

# CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DEL CENTRO DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS EN MUJERES MEXICANAS ADULTAS DE ÁREAS RURALES

V. NELLY SALGADO-DE SNYDER, D.S.W.,<sup>(1)</sup> MARGARITA MALDONADO, M.A.<sup>(2)</sup>

Salgado-de Snyder VN, Maldonado M. Características psicométricas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. *Salud Publica Mex* 1994;36:200-209.

## RESUMEN

*En este trabajo se presentan los resultados del comportamiento psicométrico de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D en una muestra de 250 mujeres adultas, pertenecientes a poblaciones rurales de los estados de Jalisco y Michoacán. A través del análisis factorial, se encontró una solución de cuatro factores que, si bien no replican la estructura factorial original de la escala, sí permiten agrupar en forma adecuada los reactivos, de acuerdo con su contenido conceptual. La consistencia interna de la CES-D fue alta (Alpha .92) y también tuvo una correlación significativa con las medidas para evaluar su validez de criterio. Se recomienda utilizar esta escala con precaución en las mujeres de las zonas rurales y se subraya la necesidad de tomar en cuenta tanto los puntajes promedio, como la presencia y persistencia de sintomatología específica, que debe ser interpretada de acuerdo con el contexto sociocultural de la población estudiada.*

*Palabras clave:* mujeres, CES-D, depresión, rural, México

Salgado-de Snyder VN, Maldonado M. Psychometric characteristics of CES-D in Mexican female adults of rural areas. *Salud Publica Mex* 1994;36:200-209.

## ABSTRACT

*This paper presents the results of a study aimed at describing the characteristics of the CES-D in a sample of 250 adult women, residents of rural areas in the Mexican states of Jalisco and Michoacan. Our factor analyses did not replicate the factor structure of the original scale, but adequately grouped the items according to their conceptual meaning. The CES-D was found to possess a high internal consistency (Cronbach's Alpha .92) besides being strongly correlated with the measures used to assess the scales's criterion validity. Caution is recommended when using this scale with rural women, especially when interpreting the results which should incorporate not only the total scores but also the evaluation of the presence and persistence of specific symptoms in the particular sociocultural context of the studied population.*

*Key words:* women, CES-D, depression, rural, Mexico

Solicitud de sobretiros: Dra. Nelly Salgado de Snyder. División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calzada México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370 México, D.F.

(1) Investigador de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, Instituto Mexicano de Psiquiatría, México.

(2) Maestra de la Escuela de Psicología, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, Guadalajara, México.

Fecha de recibido: 30 de septiembre de 1992

Fecha de aprobado: 21 de enero de 1993

**L**A SALUD MENTAL y la salud pública han sido, históricamente, áreas de trabajo distintas y la parcialización del conocimiento que esta división implica, ha creado barreras en la comprensión de los fenómenos psicopatológicos en cuanto a su etiología, su relación con otras patologías, su distribución en la población y los programas de intervención. En la actualidad, las necesidades de salud de una población no se pueden evaluar en forma aislada; es necesario hacerlo en un contexto multidisciplinario, que permita la incorporación de variables para medir los aspectos de salud/enfermedad mental (como la depresión), contenidos en los estudios epidemiológicos sobre aspectos generales de salud pública, en nuestro país.

En México, como en el resto del mundo, la depresión ha sido ampliamente documentada e identificada como uno de los problemas de salud mental más graves de este siglo.<sup>1-3</sup> Ha llegado a ser considerada como un problema de salud pública, debido a su alta prevalencia, a sus consecuencias y a la posibilidad de prevenirla y tratarla adecuadamente.<sup>2</sup>

A pesar de que ha sido ampliamente documentada la importancia que reviste la detección oportuna de los factores de riesgo para la depresión, aún existen barreras que dificultan la identificación de tales factores, entre las que destaca la carencia de instrumentos adecuados. En los últimos años ha surgido un interés en evaluar la sintomatología depresiva y en hacer diagnósticos de depresión clínica en la comunidad. Dicho interés surgió a partir de la evidencia de que la depresión constituye el desorden psiquiátrico más frecuente en la población, con una alta morbilidad y mortalidad, y que puede prevenirse y tratarse eficazmente.<sup>4,5</sup> Por ende, es muy importante contar con los instrumentos necesarios para evaluar los aspectos de la depresión, que produzcan resultados cuantitativos replicables en poblaciones culturalmente diferentes. El acceso a este tipo de escalas nos acerca al conocimiento de los factores de riesgo que deben tomarse en cuenta en el desarrollo de planes de acción comunitarios.

Los factores de riesgo para la depresión mencionados más a menudo en la bibliografía al respecto, son de naturaleza sociodemográfica. Así, los más importantes son: ser mujer, tener un nivel socioeconómico bajo y una baja escolaridad. Llama la atención el hecho de que, durante los últimos 30 años, en la bibliografía especializada se ha hecho mención constante a las tasas de incidencia y prevalencia de trastornos depresivos, las cuales

son significativamente más altas entre las mujeres que entre los hombres.<sup>2,6-9</sup>

Por otra parte, existen investigaciones en las que se establece que, a menudo, la presencia de síntomas de trastornos psiquiátricos (por ejemplo, la depresión) en una población determinada, no constituye un indicador seguro de que la enfermedad exista en efecto. Esto último se debe a que en la mayoría de los estudios de prevalencia, se utilizan escalas cuyo puntaje total está compuesto por grupos de síntomas, de los cuales muchos representan síntomas de psicopatología general y no del desorden específico que se pretende estudiar. Por esta razón, Dohrenwend y Crandall,<sup>10</sup> y Craig y Van Natta<sup>11</sup> sugieren que la duración del síntoma es un factor mucho más importante que la presencia del mismo para determinar la existencia de un trastorno mental. Asimismo, es necesario reconocer que la influencia cultural en la expresión de la depresión, se manifiesta tanto en la presencia de síntomas específicos, como en la intensidad de los mismos.

En la actualidad, se cuenta con una buena cantidad de instrumentos psicológicos y psiquiátricos para evaluar la depresión, que han sido validados y utilizados extensamente en poblaciones diversas. Sin embargo, el empleado con mayor frecuencia en la investigación es, sin duda alguna, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D).<sup>12</sup>

La CES-D se creó en el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH) con el propósito de poder identificar los factores de riesgo asociados con la depresión mediante un instrumento que, a su vez, pudiera ser aplicado por entrevistadores legos a poblaciones no institucionalizadas. Cabe aclarar que la CES-D no es un instrumento de diagnóstico clínico para evaluar depresión, sino una escala que proporciona indicadores de riesgo de esa enfermedad, a través de la expresión de sintomatología depresiva. La prevalencia de la sintomatología depresiva en los estudios comunitarios, es superior a la de la depresión clínica. La mayoría de los miembros de una comunidad dada, presenta uno o dos síntomas depresivos en algún momento, y sólo entre el 9 y el 20 por ciento de la población manifiesta los suficientes síntomas que los sitúan en los grupos de "alto riesgo" de padecer una depresión clínica.<sup>13,14</sup>

La escala CES-D se creó con base tanto en los análisis de reactivos de otras escalas, como en las experiencias clínicas. La CES-D cuenta con 20 reactivos representativos de los componentes más importantes de la sinto-

matología depresiva. De acuerdo con el análisis factorial de la escala,<sup>12</sup> los reactivos quedan agrupados en cuatro apartados: I. Afecto negativo; II. Afecto positivo; III. Relaciones interpersonales y IV. Actividad retardada y somatización.

Esta escala puede ser autoaplicada o administrada por entrevistadores legos, ya que los reactivos son simples, directos y sin riesgo de confusión. Su aplicación implica inquirir al entrevistado acerca de la cantidad de días, durante la semana previa a la aplicación del instrumento, en que se sintió como lo indica cada uno de los 20 reactivos de la escala. Las categorías de respuesta son: 0= ningún día, menos de un día; 1= de uno a dos días; 2= de tres a cuatro días; y 3= de cinco a siete días. Las categorías de respuesta para los reactivos de afecto positivo, se recodifican en el orden inverso. El puntaje total de la escala es la sumatoria de los puntos de los 20 reactivos, que tiene un rango de 0 a 60. En los Estados Unidos se ha establecido un punto de corte de 16 para la identificación de casos de depresión en estudios epidemiológicos.<sup>15</sup>

Esta escala ha sido utilizada en estudios comunitarios tanto en los Estados Unidos, como en otros países. En la mayoría de los estudios se ha encontrado que la CES-D cuenta con las características psicométricas necesarias, de tal manera que puede aplicarse prácticamente a cualquier población.<sup>3,16-18</sup> Además, en la mayoría de estos estudios, se confirma la estructura factorial de cuatro factores, que informara originalmente Radloff. Sin embargo, en otras investigaciones se han encontrado variaciones en la estructura factorial de la escala, que dependen de las características de la muestra, tales como sexo, estado civil, país de origen, etnicidad y jefatura de hogar.<sup>19-23</sup>

En México, se ha administrado la CES-D a jóvenes y adultos de ambos sexos, en poblaciones rurales y urbanas.<sup>24-26\*</sup> Los resultados de estas investigaciones concuerdan en que la estructura factorial de la CES-D es diferente a la que informa originalmente Radloff. Sin embargo, los resultados también indican que esta escala posee una

consistencia interna muy alta y, en general, las conclusiones de las investigaciones reiteran la utilidad de esta prueba.

La popularidad de esta escala en los estudios de tipo comunitario, ciertamente está justificada. Sin embargo, cabe tomar en cuenta que, a pesar de su uso extensivo en diferentes países y en poblaciones diversas, en muchos de los estudios se informa de variaciones tanto en los patrones de respuesta a cada reactivo, como en la estructura factorial de la escala. Estas variaciones podrían tomarse como indicadores culturales de los diferentes aspectos de la sintomatología depresiva, mismos que deben ser considerados si lo que se pretende es comprender más extensamente la fenomenología de la depresión en contextos socioculturales específicos.

En este estudio se plantearon varios puntos de importancia, como la identificación de aquellos síntomas que contribuyen de manera más significativa que otros, a la manifestación de la depresión. Otro punto importante, fue el de intentar determinar si la CES-D es una medida de sintomatología depresiva, que efectivamente posee las características psicométricas (validez de constructo, consistencia interna, validez de criterio) adecuadas para emplearla en todo tipo de poblaciones, en este caso, en mujeres mexicanas adultas de poblaciones rurales.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizaron entrevistas individuales a 250 mujeres adultas, pertenecientes a varias comunidades rurales de los estados de Jalisco y Michoacán. Todas las encuestadoras eran pasantes de la carrera de psicología del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente Guadalajara y recibieron un entrenamiento especial para aplicar las encuestas. A las entrevistadas se les informó del propósito del estudio, se les pidió su colaboración y se les garantizó la discreción y el anonimato en sus respuestas.

Se aplicó una encuesta compuesta de varias secciones; una de éstas, fue la escala de la CES-D, misma que ha sido descrita en detalle con anterioridad.

## RESULTADOS

El cuadro I detalla las características sociodemográficas de las 250 mujeres que constituyeron la muestra del presente estudio. Todas las mujeres tenían trabajo

\* Caetano R, Medina-Mora ME. Factor structure of the CES-D scale among Mexican-Americans, Mexicans and the US population. Berkeley, CA: Alcohol Research Group, 1991. Documento no publicado.  
Mariño MC, Medina-Mora ME, Chaparro JJ, González-Forteza C. Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en adolescentes mexicanos. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría 1992. Documento no publicado.

**CUADRO I**  
**Características sociodemográficas de la muestra**

	(N= 250)	
	M	DE
Edad	36.2	10.2
Educación	4.7	3.3
Años de matrimonio	16.0	10.3
Número de hijos	5	4
Número de personas viviendo en la misma casa	6	3

remunerado y, además, se dedicaban a las labores domésticas. La mayoría (70%) trabajaba en su hogar fabricando artesanías, preparando y vendiendo comida, o

bien, ocupándose de las labores de la agricultura. Una proporción menor (30%), trabajaba fuera del hogar como: empleada doméstica, empleada de mostrador y, en las labores del campo. El 100 por ciento profesaba la religión católica. Setenta y ocho por ciento nació en Jalisco, 7.2 por ciento en Michoacán y el 4.8 por ciento en otro estado.

En el cuadro II, se incluye la media grupal de cada uno de los 20 reactivos de la CES-D, así como la presencia y la persistencia de los síntomas de acuerdo con la clasificación de Craig y Van Natta.<sup>11</sup> La presencia se refiere al porcentaje de mujeres que indica haber experimentado el síntoma durante la semana anterior a la aplicación del instrumento. Para calcular este dato, se sumaron los casos que tuvieron puntajes de 1, 2 y 3, excluyéndose aquéllos con puntajes de 0 en cada uno de los reactivos. La persistencia se refiere a la proporción de mujeres que obtuvieron puntajes de 3 únicamente en los reactivos señalados; esto es, cuando el síntoma se experimentó

**CUADRO II**  
**Respuestas a los reactivos del CES-D: media, presencia y persistencia**

Reactivos CES-D	Media	(N= 250)	
		Presencia	Persistencia
Me molestaron cosas que usualmente no me molestan	0.64	36.0	10.0
No me sentía con ganas de comer, tenía mal apetito	0.73	36.0	9.6
Sentía que no podía quitarme de encima la tristeza, ni con la ayuda de familiares y amigos	1.23	60.0	24.8
Sentía que era tan buena como cualquier otra persona	1.32	62.8	27.2
Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que estaba haciendo	1.19	59.6	22.4
Me sentía deprimida	1.52	72.4	30.4
Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo	1.29	60.0	28.0
Me sentía optimista sobre el futuro	1.50	69.2	31.2
Pensé que mi vida era un fracaso	0.73	38.8	13.6
Me sentía con miedo	0.92	48.0	14.8
Mi sueño era inquieto	1.15	57.2	20.8
Estaba contenta	1.38	68.4	26.8
Hablé menos de lo usual	0.71	43.2	5.6
Me sentí sola	1.34	64.0	27.6
La gente no era amigable	0.85	44.4	15.2
Disfruté de la vida	1.62	72.4	34.0
Pasé ratos llorando	0.84	48.8	12.0
Me sentí triste	1.43	72.0	26.4
Sentí que no le caía bien a la gente	0.86	45.2	14.4
No tenía ganas de hacer nada	1.18	58.8	23.2

durante cinco a siete días de la semana previa a la aplicación del instrumento.

Como se observa en el cuadro II, los reactivos con las medias más altas correspondieron a los de mayor presencia y persistencia. Cabe destacar que los reactivos 16 y 12, corresponden al componente "afecto positivo", y que son evaluados con puntajes inversos (a mayor puntaje, menor presencia).

Se llevó a cabo la crosvalidación de la escala, a través del análisis factorial confirmatorio, utilizando los

mismos métodos estadísticos que Radloff<sup>12</sup> en su estudio de validación de la CES-D. El análisis de componentes principales, indicó la presencia de cuatro factores con valores eigen mayores a 1. Se hizo un análisis factorial con rotación varimax, para determinar si el origen de la variación de los reactivos y su agrupamiento coincidía con los datos que, con anterioridad, informara Radloff.<sup>12</sup> En el cuadro III se muestran los resultados de este análisis. Los reactivos están ordenados bajo los cuatro factores originales reportados por Radloff.<sup>12</sup> Como se

**CUADRO III**  
**Matriz factorial del CES-D con rotación varimax**

	Factor I Afecto depresivo	Factor II Interpersonal	Factor III Afecto positivo	Factor IV Actividad disminuida
<b>Afecto negativo</b>				
Sentía que no podía quitarse de encima la tristeza, ni con la ayuda de familiares y amigos	.72558	.02730	.13707	.37473
Me sentía deprimida	.82779	.08421	.04456	.15878
Pensé que mi vida era un fracaso	.60189	.45796	.08298	-.02003
Me sentía con miedo	.67104	.25531	-.05446	.02245
Me sentía sola	.57924	.41882	-.04719	.25854
Pasé ratos llorando	.51880	.43194	.17660	.20910
Me sentí triste	.80352	.16661	.06848	.05436
<b>Afecto positivo</b>				
Sentía que era tan buena como cualquier otra persona	-.05283	.00855	.67996	-.24417
Me sentía optimista sobre el futuro	.04256	-.09304	.77303	-.07157
Estaba contenta	.19362	.15520	.67533	.32957
Disfruté de la vida	-.07268	.39956	.52000	.30640
<b>Interpersonal</b>				
La gente no era amigable	.19017	.83062	-.05459	.08479
Sentí que no le caía bien a la gente	.47429	.60366	.19704	.12592
<b>Somatización/Acción retardada</b>				
Me molestaron cosas que usualmente no me molestan	.41258	-.03216	.11705	.34927
No me sentía con ganas de comer, tenía mal apetito	.40657	.02326	-.01846	.68529
Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que estaba haciendo	.64852	.09173	.00867	.28326
Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo	.68480	.16378	-.07399	.17064
Mi sueño era inquieto	.58166	.11086	.01843	.26706
Hablé menos de lo usual	.13822	.30463	-.08788	.65636
No tenía ganas de hacer nada	.68013	.35131	.02575	.02994

puede observar, el Factor I estuvo formado por 12 reactivos con cargas factoriales mayores de .40. Los reactivos que cargaron en el primer factor, corresponden a los siete reactivos informados por Radloff<sup>12</sup> en su primer factor "afecto negativo". Además, se incorporaron cuatro reactivos que en el trabajo de Radloff cargaron en el Factor IV, identificado como "somatización y acción retardada". El primer factor fue re-etiquetado como "afecto depresivo", pues incorpora elementos de somatización y de afecto negativo que han sido identificados como los dos componentes principales de la depresión.<sup>27</sup> El Factor I, "afecto depresivo", explicó el 36.5 por ciento de la varianza total.

Los factores II (relaciones interpersonales) y III (afecto positivo) incluyeron los mismos reactivos informados por Radloff,<sup>12</sup> por lo que sí se replicaron; además, explicaron el 9.5 y el 5.9 por ciento de varianza, respectivamente. Por último, el Factor IV (actividad disminuida) incluyó dos reactivos que reflejan una disminución de las actividades normales; este factor explicó el 5.2 por ciento de la varianza. La combinación de los cuatro factores explicó el 57.5 por ciento del total de la varianza acumulada.

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis factorial con rotación oblicua, para determinar la estructura de los factores y las intercorrelaciones de los mismos. La rotación oblicua dio como resultado idénticos factores, en el mismo orden, con la agrupación de los mismos reactivos que en el análisis anterior (rotación varimax). Los resultados de este análisis se encuentran en el cuadro IV.

La correlación de los cuatro factores (cuadro V) sugiere que el I y el IV están íntimamente relacionados entre sí y que miden una sola dimensión de la depresión. Por otra parte, los factores II y III no se relacionan con el I y el IV; esto indica que los reactivos de los factores II (relaciones interpersonales) y III (afecto positivo), miden otras dimensiones en la expresión de la depresión.

Con respecto a la consistencia interna, se encontró una elevada correlación reactivo-reactivo y reactivo-escala para el Factor I (afecto depresivo) con doce reactivos, que obtuvo un Alpha de Cronbach de .91. El Factor II (relaciones interpersonales) formado por dos reactivos, logró un coeficiente de correlación de .49 y un Alpha de Cronbach de .66. El Factor III (afecto positivo), agrupó cuatro reactivos estrechamente correlacionados y tuvo un Alpha de Cronbach de .63. Por último el Factor IV (actividad disminuida), con dos reactivos, mostró un coeficiente de correlación de .34 y un Alpha de .51.

Posteriormente se calculó una matriz de correlación de los 20 reactivos de la CES-D, como escala total. Todos los reactivos estuvieron correlacionados con cargas relativamente altas. De las 190 correlaciones entre reactivos, 56 obtuvieron coeficiente superior a .40. Por otro lado, la correlación de cada reactivo con la escala completa, indicó coeficientes bastante altos. De las 20 correlaciones reactivo-escala, 16 obtuvieron coeficientes mayores a .40. Los reactivos 18 ("me sentí triste"), 19 ("sentí que no le caía bien a la gente") y 20 ("no tenía ganas de hacer nada") tuvieron coeficientes reactivo-escala de .69, .68 y .65, respectivamente. Para toda la escala, se obtuvo un Alpha de Cronbach de .92.

Con el objeto de confirmar la validez de criterio de la escala, se calcularon las correlaciones de cada uno de los factores y del CES-D como escala, con dos medidas criterio: las subescalas de ansiedad, somatización y depresión del SCL-90<sup>28</sup> y la Escala de Autoestima de Coopersmith.<sup>29</sup> Estas medidas criterio se seleccionaron tomando en cuenta la utilidad que demostraron tener en estudios de validación con poblaciones de origen mexicano.<sup>30</sup>

En el cuadro VI se muestran los resultados completos de este análisis. Cabe destacar que el Factor I obtuvo los coeficientes de correlación más altos. Este factor se correlacionó significativamente con las subescalas del SCL-90 de depresión, ansiedad y con la Escala de Autoestima de Coopersmith en la dirección esperada.

El punto de corte que se ha establecido en la bibliografía al respecto, para la identificación de casos de depresión en estudios comunitarios, es de 16;<sup>15</sup> representa el percentil 80 de varias muestras de estudios comunitarios, a gran escala, en los Estados Unidos. Si se aplica este punto de corte en la presente muestra, se obtendrá una prevalencia de depresión del 60 por ciento, lo cual no refleja la realidad. Sin embargo, si se utiliza este mismo criterio (el percentil 80) para establecer el propio punto de corte con la presente muestra, éste sería de 35. Esto indica que el 20 por ciento de los sujetos obtuvieron puntajes de 35 o más en la escala de CES-D, lo cual los identificaría como casos de depresión.

## DISCUSIÓN

La expresión de la sintomatología depresiva a través de los reactivos de la CES-D en la presente muestra, difiere de la informada en otros estudios. La presencia y la persistencia de los síntomas de depresión en esta mues-

**CUADRO IV**  
**Matriz factorial del CES-D con rotación oblicua**

	Factor I Afecto depresivo	Factor II Afecto positivo	Factor III Interpersonal	Factor IV Actividad disminuida
<b>Afecto negativo</b>				
Sentía que no podía quitarme de encima la tristeza, ni con la ayuda de familiares y amigos	<b>.77278</b>	.18413	-.06101	.50354
Me sentía deprimida	<b>.84110</b>	.09186	-.11972	.31576
Pensé que mi vida era un fracaso	<b>.67757</b>	.14042	-.48559	.14804
Me sentía con miedo	<b>.70189</b>	-.00645	-.28100	.17292
Me sentí sola	<b>.69446</b>	.01812	-.43963	.40713
Pasé ratos llorando	<b>.54131</b>	.23312	-.45432	.33796
Me sentí triste	<b>.81798</b>	.11644	-.20230	.22042
<b>Afecto positivo</b>				
Sentía que era tan buena como cualquier otra persona	-.07389	<b>.66568</b>	-.03200	-.22735
Me sentía optimista sobre el futuro	.02878	<b>.76193</b>	.06282	-.05175
Estaba contenta	.29997	<b>.70497</b>	-.18608	.39473
Disfruté de la vida	.09165	<b>.55575</b>	-.41337	.35002
<b>Interpersonal</b>				
La gente no era amigable	.38306	.01709	<b>-.83497</b>	.21836
Sentía que no le caía bien a la gente	.61841	.26492	<b>-.62920</b>	.28869
<b>Somatización/Acción retardada</b>				
Me molestaron cosas que usualmente no me molestan	<b>.45477</b>	.14562	.01210	.41436
No me sentía con ganas de comer, tenía mal apetito	.51926	.02783	-.03660	<b>.74404</b>
Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que estaba haciendo	<b>.69314</b>	.05403	-.11787	.40478
Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo	<b>.72105</b>	.02602	-.18882	.30805
Mi sueño era inquieto	<b>.63081</b>	.06165	-.13458	.37957
Hablé menos de lo usual	.31872	-.03349	-.30389	<b>.70036</b>
No tenía ganas de hacer nada	<b>.73589</b>	.08104	-.38010	.19604

tra, son sustancialmente más altas que las referidas en estudios similares que hicieran Clark y colaboradores<sup>18</sup> con mujeres estadounidenses y por García y Marks<sup>22</sup> con mujeres mexicanoamericanas. En lo que a presencia se refiere, Clark y colaboradores encontraron puntajes que fluctúan entre 17 y 46 y García y Marks entre 12 y 48.1, en tanto que los alcanzados en la presente muestra varían entre 36 y 72.4. En cuanto a la persistencia, Clark y colaboradores obtuvieron puntuaciones entre 3 y 10; García y Marks entre 2.8 y 31; los de esta muestra fluctúan entre 9.6 y 34. Estas diferencias en la presencia

y persistencia de los síntomas, parecen reflejar variaciones culturales entre los tres grupos de mujeres: estadounidenses, mexicanoamericanas y mexicanas. Este último grupo informó haber experimentado síntomas de depresión con mayor frecuencia y duración o intensidad, que los otros dos.

Resulta sumamente interesante que los 10 reactivos con los puntajes más altos en presencia y persistencia, tanto en este estudio como en el de García y Marks con mujeres mexicanoamericanas, sean los mismos. Este hallazgo parecería indicar que la manifestación de la depre-

**CUADRO V**  
Correlación de factores

Correlaciones	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV
Factor I	1.00000			
Factor II	.09268	1.00000		
Factor III	-.26537	-.10977	1.00000	
Factor IV	.38002	.08367	-.12803	1.00000

sión en la cultura mexicana no cambia, es decir, que involucra los mismos elementos. Lo que fundamentalmente cambia con el proceso de aculturación, es la duración o intensidad (persistencia) de los síntomas. García y Marks encontraron que los niveles bajos de aculturación estaban relacionados con los puntajes altos en la persistencia de los síntomas depresivos.

Los síntomas de depresión que manifiesta la mayoría de estas mujeres, son estados de ánimo caracterizados por afecto negativo, tales como el sentirse deprimida, triste y sola. Sin embargo, también manifiestan incapacidad para experimentar afecto positivo, como el no sentirse optimista, el no disfrutar de la vida y el no sentirse contenta. En la bibliografía<sup>31</sup> se puede encontrar que los casos de depresión clínica en mujeres, se caracterizan

**CUADRO VI**  
Correlación de factores con medidas criterio

	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	CES-D
SCL-Depresión	.75	.52	.21*	.40	.72
SCL-Ansiedad	.57	.40	.24	.38	.53
SCL-Somatización	.44	.30	.32	.28	.46
Autoestima	-.49	-.42	-.19*	-.23	-.52

\* Todos los coeficientes fueron significativos:  $p < .001$ , excepto los marcados con asterisco

por la ausencia de afecto positivo y por la presencia de afecto negativo. Sin embargo, en este grupo de mujeres – y a pesar de que obtuvo puntajes en la CES-D (media grupal 22.4), notablemente superiores a los que se ha informado en poblaciones similares– queda excluida la posibilidad de que la mayoría sufriera de depresión clínica, ya que todas cumplían con sus roles, además de ser miembros productivos de su comunidad. Entonces, la falta de afecto positivo y la presencia de afecto negativo deben interpretarse de acuerdo con el contexto sociocultural en el que se desenvuelven estas mujeres.

Proponemos que las características mencionadas representan aspectos importantes del funcionamiento psicológico de estas mujeres. Podrían interpretarse como manifestaciones culturales que la mujer debe observar sobre todo en las poblaciones rurales, de acuerdo al estereotipo tradicional; esto es, la que sufre, la que no se permite ser feliz porque su papel social implica la sumisión, la abnegación y la renunciación. Con esta interpretación, no se niega la existencia de la depresión en las mujeres de los medios rurales, sino que se establece la posibilidad de que la expresión de la sintomatología depresiva sea diferente, pues al parecer se manifiesta en la intensidad del síntoma, más que en la presencia del mismo. Cabe destacar aquí la necesidad de realizar investigaciones sobre la expresión de la depresión en las poblaciones rurales.

En cuanto al análisis factorial de la escala, los resultados revelaron que la estructura factorial de Radloff<sup>12</sup> no fue replicada con esta muestra. Este hallazgo no es nuevo, ya que en estudios anteriores de la CES-D con poblaciones de mexicanoamericanos y mexicanos, se había informado de resultados similares.<sup>16,19,20,22,23\*</sup>

El primer factor (afecto depresivo), incluyó reactivos tanto de afecto negativo como de somatización/acción retardada y tuvo una estrecha correlación con el Factor IV (actividad disminuida). Por otra parte, los factores II (afecto positivo) y III (relaciones interpersonales) no tuvieron ninguna correlación con los factores I y IV, a

\* Caetano R, Medina-Mora ME. Factor structure of the CES-D scale among Mexican-Americans, Mexicans and the US population. Berkeley, CA: Alcohol Research Group, 1991. Documento no publicado.  
Mariño MC, Medina-Mora ME, Chaparro JJ, González-Forteza C. Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en adolescentes mexicanos. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría 1992. Documento no publicado.

pesar de que contenían los mismos reactivos reportados por Radloff. Estos resultados indican que, en mujeres de poblaciones rurales, la CES-D mide una sola dimensión en la expresión de la depresión, esto es, afecto negativo, que se mezcla íntimamente con somatización y acción retardada, al grado de que no es diferenciado. La somatización como síntoma depresivo en mujeres de origen mexicano ha sido ampliamente documentada<sup>8,20,32,33</sup> y los resultados del presente estudio confirman los de estudios previos, donde se ha encontrado que la somatización es una vía de expresión de la depresión, en este grupo sociocultural.

Estos resultados sugieren que la CES-D es una escala apropiada para medir la sintomatología depresiva en mujeres de poblaciones rurales. Esta escala demostró tener una elevada consistencia interna, una adecuada validez de criterio y una estructura factorial de cuatro factores,

que si bien no replicó la estructura original, sí agrupa conceptualmente de manera adecuada los síntomas depresivos. Sin embargo, es importante que, al usar esta escala con poblaciones rurales y al analizar sus resultados, éstos no se interpreten utilizando criterios pre-establecidos con otros grupos poblacionales (por ejemplo, el punto de corte). Por último, es de suma importancia que, al utilizar esta escala en poblaciones rurales, no se interpreten únicamente los puntajes totales de la escala, sino también la presencia y la persistencia de síntomas específicos, dentro del contexto sociocultural de la población estudiada.

#### AGRADECIMIENTOS

Se agradece a la psicóloga Adriana Gil Juárez su participación en la elaboración de este artículo.

---

#### REFERENCIAS

---

1. Aneshensel CS. The natural history of depression symptoms: Implications for psychiatric epidemiology. *Res Commun Ment Health* 1985;5:45-75.
2. Weissman MM, Klerman GL. The chronic depressive in the community: Unrecognized and poorly treated. *Compr Psychiatry* 1977;18:523-532.
3. Weissman MM, Sholomskas D, Pottenger M, Prusoff B, Locke BZ. Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: A validation study. *Am J Epidemiol* 1977;106:203-214.
4. Boyd JF, Weissman MM, Thompson WD, Meyers JK. Screening for depression in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:1195-1200.
5. Brown GW, Harris T. *Social origins of depression*. London: Tavistock, 1978.
6. Weissman MM, Klerman GL. Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1977; 34:93-99.
7. Nolen-Hoeksema S. Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychol Bull* 1986; 101:259-282.
8. Ross CE, Mirowsky J. Components of depressed mood in married men and women: The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. *Am J Epidemiol* 1984;119: 997-1004.
9. Aneshensel C, Stone J. Stress and depression. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:1392-1396.
10. Dohrenwend BP, Crandall DL. Psychiatric symptoms in community, clinic and mental hospital groups. *Am J Psychiatry* 1970;126:1611-1621.
11. Craig MD, Van Natta MA. Presence and persistence of depressive symptoms in patient and community populations. *Am J Psychiatry* 1976;133:1426-1429.
12. Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Measurement* 1977;1:385-401.
13. Myers JK, Weissman MM. Use of a self-report symptom scale to detect the depressive syndrome. *Am J Psychiatry* 1980;137:1081-1084.
14. Boyd JH, Weissman MM. The epidemiology of affective disorders: A reexamination and future directions. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:1039-1046.

15. Radloff LS, Locke BZ. The community mental health assessment survey and the CES-D scale. En: Weissman MM, Myers JK, Ross CE, ed. *Community surveys of psychiatric disorders*. New Brunswick NJ: Rutgers University Press, 1986:177-189.
16. Roberts RE. Reliability of the CES-D in different ethnic contexts. *Psychiatry Res* 1980;2:125-134.
17. Roberts RE, Vernon SW. The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Its use in a community sample. *Am J Psychiatry* 1983;140:41-46.
18. Clark VA, Aneshensel CS, Frerichs RR, Morgan TM. Analysis of effects of sex and age in response to items of the CES-D scale. *Psychiatry Res* 1981;5:171-181.
19. Guarnaccia PJ, Angel R, Worobey JL. The factor structure of the CES-D in the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey: The influences of ethnicity, gender, and language. *Soc Sci Med* 1989;29:85-94.
20. Stroup-Benham C, Lawrence R, Treviño F. CES-D factor structure among Mexican American and Puerto Rican women from single and couple headed households. *Hispanic J Behav Sci* 1992;14:310-326.
21. Breslau N. Depressive symptoms, major depression and generalized anxiety: A comparison of self-reports on CES-D and results from diagnostic interviews. *Psychiatry Res* 1985;15:219-229.
22. García M, Marks G. Depressive symptomatology among Mexican American adults: An examination with the CES-D scale. *Psychiatry Res* 1989;27:137-148.
23. Golding J, Aneshensel C. Factor structure of the Center for Epidemiology Studies Depression Scale among Mexican Americans and non-Hispanic whites psychological assessment. *Am J Consulting Clin Psychol* 1989;1:163-168.
24. Lara-Cantú MA. Masculinidad, feminidad y salud mental. Importancia de las características no deseables de los roles de género. *Salud Mental* 1991;14:12-18.
25. González-Forteza C, Salgado de Snyder VN, Rodríguez E. Estrés cotidiano en los adolescentes y su relación con la sintomatología depresiva. *Psico Soc Mex* 1992;4:62-68.
26. Medina-Mora ME, Rascón ML, Tapia R, Mariño MC, Juárez F, Villatoro J *et al.* Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *An Inst Mex Psiquiatr* 1992;3:48-55.
27. Klerman GL. Overview of affective disorders. En: Kaplan, Freedman, Sadock, ed. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore MD: Williams Williams Co, 1980:1305-1310.
28. Derogatis LR. *SCL-90 (revised) version manual I*. Baltimore MD: Johns Hopkins University School of Medicine, 1977.
29. Coopersmith S. *Self Esteem Inventories*. Palo Alto California: Consulting Psychologist Press, 1984.
30. Cervantes RC, Padilla AM, Salgado de Snyder VN. Reliability and validity of the Hispanic Stress Inventory. *Hispanic J Behav Sci* 1990;12:76-82.
31. McGrath E, Puryear-Keita G, Strikland B, Felipe-Russo N. *Women and depression: Risk factors and treatment issues*. Washington, D.C.: Am Psychol Assoc 1991.
32. Escobar JI, Karno M, Golding J, Burnam M, Hough R. Psychosocial influences on psychiatric symptoms: The case of somatization. En: Gaviria M, Arana, JD, ed. *Health and behavior: Research agenda for Hispanics*. Chicago: The University of Illinois at Chicago, 1987: 207-215.
33. Salgado de Snyder VN. Factors associated with acculturative stress and depressive symptomatology among Mexican immigrant women. *Psychol Women Q* 1987;11:475-488.