamente con algunos, y se presenta de manera cíclica teniendo factores endógenos y de personalidad, pero que responden al manejo antidepressivo.

*Edad de comienzo.* Empieza en la infancia, la adolescencia o al inicio de la edad adulta.

*Curso.* El trastorno no tiene un inicio claro y presenta un curso crónico.

*Deterioro.* En la actividad laboral o social suele ser leve o medrada. La hospitalización es rara.

*Complicaciones.* Las complicaciones son parecidas a las de la depresión mayor.

*Factores predisponentes.* Estrés psicosocial crónico. En los niños y en los adolescentes son factores predisponentes el trastorno por hiperactividad con déficit de atención, el trastorno de conducta, el retraso mental, los graves trastornos específicos del desarrollo o un entorno inadecuado, desorganizado, caótico o de rechazo.

Ya que se han visto las graves consecuencias que puede traer la depresión, y la importancia de su pronóstico, deberemos de empezar a ver qué tratamiento puede haber para su curación.

El siguiente capítulo explica los diferentes tipos de tratamiento que existen para la depresión y la manera más adecuada de medirla.

## CAPITULO IV

### **IV 1. TRATAMIENTOS PARA LA DEPRESION**

Para llegar a un diagnóstico el médico se fija en los síntomas. Un error muy frecuente en el diagnóstico de la depresión es debido a que los síntomas de ésta y de la ansiedad se sobrelapan con mucha facilidad (Upjohn- Duphar, 1993).

Los pacientes con depresión a menudo presentan síntomas somáticos que no tienen explicación evidente. Esta es la llamada Depresión Enmascarada. La queja que van a llevar los pacientes es la de algún malestar físico, difícilmente se presentan a consulta admitiendo estar deprimidos (Upjohn-Duphar, 1993).

En la mayoría de los casos, la depresión puede ser diagnosticada por inspección. La expresión triste y melancólica acompañada de retardo psicomotor o de agitación es prácticamente patognomónica de esta enfermedad. Por otra parte, muchos pacientes ocultan sus sentimientos desagradables tras un semblante alegre y puede ser necesario realizar una entrevista muy cuidadosa para hacer que aparezca la expresión afligida (Beck, 1967b).

El rostro muestra los signos característicos de la tristeza: las comisuras labiales están curvadas hacia abajo, el ceño está fruncido, las líneas y arrugas faciales son más profundas y a menudo los ojos están enrojecidos por el llanto.

En los casos intensos el rostro puede parecer congelado en una expresión sombría.

El signo más notable de una depresión es la disminución de la actividad espontánea. Los pacientes con mayor retardo psicomotor pueden dejar sin terminar las frases que inician. En las

depresiones intensas, el paciente puede presentar signos de un síndrome que ha sido llamado estupor o semiestupor.

Tomar una decisión terapéutica resulta algo muy difícil, y que lleva mucha responsabilidad. Las decisiones terapéuticas en psiquiatría abarcan varios procedimientos: desde el internamiento en un centro hospitalario hasta el consejo de cambio de profesión; desde la psicoterapia hasta las técnicas electroconvulsivas.

La Organización Mundial de la Salud recomienda el siguiente tratamiento:

Depresión Leve:	Psicoterapia
Depresión Moderada:	Psicoterapia y Farmacoterapia
Depresión Severa:	Psicoterapia, Farmacoterapia y Terapia Electroconvulsiva

#### **Farmacoterapia**

El tratamiento farmacológico de la depresión es por lo menos tan antiguo como Homero, quien relata en La Odisea que Penélope tomó una droga para aminorar su pena por la larga ausencia de su esposo (Beck, 1967b).

Las diferencias en el fármaco empleado y en las características de los pacientes pueden ocasionar diferencias en los resultados. Al valorar los efectos de los medicamentos debe tenerse en cuenta el fenómeno de la mejoría espontánea: se ha observado que algunos pacientes mejoran considerablemente sin ningún tratamiento (Beck, 1967b).

Existen depresiones en las cuales los fármacos no van a ayudar mucho, como es el caso de la depresión debida al duelo, a menos que éste no haya sido resuelto en un lapso de tres a seis meses,

que ya es considerado como duelo patológico, y ya se está hablando de depresión psicótica.

Una variable que debe considerarse es la utilización de un periodo de "eliminación" antes de empezar a administrar el medicamento.

En muchas ocasiones el mismo paciente es el que solicita que se usen medicamentos para tratarle su padecimiento. Sin embargo, su efectividad puede no ser la deseada, ya que mientras las está ingiriendo el individuo se puede llegar a sentir un poco mejor, sus síntomas disminuyen, pero la raíz de su problema sigue existiendo. Aunque se ha visto que los pacientes que dejan su tratamiento regresan al poco tiempo para reiniciarlo.

Los antidepresivos son muy eficaces cuando se trata de una depresión de tipo endógeno.

A continuación se mencionan los antidepresivos existentes en la actualidad y algunos comentarios sobre sus ventajas y desventajas (Upjohn-Duphar, 1993):

#### **Compuestos de Primera Generación**

Estos son los tricíclicos, los cuales se empezaron a usar en los años 50's. Su estructura química está basada en tres anillos, de ahí su nombre. Su actividad farmacológica consiste en el bloqueo de la recaptación de una amplia gama de neurotransmisores como son la noradrenalina, la serotonina, la dopamina, la histamina y la acetilcolina.

Los efectos colaterales que pueden traer son:

- Sequedad de boca

- Visión borrosa
- Estreñimiento
- Alteración de la función sexual (en los hombres)
- Problemas cardiovasculares
- Efectos sedantes, los cuales junto con el deterioro psicomotor característico de la depresión pueden ocasionar que el paciente no se pueda mover
- Convulsiones de tipo epiléptico
- Aumento de peso
- Alto riesgo de muerte por la ingestión de una sobredosis

#### **Compuestos de la Segunda Generación**

Son más seguros que los de la primera Generación y con menos efectos secundarios.

#### **Inhibidores de la Recaptación de Serotonina**

Son fármacos desarrollados como resultado de la investigación biológica de los mecanismos de la depresión.

#### **Inhibidores de la Monoamino Oxidasa (IMAO)**

Inhiben a la enzima responsable de la metabolización de la noradrenalina, de la dopamina y de la serotonina en la sinapsis, incrementando las concentraciones efectivas de estos neurotransmisores en la sinapsis.

Una de sus desventajas es que se debe llevar una dieta muy estricta y no se puede tomar ningún medicamento adicional.

## **Litio**

Se usa especialmente en el trastorno maniaco-depresivo.

Sus efectos colaterales son:

- Nauseas
- Diarrea
- Leve temblor
- Tics faciales o en las manos
- Somnolencia
- Inestabilidad
- Mala pronunciación

El tratamiento mínimo con antidepresivos debe ser de seis meses.

La dependencia a estos fármacos es más psicológica que física. A los jóvenes se les va retirando poco a poco; a los ancianos no se les quita.

Es de suma importancia el hecho que una dosis de más de 1 gr. de tricíclicos es letal, por lo que se recomienda que sea un familiar del paciente quien cuide y administre el medicamento. Uno de los métodos de suicidio más frecuentes es el autoenvenamiento con antidepresivos (Montgomery, 1992).

Para elegir el antidepresivo adecuado se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- La respuesta al medicamento puede ser familiar
- Efectos colaterales. Si se recibió tratamiento previo se debe considerar:
  - \* Respuesta anterior
  - \* Cambiar a un nuevo medicamento

La hospitalización se contempla cuando existe un alto riesgo de suicidio, aunque hay que tener cuidado, ya que este peligro existe en prácticamente todos los casos de depresión profunda. Así también es recomendada cuando el paciente no puede recibir vigilancia adecuada en su hogar. Tiene la gran ventaja de poder tener controlado al paciente y de poderse asegurar que está tomando sus medicamente oportunamente (Calderón, 1984).

#### *Tratamiento Electroconvulsivo*

En 1785 ya se empleaban en el tratamiento de los padecimientos mentales las convulsiones provocadas mediante dosis elevadas de alcanfor. Este tratamiento fue vuelto a usar en 1933 por Meduna en pacientes esquizofrénicos. Este fue cambiado por medicamentos más eficaces como el Metrazol. En 1938, Cerletti y Bini mejoraron la técnica de producción de las convulsiones haciendo pasar una corriente eléctrica por dos electrodos colocados en la frente. De esta manera, pudo emplearse un método relativamente seguro, cómodo e indoloro para el tratamiento convulsivo de los trastornos mentales. El tratamiento electroconvulsivo (TEC) fue introducido en Estados Unidos por Kalinowski en 1939 (Beck, 1967b).

Impastato (1970) menciona que existen tres tipos de Terapias Convulsivas:

- a) Pentientetrazol Intravenoso
- b) Fluoroetil Inhalado
- c) Electrochoque

De los tres es el Electrochoque el más conocido. Este consiste en colocar electrodos en ambas sienes y hacer pasar entre ellos una corriente alterna de 70 a 130 voltios. La duración de cada choque varía entre un decimo de segundo y medio segundo. Se sujeta al

paciente y siempre se utiliza una gaza enrollada para proteger la lengua y los dientes. Es recomendable usar relajantes musculares para reducir la intensidad de las convulsiones y así prevenir una posible fractura.

Cleghorn y Lee (1993) recomiendan esta terapia cuando diversos enfoques psicológicos o medicamentos antidepressivos no tienen el efecto deseado, o cuando se presenta algún proceso físico, tal como una enfermedad cardíaca, que puede hacer que sean peligrosos los fármacos psicotrópicos. Así también es efectiva para los que tienen intenciones de suicidarse. Indican que con el equipo que se dispone hoy en día no existen situaciones absolutas en las que no deba utilizarse, pero hay casos en los que hay un mayor riesgo como sería pacientes con tumores cerebrales, o ataques cardíacos recientes.

Holmberg enumera varios cambios fisiológicos que ocurren durante la convulsión. La respiración se detiene como resultado del espasmo de los músculos respiratorios y de la glotis. Aumenta la tensión parcial del bióxido de carbono en la sangre y disminuye apreciablemente la tensión de oxígeno. Así también menciona que los efectos bioquímicos dan como resultado un aumento de la concentración de serotonina, especialmente en el tallo cerebral, pero sin cambio en la actividad de la aminooxidasa cerebral (Beck, 1967b).

Beck menciona también que dentro de los efectos psicológicos está cierto deterioro de la memoria, que desaparece en el transcurso de un mes.

Los clínicos consideran que el número de tratamientos necesarios para curar una depresión varía entre dos y diez y que su frecuencia puede variar entre una y cinco veces por semana; el

tratamiento diario puede provocar una creciente confusión (Beck, 1967b).

Las complicaciones más frecuentes, comenta Beck (1967b), son fracturas y luxaciones producidas por las contracciones musculares durante las convulsiones.

### *Tratamiento Psicológico*

La psicoterapia es definida como la interacción planificada, cargada emocionalmente, y de confianza, entre una persona que cura, entrenada y sancionada socialmente, y otra que sufre. Durante esta interacción el que cura busca aliviar el dolor y el malestar del que sufre a través de comunicaciones simbólicas, fundamentalmente palabras, aunque a veces también a través de actividades corporales. El que cura puede hacer participar o no a los familiares del paciente, u otros, en sus rituales de cura. Incluye también ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como un aspecto inevitable de la vida que se puede utilizar como una oportunidad para el crecimiento personal.

Tomando como base que los pacientes que acuden a psicoterapia están desmoralizados presentando conflictos intrapsíquicos unidos a baja autoestima, percepción distorsionada de los otros y deficientes habilidades de enfrentamiento, todas las terapias, sin importar de qué escuela psicológica procedan, tendrán en común el intentar romper el círculo vicioso resultante y restaurar la moral proporcionando experiencias con un persona que ayuda, anima y da apoyo, combatiendo además distorsiones perceptuales y conductas desadaptativas.

La selección de una técnica psicoterapéutica no debe estar guiada por los síntomas, sino por las características personales y las predilecciones del terapeuta y del paciente.

El tratamiento psicológico de la depresión supone dar apoyo durante una crisis o ayudar a la persona a aceptar una enfermedad. Puede basarse en diversos enfoques bien conocidos de cómo se puede guiar a otros para resolver problemas psicológicos.

Los pasos a seguir en la psicoterapia son los siguientes (Beck, 1967b):

1. Diagnóstico apropiado
2. Explicación de los síntomas somáticos
3. Eliminación de los factores ambientales precipitantes o agravantes.
4. Combatir la escurpulosidad.
5. Psicoterapia
6. Explicaciones a los familiares y amigos.
7. Reposo y tranquilidad.
8. Terapia ocupacional.
9. Biblioterapia.

a) *Psicoterapia*

Ayd (1961) considera que lo más útil durante las sesiones iniciales es que el paciente sepa que tiene una enfermedad para la que existe tratamiento y que puede esperar recuperarse. Considera importante analizar los eventos precipitantes, determinar el grado hasta el cual los estresores pueden ser eliminados y preparar al paciente para poder lidiar con éstos en el futuro. Se debe trabajar con la familia para obtener mayor información sobre el paciente. Recomienda la relajación y en ocasiones que el enfermo cambie su ambiente.

Kraines (1957) comenta que el terapeuta debe indicar al paciente que su enfermedad tiene bases físicas y puede curarse.

Wilson recomienda lo siguiente (Beck, 1967b):

1. El terapeuta debe mostrar que acepta al paciente, a pesar de que éste lo rechace.
2. Debe mostrarse al paciente cómo busca continuamente la aprobación de los demás, cómo le ha fallado esto y cómo se ha encerrado en sí mismo.
3. El terapeuta debe enseñarle al paciente cómo ser franco y sincero.
4. El terapeuta debe apoyar al paciente en el uso de métodos más directos de autoexpresión.

Regan habla de los siguientes procedimientos tácticos en la psicoterapia de la depresión (Beck, 1967b):

1. Protección del paciente. El terapeuta debe prever los efectos de sus esfuerzos y el riesgo de suicidio del paciente.
2. Necesidad de una exploración preparatoria. Dado que el convencimiento de no tener esperanza es una característica uniforme de la depresión y conduce al negativismo respecto a los esfuerzos terapéuticos, el terapeuta debe llevar al paciente a la actividad terapéutica mediante un interrogatorio directo y enérgico.
3. Interrupción del ciclo de rumiación. El psicoterapeuta prohíbe al paciente emprender actividades en las que fallaría y lo limita a una esfera de acción en la que está seguro de que tendrá éxito.
4. Empleo de la fisioterapia. Para que ésta sea duradera, hay que eliminar al mismo tiempo los factores que condujeron a la depresión.
5. Iniciación del cambio de actitud.

Aquí también encontramos la Terapia Psicoanalítica, la cual tiene la finalidad de que el conflicto intrapsíquico aflore

a la conciencia a través de la interpretación de las resistencias, la asociación libre y el trabajo a través de la transferencia.

Existen diversos métodos empleados como tratamiento de apoyo en la depresión (Beck, 1967b):

#### **Tranquilización**

Es muy importante subrayarle al paciente que la depresión es un padecimiento que cura por sí solo, para que se le quite la idea de que nunca se curará. El terapeuta debe ayudar a tranquilizar al paciente sobre otras falsedades preocupaciones, aumentándole la confianza en sí mismo y a contrarrestar su desesperanza. Debe hacerse teniendo en cuenta cómo la interpreta el paciente.

#### **Catarsis**

Se debe hacer que el paciente comente las situaciones y relaciones de su vida que lo están molestando. La liberación emocional producida por el llanto origina en ocasiones un notable alivio de los síntomas; sin embargo, los pacientes muy deprimidos pueden reaccionar negativamente a la expresión de sus sentimientos, ya que después de hablar de sus problemas pueden sentirse humillados por haberlos expuesto.

#### **Orientación y Modificación del Medio**

En ocasiones es evidente la necesidad de hacer algún cambio en las actividades del sujeto, y se puede aprovechar la relación terapéutica para lograr esto. A veces resulta provechoso un cambio en el patrón general de vida. Al

recomendar determinadas actividades a un paciente deprimido, el terapeuta debe tratar de valorar tanto su grado de tolerancia a la tensión que esas actividades impliquen como a sus probabilidades de éxito.

b) *Terapia Cognitiva*

Esta terapia está basada en la teoría elaborada por A. Beck. Postula que el individuo deprimido o con tendencia a la depresión tiene ciertos patrones o esquemas cognoscitivos idiosincrásicos que pueden ser activados por tensiones específicas sobre determinados puntos vulnerables, o por tensiones inespecíficas abrumadoras. Cuando estos patrones son activados, tienden a dominar el pensamiento del individuo y a producir los fenómenos afectivos y motivacionales asociados con la depresión. Esta psicoterapia puede usarse como tratamiento sintomático durante las depresiones para ayudar al paciente a juzgar objetivamente y a contrarrestar sus reacciones automáticas. Durante los períodos sin depresión, tiene por objeto modificar los patrones cognoscitivos idiosincrásicos para disminuir la vulnerabilidad del paciente ante futuras depresiones (Beck, 1967b).

La Terapia Cognitiva es un método activo, directo, de tiempo limitado y estructurado, empleado para tratar diversos desórdenes psiquiátricos. Se basa en la teoría de que el afecto de un individuo y su conducta están determinados en gran medida por la manera en que éste estructure su mundo. Sus cogniciones se basan en actitudes desarrolladas a partir de experiencias previas (Beck, 1967a, 1976).

Beck. (1970a) define la terapia cognitiva como las operaciones basadas en las cogniciones del paciente y en las

premisas, expectativas y actitudes que subyacen a estas cogniciones.

Las técnicas terapéuticas que utiliza están diseñadas para identificar, probar y corregir las conceptos erróneos y las creencias disfuncionales que subyacen a estas cogniciones.

Tiene su mayor aplicación en el período posterior a la depresión, durante el cual el paciente puede presentar episodios pasajeros de tristeza, pero en general es capaz de examinar objetivamente sus normas de vida, sus pensamientos automáticos y sus conceptos erróneos fundamentales.

El paciente aprende a través de una reevaluación y una modificación en su manera de pensar, a manejar problemas y situaciones que antes consideraba insuperables. La labor del terapeuta es ayudar al paciente a pensar y actuar de manera más realista y adaptable en relación a sus problemas psicológicos, y de esta forma los síntomas se reducen.

La terapia cognitiva tiene como meta romper el patrón negativo de pensamiento, no transformarlo en una perspectiva extremadamente optimista, sino en un punto de vista más positivo, lógico y quizá más realista de la vida. Un aspecto relacionado con esto es alentar a los pacientes a formular diversas maneras de encarar sus problemas emocionales, y a examinar las implicaciones de cada una. La idea general es promover un sentido de competencia, que lleva a una mayor confianza y a una perspectiva más positiva.

Beck menciona que el paciente depresivo no tiene necesidad de sufrir, como lo indica la teoría psicoanalítica. Descubrió que estos pacientes tenían un concepto negativo de sí mismos, del mundo, y del futuro que se expresaba en

una amplia variedad de distorsiones cognitivas negativas, y trató de modificar estas distorsiones desarrollando técnicas que las corrigieran a través de la aplicación de la lógica y de reglas de evidencia, y de ajustar a la realidad su proceso de información.

Empezó a utilizar la Autoterapia Extendida, que consiste en llevar tarea a casa para registrar las experiencias diarias para checar las creencias en sí mismo.

#### Método de la Terapia Cognitiva de la Depresión

El terapeuta debe preparar al paciente para la terapia, y debe tomar en cuenta dos elementos muy importantes:

1. El paciente debe entender la naturaleza y la racionalidad del tratamiento cognitivo.
2. El paciente debe estar preparado para manejar las fluctuaciones en su nivel de depresión que se dan durante el tratamiento.

Los objetivos principales de la terapia cognitiva de la depresión incluyen:

1. La pronta mejoría de los síntomas del síndrome depresivo.
2. Prevenir la recurrencia del padecimiento.

El terapeuta debe señalar y explicar desde la primera sesión las metas de la terapia, las cuales son:

1. Que el paciente aprenda a identificar y modificar su pensamiento erróneo y su conducta disfuncional.
2. Que el paciente reconozca y cambie los patrones cognitivos que lo llevan a tener ideas y conductas disfuncionales.

Ya que la función del terapeuta es el ser como un guía experto que da planes, mapas y herramientas a quienes está guiando, debe asegurarse que el paciente está listo y que está dispuesto a seguir el plan. Para lograr esto debe establecer una agenda al principio de cada sesión

El terapeuta debe facilitar la retroalimentación por parte del paciente.

Es de suma utilidad que el terapeuta haga resúmenes en el momento adecuado a través de todas las entrevistas.

El terapeuta debe evaluar la conveniencia de involucrar en la terapia a otra persona, como el cónyuge o un amigo muy cercano del paciente. Esto lo hace con el fin de obtener mayor información.

Es muy útil también que el paciente pueda oír la grabación de su sesión o ver un videotape de la misma. Esto le ayuda a darse cuenta de las percepciones distorsionadas que tiene de sí mismo.

#### c) *Terapia de la Conducta*

Esta terapia incluye una gran cantidad de técnicas específicas que emplean principios psicológicos (especialmente de aprendizaje) para tratar la conducta humana de desadaptación.

El término conducta se interpreta de manera general, incluyendo tanto una respuesta manifiesta como una cubierta, siempre y cuando ambas se puedan señalar claramente (Rimm y Masters, 1980 p. 17).

Hernández (1983) nos habla sobre la Entrevista Estandarizada para la Depresión (EED) de Ellgring et al. (1978) que es un diseño de entrevista específico para la depresión en la cual se introduce las grabaciones con video-tape.

Menciona que la primer entrevista debe ser espontanea, dejando que el paciente hable libremente y después de tres días de ésta se aplicará el EED, que consta de 39 preguntas dirigidas a explorar 11 áreas distintas del comportamiento depresivo. Las respuestas a éstas deben puntuarse según el criterio de gradualidad que varía de 1 a 9. Las conductas evaluadas se refieren al presente, al pasado (2 ó 3 últimos días) y al futuro próximo (proyectos, aspiraciones, etc.). La duración de la entrevista es de un promedio de 15 min.

Esta terapia supone con frecuencia obtener que los pacientes tomen parte en actividades que ayudan claramente a alejarlos de conductas que es necesario cambiar. El enfoque aquí suele ser bastante específico, y con frecuencia hay poco interés por los traumas emocionales profundos que pueden haber generado la conducta. La meta es definir el problema específico y atacarlo científica y directamente por medio de técnicas tales como:

- **Desensibilización Sistemática**, que supone una sustitución, paso a paso, del estado de angustia por un estado de relajación.
- **Modelamiento**, o aprender a cambiar por medio de la observación directa de los demás.
- **Juego de Roles**, que suele suponer al actuar papeles.
- **Reforzamiento positivo**. Premiar conductas acertadas.
- **Autorregulación**, por medio de una revisión cuidadosa de la propia conducta.

d) *Terapia Analítica Funcional*

Se enfoca en maximizar los beneficios terapéuticos de usar los aspectos reforzantes de la relación cliente-terapeuta.

Desde el punto de vista de esta terapia la relación cliente-terapeuta tiene el potencial de evocar y cambiar aspectos actuales de la conducta problema del cliente. Los problemas del cliente que ocurren con el terapeuta durante la sesión son conductas clínicamente relevantes, mismas que no se dan en el juego de roles o en el entrenamiento en habilidades sociales. Estas conductas relevantes pueden provocar importantes cambios terapéuticos (Kohlenberg y Tsai, 1994).

e) *Terapia Cognitivo - Conductual*

A continuación se enlistan los diez principios básicos de la terapia Cognitivo-Conductual de Beck:

1. Modelo cognitivo de los trastornos emocionales.
2. Se sigue un modelo educativo.
3. Es breve y con límite de tiempo.
4. Se basa en un esfuerzo colaborador entre paciente y terapeuta.
5. Empleo del método socrático.
6. Condición necesaria: una buena relación terapéutica.
7. Estructurada y directiva.
8. Orientada hacia los problemas.
9. Basada en el método científico.
10. Gran importancia del trabajo para casa.

El trastorno sobre el que se asienta esta terapia ha sido la depresión. Existen siete puntos a seguir para el tratamiento cognitivo-conductual de este padecimiento:

Sesiones de 1 a 5:

1. Ofrecer la justificación y la base de la terapia.
2. Entrenar al paciente en tareas de autorregistro.
3. Emplear estrategias de activación conductual.
4. Entrenar al paciente en la identificación de cogniciones o pensamientos automáticos.

Sesiones de 6 a 17:

5. Centrarse en las creencias valorativas que el sujeto aporta a las situaciones.

Sesiones 17 a 20:

6. Exploración de los supuestos subyacentes.
7. Preparar al paciente para terminar la terapia y evitar las recaídas, acordando el seguimiento.

Dentro de esta terapia existe la necesidad de emplear técnicas conductuales, tales como:

1. Sensibilización Cubierto
2. Reforzamiento Cubierto
3. Reforzamiento Negativo Cubierto
4. Extinción Cubierto
5. Triada de Autocontrol

f) *Terapia familiar o de pareja*

Es útil para los que necesitan manejar las dificultades en sus relaciones de pareja o de familia.

g) *Terapia de grupo*

Ayuda a las personas que se encuentran en una misma situación, a compartir de manera productiva las experiencias o los temores que se desprenden de ella.

En resumen podemos decir que existen muchas maneras de tratar la depresión, dependiendo desde luego del paciente, de su padecimiento y del terapeuta. Como se mencionó al principio de este estudio las terapias cognitiva, cognitivo-conductual y conductual son de gran ayuda en el caso de la depresión, pero no por ello se deben dejar de considerar las demás, que pueden aplicar perfectamente en muchos casos.

#### **IV. 2. MEDICION DE LA DEPRESION**

Hernández (1983) menciona que una escala de evaluación trata de catalogar lo más clara y exhaustivamente posible aquellos segmentos conductuales que de ordinario están alterados en un determinado problema conductual.

Parece algo muy simple, pero en realidad no lo es. Se deben seguir los siguientes pasos para poder tener un instrumento de evaluación confiable:

- a) Se deben seleccionar muy bien los segmentos comportamentales alterados.
- b) Deben definirse operacionalmente y con todo rigor, de manera que traduzcan las especificidad del problema al que se refieren.
- c) Es necesario que esas cuestiones operativas se acomoden con la mayor exactitud al lenguaje coloquial usado por el cliente.
- d) Deben diseñarse de tal forma, que sea posible una cuantificación tal, que posibilite el apresamiento del peso relativo de cada una de esas alteraciones.
- e) Dicho instrumento carecería de utilidad si no fuese estandarizado y contrabalanceado con los resultados generados por grupos controles a la vez que comparada su

especificidad con otros instrumentos confiables y válidos que incidiendo sobre el mismo problema hayan sido anteriormente aliados

- f) Debe emplearse el tratamiento estadístico oportuno, de manera que se obtengan coeficientes o predictores inequívocos que hagan certera esa evaluación.

Las escalas de evaluación psicológica tienen antecedentes históricos muy lejanos. Los clínicos de hace más de 50 años ya las utilizaban rudimentariamente. Se limitaban a reunir un listado de síntomas y/o signos que, según el peculiar modelo médico constituían elementos configuracionales imprescindibles en el diagnóstico. Pero adolecían de disfunciones operativas, así como de observaciones rigurosas. Se limitaban a contestar si tales o cuales síntomas aparecían, adoptando como criterios de inclusión la experiencia clínica, la interpretación subjetiva e incluso las intuiciones no verificadas.

En el caso de la depresión la construcción de las escalas se remonta a 1915 cuando Kempf describió la primera escala de depresión de que se tiene noticia, y en 1917 Woodworth publicó el primer cuestionario de autoevaluación (Personal Data Sheet), pero no fue sino hasta muchos años después cuando este tipo de estudios se aplicó al problema específico de la depresión.

En 1930, Moore con base en observaciones clínicas, escogió 41 síntomas y signos entre 367 enfermos psicóticos y sometió los resultados a un análisis factorial. Así distinguió dos grupos de síntomas que le permitieron medir la depresión retardada y la depresión agitada. En este mismo año Jasper publicó un cuestionario sobre depresión-elación.

Por distintas razones estos estudios fueron descartados como una ayuda práctica para medir la depresión.

Desde entonces se han creado varias escalas para medir este padecimiento, todas ellas extranjeras, las cuales a pesar de cumplir con las características de un buen instrumento psicométrico resultan no ser de gran utilidad en México, ya que no todas están estandarizadas para su uso en nuestra población.

Algunos ejemplos de escalas serían:\*

Children's Depression Rating Scale  
The Bellevue Index of Depression  
Children's Affective Rating Scale  
Mini-Mental State Examination  
Geriatric Depression Scale  
Crandell Cognitions Inventory. Crandell y La Pointe (1979)  
Depression Adjective Check List (DACL). Lubin y Levitt (1979)  
Hamilton Depression Scale (HAM-D). Binitie (1975)  
Impatient Multidimensional Psychiatric Scale (IMPS). Klett (1969)  
Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). Engelsmann (1970)  
MMPI D Scale. Comrey (1957); Butcher (1976)  
Self-rating Depression Scale (SDS). Zung (1969); Carroll (1973); Masters y Zung (1977); Marsella (1980)  
Inventario de Depresión de Beck. Beck (1961); Beck (1978)  
Análisis de Criterios Múltiples para las Depresiones Neuróticas. Klerman (1979)  
Escala de Autoevaluación de Zerssen  
SCL-90

\* Los instrumentos que no aparecen con su cita es debido a que no se tiene acceso a la fuente original.

De los instrumentos anteriores en la actualidad se cuenta únicamente con la adaptación en México de la Escala de Autoevaluación de Zung en población de estudiantes de secundaria (Suárez, 1988), y del Inventario de Depresión de Beck en enfermos con problemas cardiacos (Torres, Hernández, Ortega, 1991).

Existe la Adaptación castellana del Inventario de Beck realizada por Conde, Chamorro y Aseros en 1976 en Madrid, en la cual se modificaron varios reactivos y se omitieron otros tantos (Conde, Chamorro y Serrano, 1976).

La Escala de Zung es muy breve y una de las más aplicadas en Europa, y de las más usadas en Estados Unidos junto con los Inventarios de Beck y de Hamilton (Hernández, 1983).

#### IV. 3. INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

A principios de los años 60's Aaron T. Beck dió a conocer un inventario para medir la depresión, el cual fue utilizado en el Centro para Terapia Cognitiva en la Escuela de Medicina de la Universidad de Pensylvania (Beck y Steer, 1987).

Fue elaborado originalmente para ser administrado por un entrevistador y se utilizaba con una doble copia, una que se entregaba al enfermo y la otra que era leída en voz alta por la persona que aplicaba la prueba. Después de enunciar las declaraciones que correspondían a cada reactivo, se pedía al entrevistado que indicara "cuál de éstas definía mejor cómo se sentía en ese instante". En ningún momento debería de sugerirse la respuesta, y si el paciente indicaba que había dos o más afirmaciones que correspondieran a la manera como se sentía, debía registrarse el número más alto. El puntaje de depresión es la suma de las respuestas.

El instrumento fue diseñado para valorar lo severo de la depresión en pacientes psiquiátricos, adolescentes y adultos, no para comprobar ninguna teoría sobre depresión; sin embargo, tomando las debidas precauciones puede ser usado para dar seguimiento a un cuadro depresivo y para determinar si existen síntomas de depresión en personas "normales".

En 1978 Beck publicó la versión revisada, en la cual uno de los cambios viene a ser el que ya puede ser un instrumento autoaplicable, ya que trae las instrucciones perfectamente claras al principio del inventario, por lo que no es imprescindible que el aplicador esté con el entrevistado. Pero, es de suma importancia el hecho de que debe ser calificado y evaluado por personas calificadas para hacerlo.

El Manual del Inventario de Depresión (Beck, Steer, 1993), nos indican que el inventario original estaba basado en observaciones clínicas y descripciones de los síntomas que más frecuentemente manifestaban tener los pacientes psiquiátricos deprimidos, los cuales eran contrastados con los que los pacientes psiquiátricos no deprimidos mencionaban ocasionalmente. Esto vino a consolidar los 21 síntomas y actitudes que comprende el Inventario, mismos que son cuantificados con valores numéricos del 0 al 3, siendo lo máximo que se puede obtener 63.

La puntuación final es la suma de los valores de cada reactivo. En el caso de que en un reactivo se hayan marcado dos respuestas, se contabilizará la más alta. Se debe tener cuidado con el reactivo que se refiere a la pérdida de peso (No. 19), ya que si la persona indica que está tratando de bajar de peso, su valor será de "0".

Las puntuaciones del 0 al 9 son consideradas dentro del rango mínimo de depresión: de 10 a 16 indican una depresión leve; de 17

a 29. una depresión moderada y de 30 a 63 depresión severa. Las puntuaciones mayores a 15 ya deben ser tratadas como depresivas.

Se debe tener mucho cuidado, ya que la puntuación total sólo nos da un estimado de la severidad total de la depresión. Es muy importante ponerle mucha atención al contenido del reactivo, en especial a los que se refieren al suicidio.

Las actitudes y síntomas valuados en la escala son: Estado de ánimo, pesimismo, sentimiento de fracaso, insatisfacción personal, culpa, castigo, auto-disgusto, auto-acusación, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, desinterés social, indecisión, cambio de imagen corporal, dificultad laboral, insomnio, fatiga, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática, pérdida de la libido. Los primeros catorce apartados se refieren a síntomas afectivo-cognoscitivos y los siete restantes a síntomas vegetativos y somáticos, que pueden también ser el resultado de una enfermedad física.

El instrumento está diseñado con un vocabulario que puede ser comprendido por personas con un nivel de escolaridad mínimo de quinto grado de primaria. Debe ser administrado en un lugar con suficiente iluminación y aire, y sin distractores. Su duración no debe pasar de 15 minutos. Su aplicación también puede ser oral.

Existen traducciones de este inventario al Chino, Castellano, Francés, Alemán, Suizo, Árabe y Persa.

#### **CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS**

##### Estabilidad

Beck y Beamesderfer sugirieron que por lo menos en lo que respecta a detectar cambios en pacientes psiquiátricos, las

estimaciones de la estabilidad test-retest pueden no resultar útiles porque se espera que los pacientes muestren reducción en la depresión debido tanto a la intervención terapéutica como al paso del tiempo. Sin embargo en un estudio realizado por Beck, Steer y Garbin en 1988 las correlaciones del test-retest en pacientes no psiquiátricos resultaron altas.

### Validez

#### *Validez de Contenido*

Moran y Lambert (1983) compararon el contenido del Inventario de Depresión de Beck ya revisado contra los Desórdenes afectivos del DSM III y concluyeron que el primero reflejaba sólo seis de los nueve criterios del segundo. Beck (1967a) comenta que no consideró conveniente incluir reactivos que hablaran de un incremento en el apetito y en el sueño así como de agitación (síntomas que aparecen en el DSM III) porque éstos están con frecuencia presentes en adultos normales, y su inclusión ocasionaría un rango alto de positivos falsos.

#### *Validez Discriminante*

Varios estudios han indicado que el Inventario de Depresión de Beck puede diferenciar a pacientes psiquiátricos de personas normales. También puede discriminar entre Desórdenes Distímicos y de Depresión Mayor (Steer, Beck, Brown & Berchick, 1987).

#### *Validez de Constructo*

Ha habido muchos estudios en relación a la validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck. Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974) encontraron que la Escala de Desamparo de Beck está relacionada positivamente con el inventario.

#### *Validez Concurrente*

Beck, Steer y Garbin (1988) encontraron con la ecuación de Pearson, producto-momento, que las correlaciones entre el Inventario de Depresión de Beck contestado por pacientes psiquiátricos y no psiquiátricos era de .60.

#### *Validez Factorial*

Este inventario ha sido analizado factorialmente tanto en poblaciones clínicas como no clínicas (Beck, Steer, y Garbin, 1988). El número de factores extraído depende de las características de las muestras clínicas y no clínicas estudiadas. Así también el método de extracción es crucial para definir la estructura factorial.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La Depresión es un constructo psicológico para cuya medición no se cuenta con instrumentos estandarizados en México en una población general. Hasta donde las fuentes publicadas permiten conocer la Escala de Automedición de la Depresión de Zung está estandarizada en adolescentes estudiantes de secundaria mexicanos (Suárez, 1988).

Por lo expuesto anteriormente, con este estudio se pretende traducir, adaptar y estandarizar la edición 1993 del Inventario de Depresión de Beck original de 1978 a una población general de mexicanos, de manera que pueda ser utilizado por la comunidad psicológica como instrumento de diagnóstico y de evaluación de los efectos terapéuticos de los tratamientos para la Depresión.

## **JUSTIFICACION**

Actualmente se cuenta con muy pocos instrumentos de medición psicológica estandarizados para población mexicana, lo que ha dado lugar a mediciones imprecisas y a la comparación de los resultados con parámetros de otras poblaciones que poseen características diferentes a las nuestras.

Este problema resulta relevante si se considera que las pruebas psicológicas suelen aplicarse de manera indiscriminada a pesar de que la mayoría no cuenta con estudios de adaptación y estandarización.

La depresión es considerada como una enfermedad que si no es tratada adecuada y oportunamente puede conducir a la muerte del individuo.

Por lo tanto es de suma importancia el poder aportar instrumentos útiles que permitan la detección oportuna de la depresión.

## **OBJETIVO**

Esta investigación tiene como finalidad realizar el trabajo psicométrico necesario para estandarizar el inventario de depresión de Beck a población mexicana.

Posteriormente este inventario será utilizado para determinar en quiénes se presenta con más frecuencia la depresión, en hombres o mujeres, en qué edades, y si influye la ocupación o la escolaridad de los sujetos en la presencia de este padecimiento.

## **PREGUNTAS DE INVESTIGACION**

1. ¿Es susceptible de ser adaptado y estandarizado a la cultura mexicana el Inventario de Depresión de Beck?
2. ¿Qué grado de validez y confiabilidad tiene la versión adaptada de este inventario?
3. ¿Puede el inventario ser adaptado para determinar en quiénes se presenta con mayor frecuencia la depresión; en hombres o mujeres?
4. ¿Puede el inventario mostrar si hay relación entre la presencia de depresión y la ocupación de los sujetos?
5. ¿Puede el inventario mostrar si hay relación entre la presencia de depresión y la escolaridad de los sujetos?
6. ¿Puede el inventario determinar cuál es la edad en la que se presenta con mayor frecuencia la depresión?

7. ¿Puede el inventario determinar en qué estado civil se da con más frecuencia la depresión?

## HIPOTESIS

H1: El Inventario de Depresión de Beck es adaptable para población mexicana, y la adaptación, tendrá un grado aceptable de validez y confiabilidad.

Ho: El Inventario de Depresión de Beck no es adaptable para población mexicana, y la adaptación, no tendrá un grado aceptable de validez y confiabilidad

H2: Sí existen diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto a la frecuencia de presencia de depresión.

Ho: No existen diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto a la frecuencia de presencia de depresión.

H3: Sí existe relación entre la presencia de depresión y la ocupación de los sujetos.

Ho: No existe relación entre la presencia de depresión y la ocupación de los sujetos.

H4: Sí existe relación entre la presencia de depresión y la escolaridad de los sujetos.

Ho: No existe relación entre la presencia de depresión y la escolaridad de los sujetos.

H5: Si existen diferencias significativas entre la edad de los sujetos en que se presenta con mayor frecuencia el estado depresivo.

H0: No existen diferencias significativas entre la edad de los sujetos en que se presenta con mayor frecuencia el estado depresivo.

H6: Si existen diferencias significativas entre el estado civil de los sujetos y la presencia de la depresión en éstos.

H0: No existen diferencias significativas entre el estado civil de los sujetos y la presencia de la depresión en éstos.

## VARIABLES

### VARIABLE INDEPENDIENTE

Variable Independiente Categórica: Edad, sexo, estado civil, escolaridad y ocupación.

Es importante mencionar que debido a que se trata de un estudio no experimental, no hay manipulación de la variable independiente. Kerlinger (1975) indica que las variables categóricas son clasificadas por la posesión de las características que definen cualquier subconjunto.

### VARIABLE DEPENDIENTE

Variable Dependiente: Depresión.

Definición Conceptual: "La depresión contiene ciertos patrones o esquemas cognoscitivos idiosincrásicos que pueden ser activados por tensiones específicas sobre determinados puntos vulnerables, o por tensiones inespecíficas abrumadoras. Cuando estos patrones son activados, tienden a dominar el pensamiento del individuo y a

producir los fenómenos afectivos y motivacionales asociados con la depresión" (Beck, 1967b).

Definición Operacional: Las respuestas de los sujetos a los reactivos del Inventario de Depresión de Beck.

## **METODO**

### **FASE I: ESTUDIO PILOTO**

#### **POBLACION**

En esta fase participaron en total 81 sujetos del Distrito Federal, de 15 a 65 años que supieran leer y escribir.

#### **MUESTRA**

La muestra de este estudio estuvo constituida por sujetos de 15 a 65 años de edad, de diferente estado civil, ocupación y escolaridad. Era requisito indispensable para la aplicación del Inventario el que supieran leer y escribir (Veáse Tabla 1 en Resultados). El muestreo fue accidental por cuota.

#### **DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO**

Por tratarse de un diseño No Experimental de Investigación se utilizó el Diseño Transeccional Correlacional/Causal (Hernández, Fernández, Baptista, 1991) para así poder establecer relaciones entre variables sin precisar la causalidad, ya que esto no es el objetivo del presente trabajo.

#### **INSTRUMENTO**

El Inventario de Depresión fue desarrollado por el Dr. Aaron T. Beck a principios de los años 60, publicó en 1978 una versión revisada y en 1993 la más actualizada.

Este inventario consta de 21 reactivos relacionados con la depresión, siendo las actitudes y síntomas evaluados los siguientes: estado de ánimo, pesimismo, sentimiento de fracaso, insatisfacción personal, culpa, castigo, auto-disgusto, auto-acusación, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, desinterés

social, indecisión, cambio de imagen corporal, dificultad laboral, insomnio, fatiga, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática, pérdida de la libido. De estos, los primeros catorce se refieren a síntomas afectivo-cognoscitivos y los siete restantes a síntomas vegetativos y síntomas somáticos.

El sujeto responde dentro de un continuo de cuatro puntos que van de 0 a 3, donde el 0 es ausencia de síntomas depresivos y el 3 indica que existe una depresión severa. La calificación se obtiene de la suma de puntajes de los reactivos. Entre mayor sea el puntaje más deprimido se encuentra el sujeto.

Para dar una idea clara de la naturaleza de los reactivos, se incluyen a continuación algunos ejemplos:

- 5    0 En realidad yo no me siento culpable
  - 1 Me siento culpable una gran parte del tiempo
  - 2 Me siento realmente culpable la mayor parte del tiempo
  - 3 Me siento culpable todo el tiempo
  
- 11   0 Yo no estoy más irritable ahora de lo que solía estar
  - 1 Me enoja o irrita más fácilmente que antes
  - 2 Me siento irritado todo el tiempo
  - 3 Yo no me irrita por las cosas por las que solía hacerlo
  
- 15   0 Puedo trabajar tan bien como antes
  - 1 Requiero de más esfuerzo para iniciar algo
  - 2 Tengo que obligarme para hacer algo
  - 3. Yo no puedo hacer ningún trabajo
  
- 18   0 Mi apetito no es peor de lo habitual
  - 1 Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
  - 2 Mi apetito está muy mal ahora
  - 3 Yo no tengo apetito de nada

La investigación es tipo ex-post-facto porque su búsqueda es empírica, que como indica Kerlinger (1975) (Hernández, Fernández y Baptista 1991) consiste en que el investigador no tiene control alguno sobre las variables independientes, porque sus manifestaciones ya han ocurrido. Se infieren las relaciones de ellas sin intervención directa a partir de la variación concomitante de las variables dependiente e independiente.

## **PROCEDIMIENTO**

### **PROCESO DE OBTENCION DE LA CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO**

En primer lugar se obtuvo la versión original del Inventario de Depresión de Beck (1993). Posteriormente se tradujo y se sometió al juicio de diez profesores expertos en la materia y se corrigió de acuerdo a sus indicaciones sobre el contenido semántico. Luego se aplicó a los 81 sujetos de entre 15 y 65 años de edad, de distinto sexo, estado civil, escolaridad y ocupación.

Una vez hecho lo anterior se procedió a obtener la confiabilidad a través del Alfa de Cronbach y la validez de los reactivos con el cálculo de la prueba t (student) (Véase Tabla 2).

### **RESULTADOS FASE I**

Esta fase consistió en realizar las aplicaciones pertinentes a fin de lograr el desarrollo del Inventario, el cálculo de la confiabilidad y validez del Inventario, para lo cual todas las respuestas dadas a éste fueron codificadas y procesadas estadísticamente mediante el paquete estadístico SPSS.

**TABLA 1**

**CARACTERISTICAS DE LA POBLACION DEL ESTUDIO PILOTO**

<b>SEXO</b>	
FEMENINO	45
MASCULINO	36
<b>EDADES</b>	15-65
<b>OCUPACION</b>	
SECRETARIA	18
ESTUDIANTE	16
HOGAR	3
EMPLEADO	20
TECNICO	3
PROFESIONISTA	21

Tal como se observa en la tabla 2 durante el proceso de estandarización y adaptación del inventario fue suficiente un piloteo para obtener niveles de significancia adecuados para cada reactivo, así como la confiabilidad del mismo.

**DESARROLLO DE LA PRUEBA**

El trabajo de estandarización del inventario se realizó en apego a la teoría psicométrica. El hecho de que el 100% de los reactivos resultaran utilizables indica que todos discriminaban. Respecto a las medias y desviaciones estándar obtenidas del piloteo para estandarizar el inventario se obtuvieron los resultados mostrados en la tabla 2.

**VALIDEZ DE LOS REACTIVOS**

Una vez obtenida la versión final del inventario se calculó la validez por medio de la prueba t, contrastando el 25% de puntajes bajos contra el 25% de puntajes altos (Tabla 2).

En relación a la Confiabilidad del Inventario de Depresión de Beck, ésta se calculó a través del método de Alfa de Cronbach, la

cual dió por resultado .7891, lo que nos indica que la probabilidad de error del instrumento es de .21.

La confiabilidad por reactivo está mostrada en la Tabla 3.

TABLA 2

COMPARACION GRUPO ALTO-BAJO (PILOTEO)

REACTIVO	GRUPO BAJO		GRUPO ALTO		PRUEBA T	SIGNIFI- CANCIA
	MEDIA	DESVIAC. ESTANDAR	MEDIA	DESVIAC. ESTANDAR		
1	.1739	.388	1.0000	.926	-3.87	.001
2	.0000	.000	.7273	.935		.000
3	.0000	.000	.9545	.785		.000
4	.8700	.280	.9545	.785	-4.88	.000
5	.0000	.000	.6818	.839		.000
6	.0870	.280	1.1818	1.140	-4.37	.000
7	.0870	.4170	1.1364	1.082	-4.26	.000
8	.3478	.487	1.0455	.785	-3.56	.001
9	.0000	.0000	.7727	.922		.000
10	.8700	.417	1.5909	1.260	-5.33	.000
11	.4783	.730	1.6364	1.293	-3.68	.001
12	.1739	.388	.6364	.848	-2.34	.027
13	.3043	.559	1.2727	.883	-4.37	.000
14	.8700	.288	1.2273	1.152	-4.51	.000
15	.8700	.288	1.0000	.756	-5.31	.000
16	.2609	.541	1.4091	.959	-4.92	.000
17	.2174	.422	1.0455	.950	-3.75	.001
18	.0435	.209	.5909	.796	-3.12	.005
19	.0000	.000	.5909	.796		.000
20	.1739	.388	.6818	.646	-3.18	.001
21	.0435	.209	.8182	.958	-3.71	.001

**TABLA 3**  
**CONFIABILIDAD DEL INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK**

	MEDIA POR REACTIVO	VARIANZA POR REACTIVO	CORRELACION POR REACTIVO	ALFA SI FALTARA EL REACTIVO
R1	11.9259	75.5194	.6044	.7712
R2	12.0617	76.5836	.5872	.7737
R3	12.1111	75.1750	.7305	.7685
R4	11.8272	77.4198	.4762	.7772
R5	12.0247	76.2744	.6505	.7721
R6	11.8519	75.3528	.4773	.7742
R7	11.9259	73.2194	.6784	.7649
R8	11.6296	76.7361	.5266	.7750
R9	12.0741	75.7444	.6771	.7705
R10	11.6543	72.1290	.5403	.7681
R11	11.3457	76.8790	.2502	.7873
R12	11.9383	77.8586	.4641	.7782
R13	11.6790	75.4207	.5236	.7729
R14	11.8148	72.8528	.6316	.7655
R15	11.9012	76.1901	.5980	.7727
R16	11.6173	73.6392	.5816	.7684
R17	11.7654	75.4568	.5840	.7715
R18	12.0494	77.9975	.5059	.7778
R19	12.0741	79.6944	.2897	.7844
R20	11.8889	79.2000	.3760	.7819
R21	12.0000	75.9500	.5831	.9152

N = 81

ALPHA = .7891

## **FASE II: ESTUDIO FINAL**

### **POBLACION**

Participaron un total de 1508 sujetos de entre 15 y 65 años de edad, de ambos sexos y diferente escolaridad y ocupación.

Para efectos de normalización y verificación de diferencias, esta muestra fue dividida en dos partes: Población General (650 sujetos) y Población Estudiantil (858 sujetos).

### **INSTRUMENTO**

Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck que se obtuvo mediante el estudio piloto de la fase I del presente reporte.

### **PROCEDIMIENTO**

La aplicación del Inventario de depresión de Beck se realizó de manera tanto individual como colectiva en escuelas, casas particulares y oficinas de diferentes zonas del Distrito Federal. Al momento de la aplicación se dieron las instrucciones contenidas en el Inventario (Apéndice 1); mismas que se mantuvieron constantes en todas las aplicaciones.

### **RESULTADOS DE LA FASE II**

Una vez aplicados los 1508 cuestionarios, se llevó a cabo el análisis de la validez de constructo y el de confiabilidad del instrumento.

#### **VALIDEZ DE LOS REACTIVOS**

En la tabla 4 se presentan los resultados obtenidos del análisis de la discriminación de reactivos, por medio de la prueba t para contrastar el 25% de puntajes bajos contra el 25% de puntajes altos obtenidos. Como se puede observar esta prueba es significativa para todos los reactivos.

#### **CONFIABILIDAD**

Una vez más la confiabilidad fue obtenida a través del Alpha de Cronbach, la cual dió un resultado de: .8734, lo que significa que es altamente confiable.

En la tabla 5 se pueden ver las características de la muestra de población en general en esta fase final.

TABLA 4

COMPARACION GRUPO ALTO-BAJO

REACTIVO	GRUPO BAJO		GRUPO ALTO		PRUEBA T	SIGNIFI- CANCIA
	MEDIA	DESVIAC. ESTANDAR	MEDIA	DESVIAC. E STANDAR		
1	.0462	.210	.7767	.797	-18.16	.000
2	.0195	.138	.7316	.922	-15.68	.000
3	.0049	.070	.6960	.885	-15.97	.000
4	.0389	.194	1.0475	.821	-24.52	.000
5	.0122	.110	.6580	.667	-19.60	.000
6	.0584	.264	1.1520	1.205	-18.17	.000
7	.0389	.249	1.1116	.886	-23.89	.000
8	.2287	.426	.9691	.667	-19.13	.000
9	.0292	.169	.7245	.802	-17.40	.000
10	.0365	.254	1.2779	1.239	-20.13	.000
11	.2019	.581	1.3397	1.031	-19.67	.000
12	.0852	.320	.8527	.874	-16.90	.000
13	.0827	.285	1.2708	.764	-29.86	.000
14	.0560	.260	1.0309	1.033	-18.76	.000
15	.0438	.216	1.0238	.756	-25.56	.000
16	.0852	.320	1.1140	.926	-21.51	.000
17	.0852	.279	.8765	.822	-18.68	.000
18	.0487	.215	.7363	.825	-16.54	.000
19	.0681	.328	.4822	.782	-10.00	.000
20	.0998	.300	.7387	.745	-16.29	.000
21	.0219	.147	.6841	.975	-13.78	.000

**TABLA 5**  
**CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA**  
**POBLACION GENERAL**

<b>SEXO</b>		<b>Número de Sujetos</b>
	<b>HOMBRES</b>	<b>285</b>
	<b>MUJERES</b>	<b>365</b>
<b>EDAD</b>		
	15-21	59
	22-31	291
	32-45	220
	46-63	80
<b>ESTADO CIVIL</b>		
	Soltero(a)	253
	Casado(a)	327
	Divorciado(a)	39
	Viudo (a)	22
	Unión Libre	9
<b>ESCOLARIDAD</b>		
	Primaria	49
	Secundaria	107
	Preparatoria	103
	Profesional	280
	Maestría	11
	C. Técnica	99
	Otros	1
<b>OCUPACION</b>		
	Secretaría	61
	Obrero	44
	Ama de Casa	58
	Empleado	341
	Profesionista	128
	Practicante	3
	Otros	15

En la tabla 6 se pueden ver las características de la muestra de población estudiantil en esta fase final.

**TABLA 6**  
**CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA**  
**POBLACION ESTUDIANTIL**

		Número de Sujetos
<b>SEXO</b>	HOMBRES	515
	MUJERES	343
<b>EDAD</b>	15-21	538
	22-31	312
	32-45	8
	46-63	0
<b>ESTADO CIVIL</b>	Soltero(a)	829
	Casado(a)	26
	Divorciado(a)	1
	Unión Libre	2
<b>ESCOLARIDAD</b>		
	Profesional	858
<b>OCUPACION</b>		
	Estudiante	858

Con el propósito de probar las hipótesis planteadas como parte del presente trabajo, los puntajes dados por los sujetos a cada cuestionario se sometieron a pruebas de diferencias mediante Tablas de Contingencia.

Las Tablas de Contingencia o Tabulación Cruzada son tablas de dos dimensiones, conteniendo cada una de ellas una variable. Sirven para el cálculo de la Ji-cuadrada y de otros coeficientes de correlación para tabulaciones cruzadas, así como para describir conjuntamente a dos o más variables (Hernández, Fernández, Baptista, 1991).

**TABLA 7**  
**TABLA DE CONTINGENCIA DEPRESION - SEXO**

	POBLACION GENERAL				POBLACION ESTUDIANTIL			
	HOMBRES	%	MUJERES	%	HOMBRES	%	MUJERES	%
D. MINIMA	191	(67.0)	220	(60.3)	334	(64.9)	191	(55.7)
D. LEVE	53	(18.6)	73	(20.0)	125	(24.3)	100	(29.2)
D. MODERADA	35	(12.3)	56	(15.3)	47	(9.1)	43	(12.5)
D. SEVERA	6	(2.1)	16	(4.4)	9	(1.7)	9	(2.6)
<b>T O T A L:</b>	<b>285</b>		<b>365</b>		<b>515</b>		<b>343</b>	

Como la tabla anterior lo muestra la mayoría de los sujetos, tanto de la muestra de población general, como de la de estudiantes no presentan síntomas depresivos. Sin embargo, tratándose ya de la depresión severa se ve que ésta se da en mayor porcentaje en las mujeres que en los hombres, aunque son el mínimo número de casos de ambas muestras. Considerando que la población estudiantil es un poco mayor a la de la población general se encuentra que existe mayor depresión en estudiantes que en población general.

Ya que no se encuentran diferencias significativas de presencia o ausencia de depresión entre hombres y mujeres se rechaza la H<sub>2</sub>, la cual dice: Si existen diferencias significativas entre hombre y mujeres con respecto a la frecuencia de presencia de depresión.

**TABLA 8**

**TABLA DE CONTINGENCIA DEPRESION  
OCUPACION**

	POBLACION GENERAL														
	SECRETARIA		OBRERO		HOGAR		EMPLEADO		PROFESOR		PRACTICANTES		OTROS		
		%		%		%		%		%		%		%	
MINIMA	38	62	31	70	24	41	219	64	91	71	2	67		6	40
LEVE	9	15	10	23	13	22	63	18	25	19	1	33		5	33
MODERADA	12	20	3	7	17	29	47	14	10	8	2			13	
SEVERA		3			4	7		12		2				2	13
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>		<b>44</b>		<b>58</b>		<b>341</b>		<b>128</b>		<b>3</b>			<b>15</b>	

POBLACION ESTUDIANTIL		
	Frecuencia	Porcentaje
DEPRESION MINIMA	525	(61%)
DEPRESION MINIMA	525	(61%)
DEPRESION LEVE	225	(26%)
DEPRESION MODERADA	90	(10%)
DEPRESION SEVERA	18	(2%)
<b>TOTAL</b>	<b>858</b>	

De acuerdo a la tabla 8 la mayor parte de la población general cae en depresión mínima, situación que se presenta también con los estudiantes. La depresión severa se presenta en el mínimo de los casos de la población general, notándose también que en las amas de casa se presenta en grado mayor una depresión moderada que en las demás ocupaciones. En el caso de la población estudiantil la depresión severa también resulta ser mínima.

En este caso se puede decir que la ocupación que más depresión genera es la de ama de casa, por lo cual se acepta la H3, la cual dice: Si existe relación entre la presencia de depresión y la ocupación de los sujetos.

**TABLA 9**

**TABLA DE CONTINGENCIA DEPRESION - ESCOLARIDAD**

DEPRESION	POBLACION GENERAL												OTROS	
	PRIMARIA		SECUNDARIA		PREPA		PROFES.		MAESTRIA		TECNICA			
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%			
MINIMA	25	51	53	50	63	61	206	74	6	54	58	59	1	10
LEVE	6	12	25	23	18	17	51	18	3	27	22	22		
MODERADA	13	26	24	22	17	18	21	7	1	9	15	15		
SEVERA	5	10	5	8	5	5	2	1	1	9	4	4		
TOTAL	49		107		103		280		11		99			

DEPRESION	POBLACION ESTUDIANTIL											
	SECUNDARIA		PREPA		PROFES.		MAESTRIA		TECNICA		DOCTORADO	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%		
MINIMA	54	45	41	54	421	65	2	100	6	48	1	50
LEVE	49	41	22	29	149	23			4	31	1	50
MODERADA	13	11	13	17	62	10			2	15		
SEVERA	4	3			13	2			1	8		
TOTAL	120		76		645		2		13		2	

Como se ve en la población general donde menos se presenta la depresión es en los profesionistas, y donde más se presenta es en los sujetos que sólo cuentan con educación primaria y/o secundaria. Se debe notar que la mayor parte de la población es no depresiva, el número de personas con depresión es muy bajo.

En el caso de la población estudiantil, los sujetos que están estudiando secundaria son los que presentan un poco de más depresión, aunque sin ser un alto número.

Por lo anterior se puede decir que la depresión se puede presentar con mayor frecuencia en sujetos con educación secundaria, por lo que se acepta la H4, que dice: Si existe relación entre la presencia de depresión y la escolaridad de los sujetos.

TABLA 10

TABLA DE CONTINGENCIA DEPRESION-ESTADO CIVIL

DEPRESION	POBLACION GENERAL									
	SOLTERO		CASADO		DIVORCIADO		VIUDO		UNION LIBRE	
		%		%		%		%		%
MINIMA	164	65	207	63	25	64	12	54	3	33
LEVE	47	19	66	20	7	18	2	9	4	44
MODERADA	34	13	47	14	5	13	4	18	1	11
SEVERA	8	3	7	2	2	5	4	18	1	11
TOTAL	253		327		39		22		9	

DEPRESION	POBLACION ESTUDIANTIL									
	SOLTERO		CASADO		DIVORCIADO		VIUDO		UNION LIBRE	
		%		%		%		%		%
MINIMA	508	61	16	61					1	50
LEVE	218	26	6	23	1	100				
MODERADA	86	10	3	11					1	50
SEVERA	17	2	1	4						
TOTAL	829		26		1				2	

Como se ve en la Tabla 10, en el caso de la población general la depresión está ausente de la mayoría de los sujetos de diferentes estados civiles a excepción de los que se encuentran en unión libre, que es en donde aumenta un poco el número en lo que corresponde a depresión leve y disminuye más significativamente el número de los sujetos que se encuentran en el nivel de depresión mínima. Realmente el número de sujetos que se encuentran dentro del nivel de depresión severa es muy bajo.

En lo relativo a la población estudiantil se encontró que la mayoría de los sujetos están dentro del nivel de depresión mínima.

Lo anterior indica que si hay diferencias significativas entre el estado civil de los sujetos y la presencia de la depresión en éstos, por lo que se acepta la H6, que dice: Si existen diferencias significativas entre el estado civil de los sujetos y la presencia de la depresión en éstos

**TABLA 11**

**TABLA DE CONTINGENCIA DEPRESION-EDAD**

POBLACION GENERAL								
DEPRESIO N	15-21		22 - 31		42 - 45		46-63	
		%		%		%		%
MINIMA	34	58	186	64	143	35	48	60
LEVE	15	25	55	19	42	19	14	17
MODERADA	8	14	42	14	28	13	13	16
SEVERA	2	3	8	3	7	3	5	6
TOTAL	59	X	291	X	220	X	80	X

POBLACION ESTUDIANTIL								
DEPRESIO N	15-21		22 - 31		42 - 45		46-63	
		%		%		%		%
MINIMA	324	60	195	62	6	75		
LEVE	157	29	67	21	1	12		
MODERADA	45	8	44	14	1	12		
SEVERA	12	2	6	2				
TOTAL	538	X	312	X	8	X	0	X

Tal como se ve en la tabla No. 11 en lo que respecta a la población general no se presenta nadie en el nivel de depresión severa. Las personas de 42 a 45 años de edad podrían considerarse los más propensos a deprimirse.

En el caso de la población estudiantil son las personas de 15 a 21 años de edad las que podría considerarse que tienen más posibilidades de deprimirse.

Con lo anterior se acepta la H5, que dice: Si existen diferencias significativas entre la edad de los sujetos en que se presenta con mayor frecuencia el estado depresivo.

## **ANALISIS FACTORIAL**

Los datos de los cuestionarios se sometieron al análisis factorial con el fin de observar su estructura.

De acuerdo a lo citado por Alonso-Fernández (1988), el Inventario original de Beck tiene cuatro factores principales:

1. Humor depresivo (11 reactivos). Abarca más de la mitad de la composición de la prueba.
2. Anergia (4 reactivos)
3. Discomunicación (3 reactivos)
4. Ritmopatía (3 reactivos)

El resultado del Análisis Factorial de los datos del Inventario en la Fase II confirmó la existencia de tres factores principales, lo cual estaría de acuerdo con los señalado por Beck y Alonso-Fernández.

**TABLA 12**  
**MATRIZ FACTORIAL**

REACTIVO	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3
R 1	.60346	-.13513	.01484
R 2	.59739	-.12793	-.13063
R 3	.67480	-.16327	-.07847
R 4	.63821	-.25569	.00818
R 5	.68259	-.18093	-.12775
R 6	.50311	-.10083	.05687
R 7	.60455	-.32186	-.06848
R 8	.52027	.01111	.07965
R 9	.60705	-.05305	.08130
R10	.46852	.00393	.57945
R11	.28333	.13884	.73322
R12	.58230	-.05767	-.11041
R13	.62421	-.07568	.01182
R14	.51733	-.00218	-.02837
R15	.58322	-.09337	-.12092
R16	.54589	.20432	.16370
R17	.61289	.12849	-.07446
R18	.53374	.50896	-.02130
R19	.29876	.64437	-.14910
R20	.49600	.27045	-.22473
R21	.54993	.24220	-.15900

El factor 1 predomina en 18 de los 21 reactivos. Como ejemplo están:

7. 0 Yo no me siento desilusionado de mí mismo  
 1 Estoy desilusionado de mí mismo  
 2 Estoy disgustado conmigo mismo  
 3 Me odio
12. 0 Yo no he perdido el interés en la gente  
 1 Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar  
 2 He perdido en gran medida el interés en la gente  
 3 He perdido todo el interés en la gente

- 21 0 Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
  - 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
  - 3 He perdido completamente el interés por el sexo

El factor 2 se encontró en el reactivo 19:

- 19 0 Yo no he perdido mucho peso últimamente
- 1 He perdido más de dos kilogramos
  - 2 He perdido más de cinco kilogramos
  - 3 He perdido más de ocho kilogramos

El factor 3 se encontró en dos reactivos:

- 10 0 Yo no lloro más de lo usual
- 1 Llora más ahora de lo que solía hacerlo
  - 2 Actualmente lloro todo el tiempo
  - 3 Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo
11. 0 Yo no estoy más irritable ahora de lo que solía estar
- 1 Me enoja o irrito más fácilmente que antes
  - 2 Me siento irritado todo el tiempo
  - 3 Yo no me irrito por las cosas por las que solía hacerlo

## **CALIFICACION Y NORMAS DE LA PRUEBA**

El primer paso para la medición y evaluación de una prueba psicológica es la obtención de puntajes, pero éstos por sí mismos no permiten realizar comparaciones intersujetos, por lo que es necesario tener una norma o parámetro para poder comparar a un sujeto con otros en las mismas condiciones.

Dado que no se cuenta con las normas de la escala del Inventario de Depresión de Beck en Inglés, para la obtención de las normas mexicanas de este instrumentos se utilizaron rangos Percentilares.

Las normas de calificación para población mexicana obtenidas para el Inventario de Depresión de Beck se muestran en las tablas 13a y 13b, 14.

**TABLA 13 A**  
**NORMAS DE CALIFICACION POR RANGOS PERCENTILES**

	POBLACION GENERAL		POBLACION ESTUDIANTIL	
	PUNTAJE	RANGO PERCENTIL	PUNTAJE	RANGO PERCENTIL
	0	4	0	5
DEPRESION MINIMA	1	12	1	12
	2	17	2	17
	3	24	3	23
	4	30	4	30
	5	36	5	36
	6	44	6	42
	7	51	7	47
	8	57	8	54
	9	61	9	59
DEPRESION LEVE	10	66	10	64
	11	70	11	70
	12	72	12	75
	13	76	13	78
	14	77	14	81
	15	79	15	84
	16	81	16	86
DEPRESION MODERADA	17	83	17	88
	18	85	18	89
	19	86	19	91
	20	87	20	92
	21	88	21	93
	22	90	22	94
	23	91	23	95
	24	92	24	96
	25	93	25	96
	26	94	26	97
	27	95	27	97
	28	96	28	97
29	96	29	98	

**TABLA 13 B**  
**NORMAS DE CALIFICACION POR RANGOS PERCENTILES**

	POBLACION GENERAL		POBLACION ESTUDIANTIL	
	PUNTAJE	RANGO PERCENTIL	PUNTAJE	RANGO PERCENTIL
	30	97	30	98
	31	97	31	98
	32	98	32	98
	33	98	33	99
	34	98	34	99
DEPRESION	35	98	35	99
	36	98	36	99
	37	98	37	99
	38	99	38	99
	39	99	39	99
	40	99	40	99
SEVERA	41	99	41	99
	42	99	42	99
	43	99	43	99
	44	99	44	99
	45	99	45	99
	46	99	46	99
	47	99	47	99
	48	99	48	99
	49	99	49	99
	50	99	50	99
	51	99	51	99
	52	99	52	99
	53	99	53	99
	54	99	54	99
	55	99	55	99
	56	99	56	99
	57	99	57	99
	58	99	58	99
	59	99	59	99
	60	99	60	99
	61	99	61	99
	62	99	62	99
	63	99	63	99

**TABLA 14**  
**NORMAS DE CALIFICACION POR RANGOS PERCENTILARES**  
**RESUMEN**

NIVEL DE DEPRESION	PUNTAJE	Poblacion General	Poblacion Estudiantil
		Rango Percentilar	Rango Percentilar
MINIMA	0 a 9	4 - 61	5 - 59
LEVE	10 a 16	66 - 81	64 - 86
MODERADA	17 a 29	83 - 96	88 - 97
SEVERA	30 a 63	97 - 99	98 - 99

#### **CALIFICACION DE LA PRUEBA**

El Inventario de Depresión de Beck es un instrumento que puede autoadministrarse y que puede también ser aplicado individual o colectivamente. No requiere más instrucciones que las indicadas en el mismo, donde el examinado responderá directamente. Antes de iniciar la aplicación del Inventario se deben haber resuelto todas las dudas que pudiera tener el examinado sobre la forma de contestarlo.

Los reactivos se calificarán de acuerdo al número más alto que se haya contestado en cada uno de ellos, del 0 al 3. Se suman las puntuaciones de todos los reactivos y el total se busca en puntaje crudo (ver normas).

Una vez que se obtuvieron las normas mexicanas se procedió a obtener porcentajes de los niveles por medio de las normas de calificación y las respuestas dadas por cada sujeto al Inventario fueron recodificadas y procesadas en el SPSS para detectar el porcentaje de sujetos que caían dentro de cada rango.

En la gráfica 1 se muestran los porcentajes obtenidos para la población general, y en la gráfica 2 lo correspondiente a la población estudiantil.

Como se puede ver en ellas la mayor parte de las personas, tanto de la población general como de la estudiantil (63.2% y 61.2% respectivamente) no presentan síntomas depresivos, y la menor parte de ellos (3.4% y 2.1% respectivamente) respondieron dentro del rango de depresión severa.

## DISCUSION Y CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio indican que el Inventario de Depresión de Beck presenta una alta confiabilidad en población mexicana, tal como lo indica la obtención de un alpha de .8734, o sea una probabilidad de error de .13.

También se observa validez de construcción del instrumento, un alto poder de discriminación de los reactivos entre puntajes altos y bajos, como lo indican las pruebas t por reactivo, en las cuales el resultado fue una significancia de .000 en cada uno de ellos.

La idea original era trabajar, después del piloteo, con la muestra de 1508 sujetos, como población global, pero se decidió dividirla en dos por contarse con una cantidad grande de población estudiantil. La división resultante fue: 650 sujetos de población general y 850 sujetos de población estudiantil.

Esta división permitió hacer comparaciones entre las dos muestras. Para ésto se utilizaron las tablas de contingencia.

En general se vió que no existen síntomas depresivos en ninguna de las dos muestras. Esto puede deberse a varios factores.

Antes que nada hay que considerar que se trabajó con personas que no están diagnósticas como depresivos, y que no han buscado ayuda o se han quejado de tener problemas de ésta índole. No se trabajó con pacientes psiquiátricos.

Un aspecto que resulta ser muy importante y muy interesante, es el "del pensar y sentir propios de la cultura mexicana", que tiene por característica el negar las situaciones trágicas y estarse diciendo todo el tiempo que las cosas cambiarán y

mejorarán. Esto podría haber ocasionado que las respuestas de los sujetos estuvieran enmascaradas bajo una "no depresión", o bien que en realidad no se sientan mal.

Otra posibilidad es pensar en que el sujeto no quiere darse a conocer ante otros y miente; o no quiere darse cuenta que tiene problemas, le da miedo; o bien que simplemente no le interesa contestar el cuestionario y lo hace sin pensar en lo que está haciendo, y sin analizar los reactivos antes de contestarlos.

Analizando los resultados de las tablas de contingencia se encuentra una cierta tendencia hacia que la mujer tiene un poco más de síntomas depresivos que el hombre.

Si a lo anterior se le agrega el haber visto que en las amas de casa podría existir cierta tendencia a la depresión se confirma todavía más que la mujer es más propensa a la depresión.

Esto podría venir desencadenado también de la cultura del mexicano, en la cual todavía se encuentra, menos que antes quizás, cierta tendencia a menospreciar a la mujer, a hacerla sentir inferior y a no dejarla progresar, situación que podría estarle ocasionando cierto aburrimiento y amargura que se refleja en la depresión.

Aquí cabe insistir en que no hay suficientes casos como para decir que la mujer cae con frecuencia en estados depresivos severos, es sólo que los datos reflejan que es más propensa que el hombre a padecer esta enfermedad.

En relación a depresión-escolaridad vemos que en los profesionistas es donde menos se encuentran síntomas depresivos. Aquí se puede pensar que esto es debido a que el profesionista es una persona que ha tenido la oportunidad de alcanzar metas, y de

superarse, situación que se presenta en gente que cuenta con apenas educación primaria y/o secundaria, quienes podrían ser gentes insatisfechas, sin muchas oportunidades de progreso por su misma falta de preparación.

En relación a la escolaridad también destaca el hecho de que dentro de la población estudiantil los pocos síntomas depresivos existentes se encontraron en sujetos que están estudiando secundaria. Si se piensa en la edad en que normalmente se cursa esta etapa escolar es fácil pensar que los cambios que sufren los adolescentes son los que podrían estar ocasionando ciertos problemas depresivos en ellos.

En cuanto al estado civil resultó ser que de los 9 sujetos que tienen este estado civil, el 44% tienen una depresión leve.

Esto podría ser quizá el resultado de cierta inestabilidad que podría representar el no estar casado, a cierta inseguridad en la relación, o en el sujeto mismo, o bien a problemas culturales como la desaprobación de una situación de esa naturaleza.

En lo que se refiere a la edad, los resultados reflejaron que las personas de población general de entre 42 y 45 años parecen ser más propensas a la depresión. Y en la población estudiantil este caso se presenta entre los 15 y 21 años, edad realmente difícil.

Inicialmente se pensó encontrar una diferencia significativa entre la presencia y/o ausencia de síntomas depresivos entre las dos poblaciones, pensándose que los estudiantes tenían más problemas depresivos que la población en general. Esto no fue así, ya que los resultados de ambas muestras son muy parecidos, las diferencias son mínimas.

El análisis factorial mostró tres factores principales en los reactivos, de los cuales el número 1, que es el de mayor carga, se presenta predominantemente en los reactivos. Esto nos indica que la carga factorial de los reactivos es muy buena.

Ya con las normas de calificación estandarizadas para la población mexicana, el Inventario de Depresión de Beck puede ser aplicado en México con toda confianza y con la certeza de que cumple con los requisitos estadísticos y psicométricos necesarios para hacerlo un instrumento totalmente confiable y válido. Se recomienda que se siga esta investigación en otro tipo de poblaciones como podrían ser pacientes psiquiátricos, o personas con diagnóstico de depresivos.

También se podría trabajar con habitantes del interior de la República Mexicana, para así poder contar con una mayor confiabilidad del instrumento.

Se insiste mucho en el hecho de que el Inventario de Depresión de Beck, es sólo un instrumento que ayuda al diagnóstico de la Depresión; definitivamente no debe ser considerada como la única herramienta para tener un diagnóstico certero, se requiere además, de un conocimiento profundo de todo lo que es el marco teórico de esta enfermedad para así entonces poder utilizarlo como es debido y como una muy buena ayuda para un posible tratamiento.

Además nunca se debe de olvidar la ética para el uso de cualquier instrumento de medición psicológica. Estos deben ser empleados únicamente por personas calificadas para hacerlo. El hecho de que un test esté estandarizado no significa que cualquier persona puede usarlo libremente.

Dado que el Inventario de Depresión de Beck está protegido por leyes y reglamentos extranjeros, por ética no se reproduce, y se recomienda a todo aquél profesional que le interese lo solicite directamente a The Psychological Corporation:

555 Academic Court  
San Antonio  
Texas, 78204-2498  
U.S.A.

## REFERENCIAS

- Abraham, K. (1911). Notes on the psycho-analytical investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions. En Leitenberg, H. Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy (pp. 171-172) Prentice Hall
- Abraham, K. (1916). The first pregenital stage of the libido. En Leitenberg, H. Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy (pp. 171-172) Prentice Hall
- Adler, K.A. (1961). Depression in the light of individual psychology. En Arieti, S. y Bemporad, J. Psicoterapia de la depresión (p. 56). México: Paidós
- Alonso-Fernández, F. (1988). La depresión y su diagnóstico: nuevo modelo clínico. Barcelona: Labor
- American Psychiatric Association (1988). DSM-III-R Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (1994). DSM-IV Diagnostical Manual of Mental Disorders. Washington, D.C.
- Ansbacher, H. L. y Ansbacher, R. R. (1956) The Individual psychology of Alfred Adler. Nueva York: Harper. En Arieti, S. y Bemporad, J. Psicoterapia de la depresión (p. 55). México: Paidós
- Apter A. Plutchick R. y Praag H.M. Ansiedad, impulsividad y humor deprimido en relación con la conducta suicida y violenta. Acta Psychiatr. Scand. (1993) Vol. 87. En Abstracta Médica Psiquiátrica. España: Upjohn - Duphar.
- Arieti, S. (1974). Interpretation of schizophrenia, Nueva York, Basic Books. En Arieti, S. y Bemporad, J. Psicoterapia de la depresión (p. 59). México: Paidós
- Arieti, S. y Bemporad, J. (1978). Psicoterapia de la depresión. México: Paidós
- Ayd, F. J. Jr. (1961) Recognizing the depressed patient. NewYork: Grune & Stratton. En Leitenberg, H. Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy (p. 177). Prentice Hall

- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression. I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333. En Leitenberg, H. Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy (p. 173). Prentice Hall
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression. II. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571. En Leitenberg, H. Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy (p. 173). Prentice Hall
- Beck, A. T. (1967a). Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Hoeber. En Leitenberg, H. Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy (pp. 168,173,178). Prentice Hall
- Beck, A. T. (1967b). Diagnóstico y tratamiento de la depresión. México: MSD
- Beck, A. T. (1970a). Cognitive therapy: nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184-200. En Leitenberg, H. Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy (p. 177). Prentice Hall
- Beck, A. T. (1970b). The core problem in depression: the cognitive triad. *Science and Psychoanalysis*, 17, 47-55. En Leitenberg, H. Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy (p. 173). Prentice Hall
- Beck, A. T. (1971). Cognition, affect and psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 24, 495-500. En Leitenberg, H. Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy (p. 173). Prentice Hall
- Beck, A.T. y Steer, R.A. (1987). Beck Depression Inventory. Manual. San Antonio: The Psychological Corporation
- Beck, A.T., Steer, R.A., y Garbin, M. (1988). En Beck, A.T. y Steer, R.A. (1987). Beck Depression Inventory. Manual. San Antonio: The Psychological Corporation
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). En Beck, A.T. y Steer, R.A. (1987). Beck Depression Inventory. Manual. San Antonio: The Psychological Corporation
- Beck, A. T. (1988) Con el Amor no Basta. México: Paidós
- Beck, A. T., Rusch, A. John, Shaw, Brian F, y Emery, Gary (1979) Cognitive Therapy of Depression. Nueva York: The Guilford Press

- Beck, A. T., Steer R. A. (1993). Beck Depression Inventory. Manual. San Antonio: The Psychological Corporation
- Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. En Leitenberg, H. Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy (p. 172) Prentice Hall
- Bleichmar, H. B. (1976). La depresión, un estudio psicoanalítico. Buenos Aires: Nueva Visión
- Bonnin, F. (1992). Detección de los estados depresivos del posparto con la Escala de Autoevaluación de Zerssen. L'Encephale. En Abstracta Médica Psiquiátrica. España: Upjohn - Duphar.
- Braceland, F. J. (1957). Kraepelin, his system and his influence, American Journal of Psychiatry, 114, 871. En Arieti, S y Bemporad J. Psicoterapia de la depresión (p. 28). México: Paidós
- Burrows G.D. (1992). Long-Term clinical management of depressive disorders. En The Journal of Clinical Psychiatry, 53, 32-35
- Busto F.J., Gutiérrez, J.R., García J.F., y Garrido I. (1994). Un paciente con sintomatología depresiva. Protocolo para el manejo del paciente depresivo en atención primaria. Salud Mental.
- Calderón, G. (1990). Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento. México: Trillas
- Cameron, N. (1982). Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad. México: Trillas
- Campbell, J.D. (1953). Manic-depressive disease. Philadelphia: Lippincott. En Leitenberg, H. Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy (p. 177). Prentice Hall
- Castilla del Pino, C. (1978). Introducción a la Psiquiatría. Madrid: Alianza Editorial
- Cleghorn, John M., Lee, Betty Lou (1993). Enfermedades Mentales. México: Manual Moderno
- Cohen, M.B., Blake, G., Cohen, R.A., Fromm-Reichmann, F. y Weigert, E. V. (1954). An intensive study of twelve cases of manic-depressive psychosis. En Arieti, S. y Bemporad, J., Psicoterapia de la depresión (pp. 52-55). México: Paidós
- Conde V., Chamorro T. y Serrano U (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. Revista de Psicología General y Aplicada, 31 (138) (469-497)

- Coppen, A. (1970) En MEDCOM (Ed.). Depresión (Monografía para Lakeside Laboratories, Inc.) (pp. 11-18). Nueva York
- Costello, C. G. (1972). Depression: loss of reinforcers or loss of reinforcer effectiveness? Behavior Therapy, 3, 240-247. En Leitenberg, H. Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy (p. 175) Prentice Hall
- Crandell, C.J., y Chambless D.L. (1986). The validation of an inventory for measuring depressive thoughts: The Crandell Cognitions Inventory. Behavioral Research Therapy 24 (4) (403-411)
- Engel G. (1968). A Life setting conducive to illness. The giving-up---given-up complex. Bulletin of the Menninger Clinic, 32, 355-365. En Leitenberg, H. Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy (p. 173) Prentice Hall
- Engelsmann, F. (1982). Culture and Psychopathology. En Polaino-Lorente A. La Depresión, Barcelona: Martínez Roca
- Estopier, M.G. (1989). Ansiedad y depresión en la época del climaterio en un grupo de mujeres mexicanas. Un estudio exploratorio. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México
- Fenichel, O. (1945). The psychoanalytic theory of neurosis. Nueva York, Norton. En Arieti, S. y Bemporad, J., Psicoterapia de la depresión (p. 43). México: Paidós.
- Ferster, C. B. (1965). Classification of behavioral pathology. En Leitenberg, H. Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy (p. 174). Prentice Hall
- Freeman A. (1983) Cognitive therapy: An overview. Nueva York: Plenum Press. En Buena G. y Caballo V. (1991) Manual de psicología clínica aplicada. España: Siglo XXI
- Freud, S. (1948) (Orig. 1917). La aflicción y la melancolía. En Obras Completas (Vol. 1). Madrid: Biblioteca Nueva
- Herbert J.D., Nelson-Gray R.O., Herbert D.L. (1992). The effects of feedback on the behavior of depressed inpatients in two structured interactions. Behavior Modification (83-101)
- Hernández R., Fernández C., Baptista P (1991). Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill
- Hernández R y Corrobles J. (1983). Evaluación Conductual. Madrid: Pirámide

- Hipócrates (1967). Works of Hipocrates, vol. IV. En Polaino-Lorente A. La Depresión, Barcelona: Martínez Roca
- Impastato, D. (1970). Terapias Convulsivas (pp 67-69). En MEDCOM (Ed.). (1970) Depresión (Monografía para Lakeside Laboratories, Inc.) (pp. 11-18). Nueva York
- Jacobson, E. (1946). The effect of disappointment on ego and superego formation in normal and depressive development. En Arieti, S. y Bemporad, J., Psicoterapia de la depresión (pp. 44-46). México: Paidós.
- Kerlinger, F.N., (1975). Investigación del Comportamiento: técnicas y metodología. México, McGraw-Hill Interamericana. En: Hernández R., Fernández C. Baptista P. (1991) Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill.
- Kohlenberg, M.T. (1994). Improving cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Theory and case study. The Behavior Analyst, 17, 305-319
- Kraines, S.H. (1957). Mental depressions and their treatment. New York: Macmillan. En Leitenberg, H. Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy (p. 177). Prentice Hall
- Krishnan K.R.R. (1992) Depressive-Neuroanatomical Substrates. Behavior Therapy 23, (571-583)
- Kuyken W., Brewin, C.R., Power, M.J., Furnham, A. (1992). Causal beliefs about depression in depressed patients, clinical psychologists and lay persons. British Journal of Medical Psychology 65 (257-268)
- Lammoglia, E. (1995). El triángulo del dolor. México: Grijalbo
- Lazarus, A. A. (1968). Learning theory and the treatment of depression. Behaviour Research and Therapy, 6, 83-89. En Leitenberg, H. Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy (p. 175) Prentice Hall
- Lewinsohn, P. M., Weinstein, M. S., & Shaw, D. (1968). Depression: a clinical-research approach. In R.D. Rubin & C. M. Frank (Eds.) Advances in behaviour therapy. New York: Academic Press. En Leitenberg, H. Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy (p. 175) Prentice Hall

- Lichtenberg, P. (1957). A definition and analysis of depression. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 77, 519-527. En Leitenberg, H. Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy (p. 173) Prentice Hall
- Mann, J.J., Malone, K.M., Mintun, M.A. (1994). Blunted regional brain serotonergic responses demonstrated in unmedicated depressed patients in vivo. Reunión Anual society for Neuroscience, Miami. En Abstracta Médica Psiquiátrica. España: Upjohn - Duphar
- Manual de Enrenamiento Fluvoxamina (1993). España: Upjohn - Duphar.
- McKinney, W. T. Jr., Soumi, S. J., & Harlow, H. F. (1971). Depression in primates. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1313-1320. En Leitenberg, H. Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy (p. 176) Prentice Hall
- Melges, F. T., & Bowlby, J. (1969). Types of hopelessness in psychopathological process. *Archives of General Psychiatry*, 20, 690-699. En Leitenberg, H. Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy (p. 173) Prentice Hall
- Mendels, J. Concepts of depression. New York: John Wiley, 1970. En Leitenberg, H. Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy (p. 170) Prentice Hall
- Montgomery, S.A. (1992). Suicidio y antidepresivos. *Drugs* 43, 24-31. En Abstracta Médica Psiquiátrica. España: Upjohn - Duphar
- Moran, PW., & Lambert, M.J., (1983). A review of current assessment tools for monitoring changes in depression. En Beck, A.T. y Steer, R.A. (1987). Beck Depression Inventory. Manual. San Antonio: The Psychological Corporation
- Moss, G. R., & Boren, J. J. (1972). Depression as a model for behavioral analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 13, 581-590. En Leitenberg, H. Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy (p. 175). Prentice Hall
- Motto, J.A. (1965). Suicide attempts: a longitudinal view. En Beck, A.T. Diagnóstico y tratamiento de la depresión. México: MSD
- Mowrer, O. H. (1969). New directions in the understanding and management of depression. *International Psychiatry Clinics*, 6, 317-360. En Leitenberg, H. Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy (p. 174). Prentice Hall

- Organización Mundial de la Salud (1992). The ICD-10 classification of Mental and Behavioral Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Madrid: Meditor
- Polaino-Lorente, A. (1980). Actualización en el Diagnóstico y los Tratamientos de las Depresiones. Madrid (en prensa). En Hernández R. y Corrobles J. (1983). Evaluación Conductual. Madrid: Pirámide
- Polaino-Lorente, A. (1985) La Depresión. Barcelona: Martínez Roca
- Price J.S., 1991. Change or homeostasis? A systems theory approach to depression. British Journal of Medical Psychology 64 (331-334)
- Rado, S. The Problem of melancholia 1956, Nueva York: Grune & Stratton. En Arieti, S. y Bemporad, J., Psicoterapia de la depresión (p. 39) México: Paidós
- Rimm, D. y Masters, J. (1980). Terapia de la Conducta. Técnicas y Hallazgos Empíricos. México: Trillas
- Rose G.D. and Staats A.W., (1988). Depression and the frequency and strenght ofpleasant events: Exploration of the Staats-Heiby Theory. Behavior Research Therapy, 26 (6) (489-494)
- Sandler, J. y Joffe, W. G. (1965). Notes in childhood depression. En Arieti, S. y Bemporad, J., Psicoterapia de la depresión (p. 47). México: Paidós
- Schmales, A. H. Jr. (1958). Relationship of separation and depression to disease. I. A report on a hospitalized medical population. Psychosomatic Medicine, 20, 259-277. En Leitenberg, H. Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy (p. 173). Prentice Hall
- Seligman, M. y Maier, S. (1967) Failure to escape traumatic shock, Journal of Experimental Psychology, 74, 1-9. En Arieti, S. y Bemporad, J. Psicoterapia de la depresión (p. 59). México: Paidós
- Shelton, R. C., Hollon S.D., Purdon, S.E., Loosen, P.T. (1991). Biological and psychological aspects of depression. Behavior Therapy 22, (201-228)
- Soumi, S. J., (1973). Repetitive peer separation of young monkeys: effects of vertical chamber confinement during separations. Journal of Abnormal Psychology, 81, 1-10. En Leitenberg, H. Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy (p. 176). Prentice Hall

- Soumi, S. J., & Harlow, H. F. (1972). Depressive behavior in young monkeys subjected to vertical chamber confinement. Journal of Comparative and Physiological Psychology, 80, 11-18. En Leitenberg, H. Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy (p. 176). Prentice Hall
- Spitz, R. (1946). Anaclitic depression. Psychoanalytic study of the child. En Ajuriaguerra, J. de Manual de Psiquiatría Infantil. (p. 666) Barcelona: Toray-Masson, S.A.
- Steer, R.A., Beck, A.T., Brown, G., & Berchick, R.J. (1987). Self-reported depressive symptoms differentiating major depression from dysthymic disorders. En Beck, A.T. y Steer, R.A. (1987). Beck Depression Inventory, Manual. San Antonio: The Psychological Corporation
- Stengel, E. (1962). Recent research into suicide and attempted suicide. En Beck, A.T. Diagnóstico y tratamiento de la depresión. México: MSD
- Suárez V. (1988). Validación de la Escala de Automedición de la Depresión de Zung en adolescentes estudiantes de secundaria mexicanos (Tesis de Licenciatura en Psicología)
- Torres M., Hernández E. y Ortega H. (1991). Validez y reproducibilidad del Inventario de Depresión de Beck en un hospital de cardiología. Salud Mental 14 1-6
- Townsley, R. M., Beach S.R., Finchane F.D., O'Leary K. D., (1991). Cognitive specificity for marital discord and depression: What types of cognition influence discord? Behavior Therapy 22 (519-530)
- Puesta al día del manual de entrenamiento de fluvoxamina. España: Upjohn-Duphar (1993).
- Veith I., (1970). Elizabethans on melancholia. Journal of the American Medical Association, 212, 127. En Arieti S. y Bemporad J. (1978) Psicoterapia de la depresión. México: Paidós
- Winnicott, D.W., (1955). The depressive position in normal emotional development. Londres: Tavstock. En Ajuriaguerra, J. de. Manual de Psiquiatría Infantil. (p. 666). Barcelona: Toray-Masson
- Winokur, G. (1973). The types of affective disorders. Journal of Nervous and Mental Disease, 156, 82-96. En Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy (p. 170). Prentice Hall

Yesavage, J.A. (1994). Depresión en Ancianos. Medicina de  
Posgrado, 68-72