



*Universidad de Belgrano  
Facultad de Humanidades  
Licenciatura en Psicología*

**Estudio de la utilidad clínica del Inventario de Depresión de Beck-II en el  
seguimiento de pacientes psiquiátricos internados**

*Trabajo Final de Carrera*

*Tutor: Antonio Virgilio*

*Alumna: Lucía Lara*

*ID: 000-16-7341*

*Mail: lucia.lara@comunidad.ub.edu.ar*

*Año académico: 2025*



.....  
FIRMA DEL ALUMNO

# Índice

<b>1a. Resumen.....</b>	<b>4</b>
<b>2. Introducción.....</b>	<b>4</b>
2.1 Presentación de la temática.....	4
2.2 Problema y pregunta de investigación.....	5
2.3 Relevancia de la temática.....	6
2.3.1 Inventario de Depresión de Beck-II.....	7
2.3.2 Evaluaciones del estado de ánimo.....	7
<b>3.Objetivos.....</b>	<b>8</b>
3.1 Objetivo general.....	8
3.2 Objetivos específicos.....	8
<b>4. Antecedentes.....</b>	<b>9</b>
4.1 Origen del modelo cognitivo y el surgimiento del Inventario de Depresion de Beck.....	9
4.2 Depresión.....	12
4.3 Instituto O' Gorman- Ex Instituto Frenopatico.....	14
<b>5. Estado del arte.....</b>	<b>16</b>
5.1 Inventario de Depresión de Beck-II.....	16
5.2.1 Propiedades psicométricas en población general en Argentina.....	17
5.3.2 Propiedades psicométricas en población clínica latinoamericana.....	18
5.1.3 Evidencia en población adolescente.....	20
<b>6. Marco teórico.....</b>	<b>22</b>
6.1 Definición de Depresión.....	22
6.2 Breve definición de la terapia cognitiva.....	23
6.3 Comprensión cognitiva de la depresión.....	23
6.4 Inventario de Depresión de Beck-II.....	24
<b>7.Desarrollo metodológico.....</b>	<b>25</b>
7.1 Variables e hipótesis del trabajo.....	25
7.2 Tipo de investigación.....	27
7.3 Muestra.....	27
7.4 Instrumento de recolección de datos.....	28
7.5 Procedimiento y análisis de datos.....	29
<b>8.Resultados.....</b>	<b>30</b>
8.1 Análisis general pre-post de los niveles de depresión.....	30
8.2 Ítems con mayor variación.....	30
8.3 Niveles de depresión segun rango etario.....	32
8.4 Niveles de depresión segun sexo.....	33
8.4.1 Sexo femenino.....	33
8.4.2 Sexo masculino.....	34
8.4.3 Comparación entre ambos sexos.....	35

<b>9. Discusión.....</b>	<b>35</b>
<b>10. Alcances y límites.....</b>	<b>37</b>
<b>11. Conclusión.....</b>	<b>38</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>39</b>
<b>Apéndice A. Modelo del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), Adaptacion Argentina (Brenlla &amp; Rodriguez).....</b>	<b>46</b>

## 1a. Resumen

La evaluación objetiva de la sintomatología depresiva durante la internación puede coadyuvar al juicio clínico y optimizar la toma de decisiones terapéuticas. Este estudio, describe la utilidad del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) como herramienta complementaria para evaluar cambios pre-post en pacientes internados en una clínica polivalente de salud mental. Se administró el BDI-II a 33 pacientes (19 mujeres y 14 hombres, de entre 18 a 90 años) en dos momentos: ingreso y pre-alta. Se realizó un análisis descriptivo-comparativo de puntajes totales, niveles de severidad y variación de los ítems con desagregaciones por sexo y edad. Los resultados mostraron un desplazamiento global hacia menores niveles de severidad: la depresión mínima pasó a ser la categoría predominante al egreso (67%), mientras que la depresión grave se redujo de 45% a 3%. A nivel ítem, se observaron mejoras en componentes afectivo-cognitivos (por ejemplo, tristeza 89%, pensamientos/deseos suicidas 80%, pesimismo 79%, fatiga 76%, pérdida de interés e irritabilidad 71%), en relación con los somáticos. En cuanto al sexo, las mujeres evidenciaron una fuerte caída de cuadros graves y los varones aumentaron los casos mínimos, con cierta persistencia en los moderados. En términos etarios, la mejoría fue más marcada en usuarios que rondan entre los 18 y 45 años de edad. Estos hallazgos respaldan la sensibilidad al cambio del BDI-II, y su valor para cooperar en las decisiones de alta, integrando indicadores observables al razonamiento clínico.

**Palabras claves:** BDI-II; depresión; internación; sensibilidad al cambio; toma de decisiones clínicas.

## 2. Introducción

### 2.1 Presentación de la temática

La evaluación del estado emocional de los pacientes internados en instituciones de salud mental constituye una herramienta fundamental para el diseño de intervenciones clínicas adecuadas y para tomar decisiones terapéuticas durante el tratamiento. Según Fernández-Ballesteros (2004), la utilización de medidas objetivas complementa el juicio clínico y contribuye a mejorar la atención en instituciones de salud mental. Las respuestas que las personas proporcionan en un test son esenciales, ya que permiten generar puntuaciones que sirven para evaluar teorías, valorar tratamientos y tomar decisiones profesionales fundamentadas a través de indicadores observables. Así, los resultados de estos instrumentos tienen un impacto importante tanto en la investigación como en la práctica clínica (*Padilla, Gomez, Hidalgo y Muñiz, 2006, citado en Carretero-Dios y Perez, 2007*).

Uno de los instrumentos más utilizados en la evaluación de sintomatología depresiva es el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Se trata de un autoinforme que detecta y evalúa la gravedad de la depresión en sujetos mayores a 13 años de edad. Está compuesto por

21 ítems, cada uno con respuestas escaladas de 0 a 3 según la gravedad en la semana previa, los cuales corresponden a los criterios diagnósticos actuales del Trastorno Depresivo Mayor, tal como se describen en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (*DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994, citado en Consejo general de la Psicología de España, 2013*).

Fue elaborado por el psiquiatra estadounidense Aaron Beck en 1996, como una actualización de su versión original (desarrollado en 1961) donde se incluye un reajuste conceptual y clínico basado en síntomas vegetativos como cambios en el apetito, el sueño, el nivel de energía y la capacidad de concentración. (*Beck, Steer, y Brown, 1996; Beck et al., 1961; Sanz & Vázquez, 2011*).

Según la Organización Mundial de la Salud (2023), el trastorno depresivo (o depresión) es un trastorno mental común, el cual implica un estado de ánimo deprimido o la pérdida de placer o interés en actividades, durante largos periodos de tiempo. La depresión puede afectar a los distintos ámbitos de la vida del sujeto, y quienes han atravesado eventos estresantes tienen más probabilidades de sufrirla. No implica únicamente cambios habituales en el estado de ánimo y sentimientos del día a día, sino que genera un malestar clínicamente significativo en la vida del sujeto que la padece. Beck, Rush, Shawn y Emery (1979) han estimado que al menos un 12% de la población adulta ha presentado o presentará en el futuro un episodio depresivo, el cual posee suficiente importancia clínica para necesitar tratamiento (Schuyler y Katz, 1973).

Es relevante destacar que, si bien el BDI-II mide la sintomatología depresiva en general, se ha puesto especial énfasis en el ánimo depresivo como fenómeno central de análisis. Esto implica diferenciar el trastorno depresivo como entidad clínica, de aquellas manifestaciones del estado de ánimo que pueden formar parte de un proceso adaptativo o patológico (Cavieres & López-Silva, 2022).

En el marco de este trabajo, se aplicó el BDI-II a una muestra de 33 pacientes internados en el Instituto O' Gorman tanto en el momento de ingreso a la institución y en la etapa pre-alta, hacia pacientes con un diagnóstico definido en el ingreso o con sintomatología depresiva presentes en la admisión. Este diseño permite comparar los niveles de síntomas depresivos reportados por los propios pacientes y explorar en qué medida el instrumento refleja cambios reales en el estado clínico durante la estancia hospitalaria. A partir de estos datos, se busca aportar evidencia sobre el valor del BDI-II como una herramienta que acompañe al juicio profesional y ayude a tomar decisiones clínicas más completas en relación al egreso terapéutico.

## **2.2 Problema y pregunta de investigación**

Los psicólogos trabajan con fenómenos que no son observables de forma directa, por lo que su juicio clínico está condicionado a la obtención de indicadores observables. La

utilización de los test está directamente ligada a investigadores que centran sus esfuerzos en estudios instrumentales, (Montero y León, 2005, p 124) lo que lleva a concluir que dichas herramientas no se emplean con la misma frecuencia en la práctica clínica para tomar decisiones sobre la efectividad del tratamiento psicológico en pacientes internados (*Padilla, Gómez, Hidalgo y Muñiz, 2006, 2007 citado en Carretero-Dios1 y Pérez, 2007*). “El juicio clínico se puede definir como el ejercicio del razonamiento bajo incertidumbre al cuidar a los pacientes (...) combina la experiencia científica, la experiencia personal, las perspectivas del paciente y otras ideas” (*Redelmeier, Ferris, Tu, Hux, & Schull, 2001*).

Sin embargo, estos autores explican que, cuando las problemáticas son complejas y las decisiones deben tomarse de manera apresurada, es frecuente que se cometan errores, ya que el razonamiento humano es vulnerable a distintas formas de sesgo. En la práctica clínica, tanto psicólogos como psiquiatras suelen construir opiniones tempranas sobre sus pacientes, lo que puede llevar a que las primeras impresiones sean incorrectas. El problema aparece cuando esas percepciones iniciales se mantienen en el tiempo y el juicio clínico se considera la única herramienta válida para definir un diagnóstico o decidir sobre el alta. Por este motivo, resulta importante incorporar otros recursos de evaluación que puedan complementar la mirada subjetiva del profesional y brindar mayor objetividad a la toma de decisiones (*Redelmeier, Ferris, Tu, Hux, & Schull, 2001*).

Esta información, nos lleva a plantear la siguiente pregunta de investigación: “¿En qué medida *El Inventario de Depresión de Beck-II* coadyuva en el proceso de decisión en el alta de los pacientes?”. En el siguiente trabajo se plantea como objetivo responder a este interrogante.

### **2.3 Relevancia de la temática**

Con el paso del tiempo, hemos logrado visualizar un gran desarrollo en el ámbito de los test dentro de la práctica de la Psicología, caracterizada por la disponibilidad de complejos modelos psicométricos, el avance tecnológico en relación a su administración y por el aumento de conciencia sobre la importancia del uso correcto de los mismos. Es importante destacar que el uso de los test dentro de la práctica psicológica es una herramienta de gran ayuda para la toma de decisiones, siempre y cuando haya un estudio previo que garantice su validación y su fiabilidad. Estos conceptos son fundamentales para asegurar que los tests utilizados sean herramientas confiables y útiles, que aseguren que el test realmente mide lo que pretende medir (*Elosua, 2017*).

Las técnicas de evaluación son consideradas como instrumentos para el conocimiento profundo del sufrimiento del sujeto que llega a la consulta. Cuando se trata de conocer al usuario, es importante utilizar herramientas ampliamente consolidadas, necesarias para que el psicólogo lleve adelante su práctica. (*Muñiz, 2018*). Todo proceso de evaluación en el campo de la psicología implica una medición; la recolección y comparación de datos es de suma importancia, ya que permite establecer correlaciones que fundamentan la teoría, es decir, hace

posible relacionar el lenguaje teórico y el lenguaje observacional. Los instrumentos de medición psicológica, no solamente posibilitan la cuantificación de las diferencias individuales, sino que también hace posible observar las diferencias mostradas por el sujeto en las distintas fases de intervención (Aragón y Silvia, 2002)

### **2.3.1 Inventario de Depresión de Beck-II**

El instrumento central abordado en este trabajo es el BDI-II, diseñado para evaluar la depresión en poblaciones clínicas conformadas por adolescentes y adultos. Este cuestionario se aplica tanto en personas que padecen algún tipo de trastorno psicológico, como en individuos sin diagnóstico aparente. Su uso frecuente se da en contextos clínicos donde se busca medir la efectividad de los distintos tratamientos, ya que permite comparar el estado del paciente en la instancia previa y luego de la intervención, a partir de la aplicación de alguna estrategia terapéutica definida. De modo que, cuando se observa una disminución significativa en las puntuaciones tras el procedimiento psicológico específico, se interpreta como una respuesta positiva al mismo. Como valor agregado, se ha de rescatar como la exploración de ésta temática resulta beneficiosa ya que los resultados pueden provocar una mejora clínicamente significativa en el paciente, que suponga una recuperación del trastorno y una vuelta al funcionamiento normal (Sanz, Perdigón y Vazquez, 2003, p 249-253).

Hasta la fecha, el BDI-II se ha convertido en una de las medidas más utilizadas para evaluar la sintomatología depresiva y medir la gravedad en poblaciones de adolescentes y adultos (Sanz, 2011). Desde su publicación, se han realizado varios estudios destinados a examinar su validez y fiabilidad en diferentes poblaciones y países (Wang & Gorenstein, 2013, citado en Garcia Batista et al., 2018). Los resultados han demostrado que en todas sus versiones parece haber una buena consistencia interna y fiabilidad test-retest, tanto en pacientes ambulatorios clínicos adolescentes y adultos de la comunidad (Gomez-Oliveira et al., 2012; Kojima et al., 2002; Segal et al., 2008; Goethe et al., 2005, citado en Garcia Batista et al., 2018), como en pacientes clínicos adultos hospitalizados (Subica et al., 2014, citado en Garcia Batista et al., 2018). Por otro lado, la validez basada en criterios ha demostrado una gran especificidad para detectar la depresión, lo que demuestra su gran utilidad clínica como medida que ayuda a fines diagnósticos (Contreras et al., 2015; Melipillan et al., 2008; Osman et al., 2008, citado en Garcia Batista et al., 2018).

### **2.3.2 Evaluaciones del estado de ánimo**

Tal como se ha mencionado anteriormente, es importante destacar que en la presente investigación se realiza una distinción entre la depresión propiamente dicha y el estado de ánimo depresivo como síntoma. Este último concepto implica emociones de angustia que se prolongan en el tiempo, resultado de experiencias emocionales sucesivas, que a su vez, están

amplificadas o inhibidas por el ánimo basal. Se suele confundir entre el estado de ánimo depresivo “normal” y patológico, ya que no presentan diferencias significativas. Sin embargo, es fundamental hacer hincapié en que el estado de ánimo depresivo implica una manifestación inespecífica, que se da tanto en situaciones de normalidad como patológicas, el cual puede explicarse como resultado de experiencias desventajosas, enfermedades y/o características psicológicas que condicionan al sujeto. Por lo tanto, se considera como una manifestación de un proceso adaptativo, lo que genera que la persona que padece esta sintomatología, tenga más dificultades para enfrentar el entorno (Cavieres & López-Silva, 2022).

Es de suma importancia hacer esta distinción ya que las bases del trabajo no están dirigidas a hacer un diagnóstico de depresión como tal a cada uno de los pacientes que han sido estudiados, sino que se orienta a destacar la importancia del BDI-II como herramienta que acompaña al juicio clínico del profesional, en base al estado ánimo actual de los sujetos que han sido diagnosticados con depresión (o aquellos que presentan sintomatología depresiva) que se pueden observar en los resultados del test.

### **3.Objetivos**

#### **3.1 Objetivo general**

Determinar la utilidad del Inventario de Depresión de Beck-II como herramienta complementaria al juicio clínico del equipo tratante mediante la comparación de los niveles de sintomatología depresiva registrados en el momento de ingreso y en el momento pre-alta (habitualmente 48 horas antes del alta institucional) de los pacientes internados, a fin de evaluar su pertinencia como apoyo en la decisión del alta terapéutica.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Comparar los puntajes del BDI-II obtenidos en el momento de ingreso y en el momento pre-alta, a fin de identificar cambios estadísticamente significativos en el nivel global de depresión (test-retest).
- Describir el perfil de puntuaciones de los ítems individuales en el BDI-II en ambos momentos, identificando los síntomas con mayor frecuencia e intensidad y determinar qué ítems específicos presentan mayor variación.
- Clasificar el nivel de severidad de la depresión según los puntos de corte del BDI-II, comparando la distribución de categorías diagnósticas al ingreso y en la pre-alta.
- Comparar los niveles de depresión entre diferentes rangos etarios, explorando posibles diferencias en la severidad y en la evolución clínica según la edad.

- Representar gráficamente la evolución de los puntajes totales, ítems individuales y dimensiones del BDI-II, así como el indicador de mejoría alcanzada en el perfil depresivo.

## 4. Antecedentes

### 4.1 Origen del modelo cognitivo y el surgimiento del Inventario de Depresión de Beck

El modelo cognitivo de la depresión propuesto por Aaron T. Beck a partir de la década de 1960, se consolidó teóricamente en su obra *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects* (1967) y fue posteriormente ampliado en *Cognitive Therapy of Depression* (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979/1983). Dicho modelo, surgió como una alternativa a los enfoques psicodinámicos dominantes, al proponer que los síntomas depresivos derivan principalmente de distorsiones cognitivas y de una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (la denominada triada cognitiva).

Sigmund Freud (1900/1953, citado en Beck et al., 1979), por su parte, expuso la idea de que los sentimientos y los efectos se basan en ideas inconscientes. A partir de ello, la Psicología Individual de Alfred Adler (1931/1958, citado en Beck et al., 1979) destacó la importancia de comprender al paciente dentro del marco de sus propias experiencias conscientes. El mismo sostuvo que los sujetos se encuentran autodeterminados por el significado que atribuyen a sus experiencias, es decir, infieren en ellas lo que se ajusta a sus propósitos (Beck et al., 1979).

Del mismo modo, comenzaron a desarrollarse nuevas teorías propuestas por distintos autores que describen la percepción y la experiencia como procesos activos que implican interpretaciones y juicios. En este sentido, las cogniciones del paciente representan una síntesis de estímulos internos y externos, conformando un campo fenoménico que influye en el estado afectivo y en las pautas de conducta del individuo (Beck et al., 1983).

El énfasis filosófico en las experiencias subjetivas conscientes, surge del denominado “movimiento fenomenológico” desarrollado a partir de los trabajos de Kant, Heidegger y Husserl, aplicado posteriormente al estudio de estados patológicos específicos (Jaspers, 1913/1968; Binswanger, 1944-45/1958 y Straus, 1966, citado en Beck et al., 1979). Este énfasis, en la experiencia subjetiva consciente sirvió de base para que la psicología cognitiva posteriormente centrara su atención en los procesos internos del pensamiento. A partir de allí, se desarrolló la terapia cognitiva como una forma de intervención orientada a identificar y modificar los pensamientos automáticos y los esquemas disfuncionales (Beck et al., 1979).

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) fue creado como un instrumento complementario de este modelo teórico, con el propósito de evaluar la intensidad de los síntomas depresivos descritos por la teoría cognitiva. De este modo, el test no solo mide las

manifestaciones afectivas y somáticas, sino también los componentes cognitivos que caracterizan la depresión según el autor (1967,1979).

Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh (1961), desarrollaron la primera versión del Inventario de Depresión de Beck (BDI) para medir la depresión sobre las bases de los análisis de contenidos más frecuentes en las sesiones terapéuticas con pacientes deprimidos. En ese entonces, el instrumento estaba conformado por 21 ítems que se presentaban en tres fases de formación gradual, que buscaban reflejar los síntomas más característicos de la depresión clínica, tales como el humor, pesimismo, culpa, insatisfacción, preocupaciones somáticas, pérdida de la libido, ideaciones suicidas, sentimientos de fracaso, ideas de castigo, autocrítica, llanto, irritabilidad, retiro social, indecisión, alteraciones en la autoimagen, pérdida de productividad en el trabajo, alteraciones en el sueño, fatiga, pérdida de apetito, pérdida de peso e hipocondría (Brenlla & Rodríguez, s.f./Paidós).

El mismo, fue considerado un clásico entre los instrumentos de evaluación de la depresión y fue publicado como anexo de un artículo en una revista científica de amplia audiencia y reputación, lo que contribuyó a su popularidad. El BDI comenzó a utilizarse como una de las herramientas principales en numerosos estudios que buscaban poner a prueba los modelos cognitivos sobre la depresión, entre ellos la teoría propuesta por Beck. Estos enfoques marcaron fuertemente el desarrollo de las teorías psicológicas acerca de este trastorno durante las décadas de 1980 y 1990, y que aún hoy continúan teniendo gran influencia (Sanz y Vázquez, 2008; Tennen, Hall y Affleck, 1995, citado en Sanz, 2013). Del mismo modo, en ese momento empezaron a multiplicarse las investigaciones sobre la eficacia de la terapia cognitiva de Beck y, en general, de la psicoterapia en el tratamiento de la depresión, tendencia que se ha mantenido y sigue en crecimiento hasta la actualidad (Sanz, 2013).

En este marco, en 1979 Beck, Rush, Shaw y Emery publicaron una primera revisión del instrumento, conocida como BDI-IA, que mantuvo los 21 ítems originales, pero introdujo ajustes en la redacción de algunos enunciados para mejorar la claridad y la validez de la medida. Esta versión, elimina algunas afirmaciones alternativas en 10 ítems, de manera tal que los mismos presentan cuatro alternativas de respuestas, por lo que en su totalidad, quince de ellos fueron modificados respecto a la versión original. Las instrucciones también fueron modificadas; en la versión de 1961 se hacía énfasis en la situación actual del sujeto, es decir, en el momento de contestar el cuestionario. Sin embargo, en la revisión se utilizan nuevas instrucciones centradas en la situación del sujeto *“durante la última semana, incluyendo el día de hoy”*, para así poder evaluar la sintomatología depresiva en un rango temporal más amplio. Más tarde, en 1987, apareció una nueva versión revisada que, sin alterar la estructura básica, incorporó ajustes más profundos en algunos ítems para adaptarlos a los criterios diagnósticos vigentes. En paralelo, la adaptación española de Conde et al. (1976) redujo el cuestionario a 19 ítems al eliminar dos mediante criterios estadísticos, lo que limitó la posibilidad de comparar sus resultados con los obtenidos en estudios internacionales (Sanz y Vazquez, 1998).

El BDI-II (*Beck Depression Inventory-Second Edition*; Beck, Steer y Brown, 1996) surge como una segunda y última revisión del inventario original. En el mismo, Beck actualiza algunos ítems, con el objetivo de tener datos actualizados basados en el *“Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su Cuarta Edición”* (DSM-IV; APA, 1995), tales como pérdida de peso, distorsión de la imagen corporal, preocupación somática y disminución de la actividad, fueron cambiados por agitación, desvalorización o inutilidad, dificultad de concentración y pérdida de energía (Barreda Sanchez-Pachas, 2019). Las instrucciones del BDI-II también sufren modificaciones, y se centran en el estado de ánimo de la persona evaluada durante las últimas dos semanas en lugar de preguntar por la última semana (BDI-IA) o por el mismo día en el que se completa el instrumento (BDI-I). Esta transformación fue llevada a cabo con el objetivo de evaluar la presencia de la sintomatología depresiva durante el periodo mínimo necesario para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor según el DSM-V. Además, los ítems que involucran a la pérdida de apetito e insomnio fueron modificados para que los mismos evalúen los descensos y aumentos del apetito y sueño, en relación al estado de ánimo actual del sujeto. La redacción del ítem sobre desinterés social del BDI-IA fue alterado para que incluya el desinterés por personas y actividades, mientras que únicamente tres (sentimientos de castigo, pensamientos de suicidio y pérdida de interés en el sexo) fueron mantenidos en sus formatos (Sanz, 2013).

Para el año 2003 se aprobó el proyecto para contar con una versión argentina del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) llevado a cabo por María Elena Brenlla y Carolina M. Rodríguez, ambas licenciadas en psicología, abocadas tanto a la educación como a la investigación. Para llevar a cabo el objetivo, se estableció un primer contacto con la editorial original del BDI-II, la Psychological Corporation, donde se solicitó una licencia para adaptar el inventario, y se presentó un proyecto con las distintas etapas que incluiría dicha adaptación. El proyecto fue aprobado y en noviembre del mismo año se dio inicio a la investigación (Brenlla & Rodríguez, s.f./Paidós, 2006).

En la **Tabla 1**, se pueden visualizar las principales semejanzas y diferencias entre las versiones del BDI, propuesta por Sanz (2013) en la adaptación española del instrumento.

**Tabla 1***Principales semejanzas y diferencias entre las versiones del BDI*

<b>Características</b>	<b>BDI</b>	<b>BDI-A</b>	<b>BDI-II</b>
Año de publicación	1961	1979 (1978)	1996
Número de ítems	21	21	21
Número de alternativas por ítem	10 ítems=4 8 ítems=5 1 ítem=6	Todos los ítems=4	19 ítems=4 2 ítems=7
Número de ítems modificados	–	15	18
Marco temporal de instrucciones	Día de hoy	Última semana	Dos últimas semanas
Rango de puntuaciones ítems/total	0-3/0-63	0-3/0-63	0-3/0/63
Puntuaciones de corte para la gravedad de la depresión	Normal=0-9 Leve=10-15 Moderada=16-23 Grave=24-63	Mínima=0-9 Leve=10-16 Moderada=17-29 Grave=30-63	Mínima=0-13 Leve=14-19 Moderada=20-28 Grave=29=63
Adaptación española	Conde et al. (1974)	Vazquez y Sanz (1991,1997)	Sanz y Vazquez (Beck et al., 2011)
% cubierto de síntomas de depresión DSM-IV		88.9%	100%
% cubierto de síntomas de distimia DSM-IV		100%	100%
% cubierto de síntomas de depresión mayor CIE-10		90%	100%
% cubierto de síntomas de distimia CIE-10		75%	75%
% de ítems que evalúan síntomas depresivos		95.2%	100%
Fiabilidad de consistencia interna		Personas de 18-49 años=.85 Personas>50 años=.80 Pacientes=.86	Universitarios=.87 Adultos=.88 Pacientes=.91
Validez factorial		Estructura interna más variable (2,3,4 o más factores)	Estructura interna más consistente (normalmente 2 factores)

*Nota.* Tabla adaptada de “50 años de los Inventarios de Depresión de Beck: Consejos para la utilización de la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica” por J. Sanz, 2013, Papeles del Psicólogo, 34 (3), 161-168. ©Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

## 4.2 Depresión

A lo largo de dos milenios, los conceptos de melancolía y depresión fueron utilizados para referirse a distintos estados de sufrimiento. En la Grecia clásica, la *melancolía* era entendida como un trastorno mental caracterizado por largos períodos de temor y abatimiento. Este término, estaba vinculado a la predominancia de la “bilis negra”, uno de los cuatro humores de la teoría hipocrática (a los que sumaba el temperamento sanguíneo, el flemático y la bilis amarilla) considerada entonces como un elemento clave en la aparición de la melancolía y de las llamadas enfermedades melancólicas. Con el paso del tiempo, la palabra dejó de usarse únicamente para nombrar la enfermedad, y comenzó a aplicarse también a cualquier experiencia de tristeza, angustia o desesperanza. Ya hacía los siglos XVII y XVIII, se establece una diferenciación: “melancholia” se reservaba para referirse a la enfermedad propiamente dicha, mientras que “melancholy” adquirió un sentido más amplio y popular, asociado a lo que hoy denominamos depresión (Jackson, 1986).

La noción de *depresión*, apareció relativamente tarde en la terminología de los estados de aflicción, el cual es derivado del latín “*de*” y “*premere*” (aceptar, oprimir) y “*deprimere*” (empujar hacia abajo). En el siglo XVII comenzó a utilizarse para significar “depresión del espíritu” o “aflicción”, pero fue realmente para el siglo XVIII, cuando pasó a formar parte de las discusiones acerca de la melancolía. Richard Blackmore (1725) menciona la posibilidad de “*estar deprimido en profunda tristeza y melancolía, o elevado a un estado lunático y de distracción*”, dando pie a diferentes autores a relacionar dicho concepto con cuestiones que abarcaban a la medicina y a la psicología (Jackson, 1986). Surgen además descripciones psicopatológicas de la melancolía elaboradas por Pinel y Esquirol, quienes lograron diferenciar los trastornos con delirios únicos, explosivos de la melancolía, de los delirios generales, extravagantes y curiosos que caracterizaban a las psicosis maníacas (Benavides, 2017). Las ideas de Philippe Pinel (1745-1826) fueron muy importantes para dedicar una mayor iniciativa en la atención a los enfermos mentales, en conjunto con sus escritos acerca de los desórdenes mentales (Jackson, 1986).

Para el siglo XIX el término depresión fue creciendo gradualmente, y fue utilizado dentro de textos literarios, donde se mencionaba a la melancolía en el sentido médico y coloquial, aplicado a desórdenes melancólicos para denotar afecto o humor, adquiriendo status como categoría diagnóstica. A mediados de este siglo, se introdujo el término *estados de depresión* como sinónimo de melancolía, y para fines del mismo, se desarrolló el concepto de depresión como un estado de ánimo (Jackson, 1986).

En la escuela psicodinámica, Freud planteaba que la melancolía era semejante al duelo o la aflicción, ya que ambas surgen a partir de una pérdida, sea ésta real o imaginaria, de un objeto significativo (Benavides, 2017). En su escrito, “Duelo y melancolía”, Freud (1917/2006) plantea que

*“La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo” (P. 244).*

El duelo comparte los mismos rasgos, exceptuando la falta de perturbación en el sentimiento de sí, manteniendo las demás características. En el duelo, el objeto amado ya no existe, por lo que el sujeto desea quitar toda libido de sus enlaces con ese objeto, lo que alcanza tal intensidad que prevalece el acatamiento a la realidad, pero no puede cumplirse enseguida, por lo que la existencia del objeto sigue prevaleciendo en lo psíquico. Menciona que cada uno de los recuerdos y cada una de las expectativas en que la libido se anudaba al objeto son clausurados y sobreinvertidos. En la melancolía, en cambio, también puede ser la reacción frente a la pérdida de un objeto amado, aunque de naturaleza más ideal (el objeto no necesariamente está muerto, pero se perdió como objeto de amor). Muestra algo que no está en el duelo; una rebaja en el sentimiento yoico y un enorme empobrecimiento en el yo. La hostilidad hacia el objeto perdido se dirige contra la propia persona, dando lugar a la autocrítica, la culpa y la autodenigración, ya que el sujeto se identifica con el objeto en lugar de desprenderse de él. (Freud, 1917/2006).

A finales del siglo XIX, Emil Kraepelin comienza a utilizar la expresión *locura depresiva*, para denominar la categorías de locura, e incluso la forma depresiva como una de las categorías de *paranoia*, manteniendo el uso de las palabras melancolia y depresión para describir estados de ánimo. Sin embargo, fue hasta la sexta edición de su Manual de Psiquiatría (1889) donde introdujo el diagnóstico de locura *maníaco-depresiva*. A partir de este momento, el concepto de depresión comenzó a tener un lugar destacado en la mayor parte de los esquemas nosológicos de los desórdenes mentales (Jackson, 1986).

Hacia mediados del siglo XX, el término de depresión comenzó a tener más relevancia dentro de la psiquiatría. Esto se dio, en parte, por la influencia de Adolf Meyer, quien habló de la “reacción depresiva”, noción que después fue incluida en el DSM-I (1952). Desde ese momento, la depresión pasó a formar parte de las categorías diagnósticas oficiales. Más adelante, con el DSM-III (1980), apareció el término “trastorno depresivo mayor”, lo que hizo que la palabra melancolía quedara reducida a un subtipo clínico. En las ediciones posteriores, como el DSM-V (1994) y el DSM-5 (2014), se siguió manteniendo el predominio del concepto de depresión, y la melancolía quedó relegada a lo histórico, o en algunos casos, a un especificador clínico (American Psychiatric Association, 1952, 1980, 1994, 2014).

#### **4.3 Instituto O’ Gorman- Ex Instituto Frenopático**

Hacia el final de este apartado, resulta importante poner de relieve la naturaleza del

ámbito donde se aplicó la medición. Para ello, se incursiona ahora en la sede de oficio de estacio clínico para la aplicación del BDI-II, iniciando por una descripción de la misma.

El Instituto Frenopatico (IFSA) se fundó hace más de 140 años, en un momento histórico difícil debido a la reciente separación del brote epidémico de fiebre amarilla en la zona sur de Buenos Aires. En un primer momento, se buscaba atender a los “males sociales de la época”, como tuberculosis, alcoholismo, patologías transmisibles, retardo mental y locura, siempre teniendo en cuenta los valores universales propios de la época. Herrera Vegas, Pastor Sosa y Eduardo Perez, fueron pioneros en llevar a cabo dichos objetivos, quienes propusieron corrientes higienistas, para así mejorar la salud de la población y crear espacios más cuidados para la atención de los pacientes. Este sistema, influyó también en la construcción de establecimientos para la atención de patologías transmisibles y en la realización de campañas educativas para proteger la salud al interior de las unidades domésticas y a dar respuestas a las nuevas cuestiones sociales que portaron las oleadas inmigratorias. Cabe destacar que en sus comienzos la vocación era un valor central: se esperaba que médicos, enfermeros y asistentes sociales estuvieran “hechos para esto” más allá de que la profesionalización todavía era baja (de Lellis, Lucchetti y Virgillo, 2021).

Fue edificado en una zona en la Ciudad en la que concentró la oferta de servicios hospitalarios, como el Hospicio de la Mercedes (hoy Hospital Interdisciplinario J.T. Borda), el Hospital de Infecciosas Muñiz y el Hospital Británico, creado en 1844. Al comienzo la institución estaba pensada para las clases altas, ofreciendo un ambiente confortable, habitaciones separadas para hombres y mujeres y un trato personalizado que buscaba apartar a los pacientes del estrés cotidiano. Los tratamientos están basados en técnicas acordes a la época, como hidroterapia y clinoterapia, e incluían una técnica inspirada en Pinel y en la tradición europea del tratamiento moral. Con el tiempo, el Instituto fue adquiriendo prestigio y sumó como directores a figuras clave de la psiquiatría argentina, como Ramos Mejia, Ingenieros, Bosch, Cabred y Balado (de Lellis, Lucchetti y Virgillo, 2021).

En su historia se pueden reconocer varias etapas. Entre 1870 y 1900, la psiquiatría comenzó a especializarse, influida por las escuelas francesa y alemana por las corrientes positivistas. Se caracterizó por un periodo de edificación de importantes obras públicas en todo el país. Desde 1900 a 1930, en el marco de un país en expansión, se consolidó el modelo asilar-tutelar, que tuvo su máximo exponente en la obra de Domingo Cabred. Sin embargo, a partir de los años 20 empezó a estar en crisis tras la discontinuidad política e institucional. Luego, entre 1930 y 1945 aparecieron cambios importantes: se fundó la Liga Argentina de Higiene Mental, que promovió la apertura de servicios ambulatorios y dispensarios comunitarios, marcando un giro hacia la prevención y la atención de problemáticas menos graves de salud mental (de Lellis, Lucchetti y Virgillo, 2021).

A partir de 1945 se empiezan a constituir nuevas modalidades de aseguramiento privado y semipúblico, generando una fragmentación del sistema. Además, comienza a haber una creciente proletarización de profesionales y técnicos de salud que dependen laboralmente

del empleo público en el hospital, fomentado por la oleada de innovación que produce el nuevo Movimiento de Salud Mental. Gracias a esto, se desarrollan modalidades terapéuticas interdisciplinarias que toman en cuenta la problematización que incluye las nuevas morbilidades psiquiátricas y la discapacidad mental. Por otro lado, los avances de la psicofarmacología, como el descubrimiento de la clorpromazina, cambiaron profundamente la forma de tratar las enfermedades mentales. Hacia los años 70' y 80', la institución enfrentó crisis económicas y políticas, además de la violencia de la dictadura, que golpeó fuertemente al campo psi. En ese periodo se hicieron visibles problemas como la cronificación, la exclusión social y las desigualdades en el acceso a la atención. En todos los foros académicos y sociales, comienza a hablarse sobre el problema de la vulnerabilidad social, por lo que se empiezan a poner en el centro cuestiones en relación a la calidad, seguridad y protección ante el riesgo, salud y seguridad de los trabajadores, así como también, se produce un gran avance en las neurociencias que trajeron mayor actualización científica y conexión internacional (de Lellis, Lucchetti y Virgillo, 2021).

Con la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, en 2010, el Instituto O' Gorman, inició un proceso de transformación. La ley exige la adecuación de las instituciones monovalentes y proponía la sustitución progresiva de las internaciones prolongadas por dispositivos comunitarios, ambulatorios y socio-laborales. En este marco, el instituto empezó a ampliar sus servicios, sumando propuestas interdisciplinarias, reformas edilicias que privilegiaban la intimidad y el bienestar, y programas destinados a favorecer la autonomía e integración social de los pacientes (de Lellis, Lucchetti y Virgillo, 2021).

Durante la pandemia de COVID-19, la institución atravesó un nuevo desafío: debió reorganizar sus procesos de admisión, aplicar protocolos estrictos de bioseguridad y recurrir a la comunicación virtual para sostener la atención y el vínculo con los pacientes y sus familias. Se crearon comités de crisis, se reforzó el trabajo en equipo y se implementan modalidades de asistencia remota. Aunque fue un momento crítico, también permite acelerar la transición hacia un modelo de salud mental más integral, comunitario y adaptado a las necesidades actuales (de Lellis, Lucchetti y Virgillo, 2021).

## **5. Estado del arte**

### **5.1 Inventario de Depresión de Beck-II**

Como ha sido previamente mencionado, el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) constituye una de las técnicas más utilizadas para evaluar la depresión en los últimos años, por lo que han habido múltiples estudios que han examinado tanto su fiabilidad y validez en diferentes poblaciones y países (Wang y Gorenstein, 2013 citado en Garcia-Batista et. al. 2018).

En el presente trabajo, se considera útil mencionar las investigaciones actuales que se han realizado acerca de la utilización del BDI-II, llevadas a cabo a partir de dos adaptaciones. En primer lugar, la adaptación Argentina de Brenlla y Rodríguez (2006), la cual fue distribuida para su uso en Bolivia, Chile, Argentina, Colombia, Paraguay, Peru, Venezuela, Uruguay, Costa Rica, Nicaragua, Honduras, El Salvador, Guatemala y Panamá. Esta versión implicó un proceso de traducción y adecuación cultural acompañado de estudios de fiabilidad y validez en población local, tanto clínica como no clínica, lo que sentó las bases para su implementación extendida (Brenlla & Rodríguez, s.f./Paidós). Por otro lado, resulta pertinente tener en cuenta las investigaciones que han utilizado la adaptación española (Sanz y Vázquez, 1998; Vázquez y Sanz, 1991, 1997, 1999) de la versión revisada de 1978 del BDI (BDI- IA; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Beck y Steer, 1993) la cual ha sido la versión más utilizada dentro de la práctica clínica y en investigaciones tanto europeas como latinoamericanas. La misma conserva la estructura de 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta que evalúan la intensidad de los síntomas depresivos, y ha demostrado propiedades psicométricas adecuadas en muestras clínicas y comunitarias (Sanz, Perdígón y Vazquez, 2003, p 249-253).

En este marco general, resulta pertinente revisar los principales estudios que han analizado las propiedades psicométricas del BDI en distintas poblaciones.

### **5.2.1 Propiedades psicométricas en población general en Argentina**

Un estudio realizado por la Facultad de Psicología en la Universidad Nacional de Mar del Plata (2019), tuvo como objetivo examinar las características psicométricas y la utilidad del BDI a través de su adaptación española, para detectar sintomatología depresiva en una población no clínica, realizado sobre una muestra de 550 sujetos entre 18 y 65 años de edad. El mismo, fue aplicado de forma colectiva, incluyendo distintos grupos poblacionales, en conjunto con el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970, citado en Posada & Castañeiras, 2019), como medida de control. El STAI se conforma por dos escalas independientes con 20 enunciados cada una y mide diferentes aspectos de la ansiedad; en la misma, el sujeto debe señalar entre 4 opciones (donde 0 equivale a “*casi nunca*” y 3 a “*casi siempre*”) según la opción que indique cómo se siente el sujeto en general. La investigación tuvo cuatro objetivos: 1) Análisis de Fiabilidad (consistencia interna) y se calculó el alfa de Cronbach para el BDI; 2) Análisis Factorial exploratorio (Componentes Principales, rotación Promax) para establecer la composición factorial del instrumento; 3) Análisis Correlacionales ( $r$  de Pearson) para la relación entre medidas psicológicas; 4) Pruebas  $t$  de Student y Anova de un factor para diferencia de medias (Posada & Castañeiras, 2019).

Los resultados mostraron que el 18% de los sujetos alcanzó puntuaciones de corte clínico del BDI, lo que apoya la hipótesis de la tendencia de otros estudios sobre la presencia de síntomas depresivos en poblaciones no clínicas (en Cia, 2002, en Handbook of depression, 2002, citado en Posada y Castañeira, 2019), y muestran en la población local niveles

importantes de depresión subclínica y/o estados depresivos transitorios, muchos de los cuales no lleguen a la consulta y/o constituyen síntomas asociados a otras condiciones clínicas. Además, se pudo observar una distribución asimétrica con mayor concentración de valores bajos, lo que era esperable. El BDI resultó ser un instrumento confiable para evaluar la sintomatología depresiva tanto en poblaciones clínicas como no clínicas. Se encontró una alta consistencia interna ( $\alpha = 0,88$ ), similar a la versión original de Beck et al. (1961) y a su revisión de 1979 ( $\alpha = 0,86$ ). Además, otros trabajos han demostrado resultados semejantes como los de Van Hemert, Van de Vijver y Poortinga (2002) en Argentina, y los de Vázquez y Sanz (1991, 2000) o Jurado et al. (1998) en otros contextos, lo que confirma la utilidad del instrumento para detectar síntomas depresivos en población general. En relación a su estructura factorial, se identificaron dos dimensiones: en primer lugar, un componente cognitivo y otro somático-vegetativo, siendo el primero el que presenta mayor consistencia y con más variabilidad (Posada & Castañeira, 2019).

Hubo una correlación significativa con la ansiedad rasgo y estado, lo que refleja la comorbilidad entre síntomas ansiosos y depresivos, incluso en poblaciones no clínicas (Somoza, Steer, Beck & Clark, 1994; Osman et al., 1997, citado en Posada & Castañeira, 2019). Posada y Castañeira(2019) demostraron por otro lado, que la edad y el sexo modulan las respuestas: las personas menores a 50 años (particularmente el sexo femenino) fueron destacadas por presentar mayores síntomas depresivos, lo que coincide con la tendencia señalada en la literatura internacional y en los datos de la OMS.

Finalmente, la investigación concluye que el BDI se ha consolidado como una de las herramientas de evaluación más utilizadas a nivel mundial, no solo por estimar la gravedad de la depresión, sino también para el screening en población general y para medir cambios en la eficacia terapéutica. Su valor reside en la sensibilidad al cambio, aunque presenta algunas limitaciones en términos de especificidad en pacientes médicos (Posada Castañeiras, 2019).

Si bien los hallazgos anteriores confirman la validez del instrumento en población no clínica, también se han desarrollado investigaciones en contextos clínicos latinoamericanos, con el fin de examinar su rendimiento en muestras con diagnóstico o sintomatología más severa.

### **5.3.2 Propiedades psicométricas en población clínica latinoamericana**

En el mismo año, se publicó en la Revista de Investigación en Psicología una investigación que tuvo como objetivo analizar las propiedades psicométricas de la segunda edición del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), utilizando la adaptación Argentina. Para ello, se trabajó con una muestra peruana de 400 personas atendidas en consulta externa de un centro especializado en salud mental de Lima; la edad de los usuarios oscilaba entre 17 y 71 años de edad (con una media de 33 años), conformado por 191 hombres y 209 mujeres (Barreda Sanchez-Pachas, 2019)



Los resultados indicaron que el 26,3% de los participantes tuvieron puntajes entre 0 y 13, lo cual indica que hay depresión mínima y/o sin depresión. El 24,3% obtuvieron puntajes de 14 a 19 (depresión leve), el 24,8% puntuaciones entre 20 y 28 (moderada) y el otro 24,8% puntajes entre 29 a 69 (depresión grave). En cuanto a las puntuaciones totales del BDI-II obtenidas en la muestra, estas se ubicaron entre 0 y 60, con una media de 22,08 y una desviación estándar de 12,28. La puntuación media de los ítems del test es de 1,05 con un mínimo de 0,72 y un máximo de 1,24. Se destacó que las puntuaciones más altas en intensidad u frecuencia recayeron sobre los siguientes ítems: *autocrítica, llanto, indecisión, pérdida de interés, cansancio o fatiga e irritabilidad*, mientras que los ítems con menor puntuación en intensidad y frecuencia fueron: *pensamientos o deseos suicidas, cambios en el apetito, pesimismo, pérdida de interés en el sexo y tristeza*. Los resultados fueron consistentes con los hallados en investigaciones clínicas internacionales; por ejemplo, en la adaptación argentina de Brenlla y Rodríguez (2006) se registró una media de 22,20, apenas 0,12 puntos superior. De manera similar, en el estudio original de Beck, Steer y Brown (1996) se informó una media de 22,45, lo que representa solo 0,37 puntos por encima de la presente investigación. En cambio, en la investigación española realizada por Sanz y García-Vera (2013), la diferencia fue algo mayor, con 2,28 puntos de variación respecto a la muestra (Barreda Sánchez-Pachas, 2019).

En cuanto a la confiabilidad por consistencia interna, se obtuvo un alfa de Cronbach de .93, lo que demuestra una muy buena consistencia interna, superior a la obtenida por investigaciones con muestras similares. La confiabilidad del instrumento es alta tanto en muestras clínicas como en población general. Además, los coeficientes de correlación fueron todos significativos, con valores entre .41 para el ítem de *pérdida de interés en el sexo* y .70 para el ítem *tristeza*. En el estudio también se evaluó la validez de contenido y de constructo; la primera fue realizada mediante la opinión de cinco psicólogos especialistas en el tema de la depresión, y se obtuvo a través de la *v* de Aiken, la relevancia y representatividad de los ítems respecto al instrumento completo. Esto indicó que el cuestionario de Beck contiene ítems que representan los síntomas de la depresión. Por otro lado, se analizó la validez del constructo, la cual hace referencia a la coherencia que existe entre el BDI-II y el constructo *depresión* que se ha medido. Estos datos fueron evaluados y reducidos a un número determinado de componentes, lo que determinó el número de variables latentes que se extrajeron. Se observó una buena distribución de los datos, ya que el 48,46% de los mismos explicaron el total de la varianza encontrada en el instrumento; sin embargo el segundo componente sólo explicaba el 6,32% de la varianza, mientras que el primero logró explicar el 42,14%. Para finalizar, se observó que todos los ítems saturan en un único factor con valores mayores a .40 (Barreda Sánchez-Pachas, 2019).

Dentro de las investigaciones más recientes, Sánchez-Villena et al. (2022), tuvieron como objetivo analizar la dimensionalidad del BDI-II y demostrar la invarianza del sexo, y construir datos normativos para la población peruana. Para ello, se realizó una investigación de tipo instrumental (Montero y León, 2005) donde se utilizó la versión traducida por Brenlla y

Rodriguez (2006). El estudio contó con la participación de 1665 personas, donde el 51,83% fueron mujeres, procedentes de diferentes regiones de Perú, con un rango de edad de 18 a 54 años. A dicha muestra, se les administró el BDI-II de manera virtual, de manera anónima, sin riesgo para ningún participante. El enlace del formulario fue compartido de manera abierta mediante redes sociales (tanto Facebook como WhatsApp) y se limitó la respuesta a sujetos mayores de edad.

El análisis estadístico se realizó con el software R utilizando el estimador WLSMV, adecuado para datos ordinales. Se evaluaron catorce modelos factoriales propuestos en estudios previos (unidimensionales, bidimensionales, tridimensionales y factoriales) de los cuales los bifactor y los de segundo orden no convergieron. Entre los modelos restantes, los bidimensionales y el unidimensional mostraron buenos índices de ajuste ( $CFI > .95$ ;  $TLI > .95$ ;  $RMSEA < .06$ ), aunque finalmente se optó por la estructura unidimensional, por su mayor coherencia teórica y estabilidad de cargas factoriales. En el análisis descriptivo, el ítem con mayor media fue *cambios en el apetito* ( $M=0.55$ ;  $DE=75$ ), y se observaron valores altos de asimetría y curtosis en la mayoría de los reactivos, indicando ausencia de normalidad en la distribución. El modelo unidimensional (M12) presentó índices adecuados ( $CFI = .955$ ;  $TLI = .950$ ;  $RMSEA = .055$ ) y una confiabilidad elevada ( $w = .929$ ). El análisis de invarianza factorial según el sexo mostró estabilidad del modelo en hombres y mujeres, con variaciones mínimas en los índices de ajuste ( $\Delta CFI \leq .004$ ;  $\Delta RMSEA \leq .004$ ), lo que indica una invarianza configural, métrica y escalar. Al comparar las medidas latentes, las mujeres presentaron puntajes ligeramente superiores ( $M= 6.42$ ) respecto de los hombres ( $M= 4.66$ ), aunque con un tamaño del efecto pequeño ( $\xi = .173$ ). Dado que las puntuaciones no siguieron una distribución normal, se calcularon baremos percentilares. Se establecieron tres rasgos: depresión baja ( $< Pc 9$ , puntaje  $\geq 19$ ). Todos los puntos de corte presentaron adecuada confiabilidad ( $K2 > .75$ ), lo que confirma su utilidad para clasificar los niveles de depresión en población general (Sanchez-Villena et al., 2022).

### 5.1.3 Evidencia en población adolescente

A partir de estos resultados, surge el interés por explorar la aplicabilidad del BDI-II en grupos etarios específicos, particularmente en adolescentes, considerando que en esta etapa vital suelen manifestarse los primeros episodios depresivos (Hankin, 2006, citado en Contreras-Valdez, Hernandez-Guzman y Freyre, 2015).

Contreras-Valdez, Hernandez-Guzman y Freyre (2015) utilizaron la versión de Brenlla y Rodriguez (2006), adaptada para adolescentes mexicanos (Hernandez, Guzman, 2012) con el fin de analizar el ajuste del modelo unidimensional y el original de Beck et al. (1996) en adolescentes mexicanos de población general, y examinar la invarianza entre sexos del modelo con mejor ajuste. El estudio tomó una muestra de 1123 estudiantes (576 mujeres y 547 hombres) de educación secundaria inferior y superior de acuerdo con la Clasificación

Internacional Normalizada de la Educación (Instituto de Estadística de la UNESCO, 1997), en donde fueron participes 10 escuelas, de las cuales 9 pertenecen al sector público y una al sector privado. Se excluyó a los alumnos menores a 13 años y mayores a 18. La muestra final se dividió aleatoriamente en dos; en la muestra 1 ( $n_1=505$ ), participaron 238 mujeres y 267 hombres, con una edad promedio de 15,29 años, y la muestra número 2 ( $n_2=505$ ) constó de 28 mujeres y 224 hombres, siendo su edad promedio 15,12 años. Una vez establecida la muestra, estudiantes de la carrera de psicología previamente entrenados, aplicaron los cuestionarios en el salón de clases de cada grupo escolar, en sesiones de 35 a 45 minutos aproximadamente, aplicados de forma voluntaria y anónima.

El segundo estudio, fue conformado por 610 estudiantes (342 mujeres y 268 hombres), donde el total fue dividido en dos al igual que el estudio anterior; la muestra número 1 ( $n=305$ ) contaba con 176 mujeres y 129 hombres, mientras que en la muestra número 2 ( $n=305$ ) participaron 166 mujeres y 139 hombres. Tanto el instrumento, procedimiento y el análisis de datos fueron idénticos a los del primer estudio, por tratarse de una réplica (Contreras-Valdez, Hernandez-Guzman y Freyre, 2015)

Los resultados del primer estudio evidenciaron que el modelo unidimensional del BDI-II obtuvo un ajuste aceptable solo en algunos índices, mientras que el modelo de dos factores presentó indicadores de ajuste óptimos. Esto permitió determinar que la estructura bifactorial resulta más adecuada para representar la sintomatología depresiva en adolescentes. Además, el análisis de invarianza por sexo mostro que el modelo se mantiene estable en varones y mujeres, lo cual indica que la estructura interna del constructo depresión es similar en ambos grupos. En el segundo estudio, se obtuvieron resultados consistentes con los del primer análisis; nuevamente, el modelo de dos factores evidenció un mejor ajuste que el unidimensional, discriminando la asistencia de dos dimensiones diferenciadas (cognitivo-afectiva y somato-vegetativa) en la expresión de los síntomas depresivos. Del mismo modo, se comprobó la invarianza factorial entre sexos, reforzando la estabilidad del modelo en distintas submuestras. Estos hallazgos permiten sostener que los ítems del BDI-II se agrupan de manera coherente con las dimensiones cognitivas y somáticas propuestas por Beck, lo que refuerza la validez del constructo del instrumento y su fundamento teórico basado en el modelo cognitivo de la depresión. Desde esta perspectiva, la depresión se explica a partir de la interacción entre tres componentes: la triada cognitiva, los esquemas cognitivos y las distorsiones sistemáticas del pensamiento (Beck et al., 1979; Clark & Beck, 2010). La principal fortaleza del estudio radica en la replicación de los resultados en dos muestras independientes, lo que aporta evidencia sólida sobre la consistencia y validez del modelo bifactorial del BDI-II en adolescentes mexicanos. No obstante los autores sugieren ampliar las investigaciones con muestras clínicas con el fin de seguir evaluando la validez y capacidad discriminativa del instrumento en distintos contextos y poblaciones (Contreras-Valdez, Hernandez-Guzman y Freyre, 2015).

En conjunto, los diferentes estudios revisados permiten afirmar que el BDI-II constituye una herramienta válida, fiable y versátil para la evaluación de la depresión en los diversos contextos y grupos poblacionales, tanto en población general como clínica, y en diferentes etapas del ciclo vital.

## 6. Marco teórico

El marco teórico de la investigación se orienta en gran medida a la terapia cognitiva, dado que el instrumento seleccionado (Inventario de Depresión de Beck-II) se funda sobre las bases de dicha corriente (Beck, 1967,1979). Si bien este estudio no busca analizar los resultados desde un enfoque terapéutico en particular, resulta importante mencionar las características de este modelo y pensar el concepto de *depresión* desde la mirada de los autores que la desarrollaron.

### 6.1 Definición de Depresión

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), la depresión es un trastorno mental común, que implica un estado de ánimo de displacer y de pérdida de interés por actividades durante largos periodos de tiempo. Se diferencia la depresión de los cambios habituales en el estado de ánimo y en los sentimientos del día a día. Puede afectar a todos los ámbitos de la vida incluidas las relaciones familiares de amistad y a las comunitarias. Este trastorno puede afectar a cualquiera, sin embargo, quienes han vivido abusos, pérdidas graves y otros eventos estresantes tienen más probabilidades de sufrirlas. Se estima que en 4,0% de la población experimenta depresión, siendo más común entre las mujeres; aproximadamente 332 millones de personas la padecen, siendo el 5,7% de la población adulta.

Desde una perspectiva clínica, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; APA, 2013) define al trastorno depresivo como un conjunto de alteraciones que se caracterizan por la presencia de un estado de ánimo bajo o pérdida de interés generalizada. El *trastorno depresivo mayor* representa el trastorno clásico, el cual se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración (aunque pueden durar bastante más) que implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, y remisiones interepisódicos. Para lograr este diagnóstico, deben estar presentes al menos cinco síntomas durante este periodo de tiempo, representando un cambio respecto al funcionamiento previo. Entre los síntomas más característicos se incluyen el *estado de ánimo deprimido* la mayor parte del día, la *pérdida de interés o placer* en casi todas las actividades, *alteraciones en el sueño y el apetito, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de estabilidad o culpa excesiva, dificultades en la concentración y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio*. Estos síntomas deben generar un malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes del funcionamiento social, laboral o personal.

Es importante mencionar que, en la versión anterior del manual, el DSM-IV (APA, 1995) se clasificó al episodio depresivo mayor en función de su gravedad:

*“La gravedad se considera leve, moderada o grave en base al número de síntomas de los criterios, la gravedad de los síntomas y el grado de incapacidad funcional y malestar. Los episodios leves se caracterizan por la presencia de sólo cinco o seis síntomas depresivos y por una incapacidad leve o por una capacidad de función normal, pero a costa de un esfuerzo importante e inhabitual. Los episodios graves sin síntomas psicóticos se caracterizan por la presencia de la mayoría de los síntomas de los criterios y por una incapacidad evidente y observable (p. ej., incapacidad para trabajar o para cuidar de los hijos). Los episodios moderados tienen una gravedad inmediata entre los leves y los graves”* (APA, 1995, P. 385, citado en Sanz et al., 2014).

Resulta importante hacer esta mención, ya que el uso de criterios o puntuaciones de referencia para distinguir los distintos niveles de sintomatología es habitual en los instrumentos psicopatológicos, lo que permite diferenciar niveles sindrómicos en función del número de síntomas y el grado de incapacidad funcional y malestar (Sanz et al., 2014).

## **6.2 Breve definición de la terapia cognitiva**

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado, que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (como la depresión, ansiedad, fobias, etc.), basado en un supuesto de que los efectos y la conducta están determinados por el modo que tiene el individuo de estructurar el mundo (Beck, 1967, 1976, citado en Beck et al, 1979/1983). El autor menciona que las cogniciones o “eventos” conscientes se basan en actitudes o esquemas desarrollados a partir de experiencias previas. En este modelo, las técnicas terapéuticas se orientan a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a esas cogniciones. Por consiguiente, el paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos. Este enfoque constituye el fundamento teórico sobre el cual Beck desarrolló posteriormente su modelo cognitivo de la depresión (Beck et al., 1979/1983).

## **6.3 Comprensión cognitiva de la depresión**

Más allá de la descripción clínica propuesta por el DSM-5, resulta relevante tener en cuenta los procesos psicológicos que explican la aparición y el mantenimiento de la depresión.

En este sentido, el modelo cognitivo desarrollado por Beck (1967,1979) aporta una mirada diferente, centrada en los pensamientos y creencias que influyen en el estado de ánimo. Esta teoría, ofrece una hipótesis acerca de la predisposición y la aparición de la depresión, donde menciona que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. A dichos conceptos negativos los denomina *esquemas*, los cuales pueden permanecer latentes y ser activos por circunstancias determinadas, y son analógicos a las experiencias que fueron inicialmente responsables de la formación de estas actitudes negativas. Los autores mencionan que, como respuesta a situaciones traumatizantes, la persona media suele mantener su interés por otros aspectos no traumáticos de su vida, valorándose de forma realista; sin embargo, el sujeto con tendencia a la depresión, desarrolla ideas negativas acerca de todos los aspectos de su vida (Beck et al., 1979/1983).

El modelo cognitivo de la depresión plantea el concepto de *triada cognitiva*, el cual consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al individuo a considerarse a sí mismo de un modo idiosincrásico. En primer lugar, se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo; tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto propio, de tipo psíquico, moral, o físico. El sujeto suele creer que a causa de estos defectos carece de valor, y que no posee los atributos que considera esenciales para lograr la felicidad. El segundo aspecto se centra en la tendencia del paciente a interpretar sus experiencias de manera negativa. Interpreta sus interacciones con el entorno en términos de frustración o derrota. El tercer componente de esta triada, se centra en la visión negativa acerca del futuro; el sujeto espera que sus frustraciones y defectos actuales continúen indefinidamente. Beck, Rush, Shaw y Emery (1979/1983) mencionan que estos patrones de pensamiento derivan de esquemas cognitivos disfuncionales formados en etapas tempranas, los cuales predisponen al individuo a mantener una visión negativa persistente. En la lectura, los autores mencionan que

*“...En los estados psicopatológicos tales como la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes (...) el paciente pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados” (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979/1983, p.21).*

En los estados depresivos más graves, los pensamientos del sujeto están totalmente dominados por estos esquemas; el paciente está completamente absorto en pensamientos negativos, repetitivos y perseverantes, lo que refuerza el círculo vicioso entre cognición y afecto (Beck et al., 1979/1983).

De este modo, el modelo cognitivo de Beck permite comprender la depresión como un trastorno en el que los procesos de pensamiento desadaptativos desempeñan un papel central,

constituyendo la base teórica de instrumentos de evaluación como el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).

#### **6.4 Inventario de Depresión de Beck-II**

Como ya se adelantó en la descripción previa, el BDI-II es un instrumento de autoinforme compuesto por 21 ítems cuya finalidad es medir la severidad de la depresión en adultos y adolescentes a partir de 13 años de edad. Esta versión fue elaborada para evaluar los síntomas asociados a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos descritos en el DSM-IV (1994) de la American Psychiatric Association y en el CIE-10 (*Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud*, Organización Mundial de la Salud, 1993), aunque no pretende funcionar como una herramienta para establecer un diagnóstico clínico específico. Como también se ha mencionado en apartados anteriores, el BDI-II surge de la modificación de las versiones previas desarrolladas en 1961 y 1978 (Beck, Ward, Mandelson, Mock & Erbaugh, 1961; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1978). En esta actualización, se modificaron algunos ítems (*pérdida de peso, cambio en la imagen corporal, preocupación somática y dificultad para trabajar*) para ser reemplazados por cuatro nuevos (*agitación, desvalorización, dificultad de concentración y pérdida de energía*) con el objetivo de identificar síntomas típicos de la depresión severa. Además, se cambiaron dos de ellos para incluir los *cambios en el apetito y cambios del sueño* (tanto aumentos como disminuciones) y se reformularon algunos enunciados utilizados para evaluar otros síntomas (Brenlla y Rodríguez, 2006).

Según Brenlla y Rodríguez (2006, p. 33-35) el inventario se estructura en dos dimensiones principales; una afectiva-cognitiva y otra somática. La primera incluye los ítems relacionados a los pensamientos, creencias y emociones negativas vinculadas a la depresión, como la *tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, pérdida de interés, desvalorización y cambios en el apetito*. Por otra parte, la dimensión somática agrupa los ítems que se refieren a síntomas físicos y conductuales, tales como la *agitación, indecisión, pérdida de energía, cambios en los hábitos del sueño, irritabilidad, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo*. Sin embargo, los síntomas afectivos individuales como *tristeza y llanto* pueden desplazar sus cargas de una dimensión a otra de acuerdo con el tipo de muestra que está siendo estudiada.

Cada ítem presenta cuatro afirmaciones ordenadas según la intensidad del síntoma, puntuadas de 0 a 3, con un puntaje total que oscila entre 0 y 63. Las puntuaciones pueden agruparse según niveles de severidad; mínima (0-13), leve (14-19), moderada (20-28) y grave (29-63) (Beck et al., 1996). Esta escala fue adaptada y validada para la población argentina por María Elena Brenlla y María Rodríguez (2006), quienes confirmaron su fiabilidad y validez en distintos contextos clínicos y no clínicos.

El formato del instrumento se presenta en el *Apéndice A*, donde se incluye una ilustración del cuestionario con fines académicos y de referencia.

## 7.Desarrollo metodológico

### 7.1 Variables e hipótesis del trabajo

El presente estudio tiene como objetivo analizar la efectividad del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) como herramienta complementaria en la evaluación clínica del progreso de pacientes psiquiátricos internados. En este sentido, se busca determinar si la administración del instrumento en dos momentos (al ingreso y en la pre-alta) permite evidenciar los cambios significativos en los niveles de sintomatología depresiva. De esta manera, se busca examinar la relación entre el tipo de depresión identificado por el BDI-II y variables como el sexo y la edad de los pacientes, con el fin de no solo evaluar la evolución a lo largo del tratamiento, sino también, explorar si hay ciertos patrones comunes entre distintos grupos.

Por lo tanto, la investigación se organiza a partir de distintas variables. En primer lugar, la variable independiente, es *el momento de aplicación del test*, que tiene dos incidencias: el ingreso y la pre alta. Esta variable, representa los dos tiempos del proceso de internación en los que se busca observar los posibles cambios del estado emocional de los pacientes. La variable dependiente es el *nivel de sintomatología depresiva*, la cual se mide a partir del puntaje arrojado por el test. Este valor, indica la severidad de los síntomas depresivos que el paciente presenta en cada momento, siendo los puntajes más altos los que reflejan mayor gravedad. A partir de estos puntajes, se obtiene el tipo de depresión, el cual es clasificado según las categorías establecidas por Beck y Steer (1996):

- 0 a 13 puntos: depresión mínima.
- 14 a 19 puntos: depresión leve.
- 20 a 28 puntos: depresión moderada.
- 29 a 63 puntos: depresión grave

Estas categorías permiten observar si, además de disminuir el puntaje total, hay un cambio en el tipo de depresión entre el momento de ingreso a la institución, y el momento previo al egreso de la misma.

Por otro lado, se incluyen dos variables adicionales: el *sexo* y *la edad* de los pacientes. Ambas se consideran variables sociodemográficas que permiten comparar los resultados del test y analizar si existen diferencias en función de estas características. En el caso del sexo, se considerara la categoría registrada en la historia clínica (masculino y femenino). En cuanto a la edad, se tomará aquella registrada al momento del ingreso, y se agrupará por rangos etarios en intervalos de 15 años (18-30, 31-45, 46-60, 65-75 y 76-90), siguiendo con los criterios del desarrollo vital propuestos en la literatura psicológica (Erikson, 1950; Levinson, 1978) y recomendaciones metodológicas para el análisis comparativo por rangos etarios en estudios de salud mental (OMS, 2017).

En base a los objetivos y las variables, se plantea la siguiente hipótesis: *se espera que los puntajes obtenidos a partir de los resultados del BDI-II sean más bajos en el momento pre-alta en comparación con los obtenidos en el ingreso, lo cual indicaría una disminución de los síntomas depresivos a lo largo del tratamiento.*

## **7.2 Tipo de investigación**

El presente estudio busca analizar los datos obtenidos a partir de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck-II, de manera objetiva y numérica. Se trata de una investigación de tipo descriptiva-exploratoria, ya que tiene como propósito describir los niveles de sintomatología depresiva en pacientes internados y explorar posibles diferencias entre los distintos momentos del tratamiento previamente mencionados, así como según el sexo y la edad de los participantes.

El enfoque cuantitativo permite analizar la información de manera objetiva, buscando describir los resultados en términos de frecuencias, medias y comparaciones entre grupos. A través de este método, se intenta identificar tendencias generales y relaciones entre las variables estudiadas.

La investigación tiene un diseño no experimental, ya que no se manipulan las variables, sino que simplemente se observan los datos tal como se dan en la realidad clínica. Es decir, se registran los cambios que ocurren naturalmente durante el proceso de internación, sin intervenir directamente sobre ellos.

## **7.3 Muestra**

La muestra estuvo compuesta por 33 pacientes internados en el Instituto O' Gorman (ex Instituto Frenopático), una institución polivalente dedicada a la atención integral de salud mental, situada en CABA. La recolección de datos se realizó entre los meses de enero y mayo de 2025. Del total de los participantes, 14 fueron hombres y 19 mujeres, con edades comprendidas entre los 18 y los 90 años. Los participantes seleccionados fueron aquellos que presentaban un diagnóstico previo de depresión o que, al momento del ingreso, mostraron

características clínicas compatibles con un cuadro depresivo, aunque este no siempre se registrara como diagnóstico principal en su historia clínica.

Se trató de una muestra no probabilística de tipo intencional, ya que la selección de los casos se realizó en función de criterios clínicos específicos establecidos por quienes llevaron a cabo la investigación y el equipo terapéutico. Por lo tanto, se incluyeron únicamente aquellos pacientes cuya sintomatología resultaba relevante para los objetivos del estudio y que se encontraban en condiciones de responder al BDI-II. La participación de los pacientes fue voluntaria, con el correspondiente consentimiento informado, y la información obtenida se mantuvo bajo estricta confidencialidad, resguardando la identidad de los participantes y los principios éticos del trabajo clínico e investigativo.

#### **7.4 Instrumento de recolección de datos**

Para la recopilación y la organización de datos se utilizó el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) (Beck, Steer & Brown, 1996), en su adaptación argentina (Brenlla & Rodriguez, 2006) la cual podemos observar en el Apéndice A, administrada durante cinco meses en el año 2025. Es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes mayores a 13 años de edad. Se compone de 21 ítems con formato de respuesta tipo Likert, de 0 a 3 puntos, que indagan la frecuencia o severidad de diversos síntomas durante las últimas dos semanas. La puntuación total se obtiene mediante la suma directa de los ítems, con un rango posible de 0 a 63 puntos, donde los valores más altos indican una mayor severidad de los síntomas (Colegio Oficial de Psicólogos de España, 2013).

En este estudio, el BDI-II fue administrado de manera oral, tanto al ingreso como en la pre-alta de los pacientes internados. Durante la administración, el aplicador leía en voz alta cada ítem y las opciones de respuesta, registrando la opción elegida por el paciente. En el caso de ser oral, Brenlla y Rodriguez (2006) mencionan que la consigna debe leerse de la siguiente manera:

*“Este es un cuestionario. En el mismo hay grupos de enunciados. Le leeré un grupo de enunciados; luego me gustaría que eligiera el enunciado de cada grupo que mejor describa la forma en la que se ha estado sintiendo las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. (...) aquí tiene una copia con los enunciados para que pueda seguirlos mientras los leo. Luego, el entrevistador lee todos los enunciados del primer grupo y dice: Ahora, ¿qué enunciado describe mejor la forma en la que se ha estado sintiendo durante las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy?” (p. 50-51).*

En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado, aunque pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo (Colegio Oficial de Psicólogos de España, 2013).

La interpretación de los resultados se basó en los criterios propuestos por los autores del instrumento y las adaptaciones locales, estableciendo los rangos anteriormente mencionados, divididos en cuatro categorías (Brenlla y Rodríguez, 2006; Sanz, 2013; Sanz, Gutierrez, Gesteira & Garcia-Vera, 2014). En el presente trabajo se consideró únicamente la puntuación total obtenida en cada administración, comparando los promedios obtenidos en ambos momentos para analizar las posibles variaciones en los síntomas.

El BDI-II ha demostrado altos niveles de confiabilidad y validez en diversas investigaciones internacionales y locales. En particular, la adaptación argentina presentó una consistencia interna elevada ( $\alpha \approx .90$ ) y evidencias de validez convergente y factorial adecuadas para el contexto clínico (Brenlla & Rodríguez, 2006).

### **7.5 Procedimiento y análisis de datos**

En una primera instancia, se estableció contacto con los pacientes recientemente internados en el área de salud mental, dentro de los primeros cinco días de internación, con el fin de informarles acerca de la encuesta que les sería administrada. En ese momento, se les explicó que la finalidad de la encuesta era determinar el grado de depresión de los usuarios y observar el avance durante su estadía. Además, se les mencionó que el test no iba a determinar el momento en que el paciente fuera dado de alta, ya que dicha decisión dependía de su equipo terapéutico. Esta breve explicación, hizo que el paciente sea más sincero con sus respuestas.

Se les solicitaron sus datos demográficos en el momento inicial, como el nombre, edad, sexo, cobertura médica y la fecha de ingreso. Antes de explicar la consigna, se les consultó si les parecía necesario tener una hoja del test en mano para ir leyendo mientras el entrevistador realizaba las preguntas. Luego, se procedió a iniciar el test, leyendo las opciones de cada uno de los ítems. Los tiempos de respuesta oscilaron entre 5 y 20 minutos, dependiendo el nivel de comprensión y el estado clínico de cada usuario. No se registraron ítems sin responder.

Una vez recopiladas las respuestas de la encuesta, se organizaron los datos en una hoja de cálculo (Microsoft Excel) con el objetivo de sistematizar la información. Posteriormente, en las 48 horas previas al alta, se volvió a establecer contacto con los mismos pacientes y se repitió el procedimiento anterior. En esta ocasión, se les solicitó únicamente la fecha de egreso de la institución (en el caso de no tener el día exacto, dicha información fue brindada por el equipo tratante).

Con los datos obtenidos en ambas aplicaciones del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), se procedió a realizar el análisis de datos. En primer lugar, se calcularon los puntajes totales de depresión correspondientes al ingreso y al egreso de cada paciente, siguiendo las normas establecidas por el manual original (Beck, Steer y Brown, 1996) y la adaptación

argentina de Brenlla y Rodriguez (2006). Posteriormente se realizó un análisis descriptivo y comparativo pre-post, calculando el promedio y los porcentajes de variación entre ambos momentos de aplicación. Esto permitió identificar la magnitud de cambio en cada uno de los ítems del Inventario y en los niveles generales de depresión. Además, se analizó cuáles fueron los ítems que presentaron mayor variación en los puntajes entre el ingreso y el egreso, es decir, aquellos síntomas que mostraron una mayor reducción o mejoría durante la internación.

A partir de los datos obtenidos, se elaboraron graficos y tablas que facilitaron la interpretacion visual de la informacion y permitieron observar los cambios generales y específicos en la sintomatología depresiva de la muestra, así como su distribución según variables sociodemográficas (edad y sexo). Los resultados fueron expresados en valores porcentuales y comparativos, enmarcados en un enfoque descriptivo-comparativo, orientado a observar la evolución de los síntomas depresivos a lo largo del proceso de internación.

## 8.Resultados

### 8.1 Análisis general pre-post de los niveles de depresión

En primer lugar, se realizó un análisis general de los niveles de depresión obtenidos a partir del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), considerando las puntuaciones registradas en el momento de ingreso en el momento de egreso de los pacientes. En la **Figura 1** se presenta la comparación de los porcentajes correspondientes a cada nivel de depresión en ambos momentos de evaluación. Como puede observarse, durante el ingreso predominaban los niveles graves (45% total de la muestra), seguido por niveles leves (27%), mínimos (18%) y finalmente, moderados (9%).

En el momento de egreso, se observó un cambio significativo en la distribución de los niveles de depresión. El porcentaje de pacientes con depresión mínima aumentó considerablemente (67%) , convirtiéndose en la categoría más frecuente al alta. Este incremento refleja una mejora general en el perfil depresivo de la muestra. Por otro lado, los niveles graves y leves disminuyeron (de 45% a 3% y de 27% a 15%), mientras que la depresión moderada aumentó un 6%.

#### **Figura 1**

*Nivel de depresión en el ingreso y en el pre-egreso de los pacientes*

O

n

## 8.2 Ítems con mayor variación

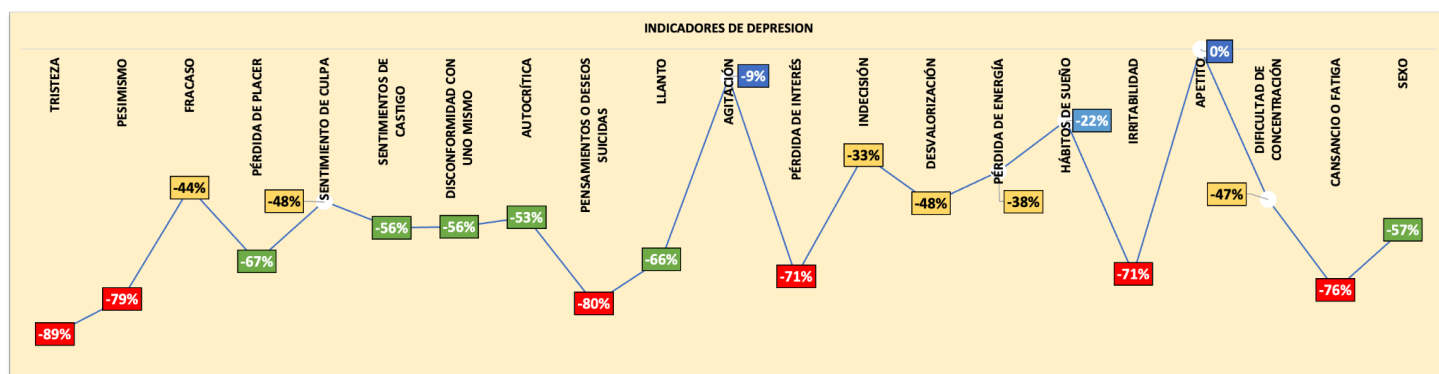
A continuación, en la **Figura 2** se presentan los resultados correspondientes a los ítems del BDI-II analizados individualmente para determinar aquellos que mostraron una mayor variación entre el momento del ingreso y el momento previo al alta. El análisis permitió identificar los síntomas específicos que evidenciaron una reducción significativa en su frecuencia o intensidad, reflejando los indicadores de mejoría en el perfil depresivo en general. Además, como se puede observar en la **Figura 3**, la clasificación de los ítems según el porcentaje de mejoría permitió agruparlos en cinco niveles: evidente (>75%), aceptable (50-74%), regular (25-49%), poca (10-24%) y ninguna (<10%).

Entre los ítems que mostraron mayor mejoría se destacan; tristeza, con un 89%, pensamientos o deseos suicidas (80%), pesimismo (79%), cansancio o fatiga (76%) y pérdida de interés e irritabilidad (71% respectivamente).

Estos resultados indican que los síntomas afectivos y cognitivos fueron los que presentaron un mayor grado de cambio durante el tratamiento, en comparación con los ítems de tipo somático, que mostraron una variación más moderada (cambios en el apetito, dificultades para dormir, agitación, dificultad de concentración, etc). Por lo tanto, estos hallazgos evidenciaron una tendencia hacia la mejoría en los componentes emocionales y de pensamiento del cuadro depresivo, coherente con la evolución clínica observada en el alta.

**Figura 2**

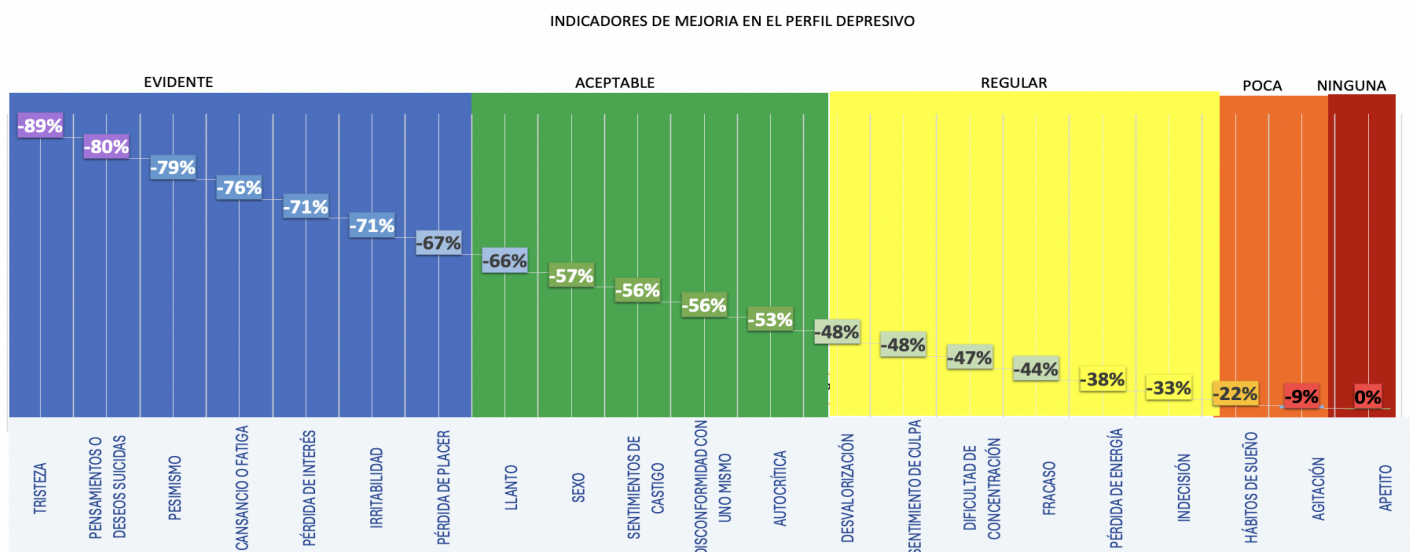
*Indicadores de mejoría en el perfil depresivo (por ítem del BDI-II)*



**Nota.** Elaboración propia.

**Figura 3**

*Indicadores de mejora en el perfil depresivo (según el grado de severidad del cambio)*



**Nota.** Elaboración propia.

### 8.3 Niveles de depresión según rango etario

En la **Figura 4** se presenta la distribución de los niveles de depresión de acuerdo con los distintos grupos etarios evaluados, en el momento tanto de ingreso como previo al egreso de la institución. En general, se puede apreciar una disminución progresiva de los niveles de depresión grave y moderada en todos los rangos de edad al momento de egreso, junto con un

aumento de los casos con depresión mínima o leve, lo cual evidencia una mejoría general en el estado anímico de los pacientes tras la internación.

En primer lugar, el grupo integrado por pacientes de 18 a 30 años de edad presentó inicialmente el porcentaje más alto de depresión grave (24%), el cual se redujo a un 3% en el momento de pre-alta, mientras que los niveles mínimos aumentaron de 6% a 21%. Este cambio refleja una clara mejoría clínica en los pacientes más jóvenes, con una notable reducción de los cuadros severos.

Por otro lado, en el grupo de 31 a 45 años, también se observa una evolución positiva: la depresión mínima aumentó de 12% al ingreso a un 27% al egreso, y los niveles descendieron de 12% a 3%. Esto sugiere una respuesta terapéutica favorable en la población adulta joven, caracterizada por un desplazamiento a niveles más leves de sintomatología depresiva.

Entre la población de adultos entre 46 a 60 años, los niveles graves disminuyeron del 12% al 3%, y los casos de depresión mínima se mantuvieron estables (12%). Este grupo mostró una mejoría más moderada en comparación con los más jóvenes, aunque se mantiene la tendencia general de reducción de los cuadros severos.

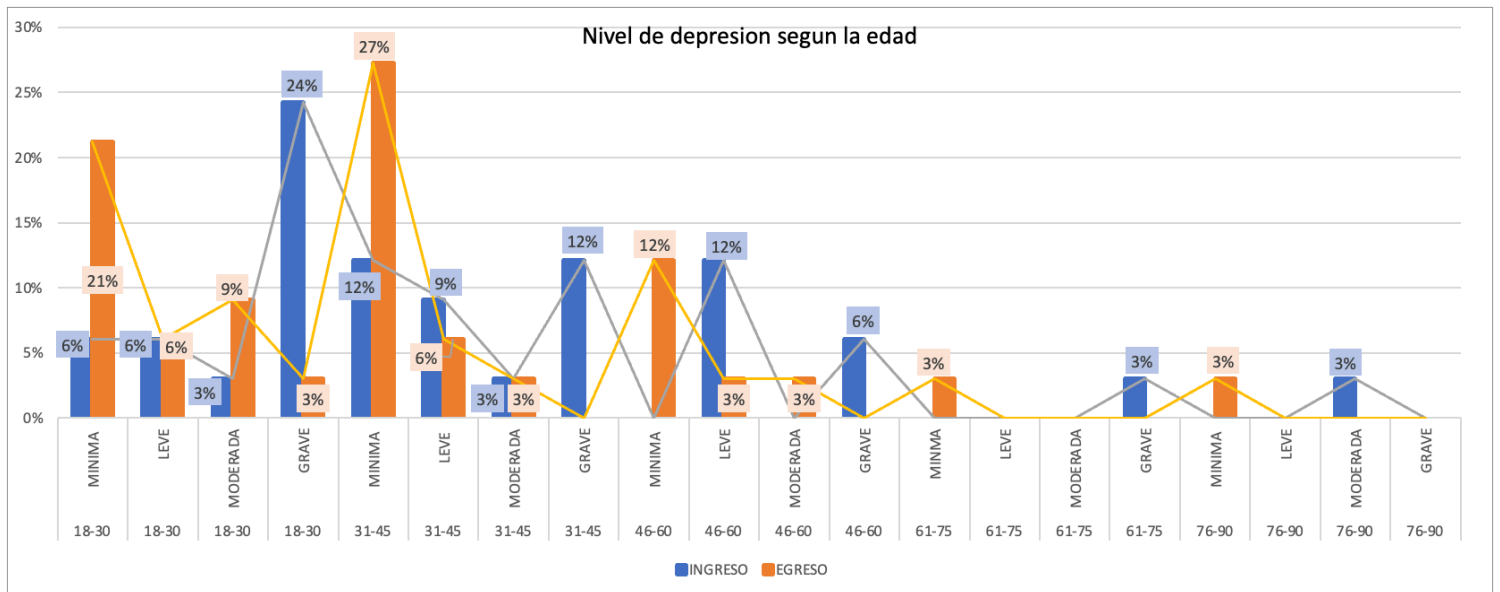
Los usuarios que integraron el grupo de 61 a 75 años de edad, presentaron un porcentaje de depresión grave al ingreso del 6%, reduciendo significativamente al 0% en el momento de salida, apareciendo casos de depresión mínima de 3%.

En tanto, en los mayores de 76 años a 90, los porcentajes se mantuvieron estables, con una leve presencia de depresión mínima y moderada (3% en ambos casos), sin registro de cuadros graves al egreso.

Como conclusión, el patrón observado muestra una disminución importante de la severidad de los síntomas depresivos en todos los grupos etarios, siendo más marcada en los pacientes jóvenes (18-45 años).

#### **Figura 4**

*Distribución porcentual de los niveles de depresión según el rango etario*



**Nota.** Elaboración propia.

## 8.4 Niveles de depresión según sexo

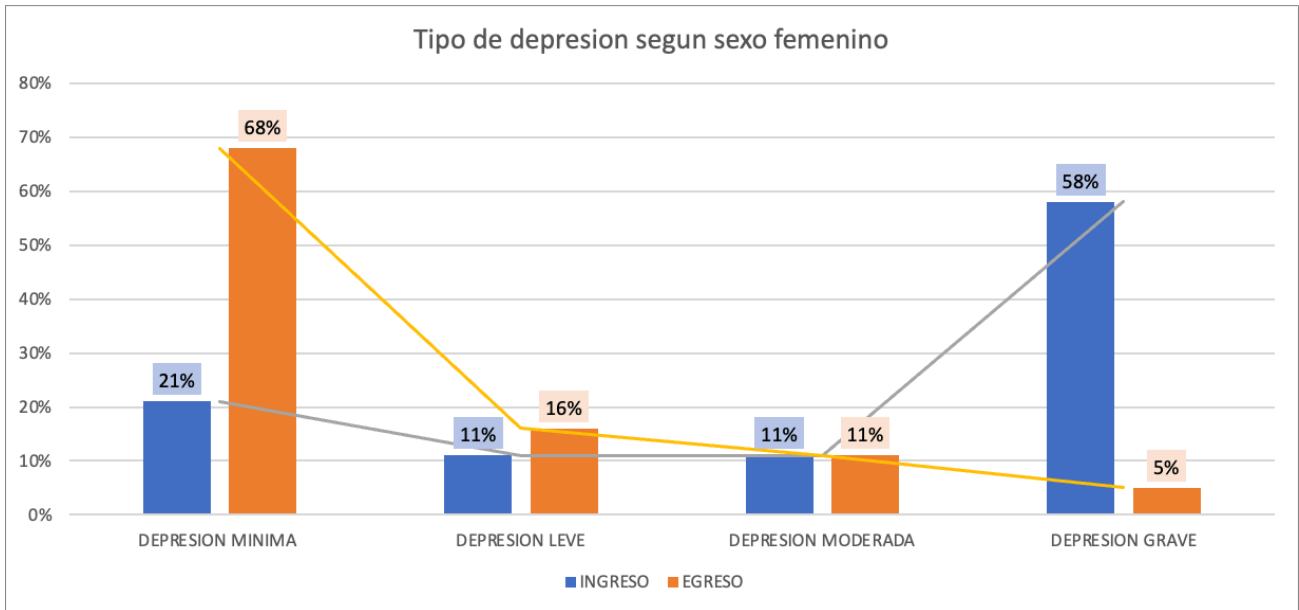
### 8.4.1 Sexo femenino

En la **Figura 5**, se observa la distribución de los tipos de depresión en las participantes de sexo femenino, comparando los resultados obtenidos al ingreso y al egreso. Los resultados muestran una disminución significativa en los niveles de depresión grave, acompañada de un aumento considerable en la categoría de depresión mínima.

Al inicio de la internación, el 58% de las mujeres presentaba depresión grave, mientras que sólo un 21% se encontraba en niveles mínimos. Al momento del egreso, los casos graves se redujeron drásticamente al 5%, y la depresión mínima aumentó al 68%, evidenciando una mejora sustancial en la sintomatología. Las categorías intermedias se mantuvieron relativamente estables: la depresión leve pasó de 11% a 16%, y la moderada permaneció constante en 11% tanto al ingreso como al egreso. Este patrón sugiere que, si bien la mayoría de las mujeres logró un descenso hacia niveles de depresión mínima, un pequeño grupo mantuvo síntomas residuales leves o moderados.

### Figura 5

*Distribución del tipo de depresión según sexo femenino (Ingreso-Egreso)*



Nota. Elaboración propia.

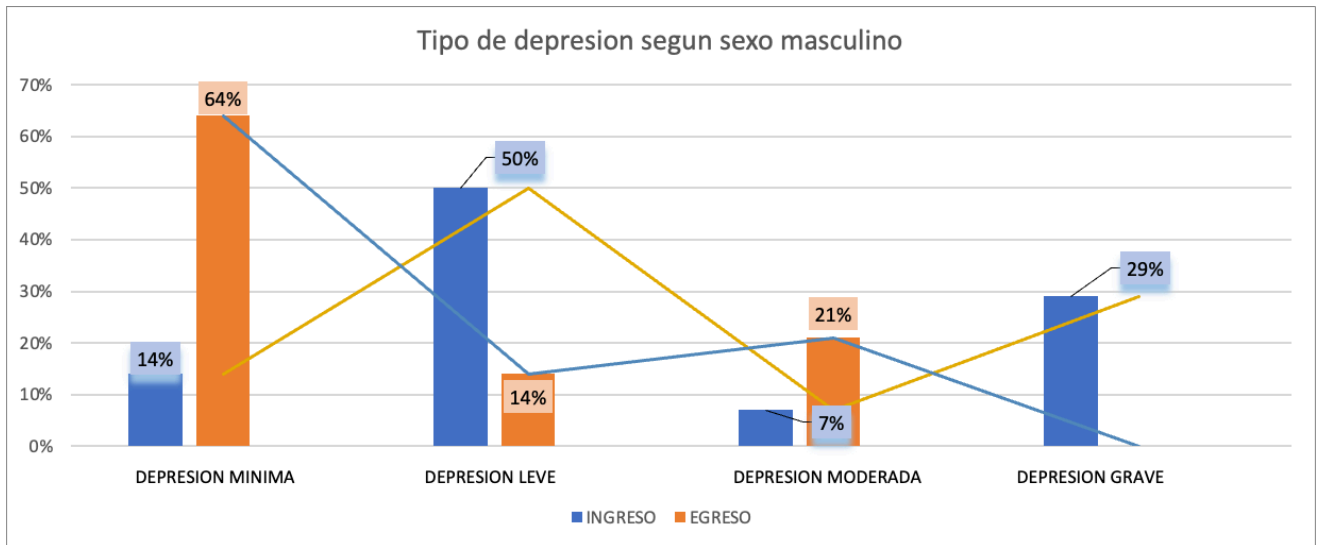
#### 8.4.2 Sexo masculino

En la **Figura 6** se presentan los resultados correspondientes a los participantes del sexo masculino. En este grupo también se observa una mejoría general en los niveles de depresión, aunque con un patrón diferente al observado en las mujeres.

Al ingreso, los hombres mostraban una distribución más heterogénea: 50% con depresión leve, 29% con depresión grave, 14% con mínima y 7% con moderada. Al egreso, se observa un incremento importante en la depresión mínima (64%), acompañado de una reducción en los cuadros leves (14%) y una disminución total de la depresión grave, que deja de aparecer como predominante. Por otro lado, la depresión moderada presenta un leve aumento (de 7% a 21%), lo que podría reflejar una respuesta terapéutica más lenta o parcial en algunos casos. Sin embargo, la tendencia general del grupo masculino apunta a una mejoría clínica significativa, con una disminución en los cuadros más graves y aumento de los leves y mínimos.

#### Figura 6

*Distribución del tipo de depresión según sexo masculino (Ingreso-Egreso)*



**Nota.** Elaboración propia.

#### 8.4.3 Comparación entre ambos sexos

Como se ha mencionado anteriormente, se observa que tanto hombres como mujeres experimentaron una reducción general en los niveles de depresión entre el ingreso y el egreso, reflejando la efectividad del proceso terapéutico durante la internación.

En las mujeres, la mejoría más marcada se evidencia en la reducción de los casos graves, acompañada de un fuerte incremento en la depresión mínima.

En los hombres, la mayoría se concentra en la reducción de los cuadros leves y graves, aunque persiste una proporción moderada de los casos con sintomatología intermedia.

En ambos grupos, la categoría de depresión mínima se convierte en la más representativa al momento del egreso, indicando una tendencia global hacia la desaparición de los síntomas.

## 9. Discusión

Los resultados obtenidos en el presente trabajo permiten reflexionar acerca del valor del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) como herramienta complementaria en el ámbito clínico-hospitalario, especialmente haciendo énfasis en la evaluación de pacientes internados con sintomatología depresiva. En general, el estudio ha demostrado una disminución significativa de la severidad de los síntomas entre el momento de ingreso y la etapa pre-alta, lo que demuestra que el instrumento logra captar con precisión los cambios emocionales ocurridos durante la internación.

Otro de los objetivos ha sido analizar la distribución de las categorías de depresión brindadas por el test. En este análisis, se observó un desplazamiento progresivo hacia niveles

mínimos, en conjunto con una gran reducción de los cuadros graves y leves. Este pasaje refleja una evolución clínica positiva y respalda la sensibilidad del BDI-II para registrar mejoras a lo largo del proceso terapéutico, independientemente del tipo de tratamiento realizado, como señalan Beck, Steer y Brown (1996) y las adaptaciones de Brenlla y Rodriguez (2006). En este sentido, el instrumento demuestra ser un recurso eficaz para acompañar la observación del equipo tratante y aportar datos objetivos al proceso de toma de decisiones en cuanto al alta.

En relación con los objetivos específicos, los resultados han indicado que los síntomas de tipo afectivo y cognitivo (como la tristeza, el pesimismo o los pensamientos de muerte) fueron aquellos que presentaron una mayor reducción en sus puntuaciones entre las dos evaluaciones. Esto coincide con el modelo cognitivo de Aaron Beck (1967, 1979), que plantea que la depresión se sostiene principalmente por las distorsiones del pensamiento y creencias negativas acerca de uno mismo, el mundo y del futuro. La mejoría de estos ítems sugiere que, durante el tratamiento, los pacientes pudieron modificar parcialmente dichos esquemas disfuncionales, reduciendo la intensidad de los estados afectivos negativos. Por otro lado, los síntomas somáticos (como el sueño, el apetito o la fatiga) mostraron una variación más moderada, lo que se puede interpretar como un reflejo de la recuperación progresiva de las funciones neurovegetativas, que suelen normalizarse más lentamente.

Por otra parte, la evolución general de los resultados también se vio reflejada en el análisis según sexo y edad. Tanto los hombres como mujeres presentaron una tendencia hacia niveles mínimos de depresión al egreso, aunque en las mujeres la mejoría fue más marcada por la disminución de los cuadros graves. Los hombres, en cambio, mostraron un perfil más heterogéneo, con un leve aumento en la categoría moderada, lo cual puede estar asociado a las diferencias en la forma de expresar o reconocer los síntomas emocionales. Estos resultados coinciden con los datos epidemiológicos de la Organización Mundial de la Salud (2023), que indican una mayor prevalencia de la depresión en mujeres, pero también una mayor respuesta a los tratamientos psicoterapéuticos en comparación de los hombres.

En cuanto a la edad, la reducción de los niveles de depresión fue mayor en los pacientes jóvenes, quienes pasaron en su mayoría de categorías graves a mínimas. En los adultos jóvenes y mayores el cambio fue más gradual, manteniendo algunos síntomas residuales. Esto podría vincularse tanto a la duración del cuadro depresivo previo como a factores contextuales (por ejemplo, enfermedades crónicas o menos flexibilidad cognitiva), variables que suelen influir en la respuesta terapéutica.

Los hallazgos de este trabajo se articulan con los resultados obtenidos en investigaciones previas sobre la validez y la utilidad clínica del BDI-II. Tal como señalan Barreda Sanchez-Pachas (2019) y Sanchez-Villena et al. (2022), el instrumento presenta una alta consistencia interna y una buena capacidad discriminativa entre los distintos niveles de severidad, incluso en muestras clínicas latinoamericanas. Los datos obtenidos en la presente investigación refuerzan esta evidencia, al mostrar que las puntuaciones del test son coherentes

con la evolución esperada en pacientes hospitalizados, confirmando su fiabilidad y validez en el contexto argentino.

Es importante destacar que los resultados adquieren valor al evidenciar como la medición objetiva puede coadyuvar al juicio clínico y ofrecer un respaldo cuantitativo a la percepción del equipo tratante. La administración del BDI-II en dos momentos clave del proceso de internación no sólo permitió visualizar la mejora de estado de ánimo de los pacientes, sino también incorporar un criterio más comparable a la decisión del alta, en relación a lo planteado por Fernandez-Ballesteros (2004) sobre la importancia de integrar la medición psicométrica al razonamiento clínico. Por lo tanto, se podría decir que el uso del BDI-II en la práctica institucional favorece una mirada interdisciplinaria más completa, en la que los aspectos cuantitativos y cualitativos se complementan.

## **10. Alcances y límites**

Entre los principales alcances de la investigación, se destaca su aplicabilidad directa en el ámbito clínico, ya que se ha logrado demostrar que el BDI-II, administrado en dos momentos del proceso de internación, puede utilizarse como un recurso eficaz para monitorear la evolución del paciente y respaldar las decisiones del equipo tratante. La capacidad del instrumento para detectar cambios significativos en los síntomas depresivos, reafirma su utilidad como complemento del juicio clínico, y su implementación resulta sencilla y adaptable a las instituciones. Además, el estudio promueve la incorporación de herramientas psicométricas estandarizadas dentro de los dispositivos asistenciales, aportando una mirada cuantitativa que se articula con la observación clínica y mejora la práctica interdisciplinaria.

Sin embargo, el trabajo también presenta ciertos límites que deben ser tenidos en cuenta. Por un lado, el tamaño reducido de la muestra ( $n=33$ ), su carácter no probabilístico y el haber trabajado con una única institución impiden la generalización de los resultados; en este caso, al ser una institución privada, los mismos podrían ser no explorables en hospitales públicos. Además, si bien los momentos de administración son cruciales para la investigación, es probable que muchas de las respuestas por parte de los pacientes hayan sido determinadas por su estado de ánimo. No se controlaron variables clínicas adicionales como comorbilidades, uso de psicofármaco y/o el tipo de tratamiento recibido, factores que podrían incidir en la evolución de los síntomas. En el caso, sería correspondiente realizar un seguimiento post-alta para evaluar la efectividad de la Institución a largo plazo.

A pesar de estas limitaciones, el estudio ofrece un aporte valioso para evidenciar la relevancia de la evaluación objetiva dentro del contexto hospitalario. Futuros trabajos podrían ampliar la muestra, incorporar análisis interferenciales y realizar seguimientos para profundizar en la validez externa de los resultados.

## 11. Conclusión

El presente trabajo permitió comprobar que el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es una herramienta útil para acompañar el juicio clínico dentro del contexto hospitalario. Su aplicación al ingreso y en el pre-alta permitió observar cambios claros en la sintomatología depresiva de los pacientes, mostrando una tendencia general hacia la mejoría y la disminución de los cuadros más graves. Esto demuestra que el test es sensible para registrar variaciones reales en el estado emocional a lo largo de la internación.

Desde un punto de vista teórico, los resultados se relacionan con el modelo cognitivo de Beck, que entiende la depresión como el resultado de pensamientos y creencias negativas sobre uno mismo, el mundo y el futuro. La reducción de los síntomas afectivos y cognitivos, como la tristeza o el pesimismo, puede interpretarse como una señal de que los pacientes lograron modificar, al menos en parte, esos esquemas disfuncionales. Por su parte, los síntomas somáticos, como el sueño o la energía, suelen mejorar más lentamente, lo cual también coincide con lo planteado por el autor.

Más allá de los resultados cuantificables, la investigación resalta la importancia de combinar la observación clínica con medidas objetivas que ayuden a fundamentar las decisiones terapéuticas. Incorporar instrumentos estandarizados como el BDI-II permite tener una mirada más completa sobre la evolución de los pacientes, aportando datos concretos que refuerzan el criterio profesional y facilitan el trabajo interdisciplinario. En este sentido, el uso del BDI-II no reemplaza el juicio clínico, sino que lo complementa y lo enriquece.

En conclusión, este estudio aporta evidencia sobre la utilidad del BDI-II como herramienta práctica y teóricamente coherente con la perspectiva cognitiva de la depresión. Su implementación en instituciones de salud mental favorece una evaluación más precisa, ayuda a tomar decisiones más fundamentadas y promueve una atención centrada tanto en los indicadores objetivos como en la experiencia subjetiva del paciente.

## Referencias

Adler, A. (1931/1993). El sentido de la vida (Trad. de la ed. original de 1931). Paidós. (Obra original publicada en 1931).

American Psychiatric Association. (1995). Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4.ª ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2000). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV-TR (4.ª ed., texto revisado). Masson.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5.ª ed.). Washington, DC: Author.

Aragón, L. E., & Silva, A. (2002). Fundamentos teóricos de la evaluación psicológica. Editorial Pax México.

Barreda Sánchez-Pachas, D. V. (2019). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de Investigación en Psicología*, 22(1), 39-52.  
<https://doi.org/10.15381/rinvp.v22i1.16580>

Beck, A. T. (1967). Depresión: Aspectos clínicos, experimentales y teóricos. University of Pennsylvania Press. (Título original: Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects)

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1983). Terapia cognitiva de la depresión (Trad. de la ed. 1979). Desclée de Brouwer. (Obra original publicada en 1979).

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Manual del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). The Psychological Corporation. (Obra publicada originalmente en inglés como Manual for the Beck Depression Inventory-II).

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). Un inventario para medir la depresión. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561–571.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>

Benavides, P. (2017). La depresión: Evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *Revista PUCE*, (105), 171-188.  
<https://doi.org/10.26807/revpuce.v0i105.119>

- Binswanger, L. (1958). *Introducción a la psicoterapia existencial* (Trad. de la ed. 1944–1945). Paidós. (Obra original publicada en 1944-1945).
- Brenlla, M. E., & Rodríguez, C. M. (2006). Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). En A. T. Beck, R. A. Steer, & G. K. Brown (Eds.), *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck* (2.ª ed., pp. 11–37). Buenos Aires: Paidós.
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2007). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales: consideraciones sobre la selección de tests en la investigación psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 863-882.
- Cavieres, A., & López-Silva, P. (2022). ¿Estar depresivo o tener depresión? El modelo biomédico y la diferencia entre estado de ánimo y enfermedad. *Revista Médica de Chile*, 150(11), 1513–1519. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872022001101513>
- Consejo General de la Psicología de España. (2013). *Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)*.
- Contreras-Valdez, J. A., Hernández-Guzmán, L., & Freyre, M.-Á. (2015). Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes. *Terapia Psicológica*, 33(3), 195–203. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000300004>
- de Lellis, M., Lucchetti, C., & Virgilio, A. (2021). Epidemia y salud mental en contexto de reforma institucional: El caso del Instituto Frenopático. *Enciclopedia Argentina de Salud Mental*. Recuperado de <http://www.encyclopediasaludmental.org.ar/trabajo.php?id=157&idtt=15>
- Elosua, P. (2017). Avances, proyectos y retos internacionales ligados al uso de tests en Psicología. *Estudios de Psicología*, 34(2), 201-210. <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000200009>
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society* [Infancia y sociedad]. W. W. Norton & Company.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Evaluación conductual hoy*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Freud, S. (1900/1956). *La interpretación de los sueños* (Trad. de J. Strachey). Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1900).
- Freud, S. (1917/2006). Duelo y melancolía. En J. Strachey (Ed. y Trad.), *Obras completas* (Vol. 14, pp. 235-255). Amorrortu Editores.
- García-Batista, Z. E., Guerra-Peña, K., Cano-Vindel, A., & Medrano, L. A. (2018). Beck Depression Inventory-II: A comprehensive psychometric analysis in Ibero-American countries. *Psychology Research and Behavior Management*, 11, 627–637.  
<https://doi.org/10.2147/PRBM.S173701>
- Gomes-Oliveira, M. H., Gorenstein, C., Neto, F. L., Andrade, L. H., & Wang, Y. P. (2012). Validación de la versión portuguesa de Brasil del Inventario de Depresión de Beck-II en una muestra comunitaria. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34, 389–394.
- Grothe, K. B., Dutton, G. R., Jones, G. N., Bodenlos, J., Ancona, M., & Brantley, P. J. (2005). Validation of the Beck Depression Inventory-II in a low-income African American sample of medical outpatients. *Psychological Assessment*, 17, 110–114.
- Jackson, S. W. (1986). *Historia de la melancolía y la depresión: Desde los tiempos hipocráticos a la época moderna* (Trad. M. P. Villarreal). Editorial Tecnos.
- Jaspers, K. (1913/1993). *Psicopatología general* (Trad. de la ed. original de 1913). Fondo de Cultura Económica.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26–31.
- Kelley, T. L. (1927). *Interpretación de las mediciones educativas*. World Book Company.
- Kojima, M., Furukawa, T. A., Takahashi, H., Kawai, M., Nagaya, T., & Tokudome, S. (2002). Validación transcultural del Inventario de Depresión de Beck-II en Japón. *Investigación en Psiquiatría*, 110(3), 291–299.

Kraepelin, E. (1899/1921). *Locura maníaco-depresiva y paranoia* (R. Mary Barclay, Trad.). E. & S. Livingstone. (Trabajo original publicado en 1899 como *Lehrbuch der Psychiatrie*, 6.ª ed.).

Levinson, D. J. (1978). *The seasons of a man's life* [Las estaciones de la vida de un hombre]. Alfred A. Knopf.

Ley de Salud Mental de la República Argentina N.º 26.657 (2010). Disponible en <http://www.mpd.gov.ar/area/index/titulo/unidad-de-letrados-art-22-de-la-ley-26-657-274>

Melipillán, R., Cova, F., Rincón, P., & Valdivia, M. (2008). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en adolescentes chilenos. *Terapia Psicológica*, 26, 59–69.

Montero, I., & León, O. G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 115–127.

Moreira, A. R., Fíeltiz, P. G., López, G. R., Aguerre, R., Ezeiza, G., & Martino, V. (2018). Depresión asociada al apoyo social, estancia hospitalaria y patología médica en pacientes ingresados en Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 56(4), 219–227. <https://doi.org/10.4067/S0717-@>

Muñiz, A. (Comp.). (2018). *Intervenciones en psicología clínica: Herramientas para la evaluación y el diagnóstico*. Universidad de la República, Comisión Sectorial de Enseñanza. <https://www.cse.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2018/12/Intervenciones-en-psicolog%C3%A4Da-cl%C3%ADnica-Alicia-Mu%C3%B1iz-Guías.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes: Estimaciones de salud mundial* [Depression and other common mental disorders: Global health estimates]. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>

Organización Mundial de la Salud. (2025, enero). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Osman, A., Barrios, F., Gutiérrez, P., Williams, J., & Bailey, J. (2008). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck II en muestras no clínicas de adolescentes. *Journal of Clinical Psychology*, 64(1), 83–102.
- Posada, M. C., & Castañeiras, C. (2019). Investigación psicométrica del Inventario de Depresión de Beck: Datos normativos en la ciudad de Mar del Plata. *Perspectivas en Psicología*, 16(2), 45–60.
- Redelmeier, D. A., Ferris, L. E., Tu, J. V., Hux, J. E., & Schull, M. J. (2001). Problemas para el juicio clínico: Introducción de la psicología cognitiva como una ciencia básica más. *Canadian Medical Association Journal*, 164(3), 358–360.
- Redalyc. (2021). Propiedades psicométricas y validez discriminante del Inventario de Depresión de Beck-II en población argentina. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/686/68672425002>
- Richaud, M. C., & Sacchi, C. (2001). Análisis de la estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck en población argentina. *Anuario de Investigaciones*, 9, 215–222.
- Sánchez-Villena, A. R., Farfán Cedrón, E., De la Fuente-Figuerola, V., & Chávez-Ravines, D. (2022). Estructura factorial y datos normativos del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en población general peruana. *Acta Colombiana de Psicología*, 25(2), 164–178. <https://doi.org/10.14718/acp.2022.25.2.10>
- Sanz, J. (2013). 50 años de los Inventarios de Depresión de Beck: Consejos para la utilización de la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica. *Papeles del Psicólogo*, 34(3), 161–168. <https://www.papelesdel psicologo.es/pdf/2275.pdf>
- Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., & García-Vera, M. P. (2014). Criterios y baremos para interpretar el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). *Papeles del Psicólogo*, 35(1), 37–59. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77830947005>

Sanz, J., Perdigón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249–280.

Sanz, J., Navarro, M. E., & Vázquez, C. (2013). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 24(1), 49–56. <https://doi.org/10.5093/cl2013a5>

Sanz, J., & Vázquez, C. (2011). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 22(2), 145–160.

Segal, D. L., Coolidge, F. L., Cahill, B. S., & O'Riley, A. A. (2008). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) en adultos mayores que viven en la comunidad. *Modificación de la Conducta*, 32, 3–20.

Schuyler, D., & Katz, M. M. (1973). Epidemiología de la depresión. En A. T. Beck (Ed.), *Depresión: Causas y tratamiento* (pp. 27–47). University of Pennsylvania Press.

Somoza, E., Steer, R. A., Beck, A. T., & Clark, D. A. (1994). Differentiating major depression and generalized anxiety disorder using the Beck Depression Inventory and the Beck Anxiety Inventory. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 1(1), 49–56.

Straus, E. (1978). *Psicología fenomenológica* (Trad. de la ed. 1966). Alianza Editorial. (Obra original publicada en 1966).

Subica, A., Fowler, C., Elhai, J., Frueh, C., Sharp, C., & Kelly, E. (2014). Estructura factorial y validez diagnóstica del Inventario de Depresión de Beck II en pacientes adultos hospitalizados: Comparación con una entrevista diagnóstica de referencia. *Psychological Assessment*, 26(4), 1106–1115.

Tennen, H., Hall, J. A., & Affleck, G. (1995). Metodologías de investigación sobre la depresión en estudios de adultos. En E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Manual de la depresión* (pp. 200–226). Guilford Press.

Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. (s.f.). *Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)* [Formulario en español].

[https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/psicometria/Material/BDI\\_II.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/psicometria/Material/BDI_II.pdf)

Van Hemert, D. A., Van de Vijver, F. J. R., & Poortinga, Y. H. (2002). El Inventario de Depresión de Beck como medida del bienestar subjetivo en la investigación transcultural. *Cross-Cultural Research*, 36(3), 233–260. <https://doi.org/10.1177/10697102036003002>

Vázquez, C., & Sanz, J. (1991). Fiabilidad y valores normativos de la adaptación castellana del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 3(2), 191–196.

Vázquez, C., & Sanz, J. (2000). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) en población general. *Clínica y Salud*, 11(1), 49–56.

Wang, Y. P., & Gorenstein, C. (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II: Una revisión exhaustiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(4), 416–431. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1048>

Organización Mundial de la Salud. (2025). Trastorno depresivo (depresión). Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Apéndice A. Modelo del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), Adaptación Argentina  
(Brenlla & Rodríguez)

INSTITUTO O' GORMAN Departamento de Psicoevaluación				
ESCALA DE BECK				
PREGUNTA		Rta	PREGUNTA	Rta
<b>A HUMOR</b>			<b>K IRRITABILIDAD</b>	
1	No me siento triste		1	No me irrito más que antes
2	Me siento triste o apesadumbrado		2	Me irrito más fácilmente ahora que lo que era común en mí
3	Me siento triste todo el tiempo y no logro sacarme de encima		3	Estoy irritado todo el tiempo
4	Estoy tan triste o apenado que eso me hace sufrir mucho		4	No me irritan ya para nada las cosas que solían irritarme
5	Me siento tan triste o infeliz que no puedo soportarlo más.		<b>L DISTANCIAMIENTO SOCIAL</b>	
<b>B PESIMISMO</b>			1	No he perdido el interés en otras personas
1	No tengo temor al futuro		2	No he perdido el interés en otras personas
2	Tengo pocas esperanzas con respecto al futuro		3	Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
3	Siento que no puedo esperar nada del futuro		4	Ahora tengo mucho menos interés en los demás y no siento casi nada por ellos
4	Si miro hacia el pasado no veo más que mis fracasos o errores		5	No me importa nada de lo que les pase a los demás
5	Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no van a mejorar nunca		<b>M INDECISIÓN</b>	
<b>C SENSACIÓN DE FRACASO</b>			1	Tomar decisiones me resulta aproximadamente igual de fácil que antes
1	No me considero fracasado		2	Trato de postergar mis decisiones más frecuentemente que antes porque estoy menos seguro de mí mismo
2	Creo haber tenido más fracasos que el promedio de las personas		3	No puedo tomar decisiones sin ayuda
3	Muy poco de lo que he logrado vale la pena o significa algo		4	No puedo tomar ninguna decisión ni siquiera con ayuda
4	Si miro hacia el pasado no veo más que mis fracasos o errores		<b>N IMAGEN CORPORAL</b>	
5	Siento que he fracasado totalmente como persona (como padre, como cónyuge, como ser humano)		1	No creo tener peor aspecto que antes
<b>D FALTA DE INTERÉS</b>			2	Me preocupa estar avejentado o poco atractivo
1	En general, estoy satisfecho con lo que hago		3	Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer desagradable
2	Estoy aburrido la mayor parte del tiempo		4	Creo que se me ve de aspecto repulsivo o muy desagradable
3	No disfruto de las cosas como antes		<b>Ñ INHIBICIÓN LABORAL</b>	
4	Nada me satisface realmente		1	Puedo trabajar tan bien como antes
<b>E SENTIMIENTO DE CULPA</b>			2	Me cuesta más que antes empezar a hacer algo
1	No me siento culpable de nada en especial		3	No trabajo tan bien como antes
2	A veces me siento malo o indigno		4	Tengo que esforzarme mucho para hacer las cosas habituales
3	Me siento culpable de casi todas las cosas malas que ocurren		5	No me siento capaz de hacer ninguna tarea por simple que sea
4	Me siento malo o indigno la mayor parte del tiempo		<b>O TRASTORNOS DEL SUEÑO</b>	
5	Siento que soy una muy mala persona o que no valgo nada		1	Puedo dormir tan bien como antes
<b>F SENSACIÓN DE CASTIGO</b>			2	No duermo tan bien como antes
1	No tengo la impresión de que me pueda ocurrir algo malo		3	Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual
2	Tengo la sensación de que puedo ser castigado por algo		4	Me cuesta 1 ó 2 horas dormirme por la noche
3	Siento que se me está castigando o que sin duda recibiré un castigo tarde o temprano		5	Me despierto muy temprano todos los días
4	Estoy convencido de que merezco ser castigado		6	No duermo en total más de 5 horas por noche
5	Deseo que se me castigue porque me lo merezco		<b>P FATIGABILIDAD</b>	
<b>G PÉRDIDA DE AUTOESTIMA</b>			1	No me canso más de lo habitual
1	En general, estoy conforme conmigo mismo		2	Me canso más fácilmente que antes
2	Me he desilusionado con respecto a mí mismo		3	Cualquier cosa que tenga que hacer me cansa mucho
3	No me gusta como soy		4	Estoy siempre demasiado agotado o cansado aún para hacer cosas habituales
4	Estoy hastiado de mí mismo		<b>Q PÉRDIDA O AUMENTO DEL APETITO</b>	
5	Me aborrezco a mí mismo		1	Mi apetito no ha variado
<b>H AUTOACUSACIÓN</b>			2	Mi apetito ha disminuido o aumentado un poco pesimismo
1	No creo ser peor que las demás personas		3	Tengo mucho menos apetito que antes
2	Me reprocho por mis debilidades o errores		4	Ya no tengo nada de apetito
3	Creo tener muchas fallas graves		<b>R PÉRDIDA O AUMENTO DE PESO</b>	
4	Me acuso por todas las cosas malas que suceden a mi alrededor		1	Últimamente no he cambiado casi de peso
<b>I IDEAS DE AUTOCASTIGO</b>			2	He perdido o aumentado alrededor de 2 kilos
1	No se me ocurren ideas de causarme daño a mí mismo		3	He perdido 5 kilos o más de peso
2	Me vienen pensamientos de cometer algún mal contra mí mismo, pero no los llevaré a la práctica		4	He perdido 7 kilos o más de peso
3	Siento que estaría mejor muerto		<b>S PREOCUPACIÓN POR LA SALUD FÍSICA</b>	
4	Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera		1	No estoy preocupado por mi salud más que la generalidad de las personas
5	He hecho planes para cometer suicidio		2	Estoy preocupado por problemas físicos o sensaciones desagradables en el cuerpo (como dolores, opresión, dificultades con el intestino o al orinar, etc.)
6	Me mataría si fuera capaz		3	Me cuesta pensar en otra cosa que en mis molestias físicas y dolores
<b>J TENDENCIA AL LLANTO</b>			4	Estoy todo el tiempo preocupado por mis malestares y no puedo pensar en nada más
1	No lloro más que el resto de las personas		<b>T PÉRDIDA DE LIBIDO</b>	
2	Lloro más que antes		1	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
3	Ahora lloro todo el tiempo sin poder evitarlo		2	Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar
4	Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, aunque tenga ganas		3	Ahora tengo mucho menos interés en el sexo
			4	He perdido totalmente interés en el sexo