

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INTERCONTINENTAL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



**PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INTERCONTINENTAL,
SEDE FERNANDO DE LA MORA, EN EL 2023**

Autor

Unv. Matías Enrique Román Sanabria

Tutora

Mag. Sicilia Amada González de Cardozo

**Tesis presentada en la Universidad Tecnológica Intercontinental como requisito parcial
para la obtención del título de Licenciado en Psicología Clínica**

Fernando de la Mora, 2023

CARTA DE APROBACIÓN DE LA TUTORA

Quien suscribe, Mag. Sicilia Amada González de Cardozo, con documento de identidad N° 1.420.844, tutora de la tesis titulada “Prevalencia de la depresión en estudiantes de psicología de la Universidad Tecnológica Intercontinental, sede Fernando de la Mora, en el 2023”, elaborada por el Unv. Matías Enrique Román Sanabria, con documento de identidad N° 4.219.806, para obtener el título de Licenciado en Psicología Clínica, hace constar que el mismo reúne los requisitos formales y de fondo exigidos por la Universidad Tecnológica Intercontinental y puede ser sometido a evaluación y presentarse ante los docentes que fueron designados para conformar la mesa examinadora.

En la ciudad de Fernando de la Mora, a los 19 días del mes de junio de 2023.

A handwritten signature in black ink, enclosed in a hand-drawn oval. The signature reads "Mag. Sicilia Amada González de Cardozo".

Firma de la tutora

Dedicatoria

A mi Dios; por regalarme el don de la vida y guiar mis pasos día a día.

A mi familia; por ser el pilar de mi vida, y por apoyarme incondicionalmente en el logro de mis objetivos.

Agradecimiento

A mi tutora; por su colaboración
en la elaboración de esta tesis.

A mis docentes; por compartirme sus
conocimientos y experiencias.

Tabla de contenido

Carátula	I
Constancia de aprobación de la tutora	II
Dedicatoria	III
Agradecimiento	IV
Tabla de contenido	V
Lista de tablas	VIII
Lista de gráficos	VIII
Portada	1
Resumen	2
Capítulo I	3
Marco introductorio	3
1.1. Tema de investigación	3
1.2. Descripción y delimitación del tema	3
1.3. Formulación y planteamiento del problema	3
1.4. Objetivos de investigación	5
<i>1.4.1. Objetivo general</i>	5
<i>1.4.2. Objetivos específicos</i>	5
1.5. Justificación y delimitación	6
Capítulo II	8
Marco teórico	8
2.1. Antecedentes de investigación	8
<i>2.1.1. Internacionales</i>	8
<i>2.1.2. Nacionales</i>	9

2.2. Bases teóricas	10
2.2.1. Teorías psicodinámicas de los trastornos depresivos	10
2.2.2. Teorías conductuales de los trastornos depresivos	12
2.2.3. Teorías cognitivas de los trastornos depresivos	17
2.2.3.1. <i>Teorías del procesamiento de información</i>	17
2.2.3.2. <i>Teoría de Beck</i>	18
2.2.3.3. <i>Hipótesis de la activación diferencial de Teasdale</i>	21
2.2.4. Teorías cognitivo-sociales	26
2.2.4.1. <i>Teoría de la indefensión aprendida</i>	27
2.2.4.2. <i>Teoría reformulada de la indefensión aprendida</i>	28
2.2.4.3. <i>Teoría de la desesperanza</i>	29
2.2.4.4. <i>Teoría de los estilos de respuesta</i>	32
2.2.5. Teorías conductuales-cognitivas	33
2.2.5.1. <i>Teoría del autocontrol de Rehm</i>	33
2.2.5.2. <i>Teoría de la autofocalización de Lewinsohn</i>	36
2.2.6. Teorías interpersonales de los trastornos depresivos	38
2.3. Marco conceptual	40
2.4. Definición y operacionalización de la variable	41
Capítulo III	42
Marco metodológico	42
3.1. Tipo de investigación	42
3.2. Diseño de investigación	42
3.3. Nivel de conocimiento esperado	42
3.4. Población, muestra y muestreo	43
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	43

3.6. Descripción del procedimiento de análisis de datos	45
Capítulo IV	46
Marco analítico	46
4.1. Presentación y análisis de los resultados	46
4.2. Conclusiones	52
4.3. Recomendaciones	53
Referencias bibliográficas	54
Apéndice	56

Lista de tablas

Tabla 1. Resultados de los estudiantes de psicología del primer curso	46
Tabla 2. Resultados de los estudiantes de psicología del segundo curso	47
Tabla 3. Resultados de los estudiantes de psicología del tercer curso	48
Tabla 4. Resultados de los estudiantes de psicología del cuarto curso	49
Tabla 5. Resultados de los estudiantes de psicología del quinto curso	50
Tabla 6. Resultados de los estudiantes de psicología en general	51

Lista de gráficos

Gráfico 1. Resultados de los estudiantes de psicología del primer curso	46
Gráfico 2. Resultados de los estudiantes de psicología del segundo curso	47
Gráfico 3. Resultados de los estudiantes de psicología del tercer curso	48
Gráfico 4. Resultados de los estudiantes de psicología del cuarto curso	49
Gráfico 5. Resultados de los estudiantes de psicología del quinto curso	50
Gráfico 6. Resultados de los estudiantes de psicología en general	51

**Prevalencia de la depresión en estudiantes de psicología de la Universidad
Tecnológica Intercontinental, sede Fernando de la Mora, en el 2023.**

Unv. Matías Enrique Román Sanabria
Universidad Tecnológica Intercontinental

Nota del autor

Facultad de Ciencias de la Salud

Licenciatura en Psicología Clínica

matirsanabria@gmail.com

Resumen

El propósito de esta investigación fue analizar cuál es la prevalencia de la depresión en estudiantes de psicología de la Universidad Tecnológica Intercontinental, sede Fernando de la Mora, en el 2023. El enfoque aplicado fue cuantitativo, de diseño no experimental, de tipo descriptivo y transversal. En el estudio participaron 90 estudiantes de psicología, con edades comprendidas entre 17 a 51 años. El instrumento de evaluación empleado fue el Inventario de Depresión de Beck. Segunda Edición (BDI-II), elaborado por Beck, Steer y Brown (1996) en su adaptación argentina por Brenlla y Rodríguez (2006), el cual es un instrumento de autoinforme de 21 ítems mundialmente utilizado para evaluar la presencia y severidad de la depresión en adolescentes y adultos. Para el análisis de los resultados se empleó la técnica de estadística descriptiva. Los resultados obtenidos muestran que, de 90 estudiantes de psicología, 32 manifestaron indicadores de depresión de leve a severo, lo que constituye el 36% de la población de estudio.

Palabras clave: depresión, desesperanza, anhedonia, astenia, abulia, apatía.

Capítulo I

Marco introductorio

1.1. Tema de investigación

Depresión.

1.2. Descripción y delimitación del tema

Prevalencia de la depresión en estudiantes de psicología de la Universidad Tecnológica Intercontinental, sede Fernando de la Mora, en el 2023.

1.3. Formulación y planteamiento del problema

Los trastornos depresivos se caracterizan por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración. La depresión puede ser duradera o recurrente, de modo que deteriora sustancialmente la capacidad de la persona de desempeñar su trabajo o rendir en sus estudios, o de hacer frente a su vida cotidiana. En su forma más severa, la depresión puede conducir al suicidio (OPS, 2017).

A escala mundial, se calcula que casi 300 millones de personas sufren depresión, lo que equivale a un 4,4% de la población mundial; se presenta en todos los grupos etarios, con mayor prevalencia entre las mujeres que, en los hombres, y ha sido clasificado como el principal factor que contribuye a la discapacidad mundial y las defunciones por suicidio (OPS, 2017).

Investigaciones en el campo de la salud mental han fijado su atención en la población universitaria, y diversos estudios señalan que los estudiantes universitarios presentan una mayor tasa de depresión en comparación con la población general (Arrieta, K. et al. 2014).

Otras investigaciones han demostrado que entre las diversas áreas de profesionalización, los estudiantes de ciencias de la salud presentan mayor prevalencia,

sobre todo entre los estudiantes de medicina en comparación con odontología, enfermería y psicología, siendo ésta última la que presenta menor prevalencia (Cabrera et al., 2011; Ferrel et al., 2011; González et al., 2019; González et al., 2020; Jadoon et al., 2010; Pereyra-Elías et al., 2010; Oscanoa y Gálvez, 2016; Trujano et al., 2015 y Valdivia-Lívano et al., 2018) citados por Vallejo, A. et al. 2020.

Por lo expuesto, se considera necesaria la realización de esta investigación, con la cual se pretende analizar cuál es la prevalencia de la depresión en estudiantes de psicología de la Universidad Tecnológica Intercontinental, sede Fernando de la Mora, en el 2023. Por tratarse de la salud mental de los futuros psicólogos, quienes estarán a cargo de la evaluación, diagnóstico y tratamiento de problemáticas similares.

En base al planteamiento del problema realizado, se formulan las siguientes preguntas de investigación:

Pregunta general

¿Cuál es la prevalencia de la depresión en estudiantes de psicología de la Universidad Tecnológica Intercontinental, sede Fernando de la Mora, en el 2023?

Preguntas específicas

¿Cuántos estudiantes de psicología de la Universidad Tecnológica Intercontinental, sede Fernando de la Mora, presentan depresión, en el 2023?

¿Cuáles son los niveles de depresión que presentan los estudiantes de psicología de la Universidad Tecnológica Intercontinental, sede Fernando de la Mora, presentan depresión, en el 2023?

¿Cuál de los cursos de psicología presenta menor prevalencia de depresión en la Universidad Tecnológica Intercontinental, sede Fernando de la Mora, en el 2023?

1.4. Objetivos de investigación

1.4.1. Objetivo general

Analizar cuál es la prevalencia de la depresión en estudiantes de psicología de la Universidad Tecnológica Intercontinental, sede Fernando de la Mora, en el 2023.

1.4.2. Objetivos específicos

Identificar cuántos estudiantes de psicología de la Universidad Tecnológica Intercontinental, sede Fernando de la Mora, presentan depresión, en el 2023.

Describir cuáles son los niveles de depresión que presentan los estudiantes de psicología de la Universidad Tecnológica Intercontinental, sede Fernando de la Mora, en el 2023.

Establecer cuál de los cursos de psicología presenta menor prevalencia de depresión en la Universidad Tecnológica Intercontinental, sede Fernando de la Mora, en el 2023.

1.5. Justificación y delimitación

Se desea realizar la presente investigación con el objetivo de analizar cuál es la prevalencia de la depresión en estudiantes de psicología de la Universidad Tecnológica Intercontinental, sede Fernando de la Mora, en el 2023, teniendo en cuenta que los mismos no están exentos de presentar dicho trastorno.

Para este fin, dentro del campo de la salud mental, una de las herramientas más prácticas y económicas para el trabajo de detección oportuna de probables problemas la constituyen los instrumentos de tamizaje válidos y confiables, que, además de evitar grandes erogaciones, poseen utilidad metodológica y logística, ya que proporcionan una aproximación para la detección de posibles casos clínicos de depresión (González-Forteza et al., 2011).

Para esta investigación en particular fue seleccionado como técnica de recolección de datos el Inventario de Depresión de Beck, Segunda Edición o BDI-II, elaborado por Beck, Steer y Brown (1996) en su adaptación argentina por Brenlla y Rodríguez (2006), el cual es un instrumento de autoinforme de 21 ítems mundialmente utilizado para evaluar presencia y severidad de la depresión en adolescentes y adultos.

Esta investigación también se justifica desde tres puntos de vista; teórico, práctico y metodológico:

Desde el punto de vista teórico, esta investigación es relevante debido a que aportará información teórica que podrá ser utilizada para ampliar el conocimiento previo sobre esta problemática.

Desde el punto de vista práctico, esta investigación es conveniente debido a que a partir de los resultados obtenidos se podrán generar proyectos y estrategias encaminadas a promover la salud mental de los estudiantes.

Desde el punto de vista metodológico, esta investigación incorpora un diseño metodológico muy completo, que podrá ser utilizado como marco referencial para futuras investigaciones.

Por último, la realización de esta investigación es viable porque se cuenta con todos los recursos y permisos necesarios para su elaboración.

Capítulo II

Marco teórico

2.1. Antecedentes de investigación

2.1.1. Internacionales

Vallejo, A. et al. (México, 2020) realizaron una investigación denominada “Sintomatología depresiva en estudiantes de psicología de nuevo ingreso: comparación entre tres generaciones”. El objetivo de esta investigación fue comparar la sintomatología depresiva de tres generaciones de estudiantes de psicología de primer ingreso. Para ello se contó con una muestra incidental de 227 estudiantes de psicología pertenecientes al estado de Veracruz, 180 mujeres y 47 hombres, con un rango de edad de 17 a 30 años, con una media de 18.7 y desviación estándar de 1.6; integrantes de 3 generaciones. Como instrumento de recolección de datos se utilizó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD-R) adaptada a adolescentes mexicanos por González-Forteza et al. (2008). Los resultados obtenidos indicaron que los hombres y mujeres de la generación más reciente presentaron los niveles más altos de depresión.

Tangarife, H. (Colombia, 2021) realizó una investigación denominada “Niveles de depresión en estudiantes de psicología de la Universidad Católica de Pereira y su relación con el uso problemático de las redes sociales”. El objetivo de esta investigación fue identificar la relación existente entre la depresión y la adicción a las redes sociales en 80 estudiantes de psicología de la Universidad Católica de Pereira, mediante metodología cuantitativa descriptiva. Se utilizaron tres instrumentos de recolección de información: un cuestionario ad-hoc, el Cuestionario de Adicción a las Redes Sociales (ARS) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Los resultados muestran que el 56% de los participantes consideró que su tiempo empleado en redes sociales sólo es

excesivo en algunas ocasiones, del mismo modo, el 60, 2% de los participantes de esta investigación no tenían adicción a las redes sociales y el 17% un nivel severo. El 59% presentó un nivel de depresión mínima, el 18% una depresión leve, el 14% depresión moderada y el 9% una depresión grave. Del mismo modo, se identificó que existió una correlación positiva entre el uso excesivo de las redes sociales y los niveles de depresión, que indica que, ante la presencia de síntomas depresivos, mayor riesgo de adicción.

2.1.2. Nacionales

Bagnoli, L. et al. (Paraguay, 2017) realizaron una investigación denominada “Dimensiones del perfeccionismo y sintomatología depresiva en universitarios de psicología”. En el cual se indagó la relación entre las dimensiones del perfeccionismo y la sintomatología depresiva en universitarios de Psicología de una universidad privada de Asunción. Se llevó a cabo un estudio no experimental, con un diseño descriptivo, de enfoque cuantitativo y corte transversal; se aplicó la Escala Multidimensional de Perfeccionismo (EMP) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) a 300 estudiantes: 253 mujeres y 47 hombres. Los resultados indican una relación entre la sintomatología depresiva y las dimensiones del perfeccionismo. La relación con la sintomatología depresiva fue directa en cuanto al Perfeccionismo Auto Orientado y Perfeccionismo Socialmente Prescrito; e inversa en cuanto a la dimensión de Perfeccionismo Orientado hacia los demás. Se encontraron diferencias significativas entre las siguientes variables: Sexo y Perfeccionismo Auto Orientado, escolaridad y depresión, edad y Perfeccionismo Orientado hacia los Demás, edad y depresión.

Ayala, J. et al. (Paraguay, 2017) realizaron una investigación denominada “Investigación sobre la prevalencia de ansiedad y depresión en estudiantes de psicología y su relación con los rasgos de personalidad”. La investigación fue de tipo descriptivo-

correlacional. El objetivo fue describir la prevalencia de ansiedad y depresión, además de la relación con los rasgos de personalidad en una población universitaria de Gran Asunción. La muestra estuvo compuesta por 69 estudiantes de psicología, seleccionados a través de una técnica probabilística a partir de los listados de estudiantes regulares del período 2011-2016 de la Universidad del Cono Sur de las Américas (UCSA). Los instrumentos aplicados fueron: el Test de Depresión de Zung (1965), Test de Ansiedad de Zung (1971) y el Inventario de Personalidad de Diez Ítems TIPI de Gosling (2003). El análisis y procesamiento de datos aplicó técnicas de estadística descriptiva e inferencial. Se comprobaron valores superiores a lo esperado con respecto a la población general. De modo que la ansiedad estuvo presente en un 17% de la muestra y la depresión en un 22%. Acerca de las asociaciones, ansiedad presentó correlación moderada y negativa con estabilidad emocional y depresión baja y negativa con responsabilidad y moderada y negativa con estabilidad emocional.

2.2. Bases teóricas

En este apartado se encuentran las principales teorías sobre la depresión, las cuales fueron obtenidas de la compilación realizada por Belloch, Sandín, & Ramos.

2.2.1. Teorías psicodinámicas de los trastornos depresivos

En 1893, Freud había propuesto algunas hipótesis sobre la melancolía, pero fue su discípulo Karl Abraham (1911, 1924) el primero en articular una teoría psicodinámica de la depresión. Para él, el inicio de este trastorno, se evocan a las etapas “pre edípicas” del sujeto, explicándolo de la siguiente manera, “la depresión es una exacerbación constitucional y heredada del erotismo oral, es decir una tendencia exagerada a experimentar placer por medio de la gratificación oral” (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 273).

En su clásico trabajo de 1917 (Duelo y melancolía), Sigmund Freud unió las hipótesis de Abraham a sus propias conceptualizaciones sobre el fenómeno depresivo para constituir lo que sería el núcleo del modelo psicodinámico de la depresión. En ese trabajo Freud diferenció las reacciones depresivas normales (melancolía) de aquellas reacciones depresivas debidas a la pérdida de un ser querido (duelo). Ambas serían respuestas a la pérdida de algo o alguien a quien se ha amado, y ambas incluirían los siguientes síntomas: tristeza acompañada de dolor profundo, falta de interés por el mundo externo, pérdida de la capacidad de amar e inhibición de la actividad. Sin embargo, a diferencia del duelo, la melancolía se caracterizaría además por una disminución extraordinaria de la autoestima, dando lugar a excesivos autorreproches y a expectativas irracionales de castigo inminente, y también se caracterizaría por la vaga noción que tiene el melancólico de la naturaleza de su pérdida, siendo incapaz de reconocer la causa de su tristeza (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 273).

A pesar de que la mayor parte de los psicoanalistas posteriores (Rado, Fenichel, Bibring, Klein, etc.) asumieron esta primera formulación freudiana de la ira interiorizada como el esquema interpretativo básico de la depresión, lo cierto es que Freud en sus últimos escritos interpretaba la depresión sencillamente como la existencia de un superyó excesivamente exigente, es decir, de un excesivo sentido del deber y la obligación que crea una gran cantidad de sentimientos de culpa (Bemporad, 1985) citado por (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 273).

En líneas generales, las teorías psicoanalíticas más recientes afirman que las personas depresivas serían aquellas que, desde pequeñas y debido a la pérdida de un «objeto» amado por separación, muerte o rechazo, se han vuelto muy sensibles a la sensación de abandono o pérdida, sea real o imaginaria. Estos objetos amados son personas significativas en la vida de los niños, usualmente los padres, y más

frecuentemente la madre. Esas pérdidas tempranas han hecho que su autoestima, su autovaloración, dependa excesivamente de la aprobación y el afecto de los demás, de tal modo que se ven incapaces de superar la frustración cuando por cualquier circunstancia son rechazados, criticados o abandonados real o simbólicamente (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 274).

2.2.2. Teorías conductuales de los trastornos depresivos

Los enfoques conductuales de los trastornos depresivos comparten una misma base teórica en las teorías del aprendizaje, en especial en el condicionamiento operante. Con ligeras matizaciones, las teorías conductuales enfatizan la idea original de Skinner (1953) de que la principal característica de la depresión es una reducción generalizada en la frecuencia de las conductas (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 275).

Charles Ferster (1965, 1973) fue uno de los primeros psicólogos que estudió el fenómeno depresivo dentro de un marco clínico/experimental, y todos los enfoques conductuales parten invariablemente de sus trabajos. Según Ferster, la principal característica de la depresión es la reducida frecuencia de conductas reforzadas positivamente que sirven para controlar el medio (por ejemplo, reducción drástica de los contactos sociales o de la actividad profesional), mientras que, por el contrario, se produce un exceso de conductas de evitación o escape ante estímulos aversivos (por ejemplo, a muchos pacientes depresivos les cuesta mucho levantarse por las mañanas para enfrentarse a sus tareas cotidianas, y suelen permanecer en la cama casi todo el día). Todo proceso que explique estos cambios en la frecuencia conductual podrían constituir una causa contribuyente distante de la depresión. (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 275).

En concreto, Ferster señala los siguientes cuatro procesos que, aislados o en combinación, podrían explicar la patología depresiva:

- a. Cambios inesperados, súbitos y rápidos en el medio que supongan pérdidas de fuentes de refuerzos o de estímulos discriminativos importantes para el individuo. Por ejemplo, la ruptura de un noviazgo provoca muchas veces la aparición de un estado depresivo. Primero, porque la pareja supone una fuente importante y central de reforzamiento, pero además porque alrededor de la pareja suele estar organizada buena parte de la vida de la otra persona, de forma que muchas de sus conductas están asociadas o encadenadas a esa fuente de reforzamiento. Desde la perspectiva conductual, esta asociación explicaría por qué en la depresión, tras la pérdida de una única fuente de reforzamiento (por ejemplo, la pareja), se produce una generalización de efectos a conductas y dominios no relacionados con esa fuente (por ejemplo, pérdida de apetito, de interés en el sexo, aislamiento social). En este ejemplo, si la persona deprimida ya no va al cine o no sale a tomar un café, actividades que antes le resultaban placenteras, es porque antes solía ir con su pareja y, tras la ruptura, esa fuente de reforzamiento ha desaparecido. Las conductas de ir al cine o ir a tomar un café siguen en el repertorio conductual del individuo, pero la ausencia de la pareja ha reducido su frecuencia a cero; para Ferster, la pareja estaría funcionando como un estímulo discriminativo cuya presencia o ausencia indica a la persona la presencia o ausencia de refuerzo y, por tanto, aumenta o reduce la frecuencia de la conducta (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 275).
- b. Programas de refuerzo de gran coste, que requieren grandes cambios de conducta para producir consecuencias en el medio. Por ejemplo, las personas que estudian una oposición deben dedicar muchas horas diarias de esfuerzo, durante largos períodos de tiempo, y sin ninguna indicación de éxito o

refuerzo antes del día del examen. En tales condiciones, es posible ver un estado de abulia en el cual el opositor es incapaz de ponerse a estudiar para el segundo examen una vez que ha finalizado el primero (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 275).

- c. Imposibilidad de desarrollar repertorios conductuales debido al surgimiento de espirales patológicas en las que una baja tasa de refuerzos positivos provoca una reducción de conductas, lo que supone a su vez una mala adaptación al medio y, por ende, un menor número de refuerzos positivos que a su vez produciría una nueva reducción conductual. Por ejemplo, es frecuente la aparición de estados depresivos asociados a falta de refuerzo social entre los estudiantes que se encuentran en países extranjeros. Estos estudiantes tienen que hacer frente, para poder establecer relaciones personales, al choque cultural producto de un idioma y una cultura diferentes. Si los primeros contactos con los estudiantes del otro país no son muy positivos, el individuo puede optar por evitar tales contactos. Esta conducta de evitación aumenta la probabilidad de que en posteriores encuentros sociales el individuo reciba menos refuerzos sociales, ya que sus compañeros extranjeros pueden, por ejemplo, sentirse molestos por su retraimiento, pero además entorpece el desarrollo por parte del individuo de las habilidades necesarias para comunicarse con sus nuevos compañeros; a su vez, todo esto llevaría a la persona a evitar en mayor medida cualquier interacción social (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 275).
- d. Repertorios de observación limitados que llevarían a los depresivos a distorsionar la realidad y a conductas que son reforzadas en pocas ocasiones. Siguiendo con el ejemplo del estudiante en el extranjero, parece obvio que el

proceso de adaptación a sus nuevos compañeros pasa por observar correctamente y aprender las convenciones sociales del país, para así no emitir conductas que en este nuevo ambiente no obtienen refuerzos positivos (por ejemplo, la impuntualidad en las citas con los amigos es castigada socialmente de forma mucho más severa en Estados Unidos que en España; por el contrario, ese mismo sentido del tiempo y de la puntualidad típico de los Estados Unidos provoca que, para los españoles, los estadounidenses parece que «siempre están con prisa», y tal cosa los haga parecer bruscos) (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 275).

Por otro lado, Ferster (1973) opinaba que muchas de las conductas depresivas permitían al individuo evitar los estímulos aversivos o las situaciones desagradables en que podría esperar una nueva reducción de refuerzos positivo tal manera que tales conductas se mantienen por reforzamiento negativo (por ejemplo, este proceso parece operar en el mantenimiento de la conducta de permanecer en la cama que se comentó antes) (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 275).

Siguiendo la línea marcada por Ferster, Peter Lewinsohn ha desarrollado sin duda el programa de investigación más completo dentro del enfoque conductual para elaborar una teoría coherente de la depresión que poder aplicar a la práctica clínica (Lewinsohn, 1974, 1976). Para Lewinsohn, la depresión es una respuesta a la pérdida o falta de refuerzos positivos contingente a la conducta. Un reforzamiento insuficiente en los principales dominios vitales de una persona conduciría a un estado de ánimo deprimido y a una reducción en el número de conductas, lo cual según Lewinsohn son los fenómenos primarios de la depresión. Otros síntomas de la depresión, tales como la baja autoestima y la desesperanza, serían la consecuencia lógica de la reducción en el nivel de actividad. Por tanto, la pérdida o falta de refuerzos positivos contingente a la

conducta constituiría para Lewinsohn la causa suficiente de la depresión que, a su vez, podría deberse a la ocurrencia de los siguientes factores aislados o en combinación: a) un ambiente que no proporciona el reforzamiento suficiente; b) falta de habilidades sociales para obtener reforzamiento de un ambiente dado, y c) incapacidad de disfrutar de los reforzadores disponibles debido a que el individuo presenta altos niveles de ansiedad social que, al interferir con la puesta en marcha de sus habilidades sociales, le impiden acceder a los refuerzos sociales. Finalmente, Lewinsohn señalaba ciertos factores mantenedores de la depresión a corto y a largo plazo. A corto plazo, la conducta depresiva se mantendría al provocar refuerzo social positivo por parte de las personas de su entorno en forma de simpatía, atención, apoyo y afecto. Pero a largo plazo, la conducta depresiva llegaría a ser aversiva para esas otras personas, las cuales empezarían a evitar al individuo deprimido. El reforzamiento se vería así reducido y se establecería una espiral patológica que exacerbaría o mantendría en el tiempo la sintomatología depresiva (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 276).

A diferencia de sus predecesores, Charles Costello (1972) apuntaba que el rasgo más característico de las personas deprimidas es la pérdida de interés general por el medio que les rodea (por ejemplo, pérdida de apetito, del deseo sexual o del interés en sus aficiones favoritas). Esta característica se explica por una pérdida general de la efectividad de los reforzadores que constituye, pues, la causa suficiente y necesaria de la depresión. Según Costello, los siguientes dos factores, aislados o en combinación, serían los principales responsables de esa pérdida general de efectividad de los reforzadores: a) cambios endógenos bioquímicos y neurofisiológicos, y b) la pérdida de uno o varios de los estímulos condicionados o estímulos discriminativos de una cadena conductual, bajo el supuesto de que la efectividad de los reforzadores de una cadena conductual está supeditada a la realización completa de dicha cadena conductual. Sin embargo,

cualquier otro factor que conduzca a la pérdida de efectividad de los reforzadores podría contribuir a la aparición de un episodio depresivo (por ejemplo, las situaciones especificadas por Ferster o Lewinsohn) (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 276).

2.2.3. Teorías cognitivas de los trastornos depresivos

De manera general, las teorías cognitivas de los trastornos depresivos comparten el mismo supuesto básico: ciertos procesos cognitivos juegan un papel fundamental en el inicio, el curso o la remisión de la depresión. Siguiendo a Ingram y Wisnicki (1991), se pueden delimitar tres clases de teorías cognitivas de la depresión que responden, principalmente, a los antecedentes conceptuales de las cuales derivan, pero que reflejan también diferentes supuestos cognitivos, el uso de fuentes diferentes de datos y un interés por unidades cognitivas de análisis distintas. Estos tres tipos de teorías son: las teorías del procesamiento de información, las teorías cognitivo-sociales y las teorías conductuales-cognitivas (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 276).

2.2.3.1. Teorías del procesamiento de información

Estas teorías se inspiran en el paradigma del procesamiento de información y utilizan constructos teóricos derivados de la psicología experimental cognitiva como elementos centrales en su conceptualización de la depresión. Todas estas teorías se adscriben a la metáfora del hombre como sistema de procesamiento de la información: en un entorno continuamente cambiante que demanda capacidades adaptativas, el individuo construye activamente la realidad mediante la selección, codificación, almacenamiento y recuperación de la información presente en el medio. La información sobre sí mismo y sobre el mundo experimenta transformaciones cognitivas y afecta a las respuestas tanto emocionales como conductuales de la propia persona, produciéndose una interdependencia entre cognición, emoción y conducta. La teoría más conocida de esta categoría es la propuesta por Aaron Beck. Partiendo de su experiencia clínica, Beck

ha ido desarrollando una teoría que acoge completamente los supuestos teóricos y la metodología del paradigma del procesamiento de información (Beck y Clark, 1988). Términos como «esquemas», «activación», «pensamientos automáticos» o «sesgos atencionales», son comunes a los dos ámbitos, aunque haya cierta distancia entre el significado clínico y el significado estrictamente experimental (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 276).

2.2.3.2. Teoría de Beck

La premisa básica de la teoría cognitiva de Beck es que en los trastornos depresivos existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Tras un suceso vital que suponga una pérdida o un fracaso, es bastante frecuente la aparición de sentimientos de tristeza y abatimiento. Sin embargo, en las personas depresivas aparece un sesgo o distorsión en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o privación. Los individuos depresivos valoran excesivamente esos sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando lo que se conoce como la tríada cognitiva negativa: una visión negativa del yo, del mundo y del futuro. Esta tríada resulta de una amplificación de los sentimientos de tristeza y abatimiento, bien en su duración, en su frecuencia o en su intensidad, de forma que interfieren extraordinariamente con la capacidad adaptativa del individuo que los sufre (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 277).

Ese procesamiento cognitivo distorsionado o sesgado que aparece en la depresión conduce, según Beck, al resto de los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos que caracterizan al trastorno. Sin embargo, este tipo de procesamiento, al igual que los demás síntomas, puede ser el producto de muchos factores y, así, en la etiología de la depresión pueden estar implicados factores genéticos, evolutivos, hormonales, físicos y psicológicos. No obstante, cualquiera que

sea la etiología, este tipo de procesamiento distorsionado o sesgado es una parte intrínseca del síndrome depresivo y funciona como factor de mantenimiento de la depresión (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 277).

Entre todas las posibles causas distantes que pueden provocar ese procesamiento distorsionado o sesgado de información (por ejemplo, ciertas enfermedades físicas, predisposiciones hereditarias o traumas evolutivos), la teoría cognitiva de Beck afirma que en muchos casos de depresión no endógena la etiología tendría que ver con la interacción de tres factores: a) la presencia de actitudes o creencias disfuncionales sobre el significado de ciertas clases de experiencias, actitudes que impregnan y condicionan la construcción de la realidad; b) una alta valoración subjetiva de la importancia de esas experiencias que resulta de la estructura de personalidad del individuo, y c) la ocurrencia de un estresor específico a los anteriores factores, es decir, un suceso considerado importante y que incide directamente sobre las actitudes disfuncionales del individuo (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 277).

Beck usa el formalismo de los esquemas para explicar cómo las actitudes o creencias disfuncionales están representadas mentalmente y afectan al procesamiento de la información. Según dice Beck, «los esquemas son estructuras funcionales de representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior» (Beck y Clark, 1988). Estas estructuras cognitivas dirigen la percepción, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información del entorno. Los estímulos consistentes con los esquemas se elaboran y codifican, mientras que la información inconsistente se ignora y olvida. Este procesamiento de «arriba-abajo» de carácter simplificador sacrifica una eventual pérdida de información o una distorsión de la misma en aras de un principio de «economía cognitiva». En el caso de los esquemas disfuncionales, el resultado de ese proceso simplificador es un procesamiento

desadaptativamente distorsionado de la información y una ulterior interpretación desadaptativamente sesgada de la realidad (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 277).

Los esquemas responsables del procesamiento sesgado de la información en los individuos depresivos, los esquemas disfuncionales depresógenos, se diferencian de los esquemas de las personas normales tanto en su estructura como en el contenido de la información que almacenan. En cuanto al contenido, los esquemas disfuncionales contienen reglas, creencias tácitas y actitudes estables del individuo acerca de sí mismo y del mundo, que son de carácter disfuncional y poco realistas porque establecen contingencias tan inflexibles e inapropiadas para determinar la propia autovalía que es muy fácil que los acontecimientos normales de la vida diaria obstaculicen los intentos del individuo por cumplir tales contingencias. A menudo, estas actitudes y creencias están conectadas con recuerdos relevantes a su desarrollo y formación, recuerdos que tienen que ver con experiencias tempranas de la infancia. En cuanto a la estructura, los esquemas disfuncionales en la depresión tienden a ser más rígidos, impermeables y concretos que los esquemas adaptativos y flexibles de los individuos normales (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 277).

Por otro lado, Beck (1983, 1987) sugiere que el tipo de estresor que puede activar un esquema depresógeno también viene determinado por diferencias individuales en la estructura de personalidad. En la teoría cognitiva, los rasgos de personalidad se entienden como esquemas cognitivos de un orden jerárquico superior a los otros esquemas. La teoría cognitiva propone dos dimensiones de personalidad como factores de vulnerabilidad a la depresión, sociotropía y autonomía. Los esquemas sociotrópicos incluyen actitudes y creencias que implican una consideración muy elevada de las relaciones interpersonales y una alta dependencia social a la hora de juzgar la propia valía. Los esquemas autónomos incluyen actitudes que priman la

independencia, la libertad de acción, la vida privada y la autodeterminación (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 278).

La depresión es generada por el tipo de cognición que tiene la persona; es decir por sus actitudes disfuncionales, estas se expresan mediante pensamientos o imágenes voluntarias y pensamientos automáticos, que son imágenes o ideas estereotipadas de manifestación repetitiva e intencionada que no son sencillamente controlables; ambos pensamientos comprenden el discurso interno del individuo, de manera que son relativamente asequibles a la conciencia y dañinos psicológicamente. En la depresión giran en torno a los temas de pérdida, fallo, rechazo, incomprensión y desesperanza, que en conjunto configurarían la triada cognitiva negativa, esta implica una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 278).

2.2.3.3. Hipótesis de la activación diferencial de Teasdale

John Teasdale (1983, 1988) ha desarrollado una teoría de la depresión, conocida como la «hipótesis de la activación diferencial», a partir de la teoría de la depresión de Beck y del modelo de redes asociativas propuesto por Bower (1981) para explicar las relaciones entre emoción y cognición. Brevemente, este último modelo postula que cada emoción en particular está representada en la memoria por una unidad o nodo específico, al cual están conectados un conjunto de rasgos asociados a esa emoción, tales como su experiencia subjetiva, su patrón característico de respuestas autonómicas, los términos verbales que la describen y cogniciones que contienen tanto descripciones de los sucesos que evocan esa emoción como pensamientos, creencias y recuerdos que han sido almacenados en la memoria como resultado de experiencias tempranas de aprendizaje que han asociado el nodo de esa emoción con dichas cogniciones. En el caso del nodo de la tristeza o depresión, estas últimas cogniciones serían negativas. Cuando un nodo en particular es activado, se experimenta la emoción correspondiente y

la activación se propaga a través de las conexiones del nodo para evocar otras manifestaciones de la emoción (Bower, 1981) citado por (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 280).

La teoría de Teasdale es un modelo de vulnerabilidad-estrés en el que se asume que el tipo de acontecimientos que a la postre provoca una depresión clínica en algunos individuos es capaz de producir al menos un estado de ánimo deprimido transitorio o leve en la mayoría de las personas. Siguiendo el modelo de Bower (1981), Teasdale asume que el inicio de los síntomas depresivos resulta de la activación del nodo de la depresión tras la ocurrencia de un suceso estresante. Esta activación se propaga a los nodos o constructos cognitivos asociados. Si esta actividad cognitiva reactiva a su vez el nodo depresivo a través de un mecanismo de tipo cíclico (mediante bucles cognitivos) y se establece un círculo vicioso entre el nodo depresivo y los nodos cognitivos, entonces el estado de depresión inicial se intensificará o mantendrá en el tiempo. Por tanto, la fuente original de la depresión no importa mucho, sino que el factor crítico que determina si un estado de ánimo deprimido inicial se intensifica hasta convertirse en una depresión clínica o, por el contrario, permanece como un estado leve y transitorio que pronto desaparecerá, es el establecimiento de ese círculo vicioso basado en una relación recíprocamente reforzante entre estado de ánimo deprimido y procesamiento cognitivo negativo (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 280).

Según Teasdale, la probabilidad de que este ciclo se establezca depende de si los nodos o constructos cognitivos activados tras la activación inicial del nodo depresivo suponen la interpretación de los acontecimientos que le ocurren al individuo como sucesos altamente aversivos e incontrolables. No es de extrañar, pues, que Teasdale afirme que «de primirse por estar deprimido» es algo que puede mantener o empeorar la depresión (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 280).

Tales interpretaciones y, por tanto, el establecimiento de un círculo vicioso depresógeno dependen de complejas interacciones entre factores ambientales, biológicos y psicológicos. Por ejemplo, algunas situaciones son tan estresantes que la mayoría de la gente las interpretaría como incontrolables o altamente aversivas, siendo el grado de apoyo social que experimentan el que influiría más decisivamente en su interpretación final. Asimismo, factores biológicos pueden ser importantes a la hora de determinar la intensidad de la activación inicial del nodo depresivo y, por ende, la intensidad de la activación de los nodos cognitivos negativos con aquél asociados. Sin embargo, Teasdale subraya la importancia de los factores psicológicos (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 280).

Así, Teasdale afirma que esas interpretaciones depresógenas están a su vez en función de diferencias individuales en cuanto a los nodos cognitivos negativos que existen en la memoria, o diferencias en disponibilidad (por ejemplo, como resultado del tipo de experiencias de aprendizaje vividas), y en función de diferencias individuales en cuanto a la facilidad con que tales nodos se pueden activar, o diferencias en accesibilidad (por ejemplo, como resultado de haber experimentado tales experiencias repetidamente). Pero, además, Teasdale hace una distinción muy importante, pues señala que tales interpretaciones dependen también, primero, de diferencias individuales en cuanto al patrón de procesos cognitivos que el individuo exhibe en un estado de ánimo normal y, segundo, de diferencias individuales en cuanto al patrón de procesos cognitivos activado cuando la persona experimenta un estado de ánimo deprimido. Por ejemplo, si en un estado de ánimo normal es muy probable que el individuo piense de sí mismo que es un inútil o es muy probable que recuerde un acontecimiento en el cual se mostrara como una persona inútil, es decir, si tales nodos o constructos cognitivos de tipo autorreferente negativo existen o están disponibles en la memoria de esa persona

(disponibilidad) y además son fáciles de activar o acceder (accesibilidad), es mucho más probable que interprete cualquier nuevo acontecimiento en términos negativos. Sin embargo, para Teasdale la clave de la depresión son los constructos cognitivos activados una vez que el individuo está deprimido. Sobre este último patrón de procesos cognitivos se centra fundamentalmente la hipótesis de la activación diferencial, dando sentido a su nombre (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 280).

Teasdale sugiere que, una vez deprimido, la activación de nodos cognitivos relacionados con evaluaciones globales negativas de uno mismo o la activación de nodos cognitivos que conduzcan a interpretar la experiencia como muy aversiva e incontrolable (por ejemplo, el estilo atribucional depresógeno que se explicará más adelante dentro de la teoría de la desesperanza), determinan, a través de los mecanismos mediadores expuestos (propagación de activación, bucles cognitivos, etc.), que el estado de depresión se empeore, lo cual a su vez intensifica la activación de esos nodos cognitivos negativos, estableciéndose, pues, un círculo vicioso que hace que el estado inicial de depresión se agrave y persista durante más tiempo, dando lugar a una depresión clínica (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 280).

Como en la teoría de Beck, ese tipo de interpretaciones y autoevaluaciones negativas, que equivalen a la tríada cognitiva negativa de Beck, son las que moderan el papel de los factores ambientales. Sin embargo, a diferencia de la teoría de Beck que propone que tales interpretaciones y autoevaluaciones se producen cuando un individuo encuentra un acontecimiento estresante que está relacionado con sus particulares esquemas cognitivos de vulnerabilidad (autonómicos o sociotrópicos), la teoría de Teasdale no cree que el emparejamiento entre tipo de suceso y tipo de nodos o constructos cognitivos sea un requisito necesario para la depresión:

La hipótesis de la activación diferencial concibe el incremento en accesibilidad de los constructos y representaciones negativas como una consecuencia del estado depresivo que reactiva los constructos negativos que han sido más frecuente y prototípicamente asociados con experiencias previas de depresión en su totalidad. De ahí se sigue que quedarían afectados una más amplia variedad de constructos y, más importante, que estos constructos no necesitan tener una relación particularmente estrecha con el acontecimiento que inicialmente provocó la depresión actual. Incluso se esperaría que estados de ánimo depresivos originalmente resultantes de fluctuaciones en algunos procesos biológicos endógenos estuvieran asociados con un incremento en la accesibilidad de una variedad de constructos y representaciones negativas (Teasdale, 1988, p. 255) citado por (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 281).

Recientemente, Teasdale ha modificado su hipótesis incluyendo una reconceptualización en términos cognitivos de los conceptos de «kindling» (activación inducida propagada) y sensibilización para explicar la mayor susceptibilidad a la recurrencia de episodios depresivos de los individuos con una historia previa de depresión (Segal, Williams, Teasdale y Gemar, 1996). Según esta modificación, en el proceso de «kindling», la reactivación continua de los nodos cognitivos negativos o estructuras negativas de la memoria produciría interconexiones tan densas entre tales nodos que la activación de un solo nodo o elemento de la estructura es probable que active el resto de nodos, es decir, la estructura negativa en su conjunto. Esto implica, pues, que un amplio rango de estímulos puede activar la red cognitiva negativa entera con sólo activar un elemento. En el proceso de sensibilización, la activación repetida de los constructos depresivos durante los episodios previos de depresión produciría un descenso en el nivel de activación de estas estructuras. A partir de estos dos conceptos,

Teasdale y su equipo puede explicar el hecho de que, a medida que aumenta la experiencia personal de episodios de depresión mayor, se requieren estresores ambientales de menor magnitud para provocar la recaída o la recurrencia de un episodio depresivo. En el contexto de la reconceptualización de Teasdale, a medida que la persona experimenta más episodios depresivos, habría una mayor facilidad para la activación de todos los procesos cognitivos negativos en su conjunto y habría un descenso en el umbral de activación de tales procesos, todo lo cual crearía una espiral escalonada de relaciones recíprocamente reforzantes entre procesamiento cognitivo negativo y estado de ánimo deprimido; por tanto, la próxima vez solamente se requeriría un estímulo estresante muy pequeño para activar la estructura completa de constructos depresivos y, por ende, la depresión (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 281).

2.2.4. Teorías cognitivo-sociales

Estas teorías descansan sobre constructos desarrollados dentro de la tradición de las teorías del aprendizaje social y de la psicología social. De entre todas las teorías susceptibles de ser clasificadas bajo esta etiqueta (por ejemplo, la teoría de la perseveración autorregulatoria de Pyszczynski y Greenberg, 1987, 1993; la teoría del autocontrol de Hyland, 1987), merece especial atención la teoría de la desesperanza y sus precursores, puesto que han constituido uno de los planteamientos teóricos más estimulantes y provocativos en la investigación sobre depresión. La teoría de la desesperanza ha tenido una curiosa trayectoria. Su precursor original fue la teoría de la indefensión aprendida de Seligman (1975), un modelo cognitivo-conductual nacido de los estudios experimentales sobre aprendizaje animal que, no obstante, expondremos en este apartado por motivos didácticos. El trasvase de este modelo al estudio de la conducta humana supuso su complejización incluyendo diversas variables cognitivas moduladoras, lo que dio lugar a la teoría reformulada de la indefensión aprendida de

Abramson, Seligman y Teasdale (1978). Una versión posterior de esta última ha supuesto, a su vez, la formulación de la teoría de la desesperanza de Abramson, Metalsky y Alloy (1989) citados por (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 281).

2.2.4.1. Teoría de la indefensión aprendida

Martin Seligman (1975), partiendo de ortodoxos principios del condicionamiento clásico e instrumental, estudió los efectos que, en animales, producían series de choques eléctricos inescapables. Ante este tipo de situaciones incontrolables se descubrió que los animales llegaban a desarrollar un patrón de conductas y de cambios neuroquímicos semejantes al de los deprimidos (véase la Tabla 10.3), fenómeno al que se le dio el nombre de desamparo o indefensión aprendida (Polaino y Vázquez, 1981, 1982). Sin embargo, Seligman ofrece una explicación de tipo cognitivo, pues propone que estas conductas se desarrollan sólo cuando el animal no tiene esperanza de poder controlar nunca la situación aversiva en la que se encuentra. Seligman (1975; Miller, Rosellini y Seligman, 1983) aplicó este modelo experimental- animal al estudio de la conducta humana y postuló que la pérdida percibida de control del ambiente o expectativa de incontrolabilidad (es decir, el aprendizaje por parte del individuo de que existe una independencia entre sus respuestas y las consecuencias ambientales) es causa suficiente de la aparición de una reacción depresiva en humanos, y que tal expectativa es fruto de cualquiera de los siguientes dos factores: a) una historia de fracasos en el manejo de situaciones, y b) una historia de reforzamientos sobre una base no contingente que no haya permitido que la persona aprenda las complejas aptitudes necesarias para controlar el ambiente. Este modelo originó una gran cantidad de investigación, en parte debido a que era una hipótesis intuitiva y con mucho atractivo que era susceptible de contrastación empírica. No obstante, su trasvase al estudio de la depresión humana pronto encontró notables dificultades, las cuales apuntaban sobre

todo al hecho de que la teoría podría considerarse un buen modelo de síntomas depresivos (por ejemplo, retardo psicomotor), pero no tanto del complejo síndrome de problemas que constituye la depresión humana (Costello, 1993) citado por (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 281).

2.2.4.2. Teoría reformulada de la indefensión aprendida

Lynn Abramson, Martin Seligman y John Teasdale (1978) sugirieron que la teoría de la indefensión presentaba al menos cuatro problemas. En primer lugar, la teoría no explicaba la baja autoestima típica de la depresión: si no hay modo de escapar de la situación, ¿por qué existe una disminución de la autoestima? Un segundo problema, relacionado con el anterior, es que la teoría tampoco daba cuenta del hecho de que los depresivos a menudo se autoinculpan por sus fallos. En tercer lugar, la teoría no explicaba la cronicidad y generalidad de los déficits depresivos. Finalmente, el cuarto problema era que la teoría tampoco daba una explicación satisfactoria del estado de ánimo deprimido como síntoma de la depresión (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 282).

Para resolver estas y otras deficiencias, Abramson y su equipo (1978), basándose en las teorías atribucionales de la psicología social, postulan que la exposición a situaciones incontrolables no basta por sí misma para desencadenar reacciones depresivas (Vázquez y Polaino, 1983). En efecto, según estos autores, al experimentar una situación incontrolable las personas intentan darse una explicación sobre la causa de la incontrolabilidad. Si en esa explicación se atribuye la falta de control a factores internos se produce un descenso de la autoestima, mientras que esto no ocurre si la atribución se hace a factores externos. Atribuir la falta de control a factores estables conduciría a una expectativa de incontrolabilidad en situaciones futuras y, en consecuencia, la indefensión y los déficits depresivos se extenderían en el tiempo. De

forma similar, la atribución de la falta de control a factores globales provocaría expectativa de incontrolabilidad en otras situaciones y, por ende, la indefensión y los déficits depresivos se generalizarían a otras situaciones. Por el contrario, la atribución de la falta de control a factores inestables y específicos supondría sentimientos de indefensión y déficit depresivos de corta duración, específicos a la situación en cuestión (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 282).

Este análisis atribucional apelando a tres dimensiones atribucionales, internalidad-externalidad, estabilidad-inestabilidad y globalidad-especificidad resolvía los tres primeros problemas, pero no el cuarto. Abramson y cols. (1978) solventaron este último problema postulando un factor motivacional: la depresión solamente ocurriría en aquellos casos en los que la expectativa de incontrolabilidad se refería a la pérdida de control de un suceso altamente deseable o a la ocurrencia de un hecho altamente aversivo (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 282).

Por último, Abramson y su equipo (1978) señalaron la presencia de un factor de vulnerabilidad cognitiva a la depresión: la existencia de un estilo atribucional consistente en la tendencia a atribuir los sucesos incontrolables y aversivos a factores internos, estables y globales. Este estilo atribucional depresógeno estaría presente en las personas proclives a la depresión, pero no en otros individuos (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 282).

2.2.4.3. Teoría de la desesperanza

Once años más tarde, Lynn Abramson, Geraid Metalsky y Lauren Alloy (1989) publicaron una revisión de la formulación de 1978 buscando resolver sus tres principales deficiencias: a) no presenta una teoría explícitamente articulada de la depresión; b) no incorpora los hallazgos de la psicopatología descriptiva acerca de la heterogeneidad de la depresión, y c) no incorpora de forma plena descubrimientos

significativos obtenidos por la psicología social, de la personalidad y cognitiva (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 283).

Para resolver la segunda deficiencia, la teoría de la desesperanza postula una nueva categoría nosológica de los trastornos depresivos, la depresión por desesperanza, definida principalmente por su causa. La causa suficiente y próxima para que aparezca este tipo de depresión es la desesperanza: la expectativa negativa acerca de la ocurrencia de un suceso valorado como muy importante («desesperanza» en el sentido coloquial del término) unida a sentimientos de indefensión sobre la posibilidad de cambiar la probabilidad de ocurrencia de ese suceso. Aun siendo la indefensión un elemento necesario para desarrollar desesperanza, es ésta la clave causal de la depresión en el nuevo modelo explicativo, modelo que sólo se extendería a ciertos tipos de depresión, aquellos caracterizados precisamente por la desesperanza (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 283).

Para resolver la primera deficiencia, la teoría claramente se explicita como un modelo de diátesis-estrés y especifica una cadena de causas distantes y próximas que incrementan la probabilidad de depresión y que culminan en la desesperanza. A diferencia de la teoría de la indefensión aprendida, no se habla de «sucesos incontrolables», sino de «sucesos vitales negativos». Este pequeño matiz es importante puesto que el modelo se vincula así a los estudios epidemiológicos que ponen de manifiesto que la presencia de sucesos estresantes negativos está asociada con la aparición de reacciones depresivas (por ejemplo, Brown y Harris, 1978; Buendía, 1991) citados por (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 283).

Las clases de atribuciones que la gente hace acerca de esos sucesos y el grado de importancia que les confiere con tribuyen al desarrollo de la desesperanza y de los síntomas de la depresión por desesperanza. Brevemente, cuando los sucesos vitales

negativos se atribuyen a factores estables y globales y se ven como importantes, la probabilidad de desarrollo de los síntomas depresivos es mayor. Si además de la estabilidad y la globalidad interviene la internalidad, la desesperanza puede acompañarse, aunque no necesariamente como se postulaba en 1978, de una baja autoestima. La autoestima no es, por tanto, una característica necesaria de la sintomatología de este nuevo tipo propuesto de depresión. De todos modos, es la globalidad y la estabilidad de las atribuciones lo que determinaría el alcance de la desesperanza. Una atribución más estable pero específica daría lugar no a un estado general de desesperanza, sino a un «pesimismo circunscrito» (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 283).

Intentando solventar la tercera deficiencia, Abramson y su equipo (1989) rescatan de la psicología social la importancia de la información situacional a la hora de determinar el tipo de atribuciones que las personas hacen. En este sentido, la información situacional que sugiere que un suceso negativo es bajo en consenso (por ejemplo, «le pasa a poca gente lo que me está pasando»), alto en consistencia (por ejemplo, «me pasa lo mismo a menudo») y bajo en distintividad (por ejemplo, «no sólo me pasa en esa circunstancia, sino en muchas otras») favorece una explicación atribucional conducente a la desesperanza (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 283).

La teoría plantea que la desesperanza puede ser producto de las conclusiones a las que una persona llega sobre las consecuencias del suceso negativo, una parte peculiar es que no se incluyen síntomas del tipo de los errores y distorsiones cognitivos de Beck en la depresión por desesperanza. Los autores de este modelo refieren al respecto que hay probabilidad de que los depresivos pudieran ser más exactos en su visión de la realidad que los no deprimidos, fenómeno que se ha llamado como realismo depresivo (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 284).

2.2.4.4. Teoría de los estilos de respuesta

La «teoría de los estilos de respuesta» de Susan Nolen-Hoeksema (1991) no es una teoría sobre el origen de la depresión, sino sobre los factores que explican su curso. Nolen-Hoeksema propuso que la manera en que las personas responden a los primeros síntomas depresivos influye en su duración y gravedad. En concreto, aquellas personas que presentan respuestas rumiativas sufrirán durante más tiempo y con mayor intensidad los síntomas depresivos que aquellas que sean capaces de distraerse de los mismos (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 285).

Estas respuestas rumiativas de la depresión, son en realidad conductas y pensamientos que centran la atención de una persona en sus síntomas depresivos, en pocas palabras se refieren a las conductas de retraimiento que tiene la persona para pensar sobre los síntomas depresivos que experimenta, hablar todo el tiempo sobre ellos, o pensar de manera recurrente sobre sus posibles causas o consecuencias, estas respuestas se identifican por la incapacidad de la persona por buscar soluciones o estrategias de afrontamiento a la depresión y se centralizan concretamente en su sentimiento de minusvalía y desmotivación (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 285).

Esta teoría postula que los individuos desarrollan tipos de respuesta ante la depresión, es decir, patrones de conducta, pensamientos sólidos y estables que la persona va demostrando en situaciones en las que aparece la depresión. Se planea mecanismos psicológicos que expondrían el efecto del estilo rumiativo, el primero refiere que las rumiaciones acrecientan los efectos del estado de ánimo depresivo sobre las cogniciones, haciendo que aquellos pensamientos negativos que la persona experimenta sobre su pasado, presente y futuro sean más sobresalientes, agravando el estado de ánimo deprimido; segundo, la actividad rumiativa reduce la generación de soluciones efectivas a los problemas; tercero, las respuestas rumiativas interfieren en la

iniciación de conductas instrumentales, como por ejemplo; salir con los amigos, las cuales permiten tener reforzamiento positivo. El pensamiento rumiativo en la depresión disminuye el efecto beneficioso que tiene el apoyo social en la depresión, provocando más problemas en las redes sociales de la persona deprimida (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 285).

En cuanto a su origen, la teoría sugiere que estos son aprendidos, fundamentalmente en la infancia, a partir de las conductas de los padres y de otras figuras relevantes en la vida de los niños (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 285).

2.2.5. Teorías conductuales-cognitivas

Hemos agrupado aquí teorías que suponen la extensión conceptual de modelos más «genuinamente» conductuales. A diferencia de estos últimos, que enfatizan el control externo situacional y las conductas externas, las teorías conductuales-cognitivas se centran más en la varianza personal de la interacción Persona \times Situación e incluyen procesos cognitivos, e incluso estructuras cognitivas, en su conceptualización de la depresión (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 285).

2.2.5.1. Teoría del autocontrol de Rehm

Lynn Rehm (1977) elaboró una teoría de la depresión basada en el aprendizaje social y que trataba de integrar elementos de las teorías de Lewinsohn, Beck y Seligman dentro del marco del modelo de autocontrol de Kanfer (1970). Brevemente, los modelos de autocontrol, como el de Kanfer (1970) o el de autoeficacia de Bandura (1986), son teorías del comportamiento humano que se centran en los procesos de regulación de la propia conducta que implican la manipulación de aspectos situacionales y la disposición de contingencias y consecuencias alternativas para así obtener metas a largo plazo (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 286).

En concreto, el modelo de Kanfer (1970) describe el control de la propia conducta a través de un proceso de tres fases que conforma un bucle de retroalimentación: autoobservación, autoevaluación y autorreforzamiento (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 286).

Como los teóricos conductuales, Rehm parte de que la depresión es consecuencia de la pérdida de una fuente de reforzamiento externa. Por tanto, en estas condiciones de ausencia de reforzamiento externo el control propio de la conducta es más importante y, en consecuencia, los modelos de autocontrol son claramente relevantes. Así, Rehm subraya que en la depresión las personas están desesperanzadas sobre sus metas a largo plazo y se sienten incapaces de controlar su propia conducta (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 286).

La teoría de la depresión de Rehm puede concebirse, pues, como un modelo de diátesis-estrés: un déficit en el repertorio de conductas de autocontrol (factor de vulnerabilidad) interactúa con la pérdida o ausencia de reforzadores externos (factor de estrés) para desencadenar un episodio depresivo. Tal déficit, según Rehm, se concreta en cualquier combinación de las siguientes condiciones:

- a. Déficit en las conductas de autoobservación: Los individuos vulnerables a la depresión muestran una tendencia a prestar mayor atención a los sucesos negativos que a los positivos, lo que explicaría la visión negativa y pesimista que manifiestan una vez deprimidos. Estos individuos también muestran una tendencia a prestar mayor atención a las consecuencias inmediatas de la conducta que a las consecuencias a largo plazo, por lo que no pueden mirar más allá de las circunstancias negativas actuales cuando toman decisiones conductuales (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 286).

- b. Déficit en las conductas de autoevaluación: Los individuos que tienen criterios o estándares muy rigurosos o muy altos de autoevaluación son más vulnerables a la depresión, ya que a menudo no pueden alcanzar tales criterios y, por tanto, se evalúan de manera negativa. Además, la presencia de errores de autoatribución, en concreto, una atribución interna, estable y global para los sucesos negativos, y una atribución externa, inestable y específica para los sucesos positivos, es otro déficit que, como en las teorías anteriormente vistas de la indefensión aprendida y de la desesperanza, hace a una persona más vulnerable a la depresión (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 286).
- c. Déficit en las conductas de autorreforzamiento: La persona deprimida se administra insuficientes recompensas o se administra excesivos castigos. Esto es debido en parte a los déficits en las conductas de autoobservación y autoevaluación antes mencionados ya que, por ejemplo, si el individuo tiene unos criterios muy altos y sólo se fija en los aspectos negativos de su conducta, difícilmente podrá autoadministrarse recompensas y sí, por el contrario, tenderá a autocastigarse. Este patrón de autorreforzamiento explicaría en parte el bajo nivel de actividad de los deprimidos y su excesiva inhibición (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 286).

Estos déficits en el repertorio de habilidades de autocontrol se adquieren durante el proceso de socialización de la persona y parecen constituir rasgos más o menos estables que podrían ser detectados con anterioridad a la ocurrencia del episodio depresivo. Es más, Rehm asume que las habilidades de control son como un «programa de individuo emplea en todos los dominios conductuales que impliquen la consecución de metas a largo plazo y, por tanto, asume que el déficit depresivo en habilidades de autocontrol se generaliza a diversas situaciones, explicando así que la desadaptación y mal

funcionamiento del individuo depresivo abarque muchas áreas de su vida (social, laboral, relaciones de pareja, etc.) (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 286).

2.2.5.2. Teoría de la autofocalización de Lewinsohn

A pesar de ser un genuino representante de los modelos conductuales, Peter Lewinsohn ha dado en los últimos años un giro radical a sus planteamientos iniciales para así abarcar otra serie de elementos. Su nueva teoría (Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger, 1985) representa un intento por ampliar e integrar su anterior modelo conductual con los descubrimientos obtenidos desde enfoques cognitivos y con los trabajos realizados dentro de la psicología social sobre el fenómeno de la autoconciencia (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 287).

Siguiendo la tradición conductual, Lewinsohn y su equipo postulan que los factores ambientales son los responsables primarios de la depresión, aunque habría factores cognitivos que mediarían los efectos del ambiente. En particular, la principal variable mediadora sería un aumento de la autoconciencia (es decir, un aumento transitorio y situacional en la autofocalización o cantidad de atención que una persona dirige hacia sí mismo en lugar de hacia el ambiente), aumento que sería resultado de los esfuerzos infructuosos del individuo de enfrentarse y resolver los acontecimientos estresantes que le ocurren. Cuando una persona pasa por un evento depresivo, significa que hubo un suceso antecedente, la cual la define como cualquier suceso que aumenta la probabilidad de ocurrencia futura de depresión, estas son llamadas, estresores (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 287).

Lewinsohn explica las características de la depresión a partir del curso que esta toma, de manera más literal refiere que:

Se asume que estos acontecimientos (los estresores) inician el proceso depresógenos en tanto en cuanto interrumpen importantes patrones adaptativos

de conducta del individuo y este no es capaz de desarrollar otros patrones adaptativos de conducta del individuo que reemplacen al anterior, los patrones adaptativos que quedan interrumpidos son patrones conductuales relativamente automáticos que son necesarias para las interacciones diarias del individuo con el ambiente. La presencia de los estresores y la consiguiente interrupción de conductas tienen como resultado una reacción emocional negativa o estado de ánimo deprimido, cuya intensidad depende de la importancia del acontecimiento y/o del nivel de interrupción de la conducta cotidiana (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 287).

Además, la teoría asume la existencia de características de predisposición (vulnerabilidades e inmunidades) que incrementan o reducen el riesgo de un episodio depresivo. Estas son características relativamente estables, bien de la persona o de su ambiente, que influyen no sólo en la probabilidad de ocurrencia de un episodio depresivo, sino también en la duración de este episodio. Lewinsohn y cols. enumeran las siguientes características de vulnerabilidad: 1) ser mujer; 2) tener 20-40 años; 3) tener una historia previa de depresión; 4) tener pocas habilidades de afrontamiento; 5) tener una sensibilidad elevada a los sucesos aversivos; 6) ser pobre; 7) mostrar una alta tendencia a la autoconciencia; 8) tener baja autoestima; 9) tener un bajo umbral para la activación de autoesquemas depresógenos; 10) mostrar dependencia interpersonal, y 11) tener niños menores de 7 años. Como factores protectores contra la depresión, Lewinsohn y su equipo señalan: 1) autoperibirse como poseedor de una alta competencia social; 2) experimentar una alta frecuencia de sucesos positivos, y 3) disponer de una persona íntima y cercana a la que poder confiarse (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 288).

Finalmente, esta teoría recalca un papel importante al estado de ánimo deprimido, pues alega que es necesario para elaboración de las consecuencias negativas asociadas a la depresión y que sin su presencia nos hallaríamos ante un síndrome incompleto que no incluirá las permutas en el procesamiento de la información acerca de sí mismo ni los cambios de conducta social (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 288).

2.2.6. Teorías interpersonales de los trastornos depresivos

Uno de los últimos planteamientos psicológicos sobre los trastornos depresivos ha sido el enfoque interpersonal. Este enfatiza la importancia de los factores interpersonales, tanto sociales como familiares, en la etiología, mantenimiento y tratamiento de la depresión. Sus bases conceptuales comunes se encuentran en la escuela interpersonal de psiquiatría de Harry Sullivan, en las investigaciones del grupo de Palo Alto sobre los patrones de comunicación interpersonal en familias con miembros esquizofrénicos y en la aplicación a las ciencias sociales de la teoría general de sistemas, con su énfasis en la interrelación de todos los elementos que componen un sistema, por ejemplo, una familia (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 288).

Sin embargo, existen diferencias muy importantes en el tipo de influencias teóricas que subyacen a cada teoría interpersonal de la depresión en particular. Por ejemplo, la teoría de Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron (1984) proviene de la tradición psicoanalítica, mientras que las de Coyne (1976), Coates y Wortman (1980) y Gotlib (Gotlib y Colby, 1987; Gotlib y Hammen, 1992) parten de enfoques conductuales-cognitivos (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 288).

Prácticamente todos los acercamientos interpersonales a la depresión han tenido su foco de interés en desarrollar una terapia más eficaz para los trastornos depresivos, de ahí que abunden las terapias interpersonales y familiares (por ejemplo, Klerman y cols., 1984; Feldman, 1984; Gotlib y Colby, 1987), pero a la vez escaseen los intentos

de desarrollar modelos teóricos de depresión fundamentados en los principios interpersonales (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 288).

Quizá la más clara conceptualización interpersonal de la depresión sea la presentada por James Coyne (1976). Este autor sugiere que la depresión es una respuesta a la ruptura de las relaciones interpersonales de las cuales los individuos solían obtener apoyo social, y que la respuesta de las personas significativas de su entorno sirve para mantener o exacerbar los síntomas depresivos (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 288).

Gotlib y cols. asumen que la cadena causal que conduce al desarrollo de un episodio depresivo se inicia con la ocurrencia de un estresor, bien sea de naturaleza interpersonal, intrapsíquico o bien un cambio bioquímico; sin embargo, la magnitud de este estresor depende de causas externas, pero también de ciertos factores de vulnerabilidad, así trata de explicar el porqué de algunas personas desarrollan episodios depresivos graves y otras solo estados de ánimo deprimido (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 289).

2.3. Marco conceptual

Depresión

Trastorno afectivo caracterizado por tristeza, tendencia al llanto, pérdida de energía, desilusión, desánimo, sentimientos de desvalorización, alteraciones del sueño, del apetito y del deseo sexual (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 312).

Desesperanza

La expectativa negativa acerca de la ocurrencia de un suceso valorado como muy importante unida a sentimientos de indefensión sobre la posibilidad de cambiar la probabilidad de ocurrencia de ese suceso (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 295).

Anhedonia

Incapacidad de obtener placer de actividades que habitualmente producen sensaciones o sentimientos agradables (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 392).

Astenia

Cansancio, debilidad o falta de energía (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 639).

Abulia

Carencia de motivación que se puede expresar como una incapacidad para tomar decisiones (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 392).

Apatía

Carencia de sentimientos, emociones, intereses o preocupaciones (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009, p. 392).

2.4. Definición y operacionalización de la variable

Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Instrumento
Depresión	Beck (1983) considera a la depresión como un trastorno del estado de ánimo, donde el individuo es atrapado por pensamientos distorsionados, que ponen en riesgo su salud psíquica; citado en Rodríguez, E. y Farfán, D. (2015).	Tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio y fatiga, pérdida de interés en el sexo.	Mínimo (0-13), Leve (14-19), Moderado (20-28), Severo (29-63).	Inventario de Depresión de Beck. Segunda Edición (BDI-II), elaborado por Beck, Steer y Brown (1996) en su adaptación argentina por Brenlla y Rodríguez (2006).

Capítulo III

Marco metodológico

3.1. Tipo de investigación

Es de enfoque cuantitativo porque la variable de estudio puede ser medida y expresada numéricamente.

“El enfoque cuantitativo usa la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento” (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

3.2. Diseño de investigación

Se utilizó el diseño no experimental porque no hubo manipulación de la variable, sino que se observó en el contexto en que ocurre sin necesidad de crear grupos de control.

Según Hernández, Fernández y Baptista (2010) “en este tipo de diseño, la investigación se realiza sin manipular las variables involucradas, sino que se observan los fenómenos tal y como se presentan en su contexto natural para luego ser analizados”.

3.3. Nivel de conocimiento esperado

Es de nivel descriptivo, ya que tuvo como función describir un hecho o fenómeno con el fin de establecer su estructura o comportamiento, sin profundizar en las causas.

“Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se ha sometido a análisis” (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

También es de corte transversal ya que la recolección de los datos se realizó en un solo momento, es decir, no se realizó un seguimiento posterior.

“En los estudios transversales se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, con el propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

3.4. Población, muestra y muestreo

La población estuvo compuesta por 90 estudiantes de psicología, varones y mujeres, del turno noche de la Universidad Tecnológica Intercontinental, sede Fernando de la Mora.

No se recurrió a ningún tipo de muestreo, ya que el instrumento de recolección de datos fue administrado a la totalidad de la población.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la realización de esta investigación se utilizó la encuesta, mediante la técnica de recolección directa, por medio de un cuestionario.

El cuestionario seleccionado para esta investigación fue el Inventario de Depresión de Beck. Segunda Edición (BDI-II), elaborado por Beck, Steer y Brown (1996) en su adaptación argentina por Brenlla y Rodríguez (2006).

Descripción del instrumento

El Inventario de Depresión de Beck. Segunda Edición (BDI-II) es un instrumento de autoinforme compuesto por 21 ítems cuya finalidad es evaluar la presencia y severidad de la depresión en adultos y adolescentes a partir de los 13 años. Esta versión del BDI fue desarrollada para evaluar la presencia y severidad de la depresión a través de los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de los

trastornos depresivos descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Cuarta Edición (DSM-IV, 1994) de la American Psychiatric Association (Beck, Steer y Brown, 1996) citados por Brenlla y Rodríguez (2006).

Entre los síntomas que componen los 21 ítems del BDI-II, se encuentran; Tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio y fatiga, pérdida de interés en el sexo (Beck, Steer y Brown, 1996) citados por Brenlla y Rodríguez (2006).

Las puntuaciones del BDI-II se determina mediante la suma de las elecciones para los 21 ítems. Cada ítem es valuado según una escala de cuatro puntos, de 0 a 3. Siendo la puntuación máxima de 63 puntos. Cuanto más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos. Se establecen cuatro grupos en función de la puntuación total: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión severa. (Beck, Steer y Brown, 1996) citados por Sanz y Vázquez (2011).

Confiabilidad y validez

En cuanto a la confiabilidad, en un estudio realizado en Paraguay por Bagnoli, Chávez y Coppari (2017) el Inventario de Depresión de Beck, obtuvo un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach igual .88, lo que se considera adecuado.

Con respecto a la validez, se realizaron pruebas de validez convergente y discriminante, ambas con resultados de correlación positiva. El análisis factorial indica que parece existir dos dimensiones subyacentes, Cognitivo-Afectiva y Somática,

correlacionadas significativamente tanto en la muestra de pacientes externos como en la población general (Beck, Steer y Brown, 1996) citados por Brenlla y Rodríguez (2006).

3.6. Descripción del procedimiento de análisis de datos

Para realizar la toma muestras se solicitó previamente por escrito la autorización por parte del director de la sede universitaria.

Una vez obtenida la autorización se procedió a administrar el instrumento de recolección de datos a todos los estudiantes de psicología del turno noche.

Al finalizar la administración del instrumento a toda la población, se procedió a calificar y registrar los datos en una planilla electrónica.

Para la presentación y análisis de los resultados se elaboraron tablas y gráficos estadísticos por medio del programa Microsoft Word 2016 y Microsoft Excel 2016.

Para el análisis de los resultados se empleó la técnica de estadística descriptiva.

Capítulo IV

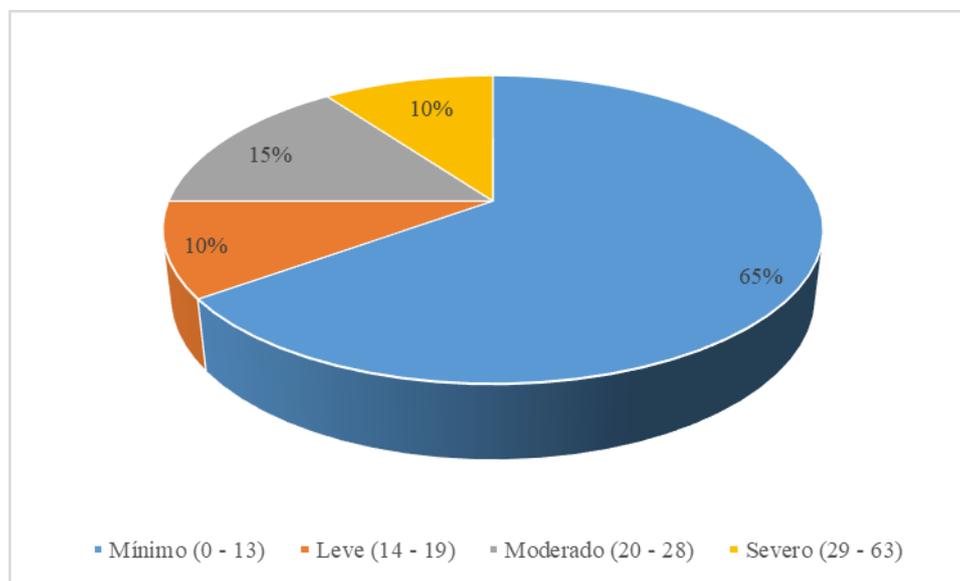
Marco analítico

4.1. Presentación y análisis de los resultados

Tabla 1. Resultados de los estudiantes de psicología del primer curso

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Mínimo (0 – 13)	13	65%
Leve (14 – 19)	2	10%
Moderado (20 – 28)	3	15%
Severo (29 – 63)	2	10%
Total	20	100%

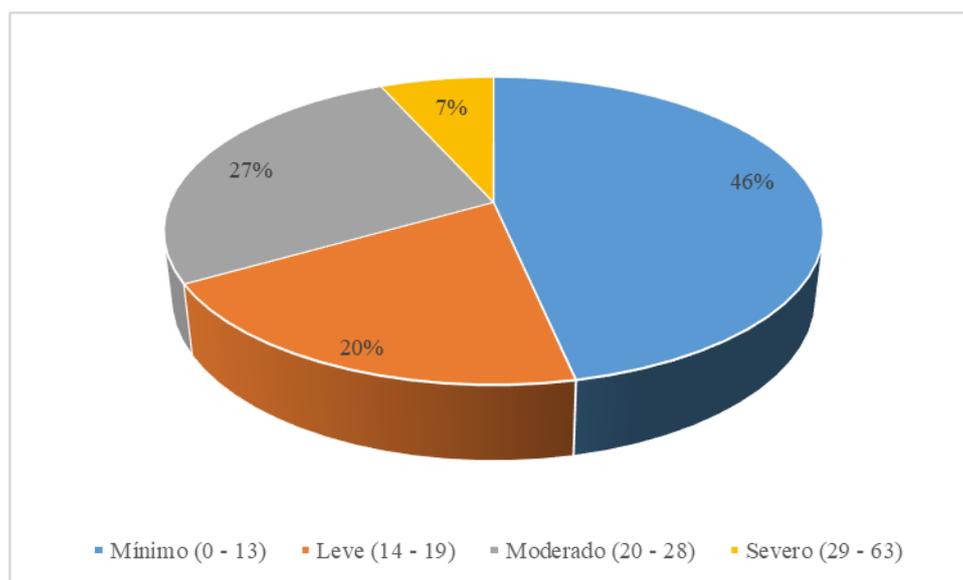
Gráfico 1. Resultados de los estudiantes de psicología del primer curso



Como se puede observar en la tabla y gráfico 1, de un total de 20 estudiantes de psicología del primer curso, un 65% presenta depresión mínima o ausente. Por otra parte, 10% depresión leve, 15% depresión moderada, y 10% presenta depresión severa.

Tabla 2. Resultados de los estudiantes de psicología del segundo curso

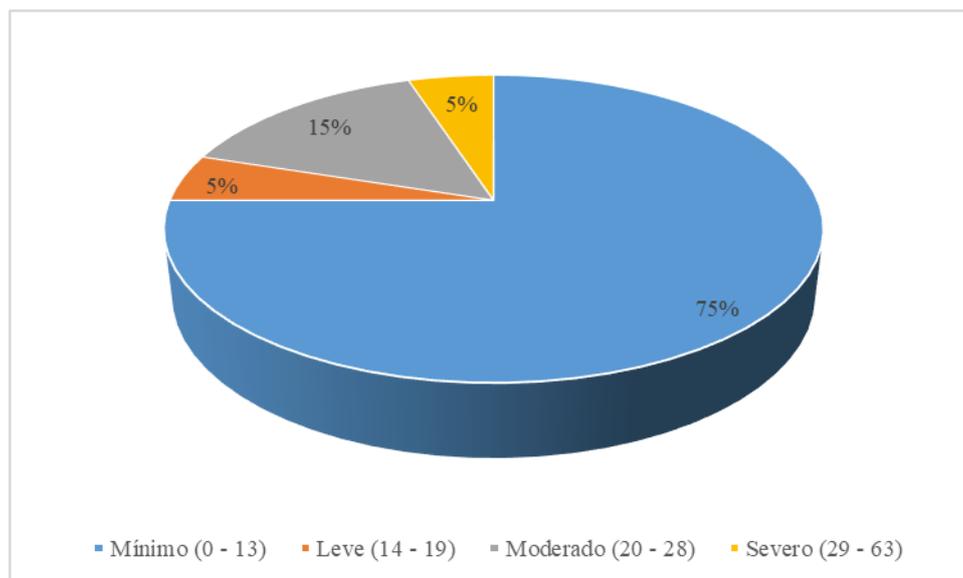
Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Mínimo (0 – 13)	7	46%
Leve (14 – 19)	3	20%
Moderado (20 – 28)	4	27%
Severo (29 – 63)	1	7%
Total	15	100%

Gráfico 2. Resultados de los estudiantes de psicología del segundo curso

Como se puede apreciar en la tabla y gráfico 2, de un total de 15 estudiantes de psicología del segundo curso, un 46% presenta depresión mínima o ausente. Por otra parte, 20% depresión leve, 27% depresión moderada, y 7% depresión severa.

Tabla 3. Resultados de los estudiantes de psicología del tercer curso

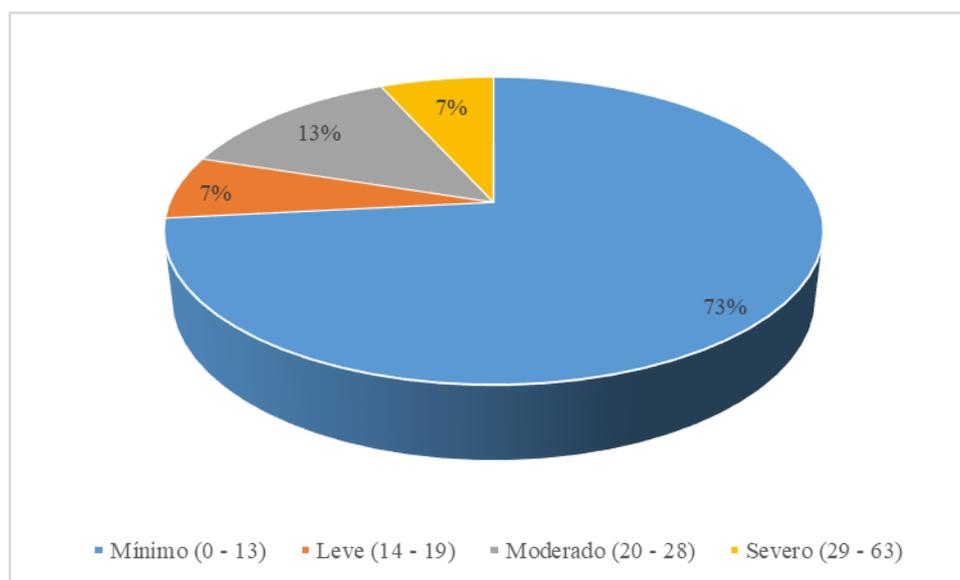
Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Mínimo (0 – 13)	15	75%
Leve (14 – 19)	1	5%
Moderado (20 – 28)	3	15%
Severo (29 – 63)	1	5%
Total	20	100%

Gráfico 3. Resultados de los estudiantes de psicología del tercer curso

Como se puede observar en la tabla y gráfico 3, de un total de 20 estudiantes de psicología del tercer curso, un 75% presenta depresión mínima o ausente. Por otra parte, 5% depresión leve, 15% depresión moderada, y 5% depresión severa.

Tabla 4. Resultados de los estudiantes de psicología del cuarto curso

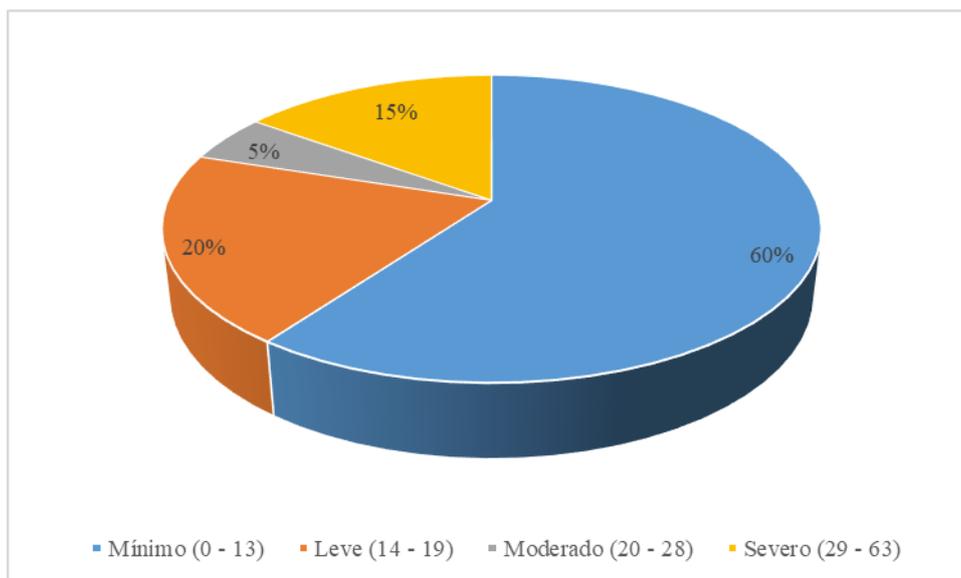
Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Mínimo (0 – 13)	11	73%
Leve (14 – 19)	1	7%
Moderado (20 – 28)	2	13%
Severo (29 – 63)	1	7%
Total	15	100%

Gráfico 4. Resultados de los estudiantes de psicología del cuarto curso

Como se puede apreciar en la tabla y gráfico 4, de un total de 15 estudiantes de psicología del cuarto curso, un 73% presenta depresión mínima o ausente. Por otra parte, 7% depresión leve, 13% depresión moderada, y 7% depresión severa.

Tabla 5. Resultados de los estudiantes de psicología del quinto curso

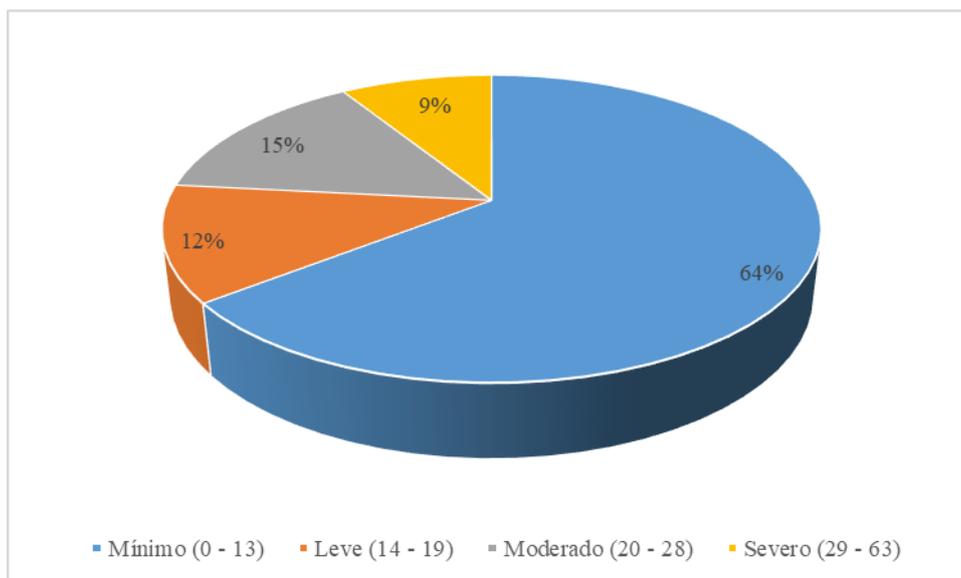
Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Mínimo (0 – 13)	12	60%
Leve (14 – 19)	4	20%
Moderado (20 – 28)	1	5%
Severo (29 – 63)	3	15%
Total	20	100%

Gráfico 5. Resultados de los estudiantes de psicología del quinto curso

Como se puede observar en la tabla y gráfico 5, de un total de 20 estudiantes de psicología del quinto curso, un 60% presenta depresión mínima o ausente. Por otra parte, 20% depresión leve, 5% depresión moderada, y 15% depresión severa.

Tabla 6. Resultados de los estudiantes de psicología en general

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Mínimo (0 – 13)	58	64%
Leve (14 – 19)	11	12%
Moderado (20 – 28)	13	15%
Severo (29 – 63)	8	9%
Total	90	100%

Gráfico 6. Resultados de los estudiantes de psicología en general

Como se puede apreciar en la tabla y gráfico 6, de un total de 90 estudiantes de psicología, un 64% presenta depresión mínima o ausente. Por otra parte, 12% depresión leve, 15% depresión moderada, y 9% depresión severa.

4.2. Conclusiones

Para concluir con la presente investigación se procederá a dar respuesta a cada uno de los objetivos establecidos;

En cuanto al primer objetivo específico que es “Identificar cuántos estudiantes de psicología de la Universidad Tecnológica Intercontinental, sede Fernando de la Mora, presentan depresión, en el 2023”. Se concluye que, de un total de 90 evaluados de psicología 32 estudiantes presentan depresión.

Con respecto al segundo objetivo específico que es “Describir cuáles son los niveles de depresión que presentan los estudiantes de psicología de la Universidad Tecnológica Intercontinental, sede Fernando de la Mora, en el 2023”. Se concluye que, de un total de 90 evaluados de psicología 58 presentan depresión mínima o ausente, 11 depresión leve, 13 depresión moderada, y 8 depresión severa.

En relación al tercer objetivo que es, “Establecer cuál de los cursos de psicología presenta menor prevalencia de depresión en la Universidad Tecnológica Intercontinental, sede Fernando de la Mora, en el 2023”. Se concluye que, el cuarto curso es el que presentó menor prevalencia de depresión con 27%.

Teniendo en cuenta el objetivo general que es “Analizar cuál es la prevalencia de la depresión en estudiantes de psicología de la Universidad Tecnológica Intercontinental, sede Fernando de la Mora, en el 2023”. Se concluye que, de un total de 90, que hacen el 100% de los evaluados, la prevalencia de la depresión corresponde al 36% de la población estudiada.

4.3. Recomendaciones

Conforme a los resultados obtenidos en la presente investigación se procederá a dar las siguientes recomendaciones;

Se recomienda para futuras investigaciones y de manera a dar seguimiento a la presente investigación, realizar este tema, pero relacionado con otra variable como, por ejemplo, estrategias de afrontamiento.

Se aconseja realizar este mismo estudio, pero desde un enfoque cualitativo que permita dar cuenta de las posibles razones que justifiquen la alta prevalencia de la depresión en los estudiantes de psicología.

Por último, se sugiere promocionar el consultorio psicológico gratuito con que cuenta la universidad, a fin de aumentar el alcance del servicio que se ofrece, en especial, entre los estudiantes de psicología.

Referencias bibliográficas

Arrieta, K. et al. (2014). *Síntoma de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: Prevalencia y factores relacionados*. Recuperado de <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v7n1/original2.pdf>

Ayala, J. et al. (2017). *Investigación sobre la prevalencia de ansiedad y depresión en estudiantes de psicología y su relación con los rasgos de personalidad*. Universidad del Cono Sur de las Américas. Recuperado de [https://doi.org/10.18004/ucsa/2409-8752/2017.004\(01\)017-028](https://doi.org/10.18004/ucsa/2409-8752/2017.004(01)017-028)

Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2009). *Manual de Psicopatología. Edición Revisada. Volumen II*. Editorial Mc Graw Gill. Recuperado de <http://bd.unsl.edu.ar/download.php?id=3945>

Brenlla y Rodríguez (2006). *Manual de la adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck. Segunda Edición (BDI-II)*. Editorial Paidós. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/402590169/BECK-BDI-II-Manual-pdf#>

Bagnoli, Chávez y Coppari (2017). *Dimensiones del perfeccionismo y sintomatología depresiva en universitarios de psicología*. Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Recuperado de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/905739/eureka-14-1-8.pdf>

González-Forteza et al. (2011). *Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/582/58220040007.pdf>

Hernández, Fernández & Baptista (2010). *Metodología de la Investigación. Quinta Edición*. Editorial Mc Graw Gill. Recuperado de <https://www.icmujeres.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Sampieri.Met.Inv.pdf>

Rodríguez, E. y Farfán, D. (2015). *Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes de 5to año de secundaria de Huancayo, 2013*. Recuperado de <file:///C:/Users/usuario/Downloads/743-Texto%20del%20art%C3%ADculo-983-1-10-20180524.pdf>

Sanz y Vázquez (2011). *Evaluación del Inventario BDI-II*. Recuperado de <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>

OPS (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

Tangarife, H. (2021). *Niveles de depresión en estudiantes de psicología de la Universidad Católica de Pereira y su relación con el uso problemático de las redes sociales*. Universidad Católica de Pereira. Recuperado de <https://repositorio.ucp.edu.co/bitstream/10785/8269/1/DDMPSI362.pdf>

Vallejo, A. et al. (2020). *Sintomatología depresiva en estudiantes de psicología de nuevo ingreso: comparación entre tres generaciones*. Universidad Veracruzana. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2020/epi203j.pdf>

BDI-II¹

Nombre: _____ Estado Civil: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Ocupación _____ Educación: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Estoy triste todo el tiempo.
- 3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que estoy siendo castigado.
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con Uno Mismo

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- 2 Querría matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

Título original: *Beck Depression Inventory* (Second edition)
Traducido y adaptado con permiso.
© 1996, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation, USA.
© de la traducción al castellano 2006 by The Psychological Corporation, USA.
Todos los derechos reservados.

Subtotal Página 1

Continúa atrás

1. Adaptación: Lic. María Elena Brenlla

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso.
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.

- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual.

- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.

- 3a No tengo en apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

_____ Subtotal Página 2

_____ Subtotal Página 1

_____ Puntaje total