



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

“VALIDEZ DE CRITERIO ENTRE LAS ESCALAS DE DEPRESION DE BECK Y ZUNG EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO TECNOLÓGICO”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

VERONICA LOPERENA SANTILLAN

DIRECTOR:

DR. SAMUEL JURADO CARDENAS



MEXICO, D. F

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Agradecimientos:

*A las Autoridades del Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica,
Plantel Venustiano Carranza, por su apoyo en la conformación de la muestra*

Al Doctor Samuel Jurado, por su gran paciencia e invaluable apoyo.

A Marco y a mis padres

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: LOPEXENA SANTILLAN
VERONICA
FECHA: 18 AGOSTO 2004
FIRMA: [Firma]

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
CAP. 1 CLASIFICACION DE LA DEPRESION	6
1.1 ICD 10	7
1.2 DSM-IV	8
1.3 DEPRESION EN ADOLESCENTES	10
CAP. 2 TEORIAS DE LA DEPRESION	13
2.1 TEORIAS TEMPRANAS	13
2.2 TEORIAS PSICODINAMICAS	16
2.3 TEORIAS COGNOSCITIVAS	19
2.4 TEORIAS CONDUCTUALES	22
CAP. 3 TRATAMIENTO	25
3.1 TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	28
3.2 TRATAMIENTO PSICOLOGICO	30
3.2.1 PSICOTERAPIAS PSICOANALITICAS	31
3.2.2 TERAPIAS CONDUCTUALES Y COGNITIVAS	33
CAP. 4 MEDICION DE LA DEPRESION	41
4.1 ESTUDIOS PSICOMETRICOS DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK	44
4.1.1 DESCRIPCION INFORMATIVA DEL IDB	46
4.1.2 FIABILIDAD	50
4.1.3 VALIDEZ	54
4.1.4 CORRELACIONES DEMOGRAFICAS	64
4.1.5 ESTUDIOS PSICOMETRICOS DEL IDB EN MEXICO	65
4.2 ESTUDIOS PSICOMETRICOS DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG	74
CAP. 5 METODO	78
5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	78
5.2 JUSTIFICACION	79
5.3 OBJETIVO	80
5.4 HIPOTESIS	80
5.5 VARIABLES	80
5.6 POBLACION	81
5.7 MUESTRA	81
5.8 ESCENARIO	81
5.9 INSTRUMENTOS	81
5.10 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO	82
5.11 PROCEDIMIENTO	82
RESULTADOS	83
DISCUSION Y CONCLUSIONES	90
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	94

RESUMEN

En la actualidad, la depresión es considerada como una de las patologías más comunes en el mundo, calculándose la existencia de 150 a 200 millones de personas con este padecimiento. En México es el trastorno del estado de ánimo más frecuente en población general, en especial entre adolescentes, donde encontramos índices de prevalencia del 38 al 40 por ciento.

Al ser la depresión una de las psicopatologías con más alta incidencia en nuestro país, surge la necesidad de contar con instrumentos auxiliares en su diagnóstico. Las pruebas psicométricas son uno de los principales auxiliares, siempre y cuando estas pruebas cuenten con estudios psicométricos que respalden su confiabilidad y validez.

En este estudio se trabajó con 546 estudiantes de bachillerato con edades comprendidas entre 15 y 23 años. Se aplicaron las escalas de Zung y Beck una después de otra, obteniéndose un índice de correlación $r=0.65$, $p=.000$, concluyendo que el Inventario de Depresión de Beck cuenta con validez, aportando un estudio psicométrico más que respalda su uso en población mexicana.

INTRODUCCIÓN

Todos estamos familiarizados, por lo menos casualmente con los síntomas de la depresión: tristeza, pasividad, periodos de llanto, pensamientos suicidas, sentimientos de desesperanza, desamparo, desvalorización, indecisión, falta de interés en el mundo, pérdida de apetito y de susceptibilidad a la fatiga y al aburrimiento; todos síntomas comunes del desorden (Martin, 1976).

La depresión es una reacción afectiva normal, una emoción que todos podemos padecer ante sucesos adversos. Sin embargo existen personas que son más susceptibles a dichos sucesos, reaccionando de forma tan exagerada que su conducta llega a ser patológica (Mendels, 1972)

La depresión ha sido estudiada desde tiempo atrás, encontrando sus primeras explicaciones con Hipócrates 400 años a C. Con el paso del tiempo, la depresión se ha convertido en una de las psicopatologías más comunes, sin embargo es una de las menos estudiadas. (Martin, 1976).

El diagnóstico de la depresión es un diagnóstico clínico, basado en los síntomas y signos que se recaban en el examen médico-psicológico. La clasificación de la depresión, a través de la historia, ha sufrido múltiples cambios, lo cual sugiere que ninguna ha sido suficientemente satisfactoria, aún las actuales (Díaz Martínez, 1996).

En la actualidad, los criterios diagnósticos de la depresión son especificados en la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud y en el Manual de Diagnóstico y Estadístico (DSM-IV) de la Asociación Psiquiátrica Americana. Ambas clasificaciones hacen referencia a síntomas de mayor importancia como ánimo depresivo y la pérdida de interés o placer y de la capacidad para disfrutar.

En el mundo, se calcula la existencia de unos 150 a 200 millones de personas con problemas de depresión. De ellas, una de cada 100 recibe tratamiento y uno de cada 200 enfermos se suicida (Guevara, 1988). En Estados Unidos se considera que de 4 a 8 millones de la población puede necesitar atención profesional por enfermedades depresivas. Además, a diferencia de la mayoría de las otras formas de psicopatología, este desorden puede ser mortal ya que según El Instituto Nacional de Salud Mental, una de cada 100 personas americanas que padecen una enfermedad depresiva morirá por suicidio (Martin, 1976).

México, como país que ingresa poco a poco a la modernidad y a la industrialización, no podía quedar fuera de los trastornos psicofisiológicos que afectan a las sociedades contemporáneas. Tanto la crisis económica como la grave pérdida del poder adquisitivo de la población, han incrementado los casos de depresión denominada reactiva, los delitos de sangre, el alcoholismo y, en ciertos casos, el suicidio (Guevara, 1988). Desafortunadamente el tratamiento y atención de estos problemas de salud mental no han sido totalmente satisfactorios por diversas razones: escasez de recursos,

prioridad a otros problemas de salud mental, ignorancia, temores y prejuicios profundamente arraigados en nuestra cultura. Además la forma en que los miembros de un grupo conciben la enfermedad mental puede determinar la manera en que un individuo experimente este tipo de problemas, los reconozca y decida buscar ayuda para resolverlos (García y Andrade, 1994).

Los trastornos del estado de ánimo, sobre todo los estados depresivos, son desde el punto de vista epidemiológico, los trastornos más frecuentes en población general (Caraveo, 1997). Estos trastornos afectivos se encuentran con gran frecuencia en los adolescentes, reportándose índices de prevalencia entre el 38 y 40% (De la Peña, Estrada, Almeida y Páez, 1999).

El creciente aumento de casos de depresión, ha hecho necesario el uso de instrumentos auxiliares en su diagnóstico, surgiendo así gran cantidad de pruebas psicológicas, las cuales se han convertido en los instrumentos más empleados para dicho fin. Entre estas pruebas encontramos la Escala de Automedición de Zung y más recientemente el Inventario de Beck, sobre cuales es importante demostrar que tienen confiabilidad y validez.

Por lo anterior, el presente trabajo tiene como objetivo evaluar la validez de criterio de La Escala de Automedición de Zung y El Inventario de Depresión de Beck. Aportando así un estudio psicométrico más que respalde la confiabilidad y validez

global de ambos instrumentos en población mexicana.

Aspectos importantes como la clasificación, teorías y tratamientos de la depresión son tratados en el presente trabajo, aunque el énfasis principal es el sustento teórico y el trabajo psicométrico de los instrumentos

CAPITULO 1

CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN

La considerable confusión que gira en torno a la clasificación de la depresión puede atribuirse a sus diferentes definiciones, así como a su gran número de subtipos. Joseph Mendels (1972), señaló que a la depresión se le pueden dar tres significados: como síntoma, como síndrome y como enfermedad.

La depresión es un síntoma que a veces se presenta con carácter exclusivo o casi exclusivo, a veces acompañando a otros que tienen o no relación directa con él. La depresión es un síndrome en el que lo nuclear del mismo es la tristeza, pero que se enlaza con otros síntomas que lo constituyen. La depresión es una enfermedad cuya manifestación habitual es el síndrome depresivo (y dentro de él el síntoma habitual: la tristeza), y sobre el cual puede indagarse con referencia a sus aspectos concretos (etiología, patogenia, forma de curso y tratamiento).

Las clasificaciones de la depresión han sufrido cambios, lo cual sugiere que ninguna ha sido totalmente satisfactoria. Así, se han utilizado términos como depresión retardada, depresión agitada, depresión endógena, depresión reactiva, depresión neurótica, depresión involutiva y otros. Actualmente, los trastornos depresivos primarios incluyen la depresión unipolar y el trastorno bipolar. El trastorno depresivo mayor (depresión unipolar) está caracterizado por uno o más episodios de depresión leve, moderada o severa sin episodios de manía o hipomanía. Los criterios diagnósticos son especificados en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud y en el Manual Diagnóstico y Estadístico versión IV (DSM-IV) de la Asociación Psiquiátrica Americana.

1.1 ICD-10

La clasificación del ICD-10 se estructura sobre la base de los trastornos afectivos clásicos, manía o depresión (unipolar-bipolar), aunque se valoran para subclasificar la intensidad, la presencia de síntomas biológicos o psicóticos y la congruencia o incongruencia del humor. Desaparece de la depresión neurótica, que queda recogida en esta clasificación como distimia, y de la personalidad depresiva, así como la inclusión de los trastornos esquizoafectivos en el capítulo de los trastornos afectivos (Vallejo, 1990). La clasificación de los trastornos del humor (afectivos) según el ICD-10 es la siguiente.

F 30. Episodio maníaco

- F 30.0. hipomanía
- F 30.1. Manía
- F 30.10. Con humor congruente
- F 30.11. Con humor incongruente

F 31. Episodio depresivo

- F 31.0. Intensidad leve o moderada
- F 31.00 Sin síntomas biológicos
- F 31.01. Con síntomas biológicos
- F 31.1. Severo
- F 31.10. Con síntomas biológicos, pero no psicóticos
- F 31.11. Con síntomas psicóticos
 - F 31.110. Con humor congruente
 - F 31.111. Sin humor congruente

F 32. Trastorno afectivo bipolar

- F 32.0. Episodio actual hipomaniaco o maniaco (F30)
- F 32.1. Episodio actual depresivo (F31)
- F 32.2. Episodio actual mixto
- F 32.3. En remisión

F 33. Trastorno depresivo recurrente

- F 33.0 Intensidad leve o moderada
- F 33.00. Sin síntomas biológicos
- F 33.01. Con síntomas biológicos
- F 33.1 Severo
 - F 33.10. Con síntomas biológicos, pero no psicóticos
 - F 33.11. Con síntomas psicóticos
 - F 33.110. Con humor congruente
 - F 33.111. Con humor incongruente

F 34. Estados afectivos persistentes

- F 34.0. Ciclotimia
- F 34.1. Distimia

F 35. Otros trastornos del humor (afectivos)

- F 35.0. Otros episodios afectivos únicos
- F 35.1. Otros trastornos recurrentes afectivos
- F 35.2. Otros trastornos afectivos

F 36. Trastornos esquizoafectivos

- F 36.0. Trastornos esquizomaniaco
- F 36.1 Trastorno esquizodepresivo

F 39. Trastorno afectivo no especificado

1.2. DSM-IV

De acuerdo con el DSM-IV, versión castellana, la sección de los trastornos del estado de ánimo, incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Para el estudio de los trastornos afectivos se anexa una descripción de los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaniaco). Estos episodios sirven como fundamento para el diagnóstico de los trastornos. También se incluyen las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes. La clasificación de los trastornos del estado de ánimo queda de la siguiente manera:

Trastornos depresivos

- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno distímico
- Trastorno depresivo no especificado

Trastornos bipolares

- Trastorno bipolar I
- Trastorno bipolar II
- Trastorno ciclotímico
- Trastorno bipolar no especificado

Otros trastornos del estado de ánimo

- Trastorno del estado de ánimo debido a (indicar enfermedad médica)
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias
- Trastorno del estado de ánimo no especificado

Con respecto a los Criterios Diagnósticos de Investigación del ICE-10 y los Criterios del DSM-IV, encontramos las siguientes diferencias.

Con respecto al diagnóstico depresivo mayor, el ICD-10 propone un umbral distinto para definir cuándo el trastorno se considera un episodio aislado versus dos episodios separados recidivantes. Los Criterios Diagnósticos de Investigación del ICE-10 exigen la presencia de un período libre de cualquier síntoma significativo de

alteración del estado de ánimo de por lo menos dos meses entre episodios, mientras que los criterios del DSM-IV requieren un intervalo de como mínimo dos meses consecutivos, en que no se cumpla la totalidad de criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor.

Con referencia al trastorno distímico, los Criterios Diagnósticos de Investigación del ICE-10 exigen que el estado de ánimo depresivo se acompañe de 3 síntomas de una lista de 11, además de limitar la coexistencia de episodios depresivos mayores a ninguno a muy pocos y especifica que el trastorno distímico puede aparecer justo después de un episodio depresivo sin que medie un período de remisión total.

Con respecto al trastorno afectivo bipolar la definición de la ICE-10 no hace ninguna distinción entre trastorno bipolar I y II. Sin embargo, los Criterios Diagnósticos de Investigación del ICE-10 sí incluyen criterios provisionales para el trastorno bipolar II, que son idénticos a los del DSM-IV.

En otros trastornos del estado de ánimo debido a ... (indicar enfermedad médica), a diferencia del DSM-IV, los Criterios Diagnósticos de Investigación del ICE-10 exigen el cumplimiento de la totalidad de criterios diagnósticos referentes a la duración y al cuadro sintomático de un episodio hipomaniaco, maniaco depresivo o depresivo mayor. En la ICE-10, este trastorno está recogido con el nombre de trastorno orgánico del estado de ánimo.

En relación con el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, a diferencia del DSM-IV, los Criterios Diagnósticos de Investigación del ICE-10 requieren el cumplimiento de la totalidad de criterios referentes a la duración y al cuadro sintomático de un episodio hipomaniaco, maniaco o depresivo mayor. En la ICE-10, este

trastorno está recogido con el nombre de trastorno afectivo residual debido al consumo de sustancias.

Dado que la muestra de este trabajo es de adolescentes, consideramos necesario conocer algunos aspectos de la depresión en esta etapa.

1.3 DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

La adolescencia es un periodo entre la infancia y la edad adulta; es una etapa caracterizada por cambios y una gran inestabilidad, en la cual, es frecuente la presencia de diversos trastornos psicológicos que tienden a desaparecer con la conclusión de esta etapa: la depresión es uno de esos trastornos. En la adolescencia los síntomas se enmascaran con equivalentes depresivos: consumo de drogas y alcohol, aumento o descenso en el peso, baja en el rendimiento escolar, descuido en la higiene personal. También pueden encontrarse estados de ansiedad, irritabilidad, agresividad, aburrimiento, inquietud, oscilaciones entre apatía, y preocupación por trivialidades, pérdida repentina del interés por cualquier actividad, intolerancia a la soledad, oscilación entre una fatiga abrumadora y una inagotable energía y dificultad para concentrarse (Papalia, 1988)

Diversas situaciones pueden provocar reacciones depresivas en los adolescentes: la elaboración del duelo por la pérdida del rol y del cuerpo infantil, así como la pérdida de la protección y la dirección de los padres en la infancia. A esto debemos agregar los problemas con y entre los padres, presiones en la escuela y desilusiones amorosas que

provocan un concepto devaluado de sí mismo. Los problemas vocacionales son los principales, sin embargo, los concernientes al ajuste sexual absorben la mayor parte de atención y tienen más consecuencias emocionales (Watson, 1991)

Es una etapa en la que el adolescente requiere de cambios profundos al interior de su persona, siente la necesidad de conocer nuevas emociones, de ser aceptado en el medio social y con el grupo de adolescentes, de aliviar la angustia que le provoca la inestabilidad emocional. También vive una etapa de rebeldía contra la autoridad y lo establecido (Papalia, 1988)

En las condiciones actuales en que la crisis económica afecta no solo las estructuras sociales sino que también las políticas ideológicas, se percibe que las formas de relación de los individuos están también en crisis y proceso de cambio. Con este panorama puede afirmarse que no existen las condiciones necesarias para que todo adolescente pueda elaborar un proyecto de vida que permita el desarrollo integral de su persona. Además, el adolescente se encuentra con que sus aspiraciones deben ser las que marca la sociedad, buscadas en el consumo de objetos, en la conversión de las relaciones humanas en relaciones comercializadas que den "status". La idea de una buena profesión, un buen trabajo y una vida cómoda y sin carencias, es cada vez menos accesible sobre todo para las personas de escasos recursos, que forman el grueso de la población. Sin embargo, es importante resaltar que esta situación se vive y resuelve de diferente manera en cada adolescente, de acuerdo no sólo a las capacidades obtenidas en la infancia y las aprendidas en esta etapa, sino también a su extracción de clase, pues las oportunidades aumentan o decrecen a ésta (Grinder, 1992)

En México, se han desarrollado diferentes investigaciones en torno a la depresión y los adolescentes. De la Peña E. (1999) reporta índices de prevalencia en población clínica como general del 38 al 40%. Jiménez Tapia (2002) realizó un estudio para determinar la sintomatología depresiva en estudiantes adolescentes de escuelas públicas y privadas. Entre sus principales resultados observo que existe depresión entre adolescentes de ambos tipos de escuelas, que existe mayor prevalencia de síntomas en estudiantes de escuelas privadas y que la incidencia de síntomas es mayor entre mujeres que en hombres.

Portillo T. y Villa L. (2001) encontraron correlación significativa entre depresión y rendimiento escolar. Aviña O. y Rodríguez C. (2001) en su estudio realizado con niñas institucionalizadas encontraron que el nivel de depresión se incrementa con relación a la edad, es decir a mayor edad, mayor depresión.

Los estudios realizados con población mexicana, muestran que la depresión es un trastorno que se está presentando en población no clínica, y aunque algunos autores lo reportan como un trastorno transitorio en la etapa de la adolescencia, es importante proporcionarles herramientas que les permitan superar esta etapa, evitando así riesgos en el futuro

CAPITULO 2

TEORÍAS SOBRE LA DEPRESIÓN

2.1 Teorías tempranas

Es en siglo V y VI a.C. que Hipócrates dio la primera explicación escrita de la “melancolía”, nombre inicial de la depresión. Para explicar la enfermedad se basó en la teoría de los humores. Dicha teoría hablaba de los 4 humores -sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema-, los cuales tenían influencia según las estaciones -primavera, verano, otoño e invierno- y cada humor con su correspondiente estación se asociaban a un par de opuestos primarios o cualidades -la sangre con lo templado y húmedo, la bilis amarilla con lo caliente y seco; la bilis negra con lo frío y seco y la flema con lo frío y húmedo-. Dentro de este esquema, el estado de salud lo constituía la mezcla óptima (eucrasia) de esos humores, es decir, existía un equilibrio. La enfermedad era la ruptura de ese equilibrio (discrasia) Así, Hipócrates afirmó que la melancolía era una enfermedad de las varias catalogadas como enfermedades melancólicas, que la bilis negra era un factor clave, y que la presencia de esta era el resultado de una enfermedad cerebral (Jackson, 1986).

Aristóteles, 350 a.C. aproximadamente, partió de la incógnita del por qué todos aquellos grandes pensadores, poetas, artistas, y políticos de la época tenían temperamentos atrabiliarios, y algunos de ellos hasta el punto de llegar a padecer enfermedades producidas por la bilis negra. Dentro del marco de la teoría humoral afirmó que las personas normales tenían bilis negra en cantidades proporcionadas y una

minoría de esas personas normales, tenían un exceso en equilibrio relativamente estable. A estos últimos adjudico un temperamento melancólico, mostrando una tendencia a tener dotes especiales.

Arateus de Capodocia, 80 D.C., formuló un cuadro más completo de la depresión. Sugirió que la depresión era causada por factores puramente psicológicos y que poco tenían que ver con los humores (Arieti). Arateus consideraba que la manía y la melancolía eran dos expresiones de una enfermedad recurrente pero potencialmente curable.

Después del predominio de los “curanderos espirituales” durante la edad media a finales de 1500 surge Félix Platter como el primer gran sistematizador, él describía la melancolía como “ una clase de aberración mental en que la imaginación y el juicio estaban pervertidos que, sin causa alguna, las víctimas se volvían muy tristes y temerosas”. Platter suponía que la causa más común de la melancolía era el terror ocasionado por algún accidente imprevisto, recomendando como tratamiento la administración de drogas, supervisión de la dieta, sangrías, y/o cauterizaciones.

En el México prehispánico la depresión fue considerada como un problema médico. De acuerdo con la descripción que en 1552 hizo el médico indígena Martín de la Cruz. Esta descripción fue traducida al latín por Juan Badiano, y generalmente se le conoce como Códice Badiano. El códice que aún se conserva en la Biblioteca del

Vaticano incluye el título “Remedio para la sangre negra”, término común del cuadro en la Europa del siglo XVI (Calderón, 1987).

Kraepelin en 1896, acuñó el término psicosis maniaco depresiva, el cual incluía todo el campo de las llamadas demencias periódicas y circulares, la manía, y algunos casos de locura; posteriormente amplió el concepto incluyendo todos los casos de “excesos afectivos”. Kraepelin basaba su enfoque en su clasificación etiológica de enfermedades exógenas causadas por toxinas bacterianas, químicas o de otro orden, y enfermedades endógenas causadas, según él, por trastornos degenerativos y hereditarios (Mendels, 1972). Separó la locura maniaco-depresiva de la demencia precoz, afirmando que esta última es un desorden progresivo deteriorante, mientras que la demencia maniaco-depresiva era episódica y no deteriorante (Martin, 1976). Concluyendo que la principal línea de demarcación en etiología es, sobre todo, la distinción entre causas internas y externas.

Lange (1928) trabajó sobre la dicotomía que proponía Kraepelin. Además propuso que la enfermedad endógena o maniaco-depresiva y de las depresiones exógenas, podían existir formas mixtas con componentes predominantemente endógenos o exógenos. Dio el nombre de *reactivas* al grupo de depresiones endógenas que sucedían a ciertas tensiones de origen ambiental.

Gillespie (1929), estudio un grupo de depresivos, proponiendo tres grados de

depresión: *reactiva, autónoma* (independiente de estímulos ambientales) e *involuntiva*. No apreció diferencia alguna en la frecuencia de factores de precipitación en los grupos de depresiones reactivas y autónomas. El principal factor diferenciador consistía en la reactividad. Los pacientes reactivos ofrecían respuestas emocionales a cambios de ambiente, mientras los autónomos mostraban una carencia total de capacidad de reacción.

2.1 Teorías psicodinámicas

Karl Abraham (1927) afirmaba que el odio es el sentimiento en la etapa previa de la depresión, pero como este sentimiento resulta inaceptable para la persona, es reprimido y por ende proyectado. La persona se siente odiada por los demás y llega a creer que es odiada a causa de defectos innatos, por lo que se deprime. Debido a que no pueden formar un vínculo libidinal duradero, los pacientes se vuelven autoeróticos, su conducta es inhibida y de esta manera satisfacen su tendencia inconsciente hacia una negación de la vida.

Freud (1948) formuló su explicación analítica de la depresión. Comparaba a la melancolía con el proceso normal del duelo, esperando que la comparación permitiera explicar a la melancolía como una patología. Cuando se pierde un objeto amado, la realidad demuestra al doliente que debe eliminar sus vínculos libidinales del objeto; como normalmente dichos vínculos son muy fuertes, el ego solo puede aceptar la realidad muy lentamente, pero eventualmente se libera del objeto. De acuerdo con Freud, la melancolía a veces ocurre cuando aparentemente no hay objeto perdido y por

lo tanto parece relacionada con una pérdida inconsciente. Freud encontraba extraño que el doliente creyera que había perdido un objeto dentro de sí mismo. La solución a este problema introducía al mecanismo crucial de la melancolía en la etiología. También notó que en todos los casos las recriminaciones que se hacía el melancólico, describían mejor al objeto amado o al objeto amado potencial que al propio sujeto. A la pérdida del objeto amado, la libido liberada es conducida al ego en lugar de dirigirse hacia otro objeto, siendo usada para establecer una identificación del ego con el objeto perdido por medio de la introyección y de esa manera el ego queda capacitado para criticarse como un objeto. Al sustituir al objeto amado por la identificación, el paciente regresa a la etapa oral de la libido en que el infante es incapaz de diferenciarse a sí mismo del ambiente y muchas relaciones objétales son ambivalentes. Debido a esta ambivalencia, parte de la libido liberada de la catexis del objeto estimula un sadismo dirigido hacia el yo.

Melanie Klein (1984) afirmó que la base de la depresión se forma en el primer año de vida. Señala que todos los niños atraviesan por estadio evolutivo, al que le llamo "actitud depresiva", que se caracteriza como la fase de tristeza, temor y culpa. El niño se siente frustrado por la carencia de amor, se irrita contra la madre y desarrolla fantasías de tipo sádico y destructivas respecto a ella. El niño llega a temer que esas fantasías destruirán realmente a su madre, desplegando sentimientos de ansiedad y culpa. Además el niño es incapaz de distinguir el mundo externo (su madre) del interno (él mismo y sus imágenes internas de la madre), y el temor de llegar a destruir a su madre se transforma, en parte, en temor de destruirse a sí mismo. Esta es la fase que Klein denominaba "actitud depresiva". Por lo general, el niño comprueba que la madre a la cual odia y la

madre a la que ama, son una misma, resolviéndose satisfactoriamente la actitud depresiva. Si no se produce esta reunión de los dos objetos en uno sólo, porque los sentimientos de agresión y odio resultan más fuertes que los de amor, se establece una base patológica para el desarrollo de las depresiones en la vida adulta.

Bilbring (1953) en su teoría psicodinámica, considera al desamparo como el aspecto principal de la depresión. Asume que lo que se ha descrito como el mecanismo básico de la depresión, la perturbadora conciencia del ego de su desamparo en relación con sus aspiraciones, representa el núcleo de la depresión normal, neurótica y probablemente de la depresión psicótica. En base al material clínico asume que dichas experiencias traumáticas usualmente ocurren en la niñez temprana y establecen una fijación del ego al estado de desamparo. Este estado es por último, regresivamente reactivado siempre que surgen situaciones parecidas a la condición primaria del choque.

Therese Benedek (1956) insistía en la importancia de la constelación depresiva, expresión usada para describir un estado psicológico que proviene de las dificultades de las primeras relaciones entre madre e hijo. Un niño satisfecho por su experiencia oral y el contentamiento que le proporciona el alimento, introyectará una idea de la *madre buena que alimenta* y la iguala al buen *yo satisfecho*, provocando así confianza y gratificación mutua. Cuando el niño no se siente gratificado, se torna agresivo en sumo grado. Al comer introyecta ese impulso agresivo desarrollando un estado de “madre mala igual a yo malo”. Benedek afirma que esto es la base de la depresión que se presenta posteriormente, cuando ciertas tensiones causan una regresión a esta fase oral.

2.3 Teorías cognoscitivas

Beck (1976b), cuestionó la visión generalmente aceptada de la depresión como un desorden afectivo, no consideró que las manifestaciones cognoscitivas de la depresión (baja autoestima, desesperanza y desamparo) sean secundarias a la perturbación afectiva. Afirma que la secuencia en que la percepción conduce a la cognición y a la emoción en los sujetos normales (en que las cogniciones determinan el afecto) existe también en los depresivos. A diferencia de las cogniciones normales, las cogniciones depresivas son dominadas por contenidos y procesos ideosincráticos, estas cogniciones determinan la respuesta afectiva en la depresión. Beck analizó el contenido idiosincrático del pensamiento de los depresivos, encontrando concepciones distorsionadas e irreales. Las verbalizaciones y asociaciones libres de los pacientes revelan temas recurrentes de poco respeto a sí mismo, privación, autocrítica y autocensura, problemas y obligaciones agobiantes, autodominio, autoprohibiciones y deseos escapistas y suicidas. Tales cogniciones son distorsionadas e irreales ya que los pacientes tienden a exagerar sus errores y los obstáculos en su camino.

Beck (1967a) desarrollo cinco procesos del pensamiento importantes para el desarrollo del estado cognoscitivo. Estos son:

1. *Deducción arbitraria*, que es una tendencia a sacar conclusiones (por lo común de carácter denigratorio de la persona misma) de una situación que le es neutral o impersonal.

2. *Abstracción parcial*, esto es, concentrarse sobre un aspecto de la situación tomado fuera de su contexto y llevado hasta la exageración.

3. *Generalización excesiva*, implica una conclusión de carácter general fundada en una experiencia o accidente concreto, con frecuencia de poca importancia.

4. *Magnificación y minimización* que deben considerarse como evoluciones distorsionadas y exageraciones de una situación o de una experiencia, es decir, se exageran las dificultades y minimizan logros y capacidades.

5. *Clasificación inexacta*. Se refiere a la clasificación de una experiencia en forma exagerada, que guarda relación directa con la respuesta afectiva y la clasificación, en lugar de asociar la respuesta real con la experiencia del momento.

En base a lo anterior, Beck dividió las conceptualizaciones erróneas del paciente depresivo en la “tríada cognoscitiva”:

- a) expectativas negativas respecto del ambiente
- b) autoapreciación negativa, y
- c) expectativas negativas respecto al futuro

A medida que esta tríada se va haciendo dominante, la depresión va aumentando progresivamente, apareciendo otros síntomas no cognitivos. La persona se siente triste porque ha sido rechazada, todas las tareas le parecen insuperables y aburridas, su voluntad se paraliza y desea escapar; cuando estos sentimientos se intensifican y son asociados con sentimientos de desamparo e inutilidad, se vuelve extremadamente dependiente y puede intentar suicidarse.

Melges y Bowlby (1969) enfatizan la importancia de la desesperanza en la depresión. La esperanza y la desesperanza se refiere a la estimación de una persona de su habilidad para alcanzar ciertas metas. Esta estimación depende de éxitos previos con metas específicas, así como la efectividad para alcanzar metas generales. Un desamparo muestra desesperanza con respecto a su futuro cuando: cree que sus habilidades ya no serán efectivas para alcanzar sus metas; cree que ha fracasado por su incompetencia y que debe depender de otros; siente que sus esfuerzos previos, hacia metas a largo plazo, han fracasado. Aunque el depresivo siente que es incapaz de obtener sus metas, éstas siguen siendo importantes y le preocupan.

Lichtenberg (1957) cree que el deprimido no siente esperanza de alcanzar sus objetivos y enfatiza que el depresivo se culpa a sí mismo de sus fracasos. Lichtenberg describe tipos de depresión que progresan en severidad a medida que la creencia de desesperanza avanza de una situación específica (menos severa) a un estimo total de conducta hacia la satisfacción total del ambiente (más severa). Los casos más severos muestran sentimientos intensos de inutilidad, mayor pasividad y menos confianza. Dicho autor traza la génesis de la depresión al desarrollo de expectativas de alcanzar metas durante la etapa indefensa de la infancia y durante la niñez, cuando los estilos conductuales se están iniciando.

Schmales (1958) y Engel (1968) han indicado que la desesperanza y el

desamparo hacen a una persona más susceptible a la depresión, así como a la enfermedad y a la muerte. Schmale afirma que la pérdida o la amenaza de pérdida están relacionadas con la ira, el temor y especialmente la desesperanza y el desamparo. Engel encontró en pacientes hospitalizados que un sentimiento profundo de impotencia psicológica precedía a la enfermedad y la muerte. Los pacientes se sentían desesperanzados y desamparados, con una minusvalía de sí mismos, habían perdido la gratificación en su vida y su futuro les parecía incierto.

En conclusión las teorías cognitivas emplean un lenguaje muy relacionado con los fenómenos observables. Tratan con la estructura actual del depresivo, aunque sus sistemas están basados en constructos hipotéticos y sus principales datos casi siempre son subjetivos, las teorías son cercanas a la realidad para ser demostradas. Además los teóricos cognoscitivos han mostrado una refrescante aversión a involucrarse en especulaciones etiológicas y han hecho grandes contribuciones al análisis de la depresión (Martin, 1976).

2.4 Teorías conductuales

Fester (1965) describió la patología conductual, como un resultado directo de interacción de un individuo con su ambiente y de su historia de reforzamiento, sugiriendo un análisis topográfico y funcional de la conducta. En dicho análisis se describe lo que ha ocurrido sin hacer referencia a los antecedentes o consecuentes. En el análisis funcional se describe la relación de la conducta con el ambiente, especificando los eventos ambientales controladores que pueden manipularse. Fester considera que la

depresión es una disminución en la frecuencia de emisión de la conducta reforzada positivamente, de esta manera, un análisis funcional de las variables que controlan la emisión de esa conducta puede aplicarse directamente a la etiología y la terapia de la depresión. Moss y Boren (1972) continuaron con el análisis de Fester y presentaron ejemplos clínicos de los efectos de varias contingencias de reforzamiento. De acuerdo con ellos, las dos principales condiciones ambientales asociadas con la conducta depresiva son el control aversivo y reforzamiento positivo insuficiente.

Lazaruz (1968) también considera a la depresión como una función del reforzamiento inadecuado o insuficiente. Afirma que el depresivo está virtualmente bajo un programa de extinción en que la carencia del reforzamiento, da como resultado un repertorio debilitado.

Lewinshon, Weinstein y Sham (1968) analizaron la depresión en el marco de la teoría del aprendizaje social, afirmando que no sólo los eventos ambientales, sino también los rasgos y estados del organismo (como carencia de habilidad social) pueden dar por resultado una baja tasa de reforzamiento, lo cual reduce la actividad y la verbalización. Además señala, que la conducta depresiva es mantenida por la simpatía, interés y preocupación.

Costello (1972) se muestra en desacuerdo con la visión de la depresión por la pérdida del reforzamiento, afirmando que esas teorías conductuales explican la pérdida

del interés sólo en aquellas partes del ambiente relacionadas con el reforzador, pero no explican la pérdida central de interés, característica de la depresión. Costello afirma que la depresión es ocasionada por la pérdida de la efectividad del reforzador y que esa pérdida puede deberse a cambios endógenos y bioquímicos o neurofisiológicos o a la interrupción de una cadena conductual.

CAPITULO 3

TRATAMIENTO

Desde el enfoque terapéutico se sabe que el manejo de los estados depresivos es tan antiguo como la misma civilización y que las formas de efectuarlo muchas veces obedecían a respuestas propias de la concepción etiológica que se tenía o por procesos que obedecían más a un método científico. Quizá una de las primeras formas de tratar a los enfermos depresivos proviene de los árabes, quienes descubrieron el efecto estimulante del “kath” de la Cannabis Indica y del café, llamándolas sustancias “euforizantes”.

En el siglo XVI se tiene referencias de tratamientos para la melancolía en base a “purgantes”. Martín de la Cruz en 1592 en su Código Badiano refiere como “remedio para la sangre negra” todo un tratado de conductas y actitudes a desarrollar por el enfermo melancólico, tales como no asolearse, no beber pulque, abstenerse de deseo carnal y tratar de divertirse, entre otras. En el siglo XVII Robert Burton escribe “Anatomía de la Melancolía”, haciendo referencia al cuadro clínico así como a otras conductas terapéuticas. En 1801 se publica “El tratado Médico-Psicológico de la Alienación Mental” escrito por Pinnel quien menciona que para el manejo de la melancolía se deberían utilizar baños con ducha, purgantes, sueros, medicamentos (no especificados) y ergoterapia. A fines del siglo XIX y principios del actual, inicia la

utilización de diversas técnicas psicoterapéuticas que a la fecha son de gran utilidad, como coadyuvantes del tratamiento psicofarmacológico y como tratamiento de elección en cierto tipo de síndromes depresivos (depresión reactiva) (González, G., 1995)

En la primera mitad del siglo XX aparecen como técnicas específicas de tratamiento para la depresión la terapia eléctrica, que inicia Cerletti y Bini en 1938, el coma insulínico que introduce Sakel en 1933 y el uso de anfetaminas que propone Mayerson en 1936.

Puesto que la depresión es a menudo una enfermedad que tiene sus propios límites, no resulta fácil con frecuencia comprobar las estadísticas sobre el grado de éxito de las diversas formas de tratamiento. Además los pacientes depresivos dan frecuentemente respuestas inespecíficas de tipo concesivo, que no guardan relación con las características bioquímicas o psicológicas del tratamiento concreto a que han sido sometidos. Se ha demostrado que la respuesta a un tratamiento concreto depende en gran parte, de las expectativas del paciente. Así, si éste cree que está recibiendo una terapia o un medicamento poderoso, la probabilidad de una buena respuesta es mucho mayor que la que pueda dar si tiene dudas acerca de la eficacia del tratamiento (Mendels, 1972).

Un punto que debe tomarse en cuenta, es el referente al costo en el tratamiento de la depresión. En este punto deberá considerarse además del aspecto económico, aquellos que provocan grandes daños en términos de “pérdida de años de vida saludable”, en los

que se considera entre otros, la disminución de la productividad laboral y social del individuo afectado y la afectación a su calidad de vida (González Ruelas E., 1996).

En la tabla 1 podemos observar los distintos tratamientos o terapias de la depresión teniendo en cuenta las teorías o modelos etiológicos que las sustentan, desde las que parten de diferencias bioquímicas, hasta aquellas otras que establecen su origen en factores psicológicos internos o modelos intra psíquicos pasando por las que hacen referencia a modelos procedentes del análisis y modificación de la conducta.

TERAPIAS DE LA DEPRESIÓN

ENFOQUE	HIPÓTESIS	PROCESO	PROCEDIMIENTO
<i>Biológico</i>	Desequilibrio bioquímico	Restauración del proceso fisiológico	Farmacoterapia y/o terapia somática
<i>Dinámico</i>	Cólera dirigida hacia uno mismo tras pérdida real o simbólica	Insight del conflicto inconsciente y descarga catártica de afecto	Asociación libre Interpretación de sueños Relación transferencial
<i>Conductual afectivo</i>	La ansiedad inhibe las conductas potencialmente gratificantes	Reducción de la ansiedad condicionada	Desensibilización sistemática o contracondicionamiento
<i>Operante</i>	Déficit de reforzamiento y/o exceso de castigo	Reforzamiento Castigo	Manipulación de las contingencias Entrenamiento en habilidades
<i>Autocontrol</i>	Déficit de autorreforzamiento y/o exceso de castigo	Autorreforzamiento Autocastigo	Entrenamiento en habilidades de autoregistro, autoevaluación y autorreforzamiento.
<i>Cognitivo</i>	Pensamientos desadaptativos, distorsiones cognitivas	Modificación en pensamientos, emociones y conducta	Autorregistro, poner a prueba la hipótesis, pensamientos alternativos

3.1 Tratamiento Farmacológico

El tratamiento farmacológico moderno de la depresión se inicia en 1957, cuando Kuhn descubre que la imipramina genera un potente efecto antidepresor, mismo que se presentaba después de dos a tres semanas de haber iniciado la ingesta del producto; ese mismo año Kline reportó que la iproniazida, usada en enfermos tuberculosos, les generaba euforia y mejoría del estado de ánimo. Estos descubrimientos dieron como consecuencia la integración de dos grupos de psicofármacos para la depresión: los heterocíclicos y los inhibidores de la mono-amino-oxidasa.

El efecto benéfico de estos fármacos por su acción ya sea a nivel de la sinapsis (como en el caso de los heterocíclicos) o en el interior de la neurona (como en el caso de los IMAO) ha dado paso a reportes farmacocinéticos que han permitido establecer algunas explicaciones neurobioquímicas como causa de la depresión, siendo las más importantes las que se orientan a las alteraciones de los neurotransmisores monoamínicos: serotonina y norepinefrina en particular, aún cuando no se ha descartado en su totalidad la hipótesis de que en la depresión exista una regulación alterada del equilibrio colinérgico y adernérgico. Por otro lado se tienen reportes de disminución de la dopamina en algunos estados depresivos.

Ahora a 30 años de los estudios de Schildkraut que afirmaba que había una disminución de neurotransmisores en el espacio sináptico, se pueden ampliar estas

observaciones y decir que dicha hipótesis parece muy simple ya que se ha demostrado actividad neurotransmisora y moduladora de algunas hormonas y algunos neuropeptidos (González G. Salvador, 1996)

En la actualidad las hipótesis sobre la función de los neurotransmisores, en la etiología de los estados de ánimo, se orienta más hacia los cambios de la sensibilidad y el número de receptores postsinápticos. Esta afirmación ha sido demostrada en el tratamiento a largo plazo con antidepresivos, ya que se produce una reducción de la sensibilidad de los receptores betadrenérgicos postsinápticos y un aumento de la actividad de los receptores serotoninérgicos y alfa-adrenérgicos postsinápticos.

Hoy el conocimiento de la farmacocinética de los antidepresivos permite valorar que existen cuando menos dos factores que obligan a la búsqueda de mejores medicamentos; por un lado el efecto tardío que se obtienen de los heterocíclicos como las IMAOs y por otro lado la gran cantidad de efectos secundarios que ocasiona, en no pocas veces, el abandono del tratamiento. Una explicación de estos dos procesos confirma que existe poca especificidad de los antidepresivos tricíclicos al actuar sobre diversos neurotransmisores, mismo fenómeno que se presenta en la actividad de los IMAOs, los que además generan crisis hipertensivas por la interacción que se presenta con la tiramina.

La idea de encontrar antidepresivos con mayor eficacia y menores efectos

secundarios favoreció en la década de los 60s el desarrollo de investigaciones tendientes a cubrir este objetivo y en 1968 Jonson introduce los RIMA-inhibidores reversibles de monoaminoxidasa con efectos antidepresivos a más corto plazo y menos efectos colaterales. En los 70s y 80s, los proyectos se encaminaron al estudio de la inhibición específica de la recaptura de serotonina que ha dado paso a un grupo importante de antidepresivos con mejores resultados (fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, citalopran y paroxetina). Con las investigaciones de la venlafaxina (phenethylamine) con acción bloqueadora específica de la recaptura de norepinefrina y serotonina se abre una nueva perspectiva para el tratamiento farmacológico de la depresión

3.2 Tratamiento Psicológico

El hecho de que la depresión sea un trastorno psicopatológico complejo, caracterizado por la existencia de síntomas tanto somáticos como emocionales, conductuales y cognitivos, lleva a pensar en la posibilidad de intervenir mediante el abordaje psicológico sobre aquellos aspectos no estrictamente somáticos del síndrome.

Aunque se ha comprobado fehacientemente la eficacia de los fármacos antidepresivos para tratar con éxito este trastorno, se debe admitir que las terapias psicológicas pueden y deben emplearse en el tratamiento de la depresión. Se han hecho numerosos estudios que confirman la validez de diversas técnicas psicológicas aplicadas a los trastornos depresivos, técnicas que se aplican de forma exclusiva en unos casos o

en combinación con los fármacos. Los estudios de Rousanville, Klerman y Weissman (1981); Blackburn (1986); Kovacs (1980), entre otros, así lo confirman.

3.2.1 PSICOTERAPIAS PSICOANALITICAS

El objetivo de las psicoterapias psicoanalíticas es la reestructuración de la personalidad. Ello supone no tratar específicamente los síntomas, puesto que son la defensa de que dispone y utiliza el individuo para atacar el conflicto que subyace a estos síntomas; se trata de descubrir los procesos internos que operan en el inconsciente, puesto es sólo a través de ese descubrimiento cuando se llega a la curación del trastorno mental. A su vez, ya que esos conflictos se originan en la infancia, hay que explorar esos orígenes reconociendo los traumas y/o frustraciones ocurridos en esa etapa o bien “las fantasías” derivadas de esas experiencias traumáticas.

Las técnicas más usuales de la psicoterapia psicoanalítica son la asociación libre, la interpretación de los sueños y el fenómeno, crucial para el éxito de la psicoterapia, de la transferencia entre paciente y terapeuta.

El estado depresivo se caracteriza porque en él el paciente no vive para sí mismo, sino que lo hace en función de otro “dominante” (esposo, padre, etc.), o del objetivo dominado (profesión, nivel económico, ideología, etc.). Esto supone la incapacidad de autogratificación y la existencia de una vida vicaria respecto del objeto dominante.

En la psicoterapia, un hecho fundamental para el paso al estado no depresivo es

la relación paciente-terapeuta (transferencia), relación que se modifica a través de las fases del tratamiento. En la primera fase, el papel activo del terapeuta lo convierte en un “tercero dominante”, hasta llegar a la fase segunda en la que el terapeuta se convierte en un “tercero significativo” que ayuda al paciente a reconocer sus deseos de vida propia, a adoptar un nuevo papel frente al otro y a disminuir los sentimientos de autculpa y autocastigo.

La psicoterapia interpersonal (IPT) es una psicoterapia breve entre 16 y 20 semanas- e individual cuyos objetivos son la disminución de síntomas depresivos y la mejora del funcionamiento interpersonal. La hipótesis de que parte la IPT es que la depresión está estrechamente vinculada a un trastorno actual de las relaciones interpersonales del sujeto deprimido con otras personas significativas para él. Esta hipótesis se desdobra, a lo largo del proceso psicoterapéutico, en cuatro áreas problemáticas que caracterizan el trastorno depresivo: la tristeza y el abatimiento; la discusión del “rol” o papel que el individuo reprimido adopta en la relación interpersonal; la transición o cambio del rol y, por último, los déficit interpersonales. La IPT pone énfasis en la relación terapéutica y en las características del terapeuta, el cual debe poseer tres habilidades determinadas: 1) habilidad para ayudar al paciente a confiar en el descubrimiento de sí mismo, 2) habilidad para mantener la relación y situación terapéutica; y 3) habilidad para mantener la atención en la cuestión o cuestiones concretas apropiadas en las sesiones terapéuticas y a lo largo de la intervención.

3.2.2 TERAPIAS CONDUCTUALES Y COGNITIVAS

Las terapias conductuales y cognitivas son aquellas intervenciones psicológicas basadas en las teorías del aprendizaje y que utilizan las técnicas y los procedimientos propios de la modificación de la conducta. Con relación a la depresión, los postulados generales de esta teoría son:

1. Algunas depresiones pueden ser provocadas por factores psicológicos de importancia distinta según sean desencadenantes, precipitantes o mantenedores del síndrome depresivo.

2. Existe la posibilidad de que determinados cambios ambientales positivos fortalezcan la remisión de la depresión.

3. El comportamiento depresivo puede ser evaluado cuantitativamente al inicio de su presentación y después de haber utilizado técnicas de cambio conductual.

4. Estos cambios pueden estar dirigidos a modificar el sistema de reforzadores, ya sean éstos externos al individuo y procedentes del medio o aquellos otros introducidos por el propio individuo. Pueden también dirigirse a la modificación de factores específicamente cognitivos -o procesos mediadores- que modulan el comportamiento depresivo.

Aún cuando los métodos de las distintas terapias del comportamiento difieren en algunos aspectos, y sobre todo las aplicadas a la depresión, tienen muchos elementos

comunes que marcarán una significativa diferencia con relación a la psicoterapia del enfoque psicodinámico.

1. Se caracterizan por su interés específico en los determinantes actuales de la conducta. Por lo tanto el origen o la etiología del trastorno, no radica en conflictos no resueltos de la infancia.

2. El objeto de la terapia conductual es el cambio o modificación del comportamiento y este cambio es el criterio para la evaluación de la eficacia del tratamiento.

3. Requiere la especificación de los problemas conductuales realizada a través del análisis funcional del comportamiento que lo explica, en función de las contingencias que le siguen en una situación estimular determinada. Asimismo, el comportamiento será modulado por las variables internas del organismo entendidas en su acepción más amplia: emociones, “etiquetado” de las situaciones según el aprendizaje previo y los factores cognitivos.

4. Es necesaria la especificación objetiva del tratamiento de modo que pueda ser conocido y aplicado de forma similar por distintos terapeutas.

5. Las terapias conductuales utilizan la investigación básica en psicología como fuente de hipótesis de las cuales parten para el diseño terapéutico.

De este planteamiento teórico general y con los elementos terapéuticos comunes señalados, se derivan los distintos modelos de terapias conductuales que se han aplicado al trastorno depresivo: modelo de “indefensión aprendida” (Seligman), modelo

conductual (Lewinshon), modelo de autocontrol (Rehm), y modelo cognitivo-conductual (Beck).

Modelo de indefensión aprendida

El modelo de la “indefensión aprendida” o “desvalimiento aprendido” de Seligman (1964) establece que la indefensión aprendida consiste en la existencia de un patrón estable de conductas caracterizado por la imposibilidad e incapacidad para aprender conductas de evitación frente a acontecimientos traumáticos. Seligman y cols., trabajaron con animales aplicándoles choques eléctricos a grupos de perros.

Hiroto (1976) replicó la experiencia de Seligman en humanos. Posteriormente Seligman y Maier replicaron su experimento también con humanos encontrando resultados similares a los de Hiroto. Estas experiencias permitieron diseñar el modelo *Learned Helplessness*, aplicado a la depresión en humanos. Posteriormente, al incorporarse la teoría de la “atribución” de Abramson (1978), se completó el modelo. Según este modelo, al desarrollo de este patrón de indefensión contribuye el hecho de que el sujeto atribuye la incontrolabilidad de las consecuencias a déficit personales internos, globales y estables (componente cognitivo de la depresión), de lo que se siguen unas expectativas de incontrolabilidad que crean, por consiguiente, miedo y ansiedad (componentes conductuales de la depresión).

La ansiedad y la autoincapacidad generan pasividad e inhibición (componente motivacional). A partir de ahí se reduce al mínimo la interacción del individuo con el ambiente o deja de actuar porque carece de incentivos y motivaciones (componente conductual de la depresión).

Terapia conductual

El modelo conductual sobre el que Lewinshon (1974) construye su terapia de la depresión, dedica una especial atención a las contingencias de reforzamiento que suceden a un comportamiento. El núcleo de la depresión y su etiología se situaría en la baja tasa de reforzamiento positivo, y esta escasa tasa de reforzadores contingentes con las respuestas del individuo sería una desencadenante de las conductas depresivas.

La teoría de Lewinshon podría entenderse como un proceso de extinción de la conducta, y la terapéutica tendría como objetivo prioritario la instauración progresiva de actividades con las cuales el paciente pueda incrementar la tasa de reforzamiento, tanto aquellas actividades que en su día fueron reforzantes para un individuo concreto y existentes en su repertorio, como aquellas otras inexistentes en éste y que son potencialmente reforzantes para muchos individuos.

Terapia de autocontrol

Los modelos de autocontrol, derivados de la teoría conductual, se utilizan para

analizar diversas formas de conducta normal y no normal. Entre los modelos más empleados se encuentra el modelo de Kanfer (1970), según el cual, el autocontrol consiste en aquellos procedimientos y estrategias mediante las cuales los organismos dirigen y organizan su conducta hacia objetivos a largo plazo. Este concepto de autocontrol implicaría los tres procesos correspondientes a un modelo de retroacción: autoobservación de la conducta, autoevaluación de ésta y autorreforzamiento. Este modelo aplicado a la depresión sugiere que los sujetos depresivos presentan ciertos déficit en los procesos de autocontrol que pueden sintetizarse de la siguiente forma:

1. *Proceso de autoobservación.* Este proceso implica la observación de la propia conducta en sus antecedentes situacionales y sus consecuencias. En el sujeto deprimido este proceso está sujeto a déficit o errores propios de una atención selectiva:

- a) Atención más intensa hacia los sucesos negativos que hacia los positivos.
- b) Mayor atención a las consecuencias inmediatas de un comportamiento que hacia las consecuencias a largo plazo.

2. *Proceso de autoevaluación.* Consiste en la comparación entre una actuación determinada y los parámetros correspondientes a una ejecución adecuada. En la persona deprimida, este proceso de comparación y evaluación de su propia conducta se hace:

- a) De acuerdo con unos criterios muy rigurosos.
- b) Con unas expectativas de resultados negativos.

3. *Proceso de autorreforzamiento.* Este proceso consiste en la administración de contingencias reforzadoras o castigadoras, manifiestas o encubiertas, a un mismo y a las

propias conductas. En el individuo deprimido, este proceso está sometido a dos errores fundamentales: a) administración de insuficientes recompensas y, b) administración de excesivos castigos.

Estos déficit de autocontrol se adquieren durante el proceso de socialización, constituyen rasgos estables aunque aprendidos y detectables antes de que aparezca un episodio depresivo. Este episodio es dado por la función conjunta del grado de estrés producido por el hecho causante de la pérdida de reforzamiento y por las habilidades de autocontrol que posea la persona para combatirlo. Desde el punto de vista de la prevención, un medio estable que ofrezca los reforzadores suficientes podría evitar la aparición de episodios depresivos, mientras que por el contrario, un medio empobrecido y poco reforzante puede llevar a la depresión crónica a las personas con tendencia a ello.

Terapia cognitivo conductual

A partir de los 70 y dentro del análisis y modificación del comportamiento, se hace mayor hincapié sobre uno de los elementos o conceptos llamados procesos mediadores cognitivos y su influencia sobre el comportamiento de un individuo. Estos procesos determinan a que acontecimientos o estímulos externos específicos atiende un organismo, cuáles de ellos son percibidos o interpretados y cuáles afectan a la acción futura de ese individuo. Ello supone que el individuo no es un observador pasivo de los acontecimientos externos, sino que tiene un papel activo en la percepción de los estímulos antecedentes y en el cambio de contingencias posteriores a su

comportamiento.

Las terapias cognitivo conductuales tienen como pretensión modificar los procesos mediadores -conductas no observables directamente- además de la conducta observable. Dichas terapias son enfoques cognitivo-conductuales no uniformes, cuyos denominadores comunes son:

- a). El interés por la naturaleza y la modificación de las conductas no observables.
- b). La confianza en el uso de la terapia de la conducta para promover el cambio conductual.

Los procedimientos, por lo tanto, son conductuales, mientras que el proceso de cambio es principalmente cognitivo. El supuesto teórico en que se basan las terapias cognitivas en general y la terapia cognitivo-conductual de la depresión en particular, supone que la conducta de un individuo y sus consecuencias están determinadas en gran medida en el modo en que el individuo tiene de entender y estructurar el mundo, basado en actitudes y supuestos desarrollados a partir de experiencias de aprendizaje anterior. Según ellas, el individuo percibe unos u otros estímulos, los evalúa mediante un lenguaje interno que etiqueta esas situaciones en comparación con experiencias anteriores similares, etiquetado que suscitará unas emociones determinadas. Asimismo, ese aprendizaje anterior le indicará al individuo cómo afrontar esas situaciones de una forma adaptada o desadaptativa.

Los objetivos fundamentales de la terapia cognitiva son:

1. Identificar y modificar las alteraciones cognitivas del paciente, entre ellas los pensamientos automáticos.

2. Explicar la relación existente entre determinados estados afectivos, unos comportamientos depresivos y el esquema de pensamiento o pensamientos automáticos que los sustentan.

3. Incrementar el repertorio adaptativo del paciente mediante habilidades de solución de problemas para afrontar las situaciones específicas y concretas de la vida cotidiana y que requieren comportamientos específicos y determinados.

4. Examinar, junto con el paciente, las pruebas en pro y en contra del pensamiento automático surgido en una situación concreta y que distorsiona la realidad.

Hasta el momento, la terapia cognitiva es una de las pocas intervenciones psicológicas que cuenta con diversos estudios clínicos controlados que verifican su eficacia en el tratamiento de la depresión. Por otra parte, se ha especificado su aplicación a las depresiones reactivas, moderadas y graves excluyéndose las depresiones psicóticas y las bipolares. En los casos en que la sintomatología somática sea la predominante, se puede acompañar por fármaco (Beck, A., 1984c)

CAPITULO 4

MEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN

En la vida diaria, la palabra “medición” tiene un significado claro y conciso. Para medir en situaciones prácticas, generalmente las ciencias exactas disponen de instrumentos que dan resultados fijos y precisos en forma de puntajes, tal es el caso de los instrumentos con que se mide la longitud, peso, espacio, etc., donde los resultados se dan en centímetros, kilogramos, etc. Sin embargo, la situación difiere al medir variables psicológicas. Dichas variables se definen como una propiedad o característica que poseen diferentes individuos en cantidades distintas (Magnusson, 1990). Así en psicología, la mayoría de los términos utilizados para describir a las personas se refieren a características que varían mucho unas de otras, tales como la inteligencia, la agresividad, las habilidades, y la depresión entre otras (Brown, 1999), características que son más difíciles de valorar.

Para el psicólogo, uno de los mayores problemas es el de saber cómo descubrir la naturaleza y la amplitud de las diferencias individuales en forma precisa y exacta. Para realizar esto, los psicólogos han desarrollado instrumentos (pruebas psicológicas), los cuales representan el mejor método desarrollado para medir características psicológicas (Brown, 1999).

Para que los datos obtenidos con diferentes tipos de instrumentos de medición puedan usarse en situaciones prácticas, éstos deben satisfacer ciertas condiciones. Primero, el instrumento de medida que se usa en un caso y con un propósito dado, debe medir realmente el rasgo que se intenta medir, esto es, debe tener validez. La siguiente

condición que debe tener un instrumento es la de dar medidas confiables, de manera que se obtengan los mismos resultados al volver a medir el rasgo bajo condiciones similares del objeto o individuo en cuestión, es decir, el instrumento debe tener confiabilidad (Magnusson, 1990).

Sin evidencias de validez de una prueba, no se sabría lo que mide en realidad; así no sería posible interpretar o dar significado a las calificaciones. La validez de una prueba se define ya sea por medio de la extensión con que la prueba mide un rasgo hipotético o constructo, o bien, la relación entre las calificaciones de la prueba y alguna medida de criterio externo. Para valorar la validez existen tres métodos: validez relacionada con el criterio, validez de contenido y validez de constructo (Brown, 1999).

Uno de los usos más comunes de las pruebas psicológicas es el de predecir la ejecución futura de un individuo en alguna variable significativa (criterio). La ejecución que se predice se denomina criterio; de ahí la designación de validez de criterio. La validación del contenido de una prueba, consiste en determinar lo adecuado del muestreo de reactivos del universo de reactivos potenciales y la validez de contenido es una "medida" de lo adecuado del muestreo. La validez de constructo se emplea cuando el usuario de la prueba desea inferir el grado en el que el individuo posee alguna cualidad o rasgo hipotético (constructo), que se supone que se refleje en la ejecución de la prueba psicológica. (Brown, 1999)

La confiabilidad es la razón de la varianza real de un conjunto de calificaciones de una prueba con la varianza total u obtenida. La confiabilidad se puede calcular dependiendo de cuales sean las fuentes de error que interesan. Si se desea conocer la estabilidad de la ejecución a través del tiempo -o sea, la consistencia entre las

calificaciones obtenidas en una prueba y una reaplicación en una fecha posterior-, se calcula el coeficiente de estabilidad. Si lo que interesa es la correspondencia entre los resultados obtenidos, en dos formas, supuestamente equivalentes de una prueba, se calculará el coeficiente de equivalencia. Si se combinan los dos procedimientos anteriores determinando la consistencia de los resultados entre dos formas de una prueba separadas por un intervalo de tiempo, se estará hablando de un coeficiente de equivalencia y estabilidad (Brown, 1999).

El origen de las escalas para la evaluación de la depresión se halla ligado a la aparición de los tratamientos biológicos y a la subsiguiente necesidad de evaluar sus efectos y de detectar a los pacientes que puedan beneficiarse de ellos. Es entonces, a partir de la aparición de la imipramina cuando las necesidades clínicas, experimentales y comerciales generaron demanda de escalas de medición. En general, los instrumentos para evaluar depresión, tienen la estructura de una escala psicológica y, por consiguiente pretenden reflejar una dimensión continua a lo largo de la cual puede situarse el estado emocional de la persona (Vallejo, 1990).

Son muchos los tests psicológicos de tipo general y muchas las escalas específicas de estimación que se emplean para el reconocimiento clínico de la depresión (más de cien), para su diagnóstico diferencial, para medir su grado de gravedad y para seguir su curso durante un cierto periodo de tiempo, sin embargo la mayoría 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 (Vallejo, 1990).

Algunas de las escalas reportadas en la literatura científica para medir depresión son:

Análisis de Criterios Múltiples para las Depresiones Neuróticas. Klerman (1979)
Escala de Autovaloración de Zerssen
Inventario de Depresión de Beck. Beck (1978)
Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)
Children's Depression Scale
Children's Affective Rating Scale
Crandell Cognitions Inventory
Depression Adjective Check List (DAACL)
Geriatric Depression Scale
Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)
Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale (IMPS)
Mini-Mental State examination
MMPI D Scale
The Bellevue Index of Depression
Sel-rating Depression Scale (SDS). Zung (1969)
SCL-90

4.1 Estudios psicométricos del Inventario de Depresión de Beck

El inventario de Depresión fue desarrollado por el Doctor Aarón T. Beck en 1961. Fue revisado en 1971 y reproducido en 1978. A más de 20 años de revisiones literarias desde que el instrumento fue introducido, el Inventario de Depresión de Beck ha sido de los instrumentos más empleados no solo para evaluar la intensidad de la depresión en pacientes con diagnóstico de depresión, sino también para detectar depresión en población normal. Las revisiones que se han hecho del inventario, generalmente se han centrado en poblaciones de tipo psiquiátrico, dejando a un lado a la población no psiquiátrica, en la cual la incidencia de la depresión es alta (Steer, Beck y

Garrison, 1986).

Las revisiones efectuadas entre población psiquiátrica y no psiquiátrica han sido descritas por Steer (1986) para La Organización Mundial de la Salud. Por su parte, Lambert, Hatch, Kingston y Edwards (1986) hicieron una revisión de la literatura del Inventario de Depresión de Beck para detectar cambios en la depresión asociados con la psicoterapia y la medicación, comparando los resultados del Inventario de Depresión de Beck con otros instrumentos que miden también depresión. Dichos estudios serán descritos más adelante.

El inventario también ha sido empleado en investigaciones mexicanas, tanto en poblaciones de tipo psiquiátrico (Saniz, A., 1992; Guzmán S., 1991; Durandal, 1989; Gaymond, 1991; y Mayer, 1992), como en no psiquiátricas (Méndez, 1995, Sánchez C., 1990; y Alvar C. 1992). La mayoría de estas investigaciones han sido realizadas por médicos con especialidad en psiquiatría de la UNAM, y solo una, se ha centrado exclusivamente en adolescentes de Bachillerato (Alvarado F., 1990)

De acuerdo al archivo del Centro de Terapia cognitiva, el instrumento ha sido empleado en más de 1,000 estudios de investigación. Muchos de estos estudios han incluido el Inventario de Depresión de Beck como parte de una batería. En esta cifra no se contabilizan estudios en donde la población no rebasa 30 sujetos, ya que estos podrían carecer de generabilidad en sus resultados (Nunnally, 1967).

4.1.1 DESCRIPCIÓN INFORMATIVA DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

El Inventario de Depresión de Beck se derivó de una serie de observaciones de actitudes y síntomas que frecuentemente presentaban los pacientes psiquiátricos deprimidos (Beck, 1961d). Las observaciones clínicas fueron agrupadas en 21 síntomas y actitudes, los cuales son puntuados de 0 a 3 en términos de intensidad. El instrumento fue seleccionado para evaluar la intensidad de la depresión, no para comprobar alguna teoría sobre la depresión. Los 21 síntomas y actitudes fueron: Mal humor, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción personal, culpa, castigo, autodisgusto, autoacusación, deseos suicidas, llanto, irritabilidad, aislamiento social, indecisión, distorsión de la imagen corporal, falta de interés al trabajo, problemas de sueño, cansancio, pérdida del apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido.

Puntos de corte

El Centro de Terapia Cognitiva propone una guía en la cual indica el significado para diferentes puntos de corte. Dicha guía se basa en puntajes obtenidos por pacientes que tienen un desorden afectivo:

Depresión mínima o nada	< 10
Depresión moderada a poca	< 10-18
Depresión severa a moderada	< 19-29
Depresión severa	< 30-63

La significancia de cada valoración de acuerdo a Beck (1973g) es 10.9 (SD=8.1),

18.7 (SD=10.2), 25.4 (SD=9.6), y 30.0 (SD=9.6) respectivamente.

Los puntos de corte son variables, dependiendo de la naturaleza de la muestra y del propósito para el cual será empleado. Por ejemplo, si el propósito es incluir el número máximo de casos depresivos, entonces el punto de corte deberá ser bajo para minimizar falsos negativos, pero el número de falsos positivos podría incrementarse.

En 1967, Schwab utilizó un punto de corte de 13, reportando 22% de prevalencia en una muestra de 153. En 1975, Moffic y PayKell reportan una prevalencia del 24%, con un punto de corte de 14. En 1983 Cavanaugh, realiza un estudio con 335 sujetos, encontrando 22% de prevalencia con punto de corte 13, y 14% cuando utilizó un punto de corte de 21. Oliver y Simmons (1984) realizaron una comparación entre la relación de la suma de puntajes del Inventario de Depresión de Beck con los diagnósticos de depresión, conforme al DSM III, usando una muestra de 298 sujetos voluntarios de población abierta. Reportan un punto de corte de 9-10 con sensibilidad de 100% y especificidad de 86%, la proporción de falsos negativos fue de 0% y falsos positivos de 13.7%. Al ajustar el punto de corte a 21-22 con propósito de búsqueda, se redujo los falsos positivos a 1.4%, pero se incremento a 52.4% falsos negativos. Finalmente se ajustó a 18-19 y el punto de corte para proporcionar una estimación de la prevalencia de la depresión con relación al diagnóstico mediante la entrevista conforme a criterios del DSM III.

Formas

El Inventario de Depresión de Beck fue diseñado originalmente para la administración clínica, sin embargo se han desarrollado otras formas (May, Urquhart y

Terran, 1969), entre ellas las computarizadas y aquellas en las que se emplea lápiz y papel o se modifica el papel del administrador.

Existen diversas investigaciones en las cuales se comparan las dos formas existentes del inventario, la forma larga de 21 reactivos y la forma corta de 13 reactivos. Beck (1972e) reportó una correlación producto-momento de Pearson de $r=0.96$ en una muestra mixta compuesta por 598 sujetos tanto psiquiátricos como no psiquiátricos. En otra investigación del mismo autor, en una muestra de 93 pacientes no psiquiátricos y 338 pacientes psiquiátricos, encontró una correlación producto-momento de Pearson entre las dos versiones de 0.89 a 0.97. Reynolds y Gould (1981) en un estudio realizado con 193 adictos a la heroína, reportaron una correlación de Pearson de 0.93 entre las dos versiones. Sin embargo, Berndt (1979), Bourque (1982) y Gould (1982), afirman que la versión corta podría representar una orientación cognitiva de la dimensión de los síntomas, mientras que la forma larga exhibe más de una dimensión representando grupos no cognitivos.

Versiones

En la forma larga, May, Urquhat y Tarran (1969) sugirieron varios cambios en la versión original del Inventario de Depresión de Beck de 1961, con los cuales se podría reducir el número de respuestas y el efecto de la memoria.

Beck (1972e), también realizó modificaciones a su versión original de 1961, eliminando así las dobles negativas y palabras alternativas similares en una misma respuesta. En la versión modificada, las alternativas de respuestas fueron reducidas en 15 reactivos, mientras que en los otros 6 reactivos (irritabilidad, llanto, fatiga, apetito,

perdida de peso y pérdida de la libido) las alternativas de respuesta quedaron igual. Esta edición fue registrada en 1978, pero fue publicada hasta 1979 (Beck, *et al.* 1984f).

Beck y Steer (1984f) han analizado la consistencia interna y la correlación total de los reactivos entre la versión original y la revisada, encontrando que son similares en pacientes psiquiátricos. Sin embargo muchas de las investigaciones posteriores no distinguen entre la versión original y la revisada.

En un estudio de 204 pasantes, Lightfoot y Oliver (1985) encontraron una correlación producto momento de Pearson de 0.94, entre las versiones original y revisada. Sus datos indican que la versión revisada puede ser sustituida por la versión original en este tipo de población, aún cuando en la versión original se obtienen puntajes medios ligeramente más bajos (6.71, SD=6.48) que en la versión original (7.28, SD=6.98) ($p < .001$).

En la actualidad no existen parámetros para determinar cual versión es más empleada en la mayoría de los estudios. Con respecto a las versiones es importante resaltar que muchas de las traducciones (Steer, Beck y Riskind, Brown, 1986) han modificado el Inventario de Depresión de Beck para darle el matiz en la expresión de la depresión dentro de sus culturas. Dichas modificaciones han incluido adiciones o supresión de varios reactivos (Bech, Gram, Dien, Jacobsen, 1975).

Administración

Al parecer no existen diferencias en los puntajes de los sujetos, o de sí es o no aplicado publica o privadamente, pero el sexo del administrador se ha reportado como producto de diferencias (King y Buchwald, 1982). Si el sujeto y el administrador son del

mismo sexo, los puntajes fueron ligeramente altos. Sin embargo Bryson y Pilon (1984) reportaron que el sexo del administrador no tiene efecto alguno en los puntajes.

Estado-rasgo

Sacco (1981) discutió si el Inventario de Depresión de Beck evalúa estado o rasgo de sintomatología depresiva, concluyendo que los puntajes del Inventario de Depresión de Beck representan solo humor (estado) para el día en el que el Inventario de Depresión de Beck fue contestado. Sin embargo, instrucciones diferentes determinarían si mide o no momentáneamente mal humor (estados) o un rasgo más duradero. Por ejemplo, en la versión de 1961, en las instrucciones se les pedía contesten de acuerdo a como se sientan ahora (o en ese momento), mientras que en la versión de 1978 se pedía se describieran de acuerdo a como se habían sentido la semana pasada incluyendo el día de hoy. El primero indica el estado general de como se siente el paciente, mientras que la versión revisada expresa sentimientos más duraderos.

4.1.2 FIABILIDAD

De acuerdo a la teoría psicométrica y a la APA, la fiabilidad del Inventario de Depresión de Beck puede ser representada en términos de consistencia interna y de estabilidad.

Consistencia interna

La tabla 2 presenta 27 estudios en los cuales se reporta la consistencia interna del

Inventario de Depresión de Beck para población psiquiátrica y no psiquiátrica. Para poblaciones psiquiátrica, los 7 coeficientes alfa valorados fueron de 0.82 a 0.95 y la media del coeficiente alfa fue de 0.86. Dentro de 14 muestras de pacientes no psiquiátricos el alfa media fue de 0.81; el rango fue de 0.78 a 0.92. La forma corta del Inventario de Depresión de Beck parece tener un nivel de consistencia interna comparable al de la forma larga. Sin embargo, el dato más importante mostrado en la tabla 2 son los bajos coeficientes alfa, independientes de sí o no los evaluadores basaron sus observaciones en adictos a la heroína, esquizofrénicos, depresivos mayores o estudiantes universitarios.

TABLA 2. Estimaciones de consistencia interna del Inventario de Depresión de Beck

REFERENCIA	MUESTRA	ESTIMACIÓN
<i>Psiquiátricos</i>		
Beck <i>et al.</i> (1961d, 1967a)	139 pacientes internados y 270 de consulta externa con diagnóstico mixto.	.93 (Spearman -Brown)
Beck y Steer (1984f)	284 pacientes de consulta externa	.86
Reynolds y Gould (1981)	163 adictos a la heroína	.85 (forma larga)
Shaw <i>et al.</i> (1979)	100 hombres adictos a la heroína	.83 (forma corta)
Steer <i>et al.</i> (1986)	103 alcohólicos	.82
Steer <i>et al.</i> (1982)	101 hombres alcohólicos	.93
Strober <i>et al.</i> (1981)	78 adolescentes con diagnóstico mixto	.95
<i>No Psiquiátricos</i>		
Berndt (1979)	200 de consulta general	.88
Borque y Beaudette (1982)	498 Estudiantes universitarios	.92 (forma larga)
Frances canadiense		.90 (forma corta)
Cambell, <i>et al.</i> (1984)	214 pacientes cardiacos de consulta externa	.83
Coleman y Miller (1975)	154 clientes con problemas maritales	.95 (Spearman-Brown)
Dobson y Breiter (1983)	456 mujeres pasantes	.85 (mujeres)
(Canadiense)		
Feather y Barber (1983)	116 adultos desempleados	.83
Giambra (1977)	91 estudiantes de nivel primaria	.87 (Spearman-Brown)
	29 mujeres prisioneras	
Golin y Hartz (1979)	446 pasantes	.78 (Kuder-Richardson)
Gould (1982)	185 pasantes	.82 (forma larga)
		.78 (forma corta)
Knight (1984)	1091 adultos con salud regular	.81 (forma corta)
Lighfoot y Oliver (1985)	204 estudiantes universitarios	.87
Monroe <i>et al.</i> (1983)	167 pasantes	.84
Scott <i>et al.</i> (1982)	65 mujeres prisioneras	.90
Teri (1982)	568 estudiantes de preparatoria	.87
<i>Combinado</i>		
Byerly y Carlson (1982)	68 pacientes internados de diagnóstico mixto	.86
	63 pacientes de consulta externa con diagnóstico mixto	.81
	88 pasantes	.88

Conde, Esteban y Useros (1967) (español)	46 depresivos, 15 alcohólicos y 250 adultos normales	.93 (Spearman-Brown)
Gallagher <i>et al.</i> (1982)	77 ancianos	.76
	82 adultos no depresivos	.73

LAS ESTIMACIONES NO ESPECIFICADAS SON COEFICIENTES ALFA

Estabilidad

La tabla 3 presenta los estudios que han usado un pre y post-test del Inventario de Depresión de Beck. Se puede observar que las valoraciones del coeficiente de Pearson para pacientes psiquiátricos van de 0.48 a 0.90, mientras que el coeficiente para sujetos no psiquiátricos va de 0.60 a 0.90. los intervalos de tiempo van de una hora a 4 meses.

TABLA 3. Estabilidad estimada para el Inventario de Depresión de Beck

REFERENCIA	MUESTRA	ESTIMACIÓN	INTERVALO
Psiquiátrica			
Bailey y Coppen(1976)	42 depresivos	.65	una semana
May y cols.(1969)	91 pacientes con diagnostico mixto	.48	3 semanas
Moffet y Rodenhausen (1983)	32 abusadores de sustancias	.82	un mes
Guzman, S. (1990)	30 pacientes con enfermedad psiquiátrica	.908	48 horas
Strober y cols. (1981)	78 adolescentes con diagnostico mixto	.69	5 días
No psiquiátricos			
Bouruque y Beaudett (1982)	498 pasantes	.62	4 meses
Hatzenbuehler y cols. (1983)	447 pasantes	.83	1-6 horas
		.81	4-6 horas
		.60	7 días
Lightfoot y Oliver (1985)	204 estudiantes universitarios	.90	2 semanas
Oliver y Burkham (1979)	222 pasantes	.78	3 semanas
Oliver y Simmons (1984)	298 adultos seleccionados al azar a través de inspección telefónica	.78	2 semanas
Combinado			
Gallagher y cols. (1982)	77 ancianos depresivos	.86	6-21 días
	82 ancianos no depresivos	.75	

4.1.3 VALIDEZ

Validez de contenido

Originalmente el Inventario de Depresión de Beck fue construido para dar consejo clínico acerca de síntomas depresivos mostrados por pacientes psiquiátricos (Beck *et al.* 1961d). Durante los últimos 25 años se han desarrollado un gran número de definiciones de depresión, especialmente con el surgimiento del Manual de Diagnóstico y Estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana. Moran y Lamber (1983) compararon el contenido del Inventario de Depresión de Beck contra los criterios que el DSM III, concluyendo que el Inventario de Depresión de Beck refleja 6 de los 9 criterios que el DSM III considera para diagnosticar depresión, pero dos criterios del DSM III son parcialmente tocados y uno es excluido.

Los reactivos preguntan acerca de la pérdida de apetito, pero no del incremento de este, siendo que algunas personas depresivas señalan incremento en el apetito. Una situación similar prevalece con respecto a la variación en el sueño diurno. Los reactivos del Inventario de Depresión de Beck preguntan acerca de la dificultad para dormir, mientras algunos pacientes depresivos reportan dormir más de lo normal. Moran y Lambert (1983) notan la ausencia en el Inventario de Depresión de Beck de reactivos referentes a la actividad psicomotora y agitación, los cuales son incluidos en los criterios de diagnóstico del DSM III.

Con respecto a la ausencia de preguntas en el Inventario de Depresión de Beck

acerca de incremento de apetito, incremento de sueño y agitación, Beck (1967a) afirma haber encontrado en pacientes con depresión severa, una ocurrencia del 72 % en pérdida de apetito y un 87 % en disturbios en el sueño, en pacientes con depresión severa. Sin embargo, el incremento de apetito y sueño ocurre frecuentemente también en personas normales y su inclusión podría producir un alto índice de “falsos positivos” (Steer y Beck, 1986). La agitación es clínicamente observable como signo, sin embargo, no fue incluido en el instrumento.

Validez concurrente

La tabla 4 presenta 35 estudios que han reportado correlaciones entre el Inventario de Depresión de Beck y una variedad de medidas concurrentes de depresión. La mayoría de los coeficientes de la tabla 4, son correlaciones producto momento de Pearson, las otras son la Tau de Kendall y Spearman. A continuación se describirá el meta-análisis reportado en: a) valoraciones clínicas, b) Escala Psiquiátrica de Hamilton (HRSD; Hamilton, 1960), c) Escala de automedicación de la depresión de Zung, (Zung, 1965a), d) MMPI Escala de depresión (MMPI-D) y, e) Lista de adjetivos múltiples de depresión (MAACL-D; Zuckerman y Lubin, 1965).

a) ***Valoraciones Clínicas.***- Como la Tabla 4 indica, las correlaciones entre valoraciones clínicas y el Inventario de Depresión de Beck, fueron estimadas de 0.55 a 0.96 para pacientes psiquiátricos. El coeficiente de correlación media para esta misma población fue de 0.72. Con respecto a otros tres estudios presentados, la valoración fue de 0.55 a 0.73. El coeficiente de correlación media entre el Inventario de Depresión de Beck y las valoraciones clínicas en muestras no psiquiátricas fue de 0.60. Aunque no se realizó la prueba estadística para determinar las diferencias medias en coeficientes entre

muestras psiquiátricas y no psiquiátricas, se piensa que es significativa, esto debido a que la relación entre valoraciones clínicas y el Inventario de Depresión de Beck no resulto fuerte en pacientes psiquiátricos

b) HRSD. Los coeficientes de correlación entre el HRSD y el Inventario de Depresión de Beck fueron valorados de 0.61 a 0.86 en cinco estudios con población psiquiátrica. El coeficiente de correlación media en los estudios de población psiquiátrica fue de 0.73. Las correlaciones para dos muestras de población no psiquiátrica fueron de 0.73 y 0.80 respectivamente.

La relación entre el Inventario de Depresión de Beck y el HRSD es especialmente importante, ya que, algunas investigaciones usan estos dos instrumentos juntos. Moran, McCully, Smith, y Ellington (1984) concluyeron que el Inventario de Depresión de Beck muestra menos incremento de actividad a cambios en depresión que el HRSD.

c) Zung. La tabla 4 presenta ocho estudios psiquiátricos acerca de la relación entre Zung y Inventario de Depresión de Beck. La clasificación de los coeficientes de correlación fue de 0.57 a 0.83. El coeficiente de correlación media para la muestra fue de 0.76. La clasificación para las cinco muestras no psiquiátricas fue de 0.66 a 0.86 y la correlación media fue de 0.71.

d) MMPI-D. En 7 estudios se encontró una correlación entre el Inventario de Depresión de Beck y el MMPI-D de 0.41 a 0.70. La correlación media entre pacientes psiquiátricos fué de 0.76 y en pacientes no psiquiátricos fué de 0.60. La valoración para las muestras fue de 0.56 a 0.75.

e) *MAACL-D*. Las correlaciones reportadas entre el Inventario de Depresión de Beck y la MAACL fueron de 0.66 a 0.59. Se reporta solo un estudio en el que se obtuvo una correlación de 0.63 en una muestra no psiquiátrica.

Entre otros hallazgos encontramos que el Inventario de Depresión de Beck fue validado concurrentemente con una gran variedad de medidas de depresión, tales como el SCL-90-R (Derogaris, 1977) y el Mental Status Schedule (Spitzer, Fleiss, Endicott, y Cohen, 1967). La correlación media de estos instrumentos en muestras psiquiátricas y no psiquiátricas fue de 0.55 y 0.60 respectivamente. Blatf, Quinalan, Cevron, McDonald, y Zuroff (1982) han reportado correlaciones del Inventario de Depresión de Beck con el Zung en hombres y mujeres psiquiátricos muy similares.

TABLA 4. VALIDEZ CONCURRENTE DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

		CORRELACION CON EL INVENTARIO DE					
		DEPRESIÓN DE BECK					
REFERENCIA	MUESTRA	CLINICA	HAMILTON	ZUNG	MMPI-D	MAACL-D	OTROS
PSIQUIATRICA							
Baily y Coppen (1976)	42 Depresivos		.68				
Beck y cols. (1961)	139 pacientes internados	.66					
	270 pacientes de consulta externa				.81 H		
Blatt y cols. (1982)	325 pacientes cien diagnostico mixto				.77 M		
Bloom y Brady (1968)	100 pacientes con diagnóstico mixto					.66	
Davies y cols. (1975)	72 Depresivos		.73	.73			
Hesselbrock y cols. (1983)	250 alcohólicos				.59		33 (DSM-III DEPRESIÓN MAYOR)
May y cols. (1969)	91 pacientes con diagnostico mixto	.65		.79	.70	.59	
Mendels, Secunda y Dyson (1972)	100 pacientes con diagnóstico mixto						
Metcalfe y Goldman (1965)	37 depresivos	.62					
Reynolds y Gould (1981)	163 adictos a la heroína		.57				
Rounseville y cols. (1979)	64 adictos a las drogas	.60	.71				76(RASKIN)
Schnurr y cols. (1976)	155 pacientes con diagnóstico mixto		.61	.70	.55		
Seitz (1970)	30 hombres depresivos			.83	.41		
Rodriguez Sayago (1999)	120 pacientes deprimidos			.70			
Steer y cols. (1982)	105 alcohólicos		.86				
Strober y cols. (1981)	78 adolescentes con diagnóstico mixto	.67					
NO PSIQUIATRICA							
Atkeson y cols. (1982)	202 victimas de violación		.73				
Berndt, Berndt y Byars (1983)	200 pacientes de consulta general						72(Papoff indice de depresión) .76(Multicor Inventario de depresión)
Campbell y cols. (1984)	214 hombres con males cardiacos				.56		
Christenfeld y cols. (1978)	309 empleados de un hospital						41 (Lista de adjetivos de depresión)
Clarke y Williams (1979)	1354 mujeres en posparto			.67*			
Coleman y Miller (1975)	154 personas con problemas maritales	.55					
Giambra (1977)	91 estudiantes			.66			
Hammunen (1980)	34 estudiantes depresivos		.80				
Hatzenbuehler y cols. (1983)	447 estudiantes			.78			
Marsella y cols. (1975)	259 estudiantes			.62			
Salkind (1969)	73 pacientes de consulta general	.73					
Schwab, Bialow, Brown y Holzer (1967)	153 pacientes internados		.75**				
Soogin, Merbaum (1983)	40 estudiantes				.63		
Scott y cols. (1982)	65 mujeres prisioneras				.63		
Tanaka-Matsumi y cols. (1986)	391 estudiantes		.68				.60 (lista de adjetivos de depresión)
Turner y Romano (1984)	40 pacientes con dolor crónico			.86	.75		.68(DSM-111 Desorden de depresión mayor)
COMBINADO							
Beck y cols. (1984)	72 hospitalizados por intento de suicidio	.55					
	169 hospitalizados por intento de suicidio	.89					
	58 pacientes depresivos	.56					
	39 esquizofrénicos hospitalizados	.96					
	93 pacientes de consulta general	.67					
Byerly y Carlson (1982)	63 Pacientes internados						.73(lista de adjetivos de depresión)
	63 pacientes de consulta externa						.67 adjetivos de depresión)
	.88 estudiantes						.42(depresión)
Carroll y cols. (1973)	24 pacientes internados		.41				
Schaeffer y cols. (1985)	101 pacientes internados con diversos diagnósticos psiquiátricos	.65					
	90 pacientes dependientes de químicos	.67					

ESTIMACIONES PRODUCTO MOMENTO DE PEARSON

*TAU DE KENDALL ** SPEARMAN

Validez Discriminante

Existe un gran número de estudios acerca de la validez discriminante del Inventario de Depresión de Beck tanto en pacientes normales como en población psiquiátrica. Conde y Esteban (1976b) reportaron ser capaces de diferenciar pacientes depresivos y alcohólicos de normales usando el Inventario de Depresión de Beck. Akiskal, Lemmin, Yerevanian, King, y Belluomin (1982) diferenciaron sujetos psiquiátricos y normales, ya que los pacientes psiquiátricos tenían puntajes más altos que los sujetos normales. Byerly y Carlson (1982) reportaron puntajes altos en el Inventario de Depresión de Beck en pacientes de consulta interna como de externa, con diagnóstico psiquiátrico, en comparación con 88 pasantes. Gallagher, Nies, y Thompson (1982) encontraron puntajes más altos en 77 ancianos que en adultos no depresivos. Los suicidas tienen mayores puntajes que los pacientes con cáncer y que los parientes más cercanos de los pacientes con cáncer (Plumb y Holland, 1977). Clark, Caranagh y Gibbons (1983) aseguran ser capaces de diferenciar muestras psiquiátricas, médicas y normales, solo con revisar las respuestas dadas en el inventario. Clark, Gibbons, Fawcett, Aagesen, y Sellers (1985) afirman que con un grupo de siete reactivos son capaces de diferenciar alcohólicos depresivos de alcohólicos no depresivos.

Sullivan (1979) encontró puntajes más altos en mujeres adolescentes diabéticas, que en adolescentes normales. Turner y Romano (1984) concluyeron que el Inventario

de Depresión de Beck muestra buena sensibilidad y especificidad con respecto a la detección de depresión en una muestra de 40 pacientes con dolor crónico.

El Inventario de Depresión de Beck también ha demostrado servir de apoyo para diferenciar entre muestras psiquiátricas y no psiquiátricas. Delay, Pichot, Lemperiere, y Mirouze (1963) reportaron diferencias no significativas entre los puntajes de pacientes con depresión endógena, involutiva y psicopatogénica. Scnurr, Hoaken y Jarret (1976) no encontraron diferencia en personas con diagnóstico de depresión mixta. Sin embargo Steer, Beck, Brown, y Berchick (1988) aplicaron el Inventario de Depresión de Beck a 168 pacientes de consulta externa diagnosticados con episodios recurrentes de depresión y 99 con diagnóstico de distimia. La media de 18 reactivos del Inventario de Depresión de Beck, exceptuando sensación de fracaso, autocastigo y llanto fue similar en ambos grupos; la media total de los reactivos valorados fue más alta para desórdenes afectivos que para distimia.

Validez de Constructo

Biológica. El Inventario de Depresión de Beck ha sido capaz de detectar una variedad de relaciones que han sido propuestas entre depresión y actitudes seleccionadas y conductuales. Por ejemplo, en estudios de correlatos biológicos de depresión, Akiskal et al. (1982) encontró que el Inventario de Depresión de Beck era inversamente relacionado a latencia REM (un indicador de dificultad de sueño) y Brooksbank y Coopen (1976) reportaron que pacientes con alto puntajes en el Inventario de Depresión de Beck tenían concentraciones más altas de plasma II hidrocorticosteroides (un correlato biológico de depresión) que pacientes con bajos puntajes en el Inventario de Depresión de Beck.

Las conductas suicidas (Emery, Steer y Beck, y Marcus, 1981) han demostrado relación positiva con la depresión y medible con el Inventario de Depresión de Beck. Fine y Steer (1977) indicaron que el Inventario de Depresión de Beck relacionó positivamente a cantidades de alcohol consumido y sintomatología atribuida a excesivo uso de alcohol.

Albert y Beck (1975) reportaron que el Inventario de Depresión de Beck relacionó positivamente con valoraciones del profesor a estudiantes con problemas en 7o año ($r=0.62$) y en 8o ($r=0.60$). Coleman y Miller (1975) encontraron que la depresión era inversamente relacionada a problemas maritales.

Con respecto a la ansiedad, el Inventario de Depresión de Beck tiene relación significativa con el auto-reporte de Ansiedad (Baker y Jessue, 1980; DeLeon, Skodol, y Rosenthal, 1978), reportando una correlación producto momento de Pearson de 0.14 entre valoraciones clínicas de ansiedad y puntajes del Inventario de Depresión de Beck; mientras que la correlación entre las valoraciones clínicas de depresión y los puntajes del Inventario de Depresión de Beck fue de 0.59. Un problema al hacer comparaciones entre el Inventario de Depresión de Beck y el Auto-reporte de Ansiedad, es que este último correlaciona fuertemente con la depresión (Mendels, Weinstein, y Cochrane, 1972), porque el instrumento mide algunos de los mismos síntomas, tales como la pérdida de apetito. Por su parte Mathew, Swihart y Weinman, (1982), afirman que una razón por la cual el Inventario de Depresión de Beck y el auto reporte de ansiedad correlacionan, es que ambos síndromes comparten síntomas comunes.

Steer, Beck, Riskind, y Brown (1986) aplicaron el Inventario de Depresión de Beck a 35 pacientes de consulta externa diagnosticados con ansiedad primaria generalizada según el DSM III, y 101 pacientes diagnosticados con depresión primaria y

distimia; encontrando que los pacientes con desórdenes depresivos tienen puntajes con medias significativamente altas en el Inventario de Depresión de Beck ($M=26.37$; $SD=6.94$) que los pacientes con ansiedad generalizada ($t(134)= 9.02$, $p<.001$). Todos los síntomas exceptuando pérdida de peso y preocupación somática, mostraron más altos puntajes en depresión primaria y distimia que el grupo de ansiedad generalizada.

Con respecto a la deseabilidad social, Beck (1972e) reportó una relación negativa entre los puntajes del Inventario de Depresión de Beck y la deseabilidad social ($r= -0.55$). Langevin y Strancer (1979) y Storshal, Linehan, y Chiles (1984) sugieren que la relación positiva entre el Inventario de Depresión de Beck y la deseabilidad social podría ser muestra de una débil validación de constructo del Inventario de Depresión de Beck y podría ser reflejo social de indeseabilidad.

Validez Factorial

En la tabla 5 se pueden apreciar el número de factores y métodos de extracción descritos por 13 estudios de factor analítico. El número de factores fue estimado de 3 a 7. Algunos métodos de extracción son brevemente descritos porque el número es extenso y dependen del procedimiento de extracción.

Estudios de Tanaka y Huba (1984); Clark, Cavanaugh y Gibbons (1983); y Clark et al. (1985), emplean estructuras latentes de análisis sugeridas por el Inventario de Depresión de Beck representando un síndrome fundamental de depresión, el cual podría ser descompuesto en 3 factores muy intercorrelacionados (Tanaka u Huba, 1984). Aunque la explícita composición de los factores podría cambiar de un grupo de diagnóstico a otro, los tres factores reflejados en actitudes negativas hacia sí mismo,

deterioro en ejecuciones y disturbio somático, los cuales fueron descritos originalmente por Beck y Lester (1973g).

TABLA 5. Estudios de factor analítico del Inventario de Depresión de Beck

REFERENCIA	MUESTRA	NO. DE FACTORES	MÉTODO
Psiquiátrica Beck y Lester (1973g)	254 con intentos suicidas	5	Componentes principales
Clark et al. (1985)	106 alcohólicos	1	LISREL
Cropley y Wechowicz (1966)	100 depresivos	6	Máxima probabilidad
Gibson y Becker (1973)	118 alcohólicos	3	Componentes principales
Beck & Lester (1977)	188 hospitalizados con ideas suicidas	3	Componentes principales
Pichot y Lemperiere (1964) Francés	135 depresivos	4	centralizacion
Reynolds y Gould (1981)	163 adictos a la heroína	7	Factores principales
Shaw et al. (1979)	100 adictos a la heroína	7	Componentes principales
Steer et al. (1977)	103 alcohólicos	3	Máxima probabilidad
Steer et al. (1982)	101 alcohólicos	5	Máxima probabilidad
Tanaka y Huba (1984)	606 diagnóstico mixto	3	Jerarquización confirmatoria
	103 alcohólicos	3	
Wechowicz et al (1967)	254 depresivos	6	Factores principales
No Psiquiátrica Berndt (1979)	297 pasantes	4 (forma larga)	Componentes principales
Bourque y Beaudette (1982)	498 pasantes	3 forma corta 3 forma larga 2 forma corta	Componentes principales
Campbell et al. (1984)	214 pacientes hombres cardiacos	3	Componentes principales
Golin y Hartz (1979)	446 pasantes	1	Factores principales
Gould (1982)	185 pasantes	5 forma larga 3 forma corta	Factores principales
Lips y Ng (1985)	402 estudiantes	6	Componentes principales
	200 parientes expectantes	7	
	268 adultos casados	7	
Teri (1982)	568 estudiantes de secundaria	4	Componentes principales
Combinada Clark et al. (1983)	355 medica, 101 psiquiátricos y 104 normales	1	LISREL
Zemore y Eames (1979)	48 elderly institucionalizados, 31 no institucionalizados y 424 adultos jóvenes	2	Factores principales

4.1.4 CORRELACIONES DEMOGRÁFICAS

Sexo. Beck (1972e), Conde y Esteban (1976a), Knight (1984), Nielsen y Williams (1980), Schnurr, Hoaken, y Jarrett (1976), y Doras y Senay (1980) han reportado que las mujeres tienen puntajes más altos. Oliver y Simmons (1985) encontraron que los puntajes de los hombres son levemente más bajos que el de las mujeres en muestras aleatorias de 298 adultos. Sin embargo, Plumb y Holland (1977) y Schwab, Bialow, Clemmons, y Holzer (1967) han reportado que no existe relación significativa entre el sexo y el Inventario de Depresión de Beck

Edad. Schnurr et al. (1976) reportaron que pacientes psiquiátricos ancianos obtienen puntajes más altos en el Inventario de Depresión de Beck que los jóvenes. Albert y Beck (1975), Levine (1982), y Teri (1982) encontraron que los puntajes del Inventario de Depresión de Beck en adolescentes son más altos que en adultos, indicando que posiblemente los adolescentes son más depresivos que los adultos.

Educación. Beck (1976b) y Doras y Senay (1980) mencionaron que la educación recibida es inversamente relacionada con el Inventario de Depresión de Beck. La correlación entre el nivel de educación y el Inventario de Depresión de Beck en 298 adultos fue de -0.34 ($p < .001$).

Raza. Beck (1967a), afirma que blancos y negros tienen puntajes similares. Schwas, Brown, y Holzer (1967) y Cavanaugh (1983) reportaron que los blancos tienen un punto más alto en la media de los puntajes del Inventario de Depresión de Beck en comparación con los negros. Nielsen y Williams (1980) encontraron que las mujeres negras tienen más altas medias en puntajes del Inventario de Depresión de Beck que mujeres blancas, y Oliver y Simmons indican que los puntajes de negros son significativamente más altos que los blancos.

Lo expuesto anteriormente son estudios realizados en otros países. En el siguiente apartado se revisara el trabajo psicométrico realizado en nuestro país.

4.1.5 ESTUDIOS PSICOMETRICOS DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK EN MEXICO

Se han realizado diversas investigaciones en las cuales es empleado el Inventario de Depresión de Beck, sin embargo en muchas de ellas no se especifica la versión empleada, aparentemente por el desconocimiento del riguroso proceso psicométrico o simplemente se omitió el dato al momento de realizar el reporte.

Sainz M. A. (1992), empleó el Inventario de Depresión de Beck para validar la Escala de Depresión Geriátrica (GDS). Usó una muestra de 65 pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez del Seguro Social. Para obtener un diagnóstico de los pacientes, empleó una entrevista estructurada de acuerdo al DSM III-R, para los diagnósticos de Depresión Mayor, Reacción de Adaptación con Animo Deprimido; Trastorno Distímico, Síndrome Orgánico Cerebral Afectivo Depresivo. Después de la entrevista se aplicó el Inventario de Depresión de Beck y posteriormente el GDS, todo el mismo día. Con los datos de la entrevista, se encontró que 55 pacientes presentaban sintomatología depresiva. Con respecto a los resultados del Inventario de Depresión de Beck y del GDS, las puntuaciones más altas fueron las obtenidas por pacientes con diagnóstico psiquiátrico. El punto de corte en el Inventario de Depresión de Beck fue de 27, con una sensibilidad de .78 y especificidad del .82 Finalmente la autora concluye que el GDS cuenta con validez adecuada para su empleo en pacientes de la tercera edad.

Sánchez Cazares, S. (1990), aplicó el Inventario de Depresión de Beck a 110 pacientes embarazadas con bajo riesgo obstétrico que acudieron a consulta médica en una clínica de Medicina Familiar del IMSS. El objetivo fue determinar la incidencia de depresión en esas pacientes. Se encontró un 10% de depresión en las pacientes gestantes, usándose los puntos de corte en Inventario de Depresión de Beck propuestos por Beck(1963g. En las pacientes sin depresión, se encontró el menor porcentaje de reactivos que evalúan síntomas afecto-cognitivos, y un mayor porcentaje de reactivos vegetativos-somáticos, encontrados en la práctica médica por disfunción o ajuste fisiológico o ante ciertas patologías que motivan a acudir a consulta.

Colonia Cabrera, A. (1992), investigó los niveles de depresión en residentes de psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Se seleccionaron al azar 10 residentes de primer año, 10 de segundo y 10 de tercero. De igual manera se seleccionó otro grupo de 30 residentes no psiquiátrico del Hospital General de Balbuena del DDF. El autor reporta diferencias significativas entre los grupos residentes de primer año de psiquiatría y los residentes de segundo año de psiquiatría, y residentes de primer año no psiquiátricos, siendo los niveles de depresión mayor en psiquiátricos. Los residentes no psiquiátricos obtuvieron puntajes muy bajos, sin embargo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas de niveles de depresión en residentes de psiquiatría comparados con otros residentes no psiquiátricos.

El hecho de que los residentes de psiquiatría, especialmente primero y segundo grado, obtuvieran puntajes más altos, puede ser debido, según el autor, al contacto

prolongado con enfermos mentales graves o al estrés que genera la responsabilidad clínica, entre otras.

Guzmán Sáenz, I. (1991), investigó la reproducibilidad del Inventario de Depresión de Beck en pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck en dos momentos distintos (test-retest), a 30 pacientes mayores de 18 años con cualquier tipo de enfermedad psiquiátrica. El intervalo de tiempo entre una aplicación y otra fue de 48 horas. La confiabilidad de prueba contra prueba de las puntuaciones totales arrojó un coeficiente de correlación de Pearson de 0.908 (media1= 17.3, DE1= 13.0; media 2= 15.6, DE2= 12.7; $p=0.0001$). El coeficiente de correlación por rangos de Spearman, fue de 0.850. Con los datos anteriores, el autor concluye que el Inventario de Depresión de Beck es confiable en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez o en poblaciones similares.

Durandal Montaña (1989), realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar la ocurrencia de diversas entidades psicopatológicas en madres de niños con trastornos depresivos y su correlación con el Inventario de Depresión de Beck. Para ello, el autor trabajó con 20 madres de familia que asistieron por primera vez al Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro", con el objeto de solicitar atención para sus hijos. Entraron al estudio las madres de aquellos hijos que fueran diagnosticados con perturbación de las emociones infelicidad-tristeza. A las madres se les realizó un diagnóstico mediante una entrevista clínica psiquiátrica, la cual siguió los lineamientos diagnósticos del DSM III-R, para los criterios de Depresión Mayor, Trastorno Distímico y Depresivo no especificado. Primero se aplicó la entrevista, y posteriormente la escala de Beck junto con la escala Breve de Apreciación Psiquiátrica (BPRS). Con respecto a los resultados,

se obtuvo un rango en la puntuación de Beck en población con diagnóstico psiquiátrico de 16-44, con una media de 29.8, y para la población sin diagnóstico fue de 30 puntos, con una media de 10.6. La categoría más observada para el Beck fue la correspondiente a la inhibición laboral y síntomas vegetativos-somáticos. El autor concluye que la ocurrencia de trastornos depresivos en las madres de estos niños, es claramente más alta que en la población general.

Amieva González, M. (1992), investigó la validez del Inventario de Depresión de Beck en 134 pacientes de consulta externa del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM. Del total de sujetos, 46 fueron entrevistados y de acuerdo a ello, 24 fueron diagnosticados como deprimidos de acuerdo con los criterios del DSM III-R; todos ellos contestaron posteriormente el Inventario de Depresión de Beck. Los 88 sujetos restantes contestaron únicamente el Inventario de Depresión de Beck. Con respecto a los resultados, se encontró la sensibilidad máxima del instrumento (100%) en un punto de corte de 16, considerado como óptimo para a población estudiada, ya que la especificidad no variaba considerablemente al aumentar el punto de corte. Tomando como referencia ese punto de corte, los pacientes entrevistados que recibieron diagnóstico de depresión, tuvieron un puntaje promedio menor a 16 (10.3%); de los pacientes no entrevistados, el 56 % obtuvo un promedio menor a 16. De acuerdo con los resultados obtenidos, la autora concluye que los pacientes que obtuvieron puntajes altos en el Inventario de Depresión de Beck , también fueron diagnosticados como deprimidos en la entrevista semiestructurada, con lo cual se establece la reproductibilidad del Inventario de Depresión de Beck en poblaciones similares.

Gaymond García, M. (1991), obtuvo la validez de diagnóstico y concurrente del Inventario de Depresión de Beck. Para ello empleó una muestra de 50 pacientes (23 hombres y 27 mujeres) del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. La población fue evaluada con el Inventario de Depresión de Beck y con una entrevista semiestructurada de acuerdo al DSM III-R para los diagnósticos de Depresión Mayor, Reacción de Ajuste con Animo Deprimido y Trastorno Distímico. La entrevista se realizó e inmediatamente después se contestó el Inventario de Depresión de Beck. El mismo día recibieron la Escala de Ansiedad y Depresión de Hamilton para hospital General (HAD). Entre los datos obtenidos, se encontró que de acuerdo a la entrevista semiestructurada y en relación a los puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck y el HAD, el 35% de las mujeres y el 48% de los hombres no presentaron ningún diagnóstico psiquiátrico. El 18% de mujeres y el 30% de hombres presentaron reacción de ajuste con depresión; el 7.4% de las mujeres y el 8.8% de los hombres, contaban con cuadro depresivo mayor; el 18% de mujeres y el 4.3% de los hombres, tenía reacción de ajuste con ansiedad; el 11% de mujeres y el 4.3% de hombres, presentaron reacción de ajuste mixta; y el 7.4% de las mujeres y el 4.3% de los hombres, presentaron trastorno distímico.

Al aplicar la prueba T a los grupos deprimidos contra los no deprimidos, se obtuvo un valor de 5.64, con $p < 0.001$ y $F = 31.80$ con $p < 0.001$. También se obtuvo un punto de corte de 8 para el Beck, con una sensibilidad del 85% y especificidad de 91%. Un punto importante que resalta el autor, es el referente a la alta frecuencia de SIDA encontrada en la muestra en pacientes masculinos (21.8%), lo cual abre un importante campo de acción en los posibles riesgos de enfermedades de tipo

afectivo en pacientes neumológicos. Finalmente el autor concluye que el Inventario de Depresión de Beck y el HAD son útiles en la población del INER.

Mayer Ortega, J. (1992), realizó una investigación cuyos objetivos fueron el establecer la confiabilidad y reproductibilidad del Inventario de Depresión de Beck, así como obtener la validez específica, puntos de corte y validez concurrente con la Escala de Hamilton para Depresión. Se utilizó una traducción al castellano del Inventario de Depresión de Beck realizada en el Instituto Mexicano de Psiquiatría. Inventario de Depresión de Beck se aplicó en dos momentos distintos, con 48 horas de diferencia. La Escala de Hamilton se realizó junto con la primera aplicación del Inventario de Depresión de Beck. Se emplearon 50 pacientes de consulta externa referidos al servicio de urgencias y admisión como pacientes de primera vez del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. 30 de estos pacientes fueron diagnosticados como depresivos y 20 con otro trastorno psiquiátrico. Entre los resultados se observa que los pacientes deprimidos obtuvieron una media de 28 con desviación estándar de 9.9 en la primera medición; en la segunda medición, la media fue de 28.1 y desviación estándar de 9.6. El grupo de no depresivos obtuvo un puntaje medio de 9.6 y DE=4.4 para la primera medición y media de 8.7 y DE=3.5 para la segunda. Para conocer las diferencias entre ambos grupos, se realizaron pruebas T en forma global. El valor T encontrado entre ambos grupos en la primera medición fue de 8.018 con 48 grados de libertad y $p < 0$ igual a 0.00001 para la prueba de una y dos colas. En la segunda medición del Inventario de Depresión de Beck en ambos grupos, se obtuvo una $T=8.570$ con 48 grados de libertad, con p igual a la anterior y también significativa; con lo cual se afirma que existe una alta y significativa diferencia entre los puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck para pacientes deprimidos, los cuales son mucho más altos para

pacientes deprimidos que para los pacientes no deprimidos, en quienes los puntajes son bajos.

El valor T obtenido en la comparación de las dos aplicaciones del Inventario de Depresión de Beck fue de $T=0.534$ con 29 gl, $p= .6103$ para dos colas y $p=0. 3052$ para una cola, lo cual al no ser significativa, indica que los puntajes del Inventario de Depresión de Beck no se alteran significativamente en el periodo de tiempo transcurrido en las aplicaciones. Con respecto a la especificidad y sensibilidad, se encontraron los valores más altos en el punto de corte(pc) de 13, con una sensibilidad (sens) igual a 100% y especificidad (esp) igual a 75%; al $pc=17$, se encontró una $sens= 80\%$ y $esp=90\%$.

Por otro lado se practico un análisis de regresión lineal y correlación para obtener la validez concurrente de la escala de Hamilton y el Inventario de Depresión de Beck, resultando un coeficiente de correlación de $r= 0.778$ usando una $T= 8.5655$ con 48 gl y $p= 0.0001$, la cual también es significativa para el cruce de todas las evaluaciones de Hamilton y Beck aplicadas. Lo anterior indica la significancia estadística para discriminar entre ambas pruebas. Finalmente el autor concluye que el Inventario de Depresión de Beck cuenta con validez y confiabilidad, haciéndolo un instrumento útil para su uso en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y poblaciones similares.

Alvarado Fernández, E. (1990), trabajó con el Inventario de Depresión de Beck, teniendo como principales objetivos el determinar el rango de los puntajes en el Inventario de Depresión de Beck que presentaban aquellos estudiantes diagnosticados como deprimidos, así como el determinar la sensibilidad y especificidad de distintos puntos de corte del Inventario de Depresión de Beck . La autora utilizó una población de

120 alumnos del Colegio de Ciencias y Humanidades Oriente comprendidos en un rango de edad de 15 a 20 años y que previa información aceptaron participar. Se empleó una entrevista semiestructurada de acuerdo al DSM III, para los diagnósticos de Depresión Mayor, Reacción de ajuste con Animo Deprimido, Desorden Distímico y Síndrome Orgánico Cerebral. A la mitad de la población se le aplicó primero el Inventario de Depresión de Beck, mientras a la otra mitad se le aplicaba la entrevista. El procedimiento se invirtió, teniéndose finalmente el Inventario de Depresión de Beck contestado y la entrevista para cada sujeto.

Con respecto a los resultados obtenidos, se encontró una puntuación media del Inventario de Depresión de Beck de 17.2 para alumnos diagnosticados mediante la entrevista, con episodio depresivo mayor. La puntuación media obtenida por alumnos con diagnóstico de reacción de ajuste con ánimo depresivo fue de 9.44, siendo mayor que la obtenida por los alumnos sin diagnóstico psiquiátrico (2.9). Para conocer las diferencias significativas, se realizaron comparaciones de cada grupo diagnóstico mediante la prueba T, encontrándose diferencias significativas al comparar el grupo de alumnos con depresión mayor, con aquellos que presentaron reacción de ajuste con ánimo depresivo, y con el de los alumnos sin diagnóstico psiquiátrico. Se obtuvo la sensibilidad y la especificidad para 8 diferentes puntos de corte, encontrando los valores mayores en el punto de corte 7 ($S=0.72$, $E=0.93$) ó en el punto de corte 8 ($S=0.67$, $E=1$); recomendándose cualquiera de estos dos puntos para este tipo de población. Finalmente se concluye que el Inventario de Depresión de Beck es un instrumento con validez adecuada para su empleo en población estudiantil a nivel medio superior.

Méndez (1995) realizó un estudio de traducción y estandarización del Inventario de Depresión de Beck para población mexicana. Participaron un total de 1589 sujetos de entre 15 y 65 años de edad de diferentes ocupaciones y escolaridades. 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 del alpha de 0.87, o sea una probabilidad de error de 0.13. Con respecto a la validez de constructo en el instrumento, se observó 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. El análisis factorial realizado mostró tres factores principales en los reactivos (humor depresivo, Anergia y Discomunicación), siendo el primero el de mayor carga. Las normas mexicanas de calificación del Inventario de Depresión de Beck propuestas por la autora son:

0 a 9	DEPRESION MINIMA
10 A 16	DEPRESION LEVE
17 A 29	DEPRESION MODERADA
30 A 63	DEPRESION SEVERA

Finalmente La autora concluye que con las normas de calificación estandarizadas para la población mexicana, el Inventario de Depresión de Beck puede ser aplicado en México con toda certeza de que cumple con los requisitos estadísticos y psicométricos necesarios para hacerlo un instrumento totalmente confiable y valido.

4.2 Estudios psicométricos de la Escala de Depresión de Zung

En 1964, los doctores William W. Zung y D.C. Durham, profesores e investigadores del Centro Médico de la Universidad de Duke en Estados Unidos, realizaron una investigación de la depresión y en 1965 publicaron los resultados. En el proyecto debían correlacionar la presencia o severidad del trastorno depresivo con otros parámetros, como la facilidad para despertar del sueño y los cambios que se lograban con el tratamiento. Zung y Durham se dieron cuenta que las escalas existentes para medir la depresión eran inadecuadas, pues por su extensión requerían mucho tiempo para su aplicación, eran especialmente difíciles de resolver para enfermos depresivos con trastornos psicomotores y, por otra parte, no eran autoaplicables, por lo que los resultados obtenidos podían ser matizados por la interpretación personal del entrevistador.

Los criterios para el diagnóstico clínico y para la elaboración de la escala fueron propuestos por Zung. Dichos criterios se encuentran clasificados en : a) Afectivo-Profundo; b) Equivalentes y Concomitantes fisiológicos; y c) Concomitantes Psicológicos.

La escala esta integrada por 20 reactivos de los cuales diez están hechos para tener una respuesta sintomáticamente negativa. A mayor puntuación, mayor depresión.

Cada reactivo tiene cuatro alternativas de respuesta:

- a) Muy pocas veces
- b) Algunas veces
- c) La mayor parte del tiempo
- d) Continuamente

Su aplicación es fácil y sencilla, solamente es necesaria la hoja de declaraciones y un lápiz o pluma. Se le proporciona al sujeto la lista de declaraciones pidiéndole señale la aseveración que se apege más a su situación en ese momento. Si existiera alguna duda se puede aclarar sin ningún problema.

Relación de los síntomas de la depresión con los temas de la escala AMD

SINTOMAS DE LOS DESORDENES DEPRESIVOS	TEMAS DE LA ESCALA AMD Y NUMERO DE PREGUNTA
a) Afectivos persistentes: -Deprimido, triste, melancólico -Accesos de llanto	1. Me siento abatido y melancólico 3. Tengo accesos de llanto y deseos de llorar
b) Equivalentes Fisiológicos: -Variación diurna, exageración de los síntomas en la mañana y algún alivio conforme avanza el día. -Sueño; despertar temprano o frecuentemente. -Apetito; disminución en la ingestión de alimentos o metabolismo aumentado y reposo disminuido. -Pérdida de peso; asociada con ingestión disminuida de alimentos o metabolismo aumentado y reposo disminuido -Sexuales; Libido disminuida -Gastrointestinales: Constipación -Cardiovascular: Taquicardia -Musculoesquelética: fatiga	2. En la mañana me siento mejor 4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche 5. Como igual que antes solía hacerlo 7. Noto que estoy perdiendo peso 6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales 8. Tengo molestias de constipación (estreñimiento) 9. El corazón me late más aprisa que de costumbre 10. Me canso sin hacer nada
c) Equivalentes psicológicos -Retardo psicomotor -Confusión -Vacuidad -Desesperanza -Indecisión -Irritabilidad -Insatisfacción -Devaluación personal -Rumiación suicida	12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro 11. Tengo la mente tan clara como antes 18. Mi vida tiene bastante interés 14. Tengo esperanza en el futuro 16. Me resulta fácil tomar decisiones 15. Estoy más irritable de lo usual 20. Todavía disfruto con las mismas cosas 17. Siento que soy útil y necesario 18. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome

En 1965 W. Zung y cols., realizaron un estudio con el objeto de validar la EAMD con 152 pacientes de consulta externa. El MMPI fue utilizado como prueba control por ser válida y confiable. Se empleó la correlación de Pearson Producto-momento de donde se observó que el mayor índice de correlación entre ambas escalas es con la escala D (depresión). Concluyendo que la AMD es un parámetro más sensible para medir la depresión.

Nuevamente Zung (1972b) realizó un estudio para corroborar la validez de la EAMD. Utilizó una muestra de 225 pacientes de los cuales 152 eran pacientes hospitalizados y 73 eran de consulta externa. Como medida objetiva para establecer la depresión fueron usados la EAMD y el Depression Status Inventory (DSI). La correlación entre AMD y el DSI fue de 0.87. Las correlaciones media para los diez reactivos pares y para los diez reactivos nones del DSI fueron de 0.81 y 0.73 con respecto a los reactivos de la EAMD. Todos los coeficientes de correlación fueron significativos ($p=0.1$).

Lara Tapia H., y cols. (1976) realizaron un estudio en la Ciudad de México con el propósito de adaptar y estandarizar la EAMD a nuestro país. En el estudio se incluyeron pacientes psiquiátricos, pacientes no psiquiátricos y sujetos sanos que se encontraban entre los 17 y los 64 años. Se utilizó como prueba control el MMPI. Los resultados obtenidos permitieron concluir que la escala y sus normas de calificación son válidas para nuestro país y que la EADM es un instrumento que ayuda en la detección de depresión como síndrome y de la depresión oculta en otros síntomas.

Suárez (1988) realizó una investigación para validar la EAMD en adolescentes mexicanos de secundaria. Empleó las escalas EAD y el MMPI como prueba control por ser válida y confiable. Ambas escalas fueron aplicadas a 48 estudiantes de secundaria. El proceso estadístico empleado fue la correlación de Pearson para ambas pruebas con el objeto de obtener la validez concurrente de la EAMD. Para medir la consistencia interna se empleó el coeficiente de Pearson al que se le aplicó la correlación por el método de las dos mitades de Spearman-Brown. Con los resultados obtenidos ($r=0.49$ y $r_{tt}=0.66$) se concluyó que la EAMD es válida y confiable para detectar depresión en adolescentes estudiantes de secundaria.

CAPITULO 5

M E T O D O

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años la importancia de la depresión se ha destacado de tal forma, que se le considera no sólo como el problema más frecuente en el campo de la salud mental, sino incluso, como el padecimiento que más trastornos acarrea a la humanidad (Martín, 1976). Expertos internacionales consideran que de cien a doscientos millones de seres humanos padecen hoy en día de depresión, quizá como un resultado de la influencia que la moderna tecnología ha tenido sobre el mundo, determinando profundos cambios ambientales y sociales, que el ser humano no ha podido superar. En México factores como la crisis económica y la pérdida del valor adquisitivo, han incrementado los casos de depresión entre la población. Lo anterior se ve reflejado al encontrarse que un 40 % de la población que acude a consulta al Departamento General de Servicios Médicos, lo hace por motivos de depresión, cifra similar al porcentaje del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM (Guevara, 1988).

Además es importante resaltar que la depresión trae consigo un daño en el aspecto económico, ya que provoca una “pérdida de años de vida saludable” en los que se considera entre otros, la disminución de la productividad laboral y social del individuo afectado y la afectación a su calidad de vida (González Ruelas, 1995).

Por lo anterior consideramos que al ser la depresión un problema de salud, es de gran importancia contar con instrumentos que cumplan con las características psicométricas necesarias para ser considerados instrumentos útiles en población mexicana.

Por lo expuesto en el marco teórico, este estudio pretende continuar el trabajo psicométrico pertinente para obtener la validez de criterio del Inventario de Depresión de Beck (estandarizado por Méndez, 1995) en una población de estudiantes mexicanos de nivel bachillerato técnico.

5.2 JUSTIFICACION

Actualmente las escalas más usadas para medir depresión en México son el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, La escala de Hamilton, La escala de autoevaluación de Zung y el Inventario de Beck. Entre ellos, los que más cuentan con investigaciones psicométricas en población mexicana son el MMPI y la Escala de Zung.

Esta última, es la más empleada debido a su tiempo de aplicación y rápida interpretación. Por su parte el Inventario de depresión de Beck es un instrumento que a diferencia de otros, no da una connotación clínica, además de contar con un lenguaje más comprensible para los adolescentes.

Es de gran importancia contar con instrumentos psicométricos validados, confiabilizados y estandarizados en población mexicana, que permitan realizar una correcta detección de la depresión, favoreciendo así el tratamiento oportuno de las enfermedades afectivas.

5.3 OBJETIVO

Este trabajo tiene por objetivo obtener la validez de criterio entre el Inventario de Depresión de Beck y la escala de Zung, en estudiantes de nivel técnico del Sistema de Enseñanza Pública.

5.4 HIPOTESIS

H₁: El inventario de Depresión de Beck correlaciona significativamente con la Escala de Zung para medir depresión en estudiantes de nivel técnico

H₀: El inventario de Depresión de Beck no correlaciona significativamente con la Escala de Zung para medir depresión en estudiantes de nivel técnico

5.5 VARIABLES

Dependiente

Definición Conceptual

Depresión: “Desorden afectivo en el cual las cogniciones de los sujetos deprimidos están dominadas por contenidos y procesos ideosincaráticos distorsionados e irreales, tendiendo a una exageración de errores y encontrando obstáculos en todas sus acciones” (Beck, 1976b)

Definición Operacional

Depresión: Será medida a través de las respuestas que los estudiantes den en cada una de las escalas: Beck y Zung.

5.6 POBLACION

Participaron 546 estudiantes, seleccionados de una escuela de nivel técnico de Enseñanza Pública del Distrito Federal, de edades comprendidas entre los 15 y 23 años.

La selección de esta población se debió a la accesibilidad por parte de las autoridades del plantel educativo para realizar la aplicación de los cuestionarios.

La población total del plantel está constituida por 1200 alumnos inscritos en el turno matutino, divididos en 30 grupos (11 grupos de 1er semestre, 10 de 3ero., y 9 de 5to)

5.7 MUESTRA

Del total de población se determinó la proporción tanto de hombres como de mujeres necesarios para tener una muestra probabilística representativa de la población del plantel. Se seleccionaron 546 alumnos (272 hombres y 274 mujeres) mediante un muestreo accidental por cuotas, procurándose igualar el número de sujetos para cada rango de edad. Las cuotas quedaron integradas de la siguiente manera:

91 mujeres y 91 hombres de edades entre 15 y 17 años.

94 mujeres y 90 hombres de edades entre 18 y 20 años.

89 mujeres y 91 hombres de edades entre 21 y 23 años.

5.8 ESCENARIO

Los salones de clases de la escuela

5.9 INSTRUMENTOS

Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Zung, descritos anteriormente en

el presente trabajo

5.10 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

Una sola muestra con dos mediciones, no experimental *expost facto*

5.11 PROCEDIMIENTO

Primero se obtuvo un listado oficial de los estudiantes inscritos en el plantel en el turno matutino. Después de calcular el tamaño de la muestra, de forma que esta sea representativa de la población del plantel.

Posteriormente se acudió a cada salón y se solicitó la cooperación de los alumnos, teniendo como única condición que su edad fuera de entre 15 y 23 años. Se seleccionaron 18 alumnos como máximo en cada grupo aplicándoseles el Inventario de Beck y la Escala de Zung. Ambos, se aplicaron uno después del otro, siguiendo las instrucciones impresas en cada uno de ellos. Durante todas las aplicaciones existió supervisión, aclarando dudas si era necesario. Este mismo procedimiento se siguió durante todas las aplicaciones.

RESULTADOS

Los resultados se reportan de la siguiente manera. Primero la descripción de las características de la muestra y posteriormente el análisis de correlación y los diagnósticos de la población en el Inventario de Beck.

SEXO

Con respecto al sexo, la muestra se integro por 546 sujetos, de los cuales 247 fueron mujeres y 272 hombres, como se puede observar en la tabla 1.

Tabla 1.

SEXO		
	FRECUENCIA	%
FEMENINO	274	50.2
MASCULINO	272	49.8
TOTAL	546	100

EDAD

Con respecto a la edad, la muestra se integro por 182 sujetos de entre 15 y 17 años, 184 sujetos de entre 18 y 20 años; y 180 de entre 21 y 23 años. La media se ubico en 18.98, la mediana en 18 y el modo en 18, como se puede observar en la tabla 2.

Tabla 2
E D A D

	FRECUENCIA	%
15-17	182	33.3
18-20	184	33.6
21-23	180	32.9
TOTAL	546	100

$$\bar{X} = 18.98 \quad \hat{X} = 18 \quad \tilde{X} = 18 \quad DS = 2.5$$

SEMESTRE

Con respecto al semestre, se contó con 79 mujeres de 1er. Semestre, 51 de 3ero. Y 144 de 5to. Referente a los hombres, se contó con 70 hombres de 1er. Semestre, 87 de 2do. Y 115 de 3ero. (Tabla 3)

Tabla 3

	SEMESTRE			TOTAL
	1o	3o.	5o	
MUJERES	79	51	144	247
HOMBRES	70	87	115	272
TOTAL	149	138	259	546

ESTADO CIVIL

Del total de la muestra se encontraron 526 sujetos solteros, 17 casados y 3 en unión libre (Tabla 4)

Tabla 4

	ESTADO CIVIL	
	FRECUENCIA	%
SOLTERO	526	96. 3
CASADO	17	3
UNION LIBRE	3	.5
TOTAL	546	100

Dado que el objetivo de este estudio era evaluar si existía validez de criterio entre el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Zung, las respuestas a los inventarios se codificaron y procesaron estadísticamente con el paquete SPSS para Windows versión 5.0. Después se procedió a codificar las respuestas y se realizó una prueba de correlación estadística. Los resultados encontrados arrojaron un coeficiente de correlación de Pearson entre el Inventario de Depresión de Beck y el de Zung de $r=.65$, $p=.000$.

Por otra parte, después de obtener el valor de correlación, se utilizaron las tablas normativas del Inventario de Beck, para saber que porcentaje de alumnos tenía depresión. Dicho proceso se realizó nuevamente con el SPSS y los resultados fueron los siguientes.

BECK

Empleando los puntos de corte propuestos por Méndez (1995), encontramos 216 casos con depresión mínima (40%), 165 casos con depresión leve (30%), 130 casos con depresión moderada (24%) y 35 casos con depresión severa (6%). El puntaje promedio fue de 13.12 (Ver tabla 5)

Tabla 5
DIAGNOSTICO

	CASOS	%
DEPRESION MINIMA	216	40
DEPRESION LEVE	165	30
DEPRESION MODERADA	130	24
DEPRESION SEVERA	35	6

$$\bar{X} = 13.12 \quad \hat{X} = 11.5 \quad \tilde{X} = 11 \quad DS = 8.69$$

a) Sexo

En los diagnósticos por sexo encontramos al 17% de mujeres (90 casos) y al 23% (126 casos) de hombres con depresión mínima. Al 15.5% (85 casos) de mujeres y al 14.5 % (80 casos) de los hombres con diagnóstico de depresión leve. Con diagnóstico de depresión moderada encontramos al 14% (78 casos) de mujeres y al 10%(52 casos) de hombres. Y al 4% de mujeres (21 casos) y al 2% (14 casos) de hombres con depresión severa. (Tabla 6)

Tabla 6
DIAGNOSTICO POR SEXO

	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
DEPRESION MINIMA	90 17%	126 23%	216 40%
DEPRESION LEVE	85 15.5%	80 14.5%	165 30%
DEPRESION MODERADA	78 14%	52 10%	130 24%
DEPRESION SEVERA	21 4%	14 2%	35 6%
TOTAL	247 50.2%	272 49.8%	546 100%

b) Semestre - Sexo

Con respecto a los diagnósticos de depresión por semestre, no encontramos diferencias significativas entre alumnos de los diferentes semestres que integraron la muestra.

En los tres semestres encontramos que la mayor parte de los alumnos (70%), se ubico con diagnóstico de depresión mínima o leve; y el 30% de los alumnos se ubico con diagnóstico de depresión moderada o severa.

En el 5to. Semestre es donde observamos mayores porcentajes de incidencia, en todas las categorías, esto debido a que el 47% de la muestra se integro por alumnos de este semestre.

En lo referente a diagnósticos por sexo y semestre, no se encontraron diferencias significativas, aunque se observa una leve diferencia en porcentajes de incidencia; encontrándose más casos de depresión moderada o severa en mujeres que en hombres (tabla 7)

Tabla 7
DEPRESION POR SEMESTRE Y SEXO

	1ER SEM		3ER SEM		5TO SEM		TOTAL	
DEPRESION MINIMA	59 11%		59 11%		98 18%		216 40%	
	HOMBRES 31 (6%)	MUJERES 28 (5%)	HOMBRES 39 (7%)	MUJERES 20 (4%)	HOMBRES 56 (10%)	MUJERES 42 (8%)	HOMBRES 126 (23%)	MUJERES 90 (17%)
DEPRESION LEVE	48 9%		39 7%		78 14%		165 30%	
	HOMBRES 20 (4%)	MUJERES 28 (5%)	HOMBRES 25 (4.5%)	MUJERES 14 (2.5%)	HOMBRES 35 (6%)	MUJERES 43 (8%)	HOMBRES 80 (15.5%)	MUJERES 85 (14.5%)
DEPRESION MODERADA	30 5.5%		32 6%		68 12.5%		130 24%	
	HOMBRES 15 (3%)	MUJERES 15 (3%)	HOMBRES 18 (3.5%)	MUJERES 14 (2.5%)	HOMBRES 19 (3%)	MUJERES 49 (9%)	HOMBRES 78 (14.5%)	MUJERES 52 (9.5%)
DEPRESION SEVERA	12 2%		8 6%		15 6%		35 6%	
	HOMBRES 4 (5%)	MUJERES 8 (1.5%)	HOMBRES 5 (1%)	MUJERES 3 (5%)	HOMBRES 5 (1%)	MUJERES 10 (2%)	HOMBRES 14 (2.5%)	MUJERES 21 (4%)
TOTAL	149 27.5%		138 25.5%		259 47%		546 100%	
	HOMBRES 70 (13.5%)	MUJERES 79 (14.5%)	HOMBRES 87 (16%)	MUJERES 51 (9.5%)	HOMBRES 135 (20%)	MUJERES 144 (27%)	HOMBRES 272 (49.8%)	MUJERES 274 (50.2%)

c) Depresión por edad y sexo

Con respecto a las edades encontramos que en los tres rangos de edad en que se dividió la muestra, el 70% de los casos se ubicó con diagnóstico de depresión mínima o leve.

Se encontró mayor frecuencia de casos de depresión moderada en sujetos de 18 a 20 años.

Con respecto al diagnóstico de depresión severa, encontramos mayor frecuencia de casos en alumnos de 15 a 17 años.

En lo referente al sexo, encontramos mayor frecuencia de casos con diagnóstico de depresión leve o mínima en hombres que en mujeres. Lo contrario sucede en casos de diagnóstico de depresión moderada o severa, en los cuales las mujeres presentan mayor incidencia (tabla 8)

Tabla 8
DEPRESION POR RANGO DE EDAD Y SEXO

	15 A 17	18 A 20	21 A 23	TOTAL
DEPRESION MINIMA	60 11% HOMBRES 33 (6%) MUJERES 27 (5%)	67 12% HOMBRES 39 (7%) MUJERES 28 (5%)	89 16.5% HOMBRES 54 (10%) MUJERES 35 (6.5%)	216 40% HOMBRES 126 (23%) MUJERES 90 (16%)
DEPRESION LEVE	66 12% HOMBRES 33 (6%) MUJERES 33 (6%)	56 10.5% HOMBRES 29 (5.5%) MUJERES 27 (5%)	43 8% HOMBRES 18 (3.5%) MUJERES 25 (4.5%)	165 30% HOMBRES 80 (15.5%) MUJERES 85 (14.5%)
DEPRESION MODERADA	38 7% HOMBRES 16 (3%) MUJERES 22 (4%)	50 9% HOMBRES 18 (3.5%) MUJERES 32 (6%)	38 6.5% HOMBRES 14 (2.5%) MUJERES 24 (4%)	126 24% HOMBRES 52 (9%) MUJERES 78 (14%)
DEPRESION SEVERA	18 3% HOMBRES 9 (1.5%) MUJERES 9 (1.5%)	11 1.5% HOMBRES 4 (5%) MUJERES 7 (1%)	10 2% HOMBRES 5 (1%) MUJERES 5 (1%)	39 6% HOMBRES 18 (3%) MUJERES 21 (3.5%)
TOTAL	182 33.3% HOMBRES 91 (16.5%) MUJERES 91 (16.5%)	184 33.6% HOMBRES 90 (16.5%) MUJERES 94 (17.2%)	180 32.9% HOMBRES 91 (16.5%) MUJERES 89 (16%)	546 100% HOMBRES 274 (49.8%) MUJERES 272 (50.2%)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El nivel significativo de correlación obtenido entre la escala de Beck y la escala de Zung, permite afirmar que ambos instrumentos cuentan con validez , cumpliéndose así el objetivo del presente trabajo, el cual era obtener la validez de criterio del Inventario de Depresión de Beck.

En México, se han realizado estudios para demostrar las características psicométricas del IDB (Méndez, 1995), encontrando que efectivamente es útil en población mexicana. Los resultados obtenidos en el presente trabajo ($r=0.65$ $p=.000$) permiten reforzar la validez de inventario en estudiantes mexicanos de bachillerato.

Nuestros resultados son similares a los coeficientes de correlación reportados por investigaciones internacionales, entre ellas Giambra (1977), con $r= 0.60$ entre el Beck y el Zung en una población de 91 estudiantes; y por Marsella y cols. (1975) con un coeficiente de correlación de $r= 0.65$ en una muestra de 259 estudiantes, también entre Beck y Zung. Lo anterior aporta una evidencia más que apoya el valor transcultural del IDB.

Por otro lado, recordemos que algunos de los problemas de salud mental en México están relacionados con la ignorancia, los temores y los prejuicios profundamente arraigados en nuestra cultura, en torno a los trastornos mentales y con quienes los padecen (García y Andrade, 1994). Lo anterior nos permite afirmar que pueden existir sujetos que padecen algún trastorno afectivo sin saberlo o aceptarlo. Los resultados de

este trabajo nos muestran casos de depresión en población de tipo no psiquiátrico, lo cual nos lleva a resaltar lo importante que resulta el diseño e implementación de programas para la promoción de la salud mental en las escuelas, logrando así prevención y atención oportunas de enfermedades mentales, entre ellas la depresión.

En nuestros resultados encontramos que el 32 % de la población de mujeres, cuenta con diagnóstico de depresión mínima o leve, y en los hombres este porcentaje es de 37%. Las frecuencias en los diagnósticos de depresión moderada o severa son mayores en mujeres (18%) que en hombres (12%). Con lo anterior corroboramos la información referente a que existe mayor depresión en mujeres que en hombres. Datos similares han sido reportados por Beck (1972c), Conde y Esteban (1976a), Knight (1984), Nielsen y Williams (1980), Schnurr, Hoaken y Jarret (1976), Doras y Senay (1980).

Con respecto al semestre no se encontraron diferencias significativas entre los alumnos de los diferentes semestres que integraron la muestra.

En lo referente a los rangos de edad, tampoco se observaron diferencias significativas aunque si es importante mencionar algunos datos. La frecuencia de diagnóstico de depresión leve o moderada es mayor en alumnos de 21 a 23 años de edad. También se observó mayor frecuencia en casos de depresión moderada en alumnos de 18 a 20 años. El diagnóstico de depresión severa, se presentó con mayor frecuencia en alumnos de 15 a 17 años; es decir, nuestros resultados nos permiten afirmar que a mayor edad, menor depresión.

Debemos tener en cuenta que la psicometría es una herramienta sólida, capaz de medir objetivamente manifestaciones del comportamiento humano y el omitir pasos en la construcción y/o estandarización de instrumentos, no permite promover el uso ético, responsable y profesional de los mismos, por lo cual se resalta la importancia del trabajo psicométrico realizado en torno al BDI en población mexicana, trabajo que permite afirmar que el BDI es un instrumento validado estandarizado y útil en población mexicana.

Además es de gran relevancia el poder contar con instrumentos estandarizados que permitan la estimación de la incidencia de trastornos depresivos, a fin de poder hacer una planeación de los servicios más adecuada, siendo importante la canalización oportuna de los casos potenciales a tratamientos, realizando así una labor preventiva, lo cual sería de gran utilidad en la población empleada en este estudio, ya que como se puede observar en los resultados, existen casos de depresión moderada y/o severa en población aparentemente normal.

Finalmente se concluye que existe correlación adecuada en ambos instrumentos y pueden ser empleados tanto en trabajos especializados como en trabajo clínico.

Se recomienda continuar con esta investigación en diferentes instituciones educativas tanto públicas como privadas. También se recomienda dar seguimiento a los casos de depresión encontrados en este trabajo, ya que pese a que era población aparentemente normal, se encontraron casos de adolescentes que requieren apoyo y/o tratamiento.

La principal limitación encontrada fue la resistencia por parte de algunos alumnos a contestar los cuestionarios, esto pudo deberse a la etapa en la cual se encuentran ya que no tan fácilmente dan a conocer ante otros su sentir, o simplemente no les interesaba.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abramson, L. Y., Seligman, p.h., and teasdale, J. P. (1978)** Learned helplessness in humans: critique and reformulation. Journal Abnormal psychology, 37, 149-174
- Akisakal, H. S., H., Yereyanian, B., Kung, D. & Belluomini, J. (1982).** The utility of the REM latency in Psychiatric, Psychiatric diagnosis : A study of 81 depressed outpatient. Psychiatry Researchs, 7, pp. 101-110
- Alvar Colonia C. (1992).** Niveles de Depresión en Residentes de Psiquiatría. Tesis de Medicina, especialidad en Psiquiatría, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Alvarado Fernández E. (1990).** Validez del Inventario de Beck traducido al castellano. Tesis de Medicina, especialidad en Psiquiatría. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Albert, N., & Beck, A. T. (1975).** Incidence of depression in early adolescence: a preliminary study. Journal of Youth and Adolescence, 4, pp. 301-307
- American Psychiatric Association (1997).** DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson
- Amieva Sainz A. (1992).** Validez del Inventario de Beck en el departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM. Tesis de Medicina, especialidad en Psiquiatría, Universidad Nacional Autónoma de México.

- Ariety, S.** (1977) Psychotherapy of severe depression. Am. Journal psychiatry, 14, 864-868
- Aviña O. C y Rodríguez C. A.** (2001) Depresión y Maltrato en niñas Institucionalizadas: Un estudio comparativo. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Baker, L. L., & Jessua, B. A.** (1980). The psychototion processing in depression. Cognitive Therapy and Research, 4, pp.135-148
- Bech, P. Gram, L. F., Dein, E., Jacobsen, O.** (1975). Quantitative rating of depressive states. Acta Psychiatrica Scandinavica, 51, pp. 161-170
- Beck, A.,** (1967a). Depression: Causes and Treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.,** (1976b). Depression: clinical, experimental and theoretical aspects. New York: Hoeber.
- Beck, A., Steer,R.** (1988c). Psychometric properties of Beck depression Inventory: twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review, vol. 8, 77-100
- Beck, A., Ward,C.** (1961d) An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 561-571.
- Beck, A. T.** (1972e). Measuring depression: The Depression Inventory in T. A. Williams, M. M. Katz, & A. A. Shield, Recent Advances in Depressive Illnesses (pp. 299-302). Washington, D. C. USA. Government Printing Office.
- Beck, A. T., & Steer, R. A.** (1984f). Internal consistence of the original and revised Beck Depression Inventory. Journal of Clinical Psychology, 50, pp. 113-115
- Beck, A. T., & Lester, D.** (1973g). Components of depression in attempted suicides. Journal of Psychology, 85, pp. 257-260
- Berndt, D. J.** (1979). Taking items out of context: Dimensional shifts with the short form of the Beck Depression Inventory. Psychological Reports, 45, pp. 569-570

- Bibring, E.** (1953). The mechanism of depression. En Leitenberg. Handbook of Behavior Therapy (p. 175). Prentice-Hall. New Jersey
- Blackburn, I. M., Eunson, K. H., & Bishop, S.** (1986). A Two years naturalistic follow-up of depressed patient treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and combination of both. Journal Affective Disorders, 10, pp. 67-75
- Blaft, S. J., Quinian, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C., & Zuroff, D.** (1982). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, pp. 113-115
- Boyle, G. J.** (1985). Self-report measures of depression: Some psychometric considerations. British Journal of Clinical Psychology, 24, pp. 45-59
- Brooks bank, B. W.L., & Coopen, A.** (1967). Plasma II-hidroxycorticosteroids in affective disorders. British Journal of Psychiatry, 113, pp. 395-404
- Brown, F.** (1999). Principios de la Medición en Psicología y Educación. México: Manual Moderno
- Bryson, S. E. & Pilon, D. J.** (1984). Sex differences in depression and the method of administering the Beck. Depression Inventory. Journal of Clinical Psychology, 40, pp. 529-533
- Byerly, E. C. & Carlson, W. A.** (1982). Comparison among inpatients, outpatients, and normal on three self-report depression inventories. Journal of Clinical Psychology, 34, pp. 797-804
- Calderón, N.** (1990). Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento. México: Trillas
- Caraveo, Aj. Medina Mora, Me, Rascon M., et al:** La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en la Ciudad de México. Salud Mental, 19,3. pp. 14-21
- Cavanaugh, S. V.** (1983). The prevalence of emotional and cognitive dysfunctions in a general medical population: using the MMSE, GHQ and BDI. General Hospital Psychiatry, 5 pp. 15-24

- Clark, D. C., Cavanaugh, S. V. & Gibbons, R. D. (1983).** The core symptoms of depression in medical and psychiatric patients. Journal of Nervous and Mental Disease, 171, pp. 705-713
- Clark, D. C., Gibbons, R. D., Fawcett, J., Aagesen, C. A., & Sellers, D. (1985).** Unbiased criteria for severity of depression in alcoholic inpatients. Journal of Nervous and Mental Disease, 173, pp. 482-487
- Coleman, R. E., & Miller, A. G. (1975).** The relationship between depression and marital maladjustment in a clinic population: A multitrait-multimethod study. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, pp. 647-651
- Conde, V. Esteban, T. & Useros (1976)** Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. Revista de Psicología general y Aplicada, vol. 31, pp. 469-497
- De la Peña Estrada, Almeida y Páez (1999)** Prevalencia de los trastornos depresivos y su relación con el bajo rendimiento escolar en estudiantes de secundaria. Salud Mental, 22, pp. 4-7
- De León, G. Skodol. A., & Rosenthal, M. S. (1978).** Phoenix House: Changes in Psychopathological signs of resident drugs addicts. Archives of General Psychiatry, 28, pp. 131-135
- Derogatis, L. R (1977).** SCL-90R administration scoring and procedures manual. Baltimore :clinical Psychometric Research.
- Díaz Martínez A. (1996).** Diagnóstico de Depresión. Conferencia ofrecida en el Seminario Internacional Sobre Depresión. Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, D.F.
- Dorus, W., & Senay, E. C. (1980).** Depression demographic dimensions and drug abuse. American Journal of Psychiatry, 137, pp 699-704
- Durandal Montaña J. (1989).** Ocurrencia de diversas entidades psicopatológicas en madres de niños con trastorno depresivo y su correlación con el Inventario de Beck. Tesis de Medicina, especialidad en Psiquiatría, Universidad Nacional Autónoma de México.

- Emeru, G. D., Steer, R. A. & Beck, A. T. (1981).** Depression, Hopelessness, and suicidal intent among heroin addicts. International Journal of the Addictions, 16, pp. 425-429
- Engel, G. (1968).** A Life setting conducive to illness. The giving-up complex. Bulletin of the Menninger Clinic, 32, 355-365. En Leitenberg. Handbook of Behavior Therapy (p. 174). Prentice-Hall. New Jersey
- Fester, C. (1965).** Classification of behavioral pathology. En Leitenberg. Handbook of Behavior Therapy (p. 174). Prentice-Hall. New Jersey
- Fine. E. W., & Steer, R. A. (1977).** The relationship between alcoholism and depression in black men. Currents in Alcoholism, 2, pp. 35-43
- Freud, S. (1948) (Orig. 1917).** La aflicción y la melancolía. En Obras Completas. vol. 1. Madrid: Biblioteca Nueva
- Gallagher, D., Nies, G., & Thompson, L. W. (1982).** Reliability of the Beck Depression Inventory with older adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, pp. 152-153
- González G. S. (1996).** Seminario Internacional sobre Depresión. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Feb. 23
- Gotlib, I. (1984).** Depression and General Psychopathology in University Students. Journal of Abnormal Psychology, 93, pp. 19-30
- Gould, J. (1982).** A psychometric investigation of the standard and short form Beck Depression Inventory. Psychological Reports, 51, pp. 1167-1170
- Guevara, Langet, J. (1988).** Alienta la Crisis la Depresión Psíquica, Gaceta, UNAM, 2283, mar. 14/88, pp. 20-21
- Guzmán Sáenz I. (1991).** Reproducibilidad del Inventario de Beck en pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Tesis de Medicina, especialidad en Psiquiatría, Universidad Nacional Autónoma de México.

Jackson, S. (1986). Historia de la Melancolía y la Depresión. Madrid: Turner

Jiménez Tapia J. (2002) Sintomatología depresiva en estudiantes adolescentes. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Kearns, N. P., Cruickshank, C. A. (1982). A comparison of depression rating scales. British Journal of Psychiatry, 141, pp. 45-49

King, D. A., & Buchwald, A. M. (1982). Sex differences in sub clinical depression: Administration of the Beck. Depression Inventory in public and private disclosure situations. Journal of Personality and Social Psychology, 42, pp. 963-969

Kearns, N. P. Cruickshank, C. A., McGuigan, K. J., Riley, S.A., Shaw, S. P., & Snaith, R. P. (1982). A comparison of depression rating scales. British Journal of Psychiatry, 114, pp. 45-49

Klein, M. (1986). Principios del Análisis Infantil: Contribuciones al Psicoanálisis. Argentina, Paidós.

Knight, R. G. (1984). Some general population norms form Beck Depression Inventory. Journal of Clinical Psychology, 40, pp. 751-753

Kovacs, M. (1980). The efficacy of cognitive and behavioral therapies for depression. Am, J. Psychiatry, 137, pp.1495-1501

Lambert, M. J., Hatch, D. R., Kingston, M. D., & Edwards, B. C. (1986). Zung, Beck, and Hamilton rating scales as measures of treatment outcome: A meta-analytic comparison. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, pp. 54-59

Langevin, R., & Stancer, H. (1979). Evidence that depression rating scales primarily measure a social desirability response set. Acta Psychiatrica Scandinavica, 59, pp. 70-79

Lara, T. H. (1976). Algunas Normas para la Medición de la Depresión. Revista Neurología-Neuropsiquiatría-Psiquiatría. México., vol. 17, no. 1, pp. 5-15

- Lazarus, A.** (1968). Learning theory and the treatment of depression. *Behavior Research and Therapy*, 6, 83-89. En Leitenberg, H. Handbook of Behavior Modification and Behavior therapy (p. 175) Prentice Hall
- Levin, M.E.** (1982). Depression in psychiatric admission to military Medical Center. Militar Medicine, 147, pp. 752- 775
- Lewinsohn, P. M., Weinstein, M. & Shaw, D.** (1968). Depression: a clinical-research approach. n R.D. Rubin & C. M. Frack (eds.) *Advances in behavior therapy*. New York: Academic Press. En Leichtenberg, H. Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy (p. 175) Pretice Hall
- Lichtenberg, P.** (1957). A definition and analysis of depression. *Achieves of Neurology and Psychiatry*, 77, 519-527. En Leitenberg, H. Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy. (p. 173) Prentice Hall
- Light Foot, S.L., & Oliver, J. M.** (1985). The Beck Inventory : Psychometric properties in university students. Journal of Personality Assessment, 49, pp. 434-436
- Magali Sainz A.** (1992). Evaluación de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) con el inventario de Depresión de Beck. Tesis de Medicina, especialidad en Psiquiatría, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Magnusson, D.** (1990). Teoría de los Tests. México:Trillas.
- Martin, E., Seligman, D., Klein y William, M.** (1976) En Leitenberg. Handbook of Behavior Therapy. Prentice-Hall. New Jersey, 1976.
- Mathew, R. S., Swihart, A. A., & Weinman, M. L.** (1982). Vegetative symptoms in anxiety and depression. British Journal of Psychiatry, 141, pp. 162-165
- May, A. E., Urquhart, A., & Tarran, J.** (1969). Self-evaluation of depression in various diagnostic and therapeutic groups. Archives of General Psychiatry, 21, pp. 191-194

- Mayer, J. M.** (1977). Assessment of depression. In P. McReynolds (De), Advances in psychological assessment: vol 4, pp. 358-425. San Francisco, CA: Jossey-Bass
- Mayer, Ortega J.** (1992). Confiabilidad del Inventario de Depresión de Beck y validez concurrente con la Escala para Depresión de Hamilton en un Hospital Psiquiátrico. Tesis de Medicina, especialidad en Psiquiatría, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Melges, F., & Bowlby, J.** (1969). Types of hopelessness in psychopathological process. Achieves of General Psychiatry, 20, 690-699. En Leitenberg. Handbook of Behavior Therapy (p. 170) Prentice-Hall. New Jersey
- Mendels, J.** (1972). La depresión. México:Herder
- Mendels, J., Winstein, N., & Cochrane, C.** (1972). The relationship between depression and anxiety. Archives of General Psychiatry, 27, pp. 649-653
- Méndez Salvatore, L.** (1995). Traducción y Estandarización del Inventario de Depresión de Beck para población Mexicana. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México
- Moffet, L. A., & Rodenhausen R.** (1983). Assessing depression in substance abuse: Depression in substance abusers, SCL-90R and Beck Depression Inventory. Paper presented at the Meeting of the American Psychological Association, Anaheim, C. A.
- Moran, P. W., & Lambert M. J.** (1983). A review of current assessment tools for monitoring changes in depression. In M. S. Lambert, E. R. Cristensen, & S.S. DeJulio (Eds). The assessment of psychotherapy outcome, pp. 263-303. New York: Wiley
- Moss, G. & Boren, J.** (1972). Depression as a model for behavioral analysis. Comprehensive Psychiatry, 13, 581-590. En Leitenberg. Handbook of Behavior Therapy (p. 173). Prentice-Hall. New Jersey

Nielsen, A. C., & Williams, T.A. (1980). Depression in ambulatory medical patients : Prevalence by self-report questionnaire and recognition by nonpsychiatric physicians. Archives of General Psychiatry, 37, pp. 999-1004

Nunnally, J. C. (1967). Psychometric Theory. New York: McGraw-Hill

Oliver, J. M, Simmons, M. E. (1984). Depression as measured by the DSM III and the Beck Depression Inventory in an unselected adults population. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, pp. 892-898

Organización Mundial de la Salud (1992). The ICD-10 classification of Mental and Behavioral Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Madrid: Meditor

Papazian, A. L. (1977). The Beck Depression Inventory. Unpublished manuscript, University of Illinois

Plumb, M. M. ,& Holland J. (1977). Comparative studies of psychological function in patients with advances cancer, I: Self-reported depressive symptoms psychosomatic Medicine, 39, pp. 264-279

Portillo Téllez F y Villa Lucero T. (2001) Correlación entre rendimiento escolar y depresión en niños de 8 a 12 años de edad. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Rehm, L. P. (1978). The assessment of depression in therapy outcome research. A review of instruments and recommendations for an assessment inventory. Report presented to psychotherapy and Behavioral Invention Section, Clinical Research Branch, National Institute of Mental Health, Bethesda, MD

Redmond Garcia M. (1991). Validez de Diagnostico y Concurrente de la aplicación de una traducción al castellano del Inventario de Beck para la Depresión en pacientes neumológicos

hospitalizados. Tesis de Medicina, especialidad en Psiquiatría, Universidad Nacional Autónoma de México.

Rodríguez Sayago A.F. (1999). Validez Concurrente de los Inventarios de Depresión de Beck y Zung en personas deprimidas. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México

Rounesville, B. J., Weissman, M., Rosenberg, P.H., Wilbert, C. H. & Kleber, H. D. (1979). Detecting depressive disorders in drugs abusers. *Journal of Affective Disorders*, 1, pp 255-257

Reynolds, W. M., & Gould, J. W. (1981). A psychometric investigation of the standard and short form of the Beck Depression Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, pp. 306-307

Sacco, W.P. (1981). Invalid use of the Beck Depression inventory to identify depressive college-students subjects: A Methodological comment. *Cognitive Therapy and Research*, 5, pp 143-147

Salkind, M. R. (1969). Beck Depression Inventory in General Practice. *Journal of The Royal College of General Practitioners*, 18, pp.267-271

Sánchez Cazares S. (1990). Frecuencia de la Depresión en embarazadas detectadas con el Inventario de Beck, en una entidad de Medicina Familiar. Tesis de Medicina, especialidad en Psiquiatría, Universidad Nacional Autónoma de México.

Schmales, A. (1958). Relationship of separation and depression to disease. A report on a hospitalized medical population. *Psychosomatic Medicine*, 20, pp 259-277. En *Leitenberg. Handbook of Behavior Therapy* (p. 173). Prentice-Hall. New Jersey.

Schnurr, R., Hoaken, P.C. S., & Jarret, F. J. (1976). Comparison of depression inventories in a clinical population. *Canadian Psychiatric Assessment Journal*, 21, pp. 473-476

- Schwab, J., Bialow, M., Brown, J. M.** (1967). Diagnosing depression in medical inpatients. Annals of internal Medicine, 67, pp° 695-701
- Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., Endicott, J., & Cohen, J.** (1967). Mental status schedule: properties of factor analytically derived scales. Archives of General Psychiatry, 16, pp. 479-493
- Steer, R. A., Beck, A. T., Riskind, J. H., & Brown, G.** (1986). Differentiation of generalized anxiety and depression disorders by the Beck Depression Inventory. Journal of Clinical Psychology, 42, pp. 475-478
- Stroshal, K. D., Linchan, M. & Chiles, J.A.** (1984). Will the real social desirability place stand up ? Hopelessness, depression, and social desirability and the predictions of suicidal behavior. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, pp. 449-457.
- Sullivan, B.** (1979). Adjustment in diabetic adolescent girls: II. Adjustment, self-esteem, and depression in diabetic adolescent girls. Psychosomatic Medicine, 41, pp. 127-138
- Suárez, G.** (1988). Validación de la escala de Automedición de la Depresión de Zung en Adolescentes estudiantes de Secundaria Mexicana. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Tanaka, J. S., & Huba, G. J.** (1984). Confirmatory hierarchical factor analysis of psychological distress measures. Journal of Personality and social Psychology, 46, pp. 621-635
- Tanaka-Matsumi, J., Kameoka, V.A.**(1986). Reliabilities and concurrent validities of popular self-report measures of depression, anxiety, and social desirability. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, pp. 328-333
- Teri, L.** (1982). The use of the Beck Depression Inventory with adolescents. Journal of Abnormal Child Psychology, 10, pp. 277-284.
- 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

Turner, J. A., & Romano, J. (1984). Self-report screening measures for depression in chronic pain patients. Journal of Clinical Psychology, 40, pp. 909-913

Vallejo, R. (1990). Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. España: Salvat.

Zuckerman, M., & Jubin, B. (1965). Manual For the multiple Affect Adjective Checklist. San Diego, C.A.: Educational and Industrial Testing Service.

Zung, W. W. K. (1965a). A Self-Rating Depression Scale. Archive General of Psychiatry. U.S.A., vol. 12, pp. 63-70

Zung, W. W. K. (1972b). The Depression Status Inventory an adjunct to the Self-Rating Scale. Journal of Clinical Psychology. U.S.A., vol. 28, no.